



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Ausgabe vom 27. Oktober 2025

# BAG-Bulletin <sup>Woche</sup> 44/2025

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

[www.anresis.ch](http://www.anresis.ch): Meldungen ausgewählter multiresistenter  
Mikroorganismen in der Schweiz, S. 8

Sexuell übertragene Infektionen und Hepatitis B/C in der Schweiz und  
Liechtenstein im Jahr 2024: Eine epidemiologische Beurteilung, S. 10

# Impressum

## **HERAUSGEBER**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **REDAKTION**

Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto:drucksachen-bulletin@bag.admin.ch)

## **LAYOUT UND DRUCK**

Cavelti AG  
Wilerstrasse 73  
CH-9201 Gossau  
Telefon 071 388 81 81

## **ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN**

BBL, Vertrieb Bundespublikationen  
CH-3003 Bern  
Telefon 058 465 50 00  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.abo@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.abo@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## **DISCLAIMER**

Das BAG-Bulletin ist eine amtliche Fachzeitschrift, die wöchentlich in französischer und deutscher Sprache erscheint. Sie richtet sich an Medizinfachpersonen, Medienschaffende, aber auch Interessierte. Die Publikation informiert aus erster Hand über die aktuellsten Gesundheitszahlen und relevante Informationen des BAG.

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:  
[www.bag.admin.ch/bag-bulletin](http://www.bag.admin.ch/bag-bulletin)

# Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella-Statistik	7
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren	7
www.anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz	8
Sexuell übertragene Infektionen und Hepatitis B/C in der Schweiz und Liechtenstein im Jahr 2024: Eine epidemiologische Beurteilung	10
Testsurveillance HIV und STI in Schweizer VCT-Zentren 2024	15
HIV und Aids in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024	19
Chlamydiose in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024	29
Gonorrhoe in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024	32
Syphilis in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024	37
Hepatitis B in der Schweiz und Liechtenstein im Jahr 2024	44
Hepatitis C in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024	52
Rezeptsperrung	63

# Meldungen Infektionskrankheiten

## Stand am Ende der 42. Woche (20.10.2025)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Ausgeschlossen sind Fälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Zahlen provisorisch nach Eingangsdatum. Bei den in grauer Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100 000 Personen der Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

<sup>b</sup> Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.

<sup>c</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen

<sup>d</sup> Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.

<sup>e</sup> Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 42. Woche (20.10.2025)<sup>a</sup>

	Woche 42			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	4 2.3	2 1.2	2 1.2	13 1.9	14 2	8 1.2	147 1.6	165 1.8	147 1.6	115 1.6	134 1.8	105 1.4
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Legionellose	9 5.2	17 9.8	19 11	53 7.6	65 9.4	85 12.3	602 6.7	584 6.5	646 7.2	491 6.8	466 6.4	523 7.2
Masern				2 0.3		2 0.3	57 0.6	100 1.1	36 0.4	53 0.7	93 1.3	35 0.5
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6	2 1.2		1 0.1	2 0.3	5 0.7	37 0.4	34 0.4	37 0.4	33 0.4	30 0.4	30 0.4
Pneumokokken: invasive Erkrankung	9 5.2	28 16.2	8 4.6	59 8.5	76 11	36 5.2	1074 11.9	1087 12.1	939 10.4	863 11.9	857 11.8	692 9.5
Röteln <sup>b</sup>												
Röteln, materno-foetal <sup>c</sup>												
Tuberkulose	5 2.9	5 2.9	9 5.2	26 3.8	22 3.2	42 6.1	510 5.7	407 4.5	404 4.5	427 5.9	337 4.6	347 4.8
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Hepatitis A	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Hepatitis E	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Listeriose		1 0.6	1 0.6	2 0.3	5 0.7	4 0.6	55 0.6	49 0.5	71 0.8	40 0.6	35 0.5	60 0.8
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 0.6			2 0.3	1 0.1	29 0.3	36 0.4	21 0.2	23 0.3	35 0.5	18 0.2
Salmonellose, übrige	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											
Shigellose	<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>											

	Woche 42			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Chlamydiose							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Gonorrhoe							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Hepatitis B, akut							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Hepatitis B, total Meldungen							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Hepatitis C, akut							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Hepatitis C, total Meldungen							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
HIV-Infektion							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Syphilis, Frühstadien <sup>d</sup>							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Syphilis, total							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose							4 0.04	6 0.07	7 0.08	4 0.06	5 0.07	6 0.08
Chikungunya-Fieber	1 0.6			2 0.3	3 0.4	1 0.1	58 0.6	32 0.4	22 0.2	57 0.8	21 0.3	20 0.3
Dengue-Fieber	1 0.6	7 4	7 4	7 1	15 2.2	23 3.3	190 2.1	500 5.6	231 2.6	146 2	401 5.5	202 2.8
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion							2 0.02			2 0.03		
Malaria	1 0.6	4 2.3	4 2.3	12 1.7	18 2.6	23 3.3	273 3	311 3.4	342 3.8	224 3.1	258 3.6	294 4
Q-Fieber	3 1.7	3 1.7	3 1.7	10 1.4	14 2	6 0.9	158 1.8	140 1.6	134 1.5	137 1.9	125 1.7	114 1.6
Trichinellose									1 0.01			1 0.01
Tularämie							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
West-Nil-Fieber						1 0.1		1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Zeckenenzephalitis							<a href="https://idd.bag.admin.ch">https://idd.bag.admin.ch</a>					
Zika-Virus-Infektion		1 0.6			1 0.1		1 0.01	10 0.1	4 0.04	1 0.01	10 0.1	4 0.06
Andere Meldungen												
Mpox	3 1.7		1 0.6	9 1.3	3 0.4	1 0.1	60 0.7	35 0.4	14 0.2	56 0.8	30 0.4	8 0.1
Botulismus									1 0.01			1 0.01
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit				2 0.3	1 0.1	1 0.1	24 0.3	15 0.2	30 0.3	21 0.3	13 0.2	27 0.4
Diphtherie <sup>e</sup>			3 1.7	3 0.4		9 1.3	12 0.1	6 0.07	55 0.6	11 0.2	4 0.06	26 0.4
Tetanus												

## Organspende?


- ☒ entscheiden
- ☒ mitteilen
- ☒ festhalten

leben-ist-  
teilen.ch

Machs  
dir zuliebe.



Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus.  
Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

 swiss  
transplant

Schweizerische Nationale Stiftung für Organspende und Transplantation  
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi  
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation



**ORGANSPENDE**

ENTSCHEIDEN. MITTEILEN. FESTHALTEN.

# Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 19.10.2025 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)  
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	39		40		41		42		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	2	0.2	0	0	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Zeckenstiche	3	0.3	1	0.1	4	0.5	1	0.1	2.3	0.3
Herpes Zoster	7	0.6	6	0.6	6	0.7	7	0.9	6.5	0.7
Post-Zoster-Neuralgie	2	0.2	1	0.1	0	0	1	0.1	1	0.1
Meldende Ärzte	157		140		127		120		136	

Lyme Borreliose: <https://idd.bag.admin.ch>

## Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren

Das BAG-Infoportal übertragbare Krankheiten informiert regelmässig über Infektions- und Erkrankungsfälle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, die durch verschiedene respiratorische Erreger ausgelöst werden.

<https://idd.bag.admin.ch/>

Die Aktualisierung der Daten erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



[www.anresis.ch](http://www.anresis.ch):

## Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz

**FQR-E. coli** Fluoroquinolon-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen Norfloxacin und/oder Ciprofloxacin resistent sind.

**ESCR-E. coli** Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine resistent sind. 85 bis 100 % dieser ESCR-E. coli sind in Europa ESBL (Extended-spectrum- $\beta$ -Laktamase)-Produzenten.

**ESCR-KP** Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Klebsiella pneumoniae*, definiert als *K. pneumoniae*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine resistent sind. In Europa sind 85 bis 100 % dieser ESCR-KP ESBL-Produzenten.

**MRSA** Methicillin-resistente *Staphylococci aurei*, definiert als alle *S. aurei*, die gegen mindestens eines der Antibiotika Cefoxitin, Flucloxacillin, Methicillin, Oxacillin resistent sind.

**PNSP** Penicillin-resistente *Streptococci pneumoniae*, definiert als alle *S. pneumoniae*, die gegen das Antibiotikum Penicillin resistent sind.

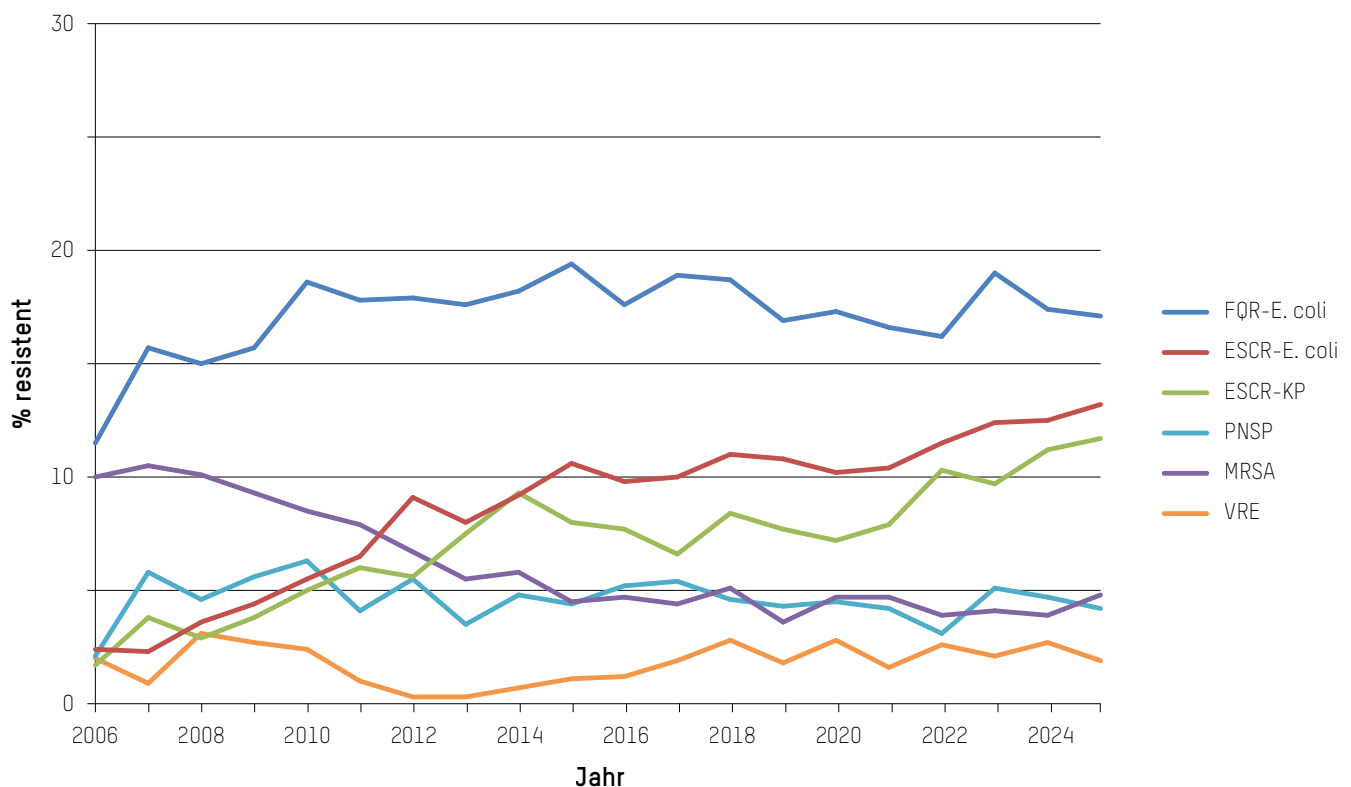
**VRE** Vancomycin-resistente *Enterococcus faecium*, definiert als alle *E. faecium*, die gegen das Antibiotikum Vancomycin resistent sind.

Anresis:

Stand Abfrage von [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch) vom 15.10.2025

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2006–2025

Um die Daten gemäss den neuen europäischen Richtlinien (EUCAST) darzustellen, wurden ab November 2024 einige Anpassungen\* implementiert. Alle Resistenzraten wurden rückwirkend angepasst und sind daher nicht mit bisherigen Darstellungen im BAG Bulletin vergleichbar.



### \* Implementierte Anpassungen:

- Isolate, die früher als intermediär resistent («i») interpretiert wurden, gelten neu als empfindlich bei erhöhter Exposition («i» für «susceptible, increased exposure»). Sie werden damit zu den empfindlichen Isolaten gezählt. In früheren Darstellungen wurden sie zusammen mit den resistenten Keimen («r») als «non-susceptible» abgebildet.
- Vancomycin-resistente *E. faecium* werden separat berichtet; frühere Darstellungen umfassten auch *E. faecalis*.
- Für einige Antibiotika gelten je nach Infektionstyp (z. B. Harnwegsinfekt, Lungenentzündung) oder Applikationsweg (oral, intravenös) unterschiedliche Grenzwerte für die Resistenzdefinition. Neu wird bei einem Isolat mit mehreren Resistenztests pro Antibiotikum jeweils der resistenteste Wert ausgewiesen.



Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>FQR– E. coli</b>	% 11.5	15.7	15.0	15.7	18.6	17.8	17.9	17.6	18.2	19.4	17.6	18.9	18.7	16.9	17.3	16.6	16.2	19.0	17.4	17.1
	n 2151	2343	2762	2983	3196	3315	3336	3718	4489	5072	5196	5595	6098	6360	6168	6229	6524	6584	6551	3904
<b>ESCR– E. coli</b>	% 2.4	2.3	3.6	4.4	5.5	6.5	9.1	8.0	9.2	10.6	9.8	10.0	11.0	10.8	10.2	10.4	11.5	12.4	12.5	13.2
	n 2153	2341	2760	2981	3221	3354	3350	3720	4494	5068	5199	5599	6098	6367	6175	6276	6628	6719	6658	4034
<b>ESCR– KP</b>	% 1.7	3.8	2.9	3.8	5.0	6.0	5.6	7.5	9.3	8.0	7.7	6.6	8.4	7.7	7.2	7.9	10.3	9.7	11.2	11.7
	n 351	424	482	530	585	588	609	668	838	935	1011	1055	1162	1318	1350	1463	1595	1648	1673	1051
<b>PNSP</b>	% 2.1	5.8	4.6	5.6	6.3	4.1	5.5	3.5	4.8	4.4	5.2	5.4	4.6	4.3	4.5	4.2	3.1	5.1	4.7	4.2
	n 534	671	674	658	510	583	493	542	505	635	640	764	763	772	493	468	806	929	993	645
<b>MRSA</b>	% 10.0	10.5	10.1	9.3	8.5	7.9	6.7	5.5	5.8	4.5	4.7	4.4	5.1	3.6	4.7	4.7	3.9	4.1	3.9	4.8
	n 1057	1113	1203	1288	1271	1330	1263	1336	1640	1790	1838	2051	2029	2305	2299	2416	2485	2546	2543	1490
<b>VRE</b>	% 2.0	0.9	3.1	2.7	2.4	1.0	0.3	0.3	0.7	1.1	1.2	1.9	2.8	1.8	2.8	1.6	2.6	2.1	2.7	1.9
	n 102	108	194	186	250	298	343	373	451	565	517	533	537	500	608	702	734	677	561	372

## Erläuterung

In der Grafik und der Tabelle werden alle zum Zeitpunkt der Abfrage in der Datenbank enthaltenen invasiven Isolate (Blutkulturen und Liquor) berücksichtigt, die gegen die aufgelisteten Substanzen getestet worden sind. Die Resultate aus den meldenden Laboratorien werden in die Datenbank von anresis.ch übernommen und ausgewertet. Die Festlegung der Resistenz der einzelnen Isolate durch die Laboratorien wird von anresis.ch nicht weiter validiert.

Seit 2009 ist die Menge der gelieferten Daten relativ konstant; durch Lieferverzögerungen oder wechselnde Zusammensetzungen der Laboratorien sind jedoch leichte Verzerrungen, vor allem bei aktuelleren Daten, möglich. Die absoluten Zahlen dürfen aufgrund dieser Verzerrungen nur mit Vorsicht interpretiert werden; eine Hochrechnung auf die ganze Schweiz aufgrund dieser Daten ist nicht möglich. Bei Dubletten (gleicher Keim bei gleichem Patienten im gleichen Kalenderjahr) wurde nur das Erstisolat berücksichtigt. Screeninguntersuchungen und Bestätigungsergebnisse aus Referenzlaboratorien wurden ausgeschlossen. Die Resistenzdaten dienen der epidemiologischen Überwachung von spezifischen Resistenzen, sind aber zu wenig differenziert, um als Therapieempfehlung verwendet werden zu können.

### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

### Weitere Informationen

Weitere Resistenzdaten der wichtigsten Mikroorganismen sind unter [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch) und [guide.anresis.ch](http://guide.anresis.ch) online verfügbar.

# Sexuell übertragene Infektionen und Hepatitis B/C in der Schweiz und Liechtenstein im Jahr 2024: Eine epidemiologische Beurteilung

Dieser jährliche Bericht enthält eine epidemiologische Beurteilung der in der Schweiz und in Liechtenstein im Rahmen der Meldepflicht überwachten sexuell übertragenen Infektionen. Neben HIV/Aids, Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis werden auch Hepatitis B und Hepatitis C abgedeckt. Obwohl Hepatitis B und C nur zum Teil sexuell übertragen werden, sind sie Bestandteil des Nationalen Programms *Stopp HIV, Hepatitis-B-, Hepatitis-C-Virus und sexuell übertragene Infektionen* (NAPS). Der Bericht beinhaltet ausserdem eine Evaluation der durchgeführten Tests auf HIV, Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis in den freiwilligen Beratungs- und Testzentren (BerDa-Statistik). Der Fokus dieser Bewertungen liegt auf den Daten 2024, die jedoch in ihre zeitliche Entwicklung eingeordnet werden.

## TRENDS 2024 IM ÜBERBLICK

Seit 2003 sinken die HIV-Fallzahlen, die dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldet werden. Nach einem Rekordtief im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie stiegen die Fallzahlen 2021 und 2022 wieder leicht an, bevor sie sich 2023 stabilisierten und 2024 rückläufig waren. Im vergangenen Jahr verzeichnete das BAG 318 Fälle, das sind 25,7 % weniger als vor der Pandemie im Jahr 2019. Zum Vergleich wurden in den 1990er-Jahren im Durchschnitt etwa 1300 Fälle pro Jahr gemeldet. Die HIV-Inzidenz erreichte 2023 mit 3,5 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung ihren historischen Tiefstand (mit Ausnahme von 2020). Eine wesentliche Grundlage dieses Rückgangs ist eine nachhaltige «HIV-Kaskade», in der fast alle Personen mit HIV von ihrer Infektion wissen und rasch effektiv behandelt werden, sodass sie das Virus nicht mehr weitergeben können. Auch die orale HIV-Chemoprophylaxe (Prä-expositionsprophylaxe, kurz PrEP) hat zur Abnahme beigetragen: Im Jahr 2024 hatten 6968 Personen, hauptsächlich Männer, die Sex mit Männern

haben (MSM), an diesem Programm teilgenommen.

Die Gesamtzahl gemeldeter Chlamydienfälle stieg von 2000 bis 2022 kontinuierlich und stark an – mit Ausnahme des ersten Covid-19-Pandemiejahres im Jahr 2020. Dieser Trend wurde unlängst unterbrochen, mit einem leichten Rückgang im Jahr 2023 und einer Stabilisierung im 2024. Die Inzidenz lag bei 142,1 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung, was einem leichten Rückgang von 4,1 % gegenüber 2022 entspricht. Die Fallzahlen bei Frauen haben bereits 2016 einen Höchststand erreicht und sind seit 2023 rückläufig. Bei Männern steigt die Zahl der Fälle weiter an, seit 2023 jedoch etwas langsamer. Während Chlamydieninfektionen weiterhin überwiegend bei Frauen, insbesondere im Alter von 15–24 Jahren, diagnostiziert werden, hat sich der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern stark verringert.

Bei den gemeldeten Gonorrhoeefällen setzt sich der seit Jahren beobachtete Anstieg fort. Im Jahr 2024 lag die Inzi-

denz bei 75,6 pro 100 000 Wohnbevölkerung und damit 17,7 % höher als im Vorjahr. Der Anstieg ist bei Männern weiterhin stark, während die Fallzahlen bei Frauen erstmals seit langer Zeit stagnieren. Am stärksten betroffen sind MSM im Alter von 25–34 Jahren.

Die Trends bei Chlamydien und Gonorrhoe sind vermutlich grösstenteils auf die Ausweitung des Testens zurückzuführen.

Nach der Aufholphase von dem durch die Covid-19-Pandemie verursachten Einbruch im Jahr 2020 ist die Zahl der gemeldeten Syphilisfälle im Jahr 2024 leicht zurückgegangen. Die Inzidenz lag bei 11,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung (–7,9 % gegenüber dem Vorjahr) und damit auf einem ähnlichen Niveau wie vor der Pandemie. Syphilisinfektionen werden mehrheitlich bei MSM diagnostiziert.

Nach dem Rekordtief im Jahr 2020 im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stieg die Melderate für Hepatitis B kontinuierlich an und erreichte im

Jahr 2024 13,5 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung. Dieser Wert entspricht in etwa dem Wert, der in den drei Jahren vor Beginn der Pandemie beobachtet wurde. Die Inzidenz akuter Hepatitis B ist in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gesunken und lag 2022–2024 bei historisch tiefen 0,2 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Gegen Hepatitis B existiert eine wirksame Impfung, die der gesamten Bevölkerung empfohlen wird. Die Durchimpfungsrate in der Schweiz bei 16-Jährigen lag gemäss der jüngsten Erhebung aus 15 Kantonen bei 81 %; bei sexuell aktiven Erwachsenen ist der Anteil jedoch niedriger.

Die Meldezahlen zu Hepatitis C sind nach dem historischen Tiefststand von 2020 seit 2022 wieder auf das Niveau von 2019 angestiegen, bevor sie sich stabilisierten. Die Melderate lag 2024 bei 11,8 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Die Inzidenz akuter Hepatitis C lag 2021–2023 bei historisch tiefen 0,2 pro 100 000 Wohnbevölkerung

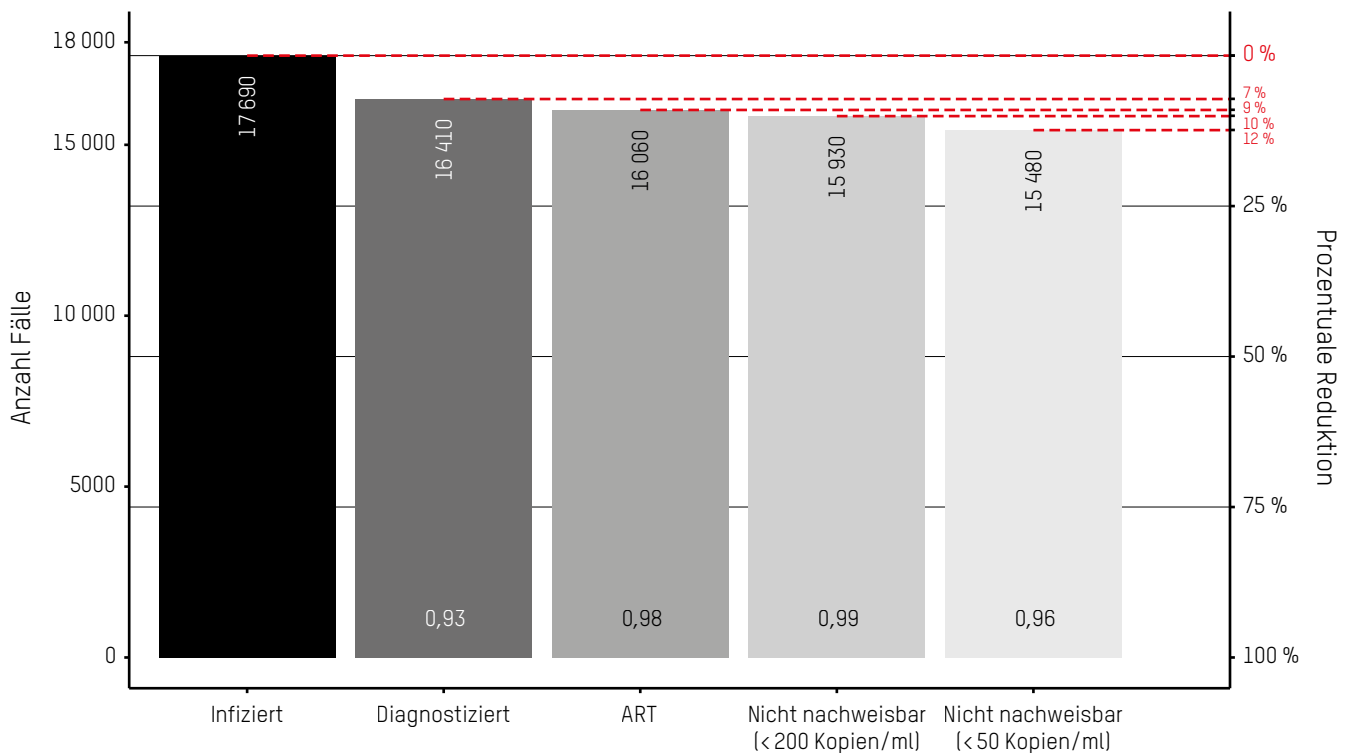
(0,3/100 000 im Jahr 2024). Der Konsum injizierbarer Drogen bleibt seit fünf Jahren die am häufigsten festgestellte Exposition (unverändert).

#### HIV-KASKADE IN DER SCHWEIZ 2024

Das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNAIDS) verfolgt ein ambitioniertes Ziel: Bis 2025 sollen 95 % der Menschen, die mit HIV leben, ihren HIV-Status kennen, 95 % der Menschen mit HIV-Diagnose eine medikamentöse Therapie erhalten (antiretrovirale Therapie, ART), und 95 % von diesen optimal behandelt werden, sodass mit den gängigen Verfahren keine Viren im Blut mehr nachweisbar sind (95-95-95-Ziele der WHO bzw. von UNAIDS) [1]. In der Schweiz wurden diese Ziele bereits vor 2020 erreicht, mit Ausnahme des Anteils der diagnostizierten Personen. Im Sommer 2020 wurde ein weltweiter Vergleich der HIV-Kaskaden publiziert, in der die Schweiz weit vorne lag [2]. Die HIV-Kaskade der Schweiz für das Jahr 2024 ist in Abbildung 1 dargestellt. 93 % aller mit HIV in

der Schweiz lebenden Personen haben eine entsprechende Diagnose erhalten und wissen somit von ihrer Infektion, 98 % derer mit einer HIV-Diagnose erhielten eine medikamentöse HIV-Therapie und 96 % derer mit HIV-Therapie hatten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze von 50 Kopien pro Milliliter. Hohe Prozentwerte auf jeder Stufe der HIV-Kaskade sind essenziell für den Rückgang der HIV-Inzidenz. Während der Prozentwert der ersten Stufe der Kaskade auf Modellrechnungen basiert, beruhen die Prozentwerte der zweiten und dritten Stufe wesentlich auf Daten der Schweizer HIV-Kohortenstudie (SHCS). 93 % in der ersten Stufe bedeuten, dass der geschätzte Anteil noch unerkannter HIV-Infektionen (Dunkelziffer) bei 7 % liegt. Dabei ist zu beachten, dass die Diagnoserate von 93 % auf einer Schätzung von 2018 beruht.

Abbildung 1  
Schweizer HIV-Kaskade 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

## ENTWICKLUNG DER HIV-FALLZAHLEN

Im Jahr 2024 wurden dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) 318 HIV-Fälle gemeldet, was einer Inzidenz von 3,5 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung entspricht. Die Fallzahlen gingen nach einem leichten Anstieg nach der Covid-19-Pandemie um 10,9 % gegenüber dem Vorjahr zurück. Sie lagen deutlich unter dem Vorpandemieniveau von 2019 (–25,7 %).

Die allgemein fallende Tendenz neuer Fälle verweist auf die Wirksamkeit der Schweizer Präventionspolitik: Vermehrtes Testen, vor allem der besonders exponierten Personengruppen, frühzeitiger Therapiestart sowie eine kontinuierlich gute Begleitung der Patientinnen und Patienten. Hier sind auch die Verdienste der Aids-Hilfe Schweiz, der Checkpoints, der Schweizerischen HIV-Kohorte SHCS (Swiss HIV Cohort Study) und der mit ihr assoziierten Ärzteschaft zu erwähnen, welche die an der SHCS teilnehmenden Personen gemäss neuestem Wissensstand behandelt und eine hohe Therapietreue gewährleistet. Die Therapietreue wurde auch dank einer innovativen Empfehlung, dem Swiss Statement, gestärkt [3]. Das Statement wurde zehn Jahre nach seiner Veröffentlichung in grossen Studien klar bestätigt [4]: *undetectable = untransmittable* (nicht nachweisbar = nicht ansteckend). Anders formuliert: Eine Person, die sich in einer wirksamen Behandlung befindet, ist nicht ansteckend. Das Wissen um diesen Sachverhalt entstigmatisiert HIV-Patientinnen und -Patienten und motiviert sie, ihre Medikamente regelmässig einzunehmen. Dies zeigt sich bereits seit Jahren an der sinkenden Zahl neuer Fälle.

## HIV-CHEMOPROPHYLAXE

Seit Januar 2016 empfiehlt die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit die orale HIV-Chemoprophylaxe (PrEP) für HIV-negative Personen mit hohem HIV-Risiko [5]. Diese ist in der Schweiz seit 2016 informell verfügbar. Seit April 2019 wird PrEP im Rahmen des nationalen Programms und Forschungsprojekts «SwissPrEPared» implementiert. In diesem Rahmen steht die PrEP seit Oktober 2020 kosten-

günstig zur Verfügung, und ihre Anwendung wird medizinisch und wissenschaftlich begleitet. Seit Juli 2024 wird die PrEP von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Im Jahr 2024 hatten sich 6968 Personen mittels PrEP vor HIV geschützt, hauptsächlich MSM. MSM haben aufgrund der vergleichsweise hohen HIV-Prävalenz in ihrer Gruppe (8 %, siehe [6]) als auch der hohen Dichte ihrer sexuellen Netzwerke ein erhöhtes Ansteckungsrisiko. Insofern ist es aus Sicht des BAG zu begrüßen, dass seit April 2021 ein patentfreies Generikum als PrEP zugelassen und auf Rezept verfügbar ist [7, 8]. Die WHO empfiehlt die Verwendung von PrEP als zusätzliches Mittel der HIV-Prävention, auf die nach einer Periode mit erhöhtem HIV-Risiko verzichtet werden kann [9]. Während Sexarbeiterinnen in der Schweiz nach wie vor wenig von HIV betroffen zu sein scheinen, geben heterosexuelle Männer vergleichsweise häufig (12 %) an, sich bei bezahltem Sex mit HIV angesteckt zu haben [10]. Ärztinnen und Ärzte sollten dies in ihren Konsultationen aufgreifen und insbesondere Touristen, die sexuelle Kontakte in Hochprävalenzregionen (z. B. Südostasien) planen, auf die Möglichkeiten der Prävention aufmerksam machen [5].

## CHLAMYDIEN UND GONORRHOE

Die Anzahl gemeldeter Chlamydieninfektionen bei Frauen ist mit jährlich rund 7000 Fällen seit 2015 auf hohem Niveau stabil. In den letzten beiden Jahren scheint sich sogar ein leichter Rückgang abzuzeichnen. Bei Männern hingegen hält der Aufwärtstrend an, mittlerweile sind sie fast genauso häufig betroffen wie Frauen (46,4 % im Jahr 2024). Die Chlamydiose verläuft in der Regel symptomfrei und ist die häufigste in der Schweiz meldepflichtige sexuell übertragene Infektion (STI). Die gleichen Trends wurden 2024 für Gonorrhoe beobachtet: ein weiterer Anstieg der Fallzahlen bei Männern und Stagnation bei Frauen, hier auf einem deutlich niedrigeren Niveau als bei Männern (nur 16,1 % der Fälle sind Frauen).

Ausschlaggebend für die hohen Fallzahlen sind Routinekontrollen in gynäkologischen Praxen und die Kopplung

der Diagnostik von Chlamydieninfektionen an die Gonorrhoeagnostik: Der Test auf eine der beiden Infektionen ist fast immer mit dem Test auf die andere verbunden. Ein wesentlicher Grund für den bereits seit längerem zu verzeichnenden Anstieg von Chlamydien- und Gonorrhoeagnosen ist die Ausweitung des Testens, sei es in Bezug auf die getesteten Personen, die Häufigkeit der Tests pro Person oder die Anzahl erhobener Proben pro Person (verschiedene Abstrichorte). Die nicht zuletzt im Rahmen spezifischer Kampagnen deutlich gesunkenen Kosten für Tests auf STI bei Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern haben der Ausweitung des Testens Vor-schub geleistet. Insofern ist eine Zunahme der Diagnosen in Personengruppen, denen vermehrtes Testen empfohlen wird, ein erwarteter Effekt. Da Untersuchungen auf asymptomatische Infektionen mit Gonorrhoe/Chlamydien vor allem empfohlen werden, um die Anzahl der Trägerinnen und Träger in den verschiedenen sexuellen Netzwerken zu verringern und möglichst gering zu halten, ist es aus Sicht des BAG wichtig, dass die vom Individuum zu tragenden Kosten niedrig sind [11].

Anders als HIV, das lebenslang im Körper verbleibt und einer Medikation bedarf, die die Virusvermehrung unterdrückt, können bakterielle Infektionen wie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien zwar geheilt, aber auch wiederholt erworben werden. Vor allem für Gonorrhoe und Chlamydien ist von einer erheblich höheren Dunkelziffer als bei HIV auszugehen. Je höher die Dunkelziffer, desto wahrscheinlicher ist es, dass vermehrtes Testen zu einer Zunahme gemeldeter Infektionen führt.

## SYPHILIS

Die Zahl neuer Syphilisfälle scheint sich weitgehend zu stabilisieren und 2024 sogar leicht rückläufig gewesen zu sein, nachdem sie durch den Covid-19-Pandemie-bedingten Einbruch im Jahr 2020 wieder angestiegen war. Die Inzidenz lag 2024 bei 11,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung, was einem Rückgang von 7,9 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Somit lag die Inzidenz in den letzten drei Jahren auf einem ähnlichen Niveau wie im prä-

pandemischen Jahr 2019 (12,4 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung).

Personen mit besonders hohem Risiko für Syphilis sind im Wesentlichen MSM (73,6 % aller Fälle mit bekanntem Geschlecht und bekannter Exposition) und Sexarbeiterinnen [10, 12]. Sex gegen Bezahlung spielt für die Übertragung von Syphilis, anders als für jene von HIV, bei heterosexuellen Männern und Frauen eine wichtige Rolle. Prinzipiell ist hier von einer Untererfassung auszugehen, da sowohl das Anbieten als auch die Inanspruchnahme bezahlter sexueller Dienstleistungen stark stigmatisiert sind. In der Schweiz wird aktuell empfohlen, dass sich in der Sexarbeit tätige Frauen halbjährlich auf Syphilis testen lassen. Halbjährliches Testen auf Syphilis scheint auch für MSM mit mehreren Partnern zielführend zu sein, um Infektionsketten zu durchbrechen [12].

#### HEPATITIS B

Die Hepatitis-B-Melderaten sind nach dem Tiefpunkt im Jahr 2020 im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie kontinuierlich gestiegen. Die im Jahr 2024 erreichte Rate (13,5 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung) bleibt jedoch ähnlich wie in den drei Jahren vor Beginn der Pandemie. Die Inzidenz akuter Hepatitis B ist in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gesunken und lag – hochgerechnet für fehlende ärztliche Meldeformulare – von 2022 bis 2024 bei historisch tiefen 0,2 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Die Mehrheit der gemeldeten Fälle betraf Männer (60,4 % der Gesamtzahl), wobei die Melderate nach 2020 anstieg, während sie bei Frauen seit 2022 stabil blieb. Die meisten gemeldeten Fälle waren ausländischer Herkunft, wobei die Exposition meist im Ausland in Ländern mit erhöhter Prävalenz von Hepatitis B stattfand. Bereits das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) von 2011 setzten bei der HBV-Prävention auf die breite Implementierung der Impfung sowohl in der Allgemeinbevölkerung (Impfung von Kindern und Jugendlichen) als auch in besonders vulnerablen Gruppen (Impfung im Erwachsenenalter). Die Durchimpfungsrate für Hepatitis B lag bei 16-Jährigen zuletzt bei 81 % [13];

bei sexuell aktiven Erwachsenen ist der Anteil jedoch deutlich niedriger [10, 12]. Das BAG hält die klinischen Akteurinnen und Akteure dazu an, bei jedem Test auf HIV oder eine andere sexuell übertragene Infektion den Hepatitis-B-Infektionsstatus abzuklären sowie die Impfung direkt einzuleiten oder zu vervollständigen. Ebenso sollten sie bei der Anamnese Personen aus Risikogruppen identifizieren und ihnen gegebenenfalls eine Impfung vorschlagen.

#### HEPATITIS C

Die Meldezahlen zu Hepatitis C sind nach einem Rekordtief von 2020 seit 2022 wieder auf das Niveau von 2019 angestiegen. Die Melderate lag 2024 bei 11,8 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung und blieb damit gegenüber dem Vorjahr stabil. Die Inzidenz akuter Hepatitis C lag seit 2021 – hochgerechnet für fehlende ärztliche Meldeformulare – bei historisch tiefen 0,2 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Im Jahr 2024 stieg sie auf 0,3 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung. Wie üblich bildeten Männer auch 2024 die Mehrheit der Fälle (60,0 %).

Hinsichtlich Hepatitis C hat es seit der Einführung des NPHS im Jahr 2011 eine wesentliche Neuerung gegeben: Seit 2014 (Zulassung von *Sofosbuvir* in der Schweiz) kann das Hepatitis-C-Virus (HCV) durch direkt antiviral wirksame Substanzen in circa 95 % der Fälle aus dem Körper der infizierten Person eliminiert werden. Die Behandlungskosten bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten werden in der Schweiz seit 2017 übernommen.

Der Rückgang neuer Infektionen mag sich durch vermehrte Therapie zwar beschleunigt haben, setzte jedoch infolge struktureller Massnahmen mindestens zehn Jahre früher ein. Neu erworbene Infektionen werden selten gemeldet, in der Regel handelt es sich bei neu gemeldeten Diagnosen um ältere Fälle, die entweder durch früheren intravenösen Drogenkonsum und/oder in Ländern mit hoher Hepatitis-C-Prävalenz erworben wurden. Eine Ausweitung des derzeit auf Risikogruppen ausgerichteten HCV-Screenings auf breitere Bevölkerungsgruppen ist aus Sicht des BAG nicht zielführend.

#### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

### Nationales Programm (NAPS): Stopp HIV, Hepatitis-B-, Hepatitis-C-Virus und sexuell übertragene Infektionen

Mit dem nationalen Programm *Stopp HIV, Hepatitis-B-, Hepatitis-C-Virus und sexuell übertragene Infektionen* (NAPS) verfolgt die Schweiz ein ambitioniertes Ziel: Bis 2030 gibt es in der Schweiz keine Übertragungen von HIV, des Hepatitis-B- und -C-Virus mehr und die Inzidenzen sexuell übertragener Infektionen sinken. Dies trägt dazu bei, die sexuelle Gesundheit zu verbessern.

### Bibliografie

- <sup>1</sup> ONUSIDA (NA). 2025 AIDS Targets. Genève: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- <sup>2</sup> ONUSIDA (2020). 2020 Global AIDS Update. Seizing the moment – Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- <sup>3</sup> Vernazza P, Bernard EJ (2018). HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. *Swiss Med Wkly*; 146:w14246
- <sup>4</sup> Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov LI. (2023). The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *The Lancet*; 402(10400): 464–471
- <sup>5</sup> Bundesamt für Gesundheit (2016). Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSg) zur HIV Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) in der Schweiz. *BAG-Bulletin*; 4: 77–79
- <sup>6</sup> Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
- <sup>7</sup> Compendium.ch (13.4.2021). Emtricitabin-Tenofovir-Mepha Lactab®. Nouveau générique de Truvada® commercialisé. Berne: HCI Solutions AG
- <sup>8</sup> Mannschaft Magazin (30.3.2021). Generikum lässt Schweizer PrEP-Preis fallen. Die PrEP für 2 statt für 22 Franken pro Tablette pro Tag. Bern: Lautes Haus GmbH
- <sup>9</sup> WHO (2015). Policy Brief. WHO expands Recommendation on Oral Preexposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP). Genève: Organisation mondiale de la santé
- <sup>10</sup> Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- <sup>11</sup> Bundesamt für Gesundheit (2021). Analysenliste (AL). Änderungen per 1.7.2021
- <sup>12</sup> Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392
- <sup>13</sup> Bundesamt für Gesundheit (2025). Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern in der Schweiz, 1999–2024



# Testsurveillance HIV und STI in Schweizer VCT-Zentren 2024

Wer die Entwicklung der gemeldeten Fallzahlen von HIV und sexuell übertragenen Infektionen (STI) besser verstehen will, muss auch die Trends im Testverhalten kennen. Die Anzahl der Tests auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien ist in den letzten Jahren in den VCT-Zentren der Schweiz insgesamt stark gestiegen, im Jahr 2024 jedoch nur moderat. Dies ist nicht zuletzt das Ergebnis einer fortgesetzten STI-Testkampagne der Aids-Hilfe Schweiz, die seit der ersten Durchführung im Mai 2017 jährlich stattfindet. Im Jahr 2024 stagnierte die Inanspruchnahme von STI-Tests jedoch bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie bei Frauen und stieg nur noch bei heterosexuellen Männern an.

## HINTERGRUND

Ein Anstieg der gemeldeten Infektionskrankheiten kann im Wesentlichen auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: Entweder kommt es zu mehr Infektionen oder es wird vermehrt danach getestet. Die Testsurveillance versucht, letztere Ursache näher zu betrachten. Daten zur Anzahl der durchgeführten Tests auf HIV und anderer sexuell übertragenen Infektionen (STI) werden in der Schweiz über 23 Einrichtungen erfasst (Stand Ende 2024). Diese Einrichtungen bieten sowohl freiwillige Beratung als auch Testung an (*Voluntary Counselling and Testing*, VCT) [1].

Seit 2008 erfüllt eine zunehmende Anzahl Schweizer HIV-Teststellen die VCT-Kriterien des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), einschliesslich der Nutzung des internetbasierten BerDa-Systems (**B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem). BerDa umfasst alle sechs Schweizer Gesundheitszentren für schwule Männer (**C**heckpoints), in Genf (seit 2005), Zürich (2006), Basel (2012), Lausanne (2012), Bern (2013) und Luzern (2020), sowie zwei Zentren für Sexarbeiterinnen in Zürich und Basel, zwei grosse Spitäler und 13 weitere Teststellen.

Die VCT-Zentren dokumentieren dabei anonym alle durchgeführten HIV- und seit 2012 auch Syphilistests sowie Tests auf Gonorrhoe und Chlamydien (Abstriche). Die Klientinnen und Klienten werden gebeten, vor der Beratung anonym auf einem Computer oder Tablet Fragen zu beantworten, die als Grundlage für ein Beratungsgespräch zur sexuellen Gesundheit dienen. Das BAG nutzt diese Daten für zielgerechte und zeitnahe Planung der HIV-Prävention.

Im Jahr 2019 wurde das BerDa-System in enger Zusammenarbeit mit den VCT-Zentren grundlegend überarbeitet. Seit dem 1. Januar 2020 nutzen alle VCT-Zentren das neue BerDa-System.

Eine wesentliche Neuerung im Jahr 2020 betraf die «informierte Zustimmung» (*Informed Consent*), die erforderlich ist, um die von den Klientinnen und Klienten ins System eingegebenen Daten auch nach dem Gespräch speichern zu dürfen. Liegt keine Einwilligung zur Nutzung der vollständigen Daten vor, sind zwar die durchgeführten Tests und deren Resultate bekannt, jedoch nicht die Expositionsgruppe der getesteten Person.

Im obligatorischen Meldewesen der Schweiz werden nur *positive* Testergebnisse erfasst. Um die Gesamtzahl aller durchgeführten Tests zu ermitteln, könnte das BAG zusätzlich die Anzahl *negativer* Tests direkt bei den Laboren anstatt über die VCT-Zentren abfragen. Dies wurde mit der neuen Epidemienverordnung vom 1. Januar 2016 auch versucht, erwies sich jedoch aus verschiedenen Gründen als nicht umsetzbar. Ein wesentlicher Grund ist, dass die Labore keine Informationen zu HIV- oder Syphilisschnelltests haben, die aber insbesondere bei Gruppen mit erhöhtem HIV-Risiko zur Anwendung kommen. Zudem werden von den Laboren viele Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen erfasst (z. B. bei Schwangeren, Rekrutinnen und Rekruten oder im Blutspendewesen), was allfällige Trends in den Zielgruppen der HIV- bzw. STI-Prävention verschleiern würde.

## AKTUELLE LAGE

Im Jahr 2024 verzeichneten die an BerDa teilnehmenden VCT-Zentren insgesamt 37 498 Konsultationen. Dabei stimmten Klientinnen und Klienten der Testzentren bei 24 801 Konsultationen (66,1 %) einer Speicherung des gesamten Datensatzes aktiv zu.

Die folgenden Abbildungen 1 bis 3 zeigen ebenfalls eine Schätzung der fehlenden Daten: Die durchgehenden Linien zeigen die Daten, wie sie tatsächlich im System gespeichert sind. Die Schattierungen (ab 2020) entsprechen einer Hochrechnung unter Einbezug der Personen mit unbekannter Expositionsgruppe.

Eine Einschränkung hinsichtlich der Vollständigkeit der BerDa-Daten ist, dass Personen mit erhöhtem HIV-Risiko seit 2019 zunehmend seltener erfasst werden, da sie vermehrt am nationalen Programm und Forschungsprogramm SwissPrEPared teilnehmen. Im Rahmen dieses Programms nehmen sie Medikamente zur Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) ein, die sie vor einer HIV-Infektion schützt (medikamentenbasierte Form von *Safer Sex*). Zudem werden sie regelmässig auf HIV getestet. Die Anzahl der Teilnehmenden steigt stetig, wobei es sich vorwiegend um MSM handelt [2].

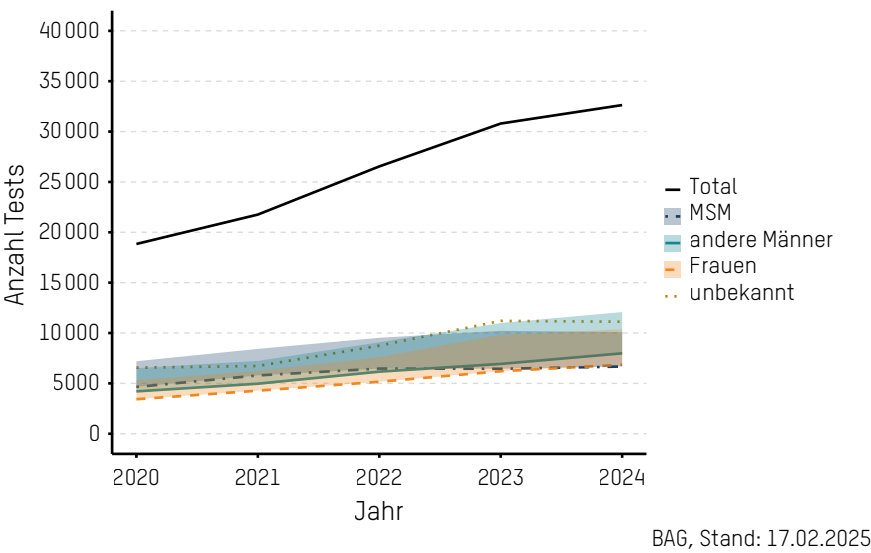
TESTS AUF HIV UND SYPHILIS

Im Jahr 2024 wurden in den VCT-Zentren 32 630 HIV- und 30 088 Syphilistests durchgeführt und in BerDa erfasst, wobei es sich bei HIV mehrheitlich um Schnelltests handelte. Seit dem 19. Juni 2018 dürfen in der Schweiz sogenannte HIV-Selbsttests zur Eigenverwendung verkauft werden. Darüber hinaus wurde im folgenden Jahr das Programm Swiss-PrEPared ins Leben gerufen. Trotz dieser beiden Alternativen zu den VCT-Zentren stieg die Gesamtzahl der in BerDa registrierten HIV-Tests nach 2020 wieder an (Abbildung 1), nachdem sie 2018 und 2019 stagniert hatte und 2020 aufgrund des starken Rückgangs der Besuche in den VCT-Zentren zu Beginn der Covid-19-Pandemie sogar zurückgegangen war. Der Gesamtanstieg im Jahr 2024 war jedoch geringer als in den drei vorangegangenen Jahren. Bei den Syphilistests hingegen setzte sich der seit mehreren Jahren zu beobachtende Aufwärtstrend fort, wenn auch im Jahr 2024 in weniger ausgeprägtem Masse (Abbildung 2).

Die (adjustierte) Anzahl der HIV-Tests stieg bei MSM zwischen 2020 und 2024 um 40,2 %. Bei anderen Männern und bei Frauen betrug die Zunahme 85,2 %

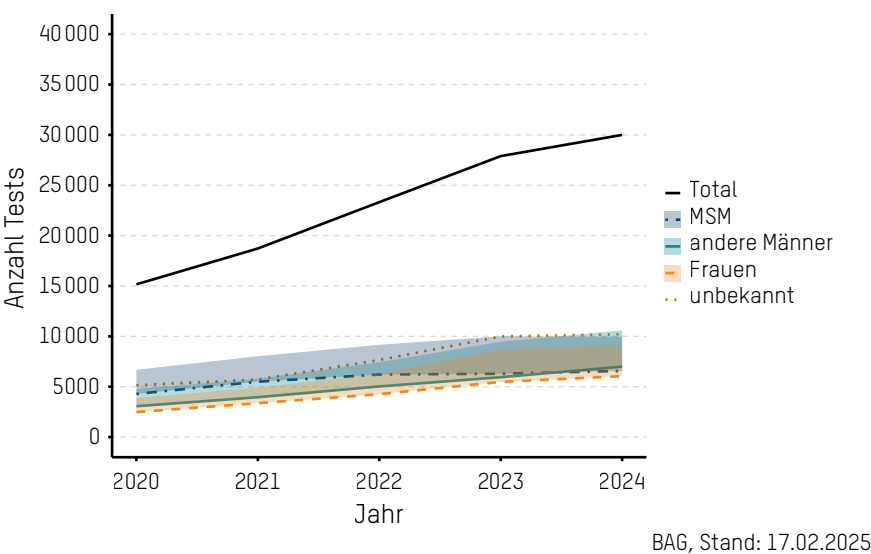
bzw. 95,0 %. Es ist jedoch anzumerken, dass die Anzahl der Tests bei MSM und Frauen im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr stagnierte. Für die Altersgruppe

Abbildung 1  
Anzahl HIV-Tests in Schweizer VCT-Zentren nach Expositionsgruppe<sup>1</sup>, 2020 – 2024



<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.  
Linien: dokumentierte Tests; Rand der farblich zugehörigen Schattierung: hochgerechnete Anzahl Tests nach Adjustierung um unbekannte Exposition seit der Systemumstellung 2020.

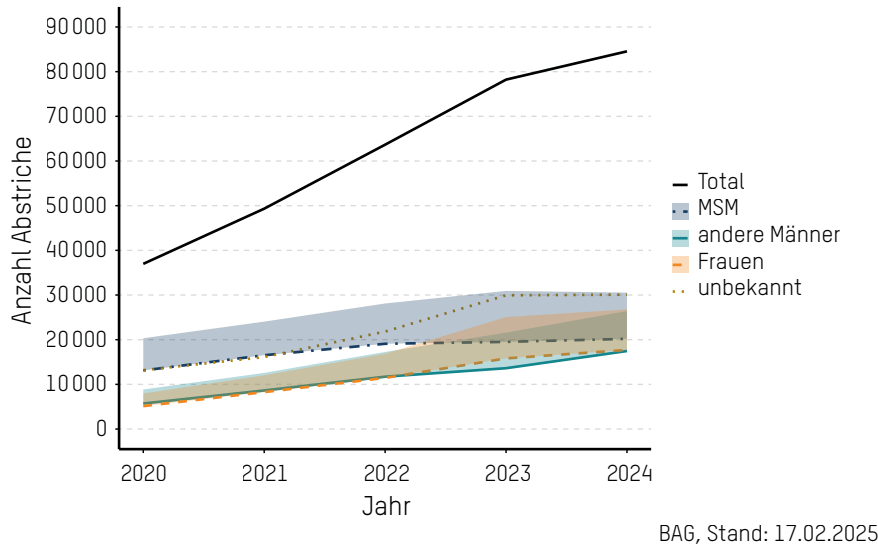
Abbildung 2  
Anzahl Syphilistests in Schweizer VCT-Zentren nach Expositionsgruppe<sup>1</sup>, 2020 – 2024



<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.  
Linien: dokumentierte Tests; Rand der farblich zugehörigen Schattierung: hochgerechnete Anzahl Tests nach Adjustierung um unbekannte Exposition seit der Systemumstellung 2020.



Abbildung 3  
Anzahl Abstriche auf Gonorrhoe/Chlamydien in Schweizer VCT-Zentren nach Expositionsgruppe<sup>1</sup>, 2020 – 2024



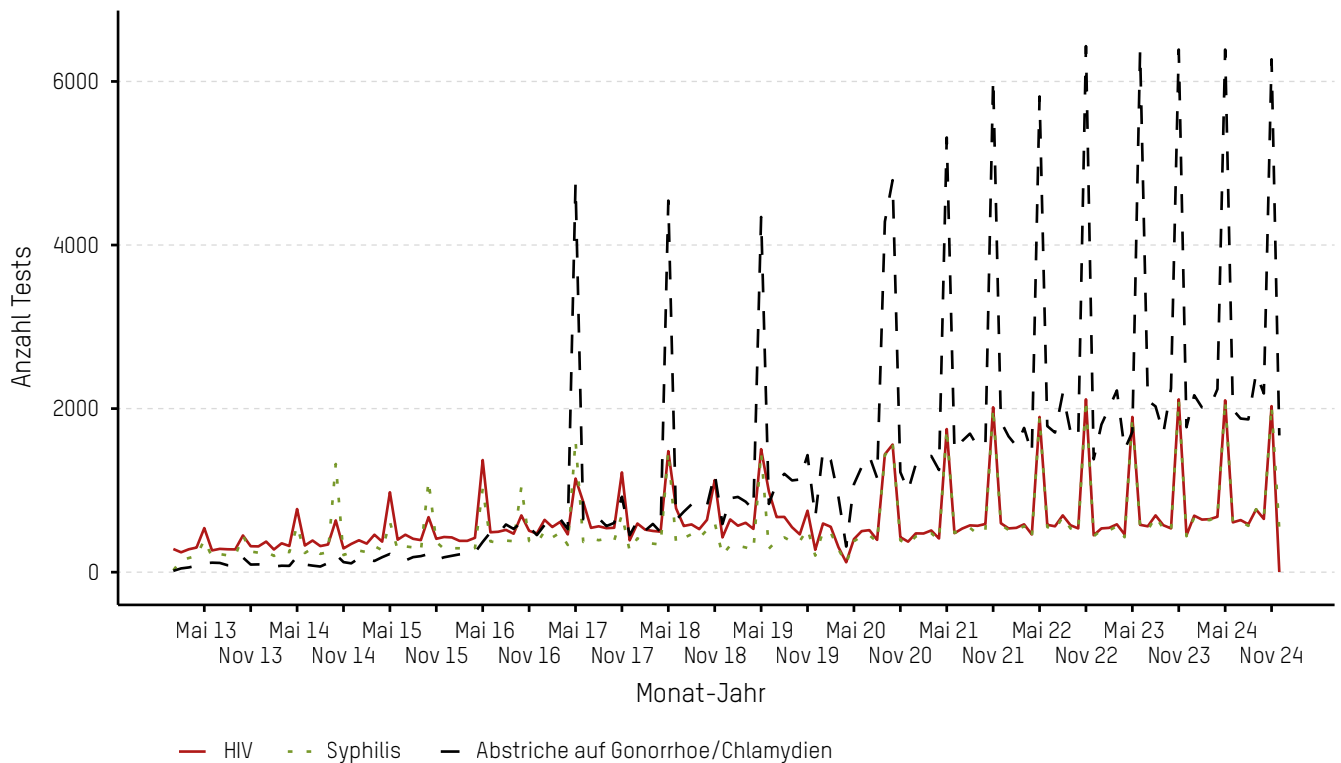
<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

**Linien:** dokumentierte Tests; **Rand der farblich zugehörigen Schattierung:** hochgerechnete Anzahl Tests nach Adjustierung um unbekannte Exposition seit der Systemumstellung 2020.

der 15- bis 64-Jährigen wird geschätzt, dass sich 2024 11,6 % der MSM [3], 0,4 % der anderen Männer und 0,4 % der Frauen in Schweizer VCT-Zentren auf HIV testen liessen.

Die Anzahl der bei MSM durchgeführten Syphilistests stieg im Jahr 2024 im Vergleich zu 2020 um 48,8 %. Wie bei den HIV-Tests, war der im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr beobachtete Anstieg hauptsächlich auf heterosexuelle Männer zurückzuführen. Bei anderen Männern und bei Frauen betrug der Anstieg sogar 120,2 % bzw. 134,7 %, obwohl Syphilistests – abgesehen vom Schwangeren-Screening – nur für MSM sowie für Sexarbeiterinnen und ihre Kunden empfohlen werden. Für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen wird geschätzt, dass sich 2024 11,6 % der MSM, 0,4 % der anderen Männer und 0,3 % der Frauen in Schweizer VCT-Zentren auf Syphilis testen liessen.

Abbildung 4  
Anzahl monatliche HIV- und Syphilistests und Anzahl Abstriche auf Gonorrhoe/Chlamydien bei MSM<sup>1</sup> in Schweizer VCT-Zentren, 2013 – 2024



<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

BAG, Stand: 17.02.2025

### ABSTRICHE AUF GONORRHOE UND CHLAMYDIEN

Abbildung 3 zeigt die jüngste starke Zunahme – wenn auch weniger ausgeprägt im Jahr 2024 – von Abstrichen auf Gonorrhoe und Chlamydien. Im Jahr 2024 wurden 84553 Abstriche im BerDa-System dokumentiert. Bei MSM entspricht dies einer Zunahme von 50,3 % im Vergleich zu 2020, bei anderen Männern und bei Frauen stieg die Anzahl Abstriche um 198,2 % bzw. 237,1 %. Es ist jedoch anzumerken, dass der im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr beobachtete Anstieg, ähnlich wie bei den HIV- und Syphilis-Tests, im Wesentlichen auf heterosexuelle Männer zurückzuführen war. Die Zunahme spiegelt sowohl eine steigende Anzahl von Personen wider, die sich auf Gonorrhoe/Chlamydien testen lassen (diese Tests gibt es faktisch nur im Kombipaket), als auch eine Zunahme der einzelnen Abstriche pro Person. Dabei ist zu beachten, dass pro Untersuchung bis zu drei Abstriche durchgeführt werden – aus Harnröhre bzw. Vagina, Rachen und Anus.

Der Anteil Gonorrhoe- und Chlamydien-diagnosen unter den Getesteten war im Zeitraum 2020–2024 konstant. Der Anstieg der Gonorrhoe-fälle bei MSM (siehe Kapitel «Gonorrhoe in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024») lässt sich zum Teil auf einen Anstieg der Testungen zurückführen.

### BEDEUTUNG DER KAMPAGNEN DER AIDS-HILFE SCHWEIZ UND DER CHECKPOINTS

Bis einschliesslich 2016 gab es in der Schweiz zwei gezielte Testkampagnen für MSM, welche von der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und den Checkpoints durchgeführt wurden [4]. Die Kampagne *Break the Chains* bewarb seit 2012 HIV-Tests im Monat Mai, während *Stop Syphilis* seit 2011 das Testen auf Syphilis im Monat Oktober förderte. Die Reihenfolge dieser Kampagnen wurde ab dem Jahr 2017 geändert: Im Mai 2017 wurden im Rahmen der Aktion *STARMAN* zum ersten Mal kostenlose Tests auf Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien angeboten, während im November das Testen auf HIV beworben wurde. In den Folgekampagnen 2018 und 2019 waren die STI-Tests nicht mehr kostenlos. 2018 wurden sie für 30 Franken angeboten, 2019 für 50 Franken (bzw. 30 Franken für Männer unter 26 Jahren) und 2020 zu einem Pauschalpreis von 40 Franken. In Anbetracht der regulären Kosten von rund 500 Franken sind die Einsparungen beträchtlich und ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Kampagnen. Im Pandemiejahr 2020 wurde die Mai-Kampagne wegen des Lockdowns auf Herbst verschoben und um zwei Monate verlängert (*SUPER*-Kampagne der AHS im September/Oktober).

Ab Mai 2021 wurden erneut umfassende Testkampagnen für MSM durchgeführt. Abbildung 4 zeigt eindrücklich den Einfluss dieser Kampagnen auf die Testzahlen.

#### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und  
Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

#### Bibliografie

- <sup>1</sup> [www.lovelife.ch](http://www.lovelife.ch)
- <sup>2</sup> [www.swissprepared.ch](http://www.swissprepared.ch)
- <sup>3</sup> Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
- <sup>4</sup> [www.aids.ch](http://www.aids.ch)

# HIV und Aids in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024

In der Schweiz und in Liechtenstein wurden für das Jahr 2024 insgesamt 318 neue HIV-Fälle gemeldet, etwas weniger als im Vorjahr (357). Diese Zahlen liegen unter den präpandemischen Werten, was einerseits auf eine nachhaltige «HIV-Kaskade», in der fast alle Personen mit HIV von ihrer Infektion wissen und rasch effektiv behandelt werden, sodass sie das Virus nicht mehr weitergeben können, sowie andererseits auf den vermehrten Einsatz der Präexpositionsprophylaxe (PrEP), einer vorbeugenden antiretroviralen Behandlung, zurückzuführen ist.

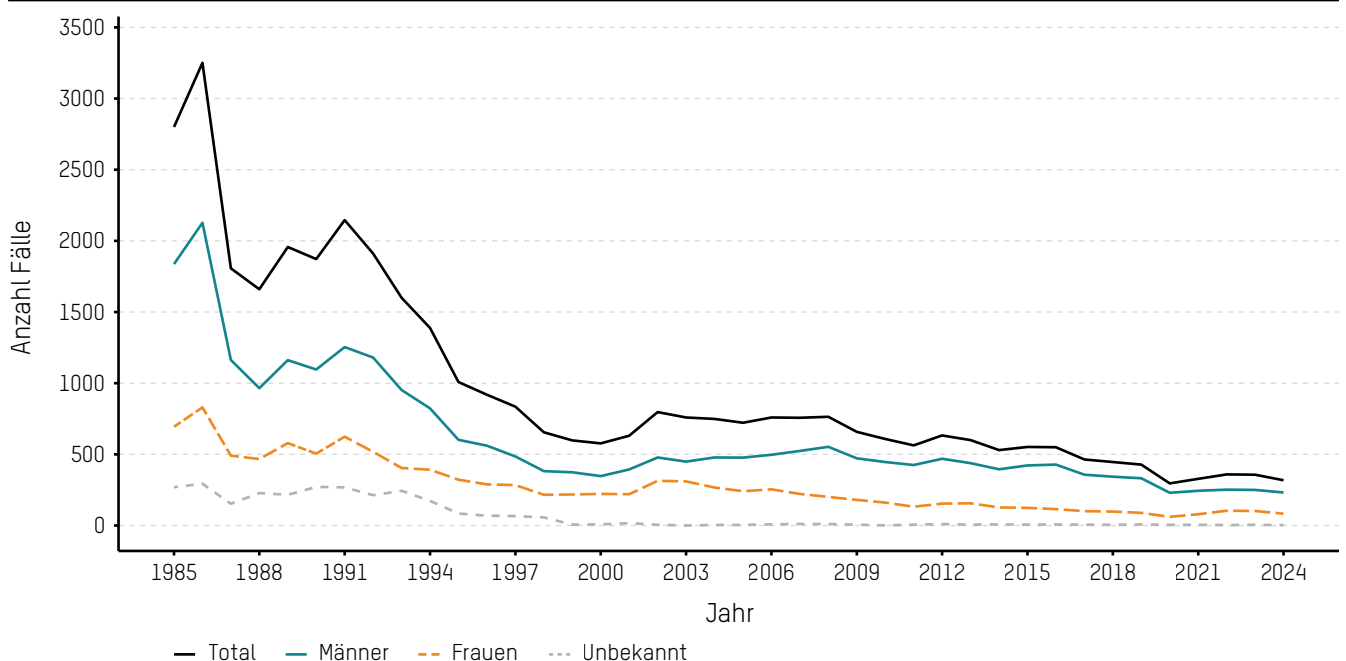
## FALLDEFINITION UND AKTUELLE LAGE

HIV wird in der Schweiz und in Liechtenstein seit 1985 überwacht. Gemäss dem bis Ende 2024 geltenden HIV-Testkonzept [1] haben die zugelassenen Labore dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem zuständigen kantonsärztlichen Dienst Alter, Geschlecht und

Wohnort der Personen mit einer HIV-Diagnose gemeldet. Zusätzlich werden mittels «Meldeformular zum klinischen Befund» (Anmerkung 1) ergänzende Angaben zum Ansteckungsweg oder zur Nationalität von der Ärzteschaft gemeldet.

Die Meldelabore haben für das Jahr 2024 318 bestätigte HIV-Fälle gemeldet (Stand: 17. Februar 2025), was einer Inzidenz von 3,5 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung entspricht. Der Rückgang von 10,9 % gegenüber dem Vorjahr (2023: 357 Fälle) ist als Fortsetzung des langjährigen Trends vor der Covid-19-Pandemie zu interpretie-

Abbildung 1  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten HIV-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1985 – 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

ren – nach einem deutlichen Tiefstand 2020 und einem moderaten Anstieg in den beiden Folgejahren (Abbildung 1). Im Jahr 2024 blieb die Zahl der Neuinfektionen deutlich unter dem Niveau vor der Pandemie (2019: 428).

Ein Rückgang an Infektionen ist vor allem bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), zu verzeichnen (Abbildung 4). Im Jahr 2024 nahmen 6968 Personen mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko, vor allem MSM, an dem Programm *SwissPrEPared* teil, das im April 2019 eingeführt wurde. Die Teilnehmenden nehmen unter medizinischer Kontrolle eine medikamentöse HIV-Prophylaxe ein (Präexpositionsprophylaxe, kurz «PrEP»).

VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

Die Mehrheit der gemeldeten HIV-Fälle betraf im Jahr 2024 Männer (73,0 %). Ein Fall betraf eine Transfrau (Geschlechtsidentität weiblich, Geburtsgeschlecht männlich), während bei Transmännern (Geschlechtsidentität männlich, Geburtsgeschlecht weiblich) und bei Personen mit VGE (Variante der

Tabelle 1  
Inzidenz der gemeldeten HIV-Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Grossregion<sup>1</sup> und Diagnosejahr, 2020 – 2024

Grossregion	Diagnosejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	4,6	6,2	6,8	5,6	6,2
Espace Mittelland	2,8	2,9	2,4	3,9	2,9
Nordwestschweiz	2,4	2,1	2,8	1,5	2,1
Zürich	5,1	6,0	5,4	5,2	4,8
Ostschweiz	1,7	1,7	3,0	3,3	2,2
Zentralschweiz	2,3	1,4	2,4	2,7	1,8
Tessin	2,6	2,0	3,4	3,4	1,7
Liechtenstein	2,6	2,5	2,5	2,5	0,0
Ganze Schweiz und Liechtenstein	3,4	3,7	4,1	4,0	3,5

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand : 17.02.2025

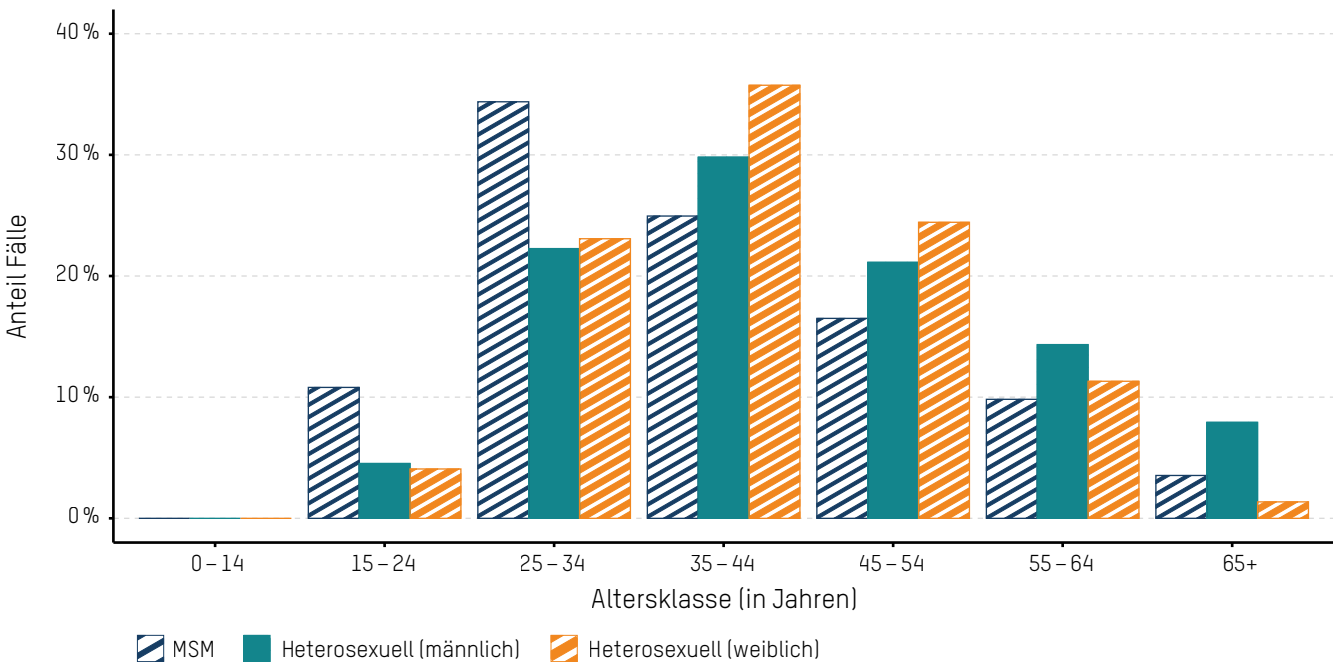
Geschlechtsentwicklung [intersexuell]) kein Fall verzeichnet wurde. Die Inzidenz war im Jahr 2024 sowohl bei Frauen (1,8 pro 100 000 gegenüber 2,3) als auch bei Männern (5,2 gegenüber 5,6) niedriger als im Vorjahr.

VERTEILUNG NACH ALTER

Der Altersmedian der HIV-Diagnose über die letzten fünf Jahre gerechnet

lag bei heterosexuellen Frauen bei 42 Jahren, bei heterosexuellen Männern bei 43 Jahren und bei MSM bei 36 Jahren. Von den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg war die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen am stärksten betroffen (35,7 %), gefolgt von den 45- bis 54-Jährigen (24,4 %). Bei den heterosexuellen Männern war die Altersverteilung homogener, den

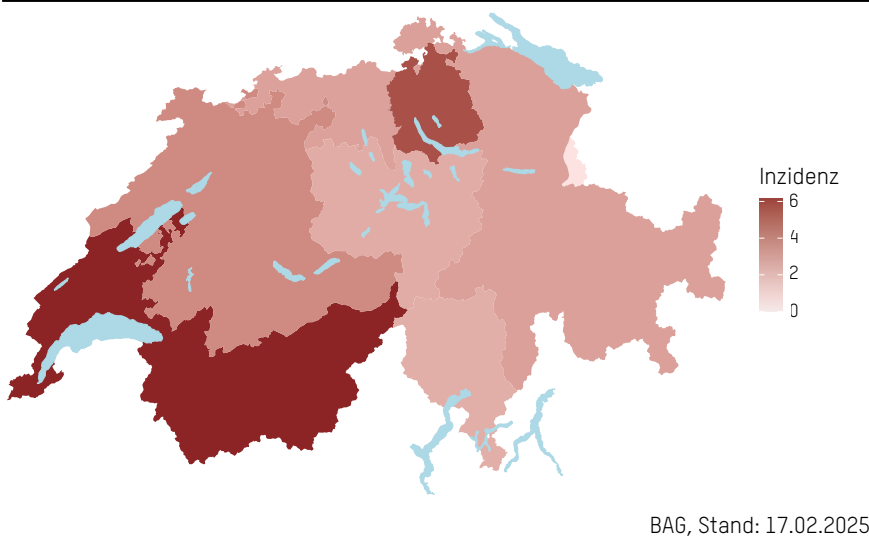
Abbildung 2  
Verteilung der gemeldeten HIV-Fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Geschlecht und Alter, 2020 – 2024  
(Fälle der letzten fünf Jahre aus statistischen Gründen zusammengefasst)



<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

BAG, Stand: 17.02.2025

Abbildung 3  
Inzidenz der gemeldeten HIV-Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach  
Grossregion<sup>1</sup>, 2024



<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

höchsten Anteil verzeichnete aber weiterhin die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen (29,8 %). MSM waren bei der HIV-Diagnose jünger als die anderen beiden Gruppen, den höchsten Anteil wies die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen auf (34,4 %). Zudem war der Anteil der Fälle bei den 15- bis 24-jährigen MSM im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen besonders hoch (10,8 %) (Abbildung 2).

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Die Inzidenz neuer HIV-Diagnosen lag im Jahr 2024 bei 3,5 pro 100 000 Wohnbevölkerung. Mit einer

Spanne von 0 bis 6,2 gab es jedoch grosse regionale Unterschiede (Tabelle 1, Abbildung 3). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und der Genferseeregion – hier befinden sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz. Urbanität beinhaltet nicht nur leichteren Zugang zu medizinischen Untersuchungen, sondern auch zu mehr Sexualpartnern, insbesondere für Angehörige sexueller Minderheiten [2, 3]. In den ländlich geprägten Regionen der Zentralschweiz und des Tessins war die Inzidenz am niedrigsten.

ANSTECKUNGSWEG

Wie in den Vorjahren wurde im Jahr 2024 für Männer mit HIV-Diagnose am häufigsten Sex mit anderen Männern als Ansteckungsweg genannt (50,8 %; 101 Fälle), gefolgt von heterosexuellen Kontakten (24,1 %, 48 Fälle). Intra-venöser Drogenkonsum (IDU) wurde bei Männern in 5 Fällen festgestellt, bei 19,6 % der HIV-Diagnosen bei Männern ist der Ansteckungsweg unbekannt. Frauen mit HIV-Diagnose infizierten sich ähnlich wie in den Vorjahren hauptsächlich auf heterosexuellem Weg (60,9 %, 42 Fälle). Sexuelle Übertragungen zwischen Frauen wurden keine gemeldet. In 1 Fall wurde Drogeninjektion als Ansteckungsweg angegeben, bei 33,3 % der HIV-Diagnosen bei Frauen ist der Ansteckungsweg unbekannt.

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der HIV-Fälle nach Geschlecht und nach Ansteckungsweg. Sowohl bei MSM als auch bei heterosexuellen Männern zeigt sich ein abnehmender Trend. Die Anzahl Fälle, die auf IDU zurückzuführen sind, ist nach wie vor gering (seit 2020 weniger als 7 Fälle bei Männern und weniger als 2 bei Frauen). Bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg stieg die Zahl der Fälle zwischen 2020 und 2024 von 38 auf 42 (Abbildung 4 rechte Seite). Regional auffällig ist Zürich, hier betrafen 50,0 % der HIV-Diagnosen MSM, deutlich mehr als im Durchschnitt der Schweiz (31,8 %). Dies liegt an der höheren Dichte an MSM in dieser Region [4].

Tabelle 2  
Gemeldete HIV-Fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Grossregion<sup>2</sup>, 2024

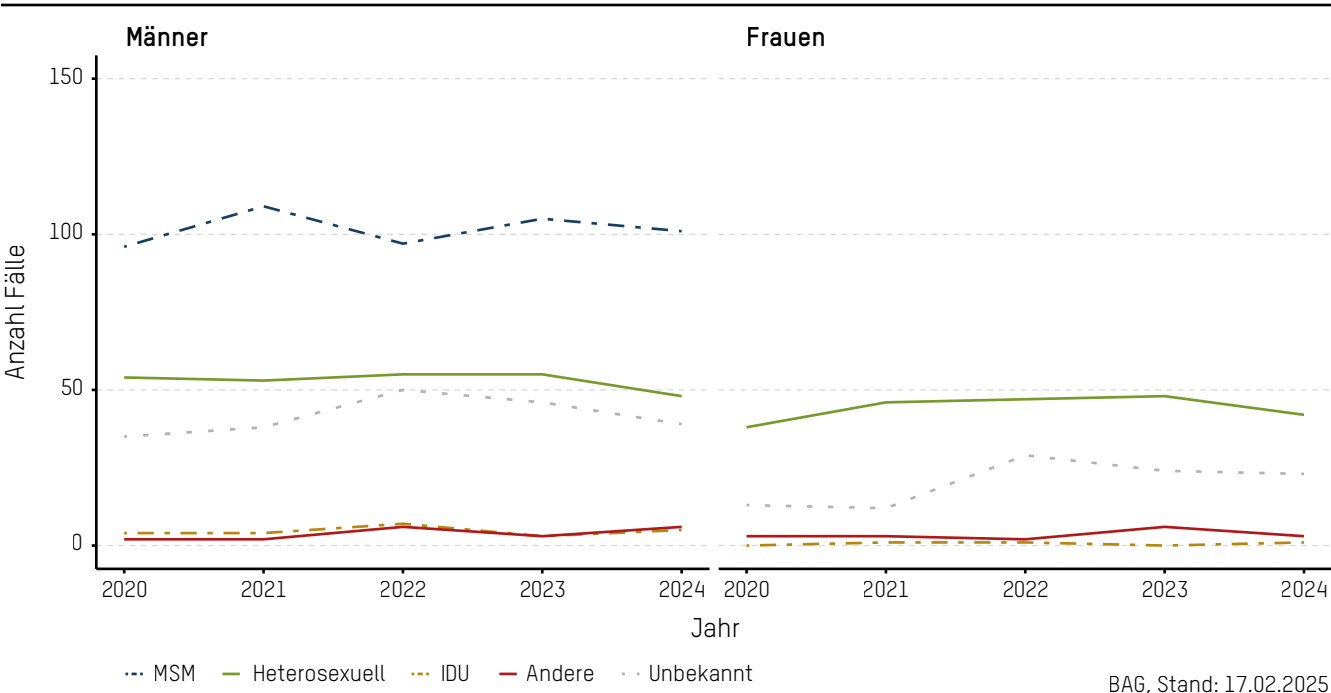
Ansteckungs- weg	Grossregion																		Total	
	Genfersee- region		Espace Mittelland		Nordwest- schweiz		Zürich		Ostschweiz		Zentral- schweiz		Tessin		Liechten- stein		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MSM	28	33,3	19	38,0	8	34,8	35	50,0	6	24,0	4	36,4	1	16,7	0	Na	0	0,0	101	31,8
Heterosexuell (männlich)	17	20,2	6	12,0	5	21,7	12	17,1	3	12,0	2	18,2	2	33,3	0	Na	1	2,0	48	15,1
Heterosexuell (weiblich)	16	19,0	12	24,0	1	4,3	7	10,0	3	12,0	2	18,2	1	16,7	0	Na	0	0,0	42	13,2
Andere	5	6,0	1	2,0	0	0,0	4	5,7	4	16,0	1	9,1	0	0,0	0	Na	0	0,0	15	4,7
Unbekannt	18	21,4	12	24,0	9	39,1	12	17,1	9	36,0	2	18,2	2	33,3	0	Na	48	98,0	112	35,2
Total	84	100,0	50	100,0	23	100,0	70	100,0	25	100,0	11	100,0	6	100,0	0	100,0	49	100,0	318	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

<sup>2</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 17.02.2025

Abbildung 4  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten HIV-Fälle nach Geschlecht und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020 – 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: Intravenöser Drogenkonsum; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

NATIONALITÄT

Von den HIV-Fällen mit bekannter Nationalität betraf im Jahr 2024 knapp ein Drittel (30,6 %) Personen mit Schweizer oder liechtensteinischer Nationalität, wobei der Anteil je nach Ansteckungsweg variierte. Bei heterosexuellem Ansteckungsweg besaßen 21,9 % der Frauen den Schweizer oder Liechtensteiner Pass, bei den Männern waren es 41,7 % (Prozentsätze berechnet unter Ausschluss der Fälle mit unbe-

kannter Nationalität). Von diesen Frauen hatten 37,5 % die Nationalität eines Landes, das von den Vereinten Nationen als HIV-Hochprävalenzland (HPL) eingestuft wird (Anmerkung 2), gegenüber 19,4 % der Männer. Darüber hinaus stammten 9,4 % der Frauen und 8,3 % der Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg aus einem nicht europäischen Nicht-HPL (Kategorie «andere» in Tabelle 3). Wie schon in den beiden Vorjahren stammt ein erheblicher Teil der

Fälle mit heterosexuellem Ansteckungsweg aus einem europäischen Land (30,6 % der Männer und 31,2 % der Frauen).

Im Jahr 2024 waren 33,3 % der MSM mit HIV Schweizer oder Liechtensteiner; 37,0 % stammten aus dem europäischen Ausland (berechnet unter Ausschluss der Kategorie «unbekannt»), lediglich 17,3 % stammten aus einem HPL. Es ist allerdings möglich, dass die-

Tabelle 3  
Gemeldete HIV-Fälle nach Nationalität und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Nationalität	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz und Liechtenstein	27	26,7	15	31,2	7	16,7	2	13,3	13	11,6	64	20,1
Europa ohne CH und FL	30	29,7	11	22,9	10	23,8	7	46,7	17	15,2	75	23,6
HIV-Hochprävalenzland	14	13,9	7	14,6	12	28,6	2	13,3	12	10,7	47	14,8
Andere	10	9,9	3	6,2	3	7,1	3	20,0	4	3,6	23	7,2
Unbekannt	20	19,8	12	25,0	10	23,8	1	6,7	66	58,9	109	34,3
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025

ser tiefe Prozentsatz ein falsches Bild vermittelt, da die Stigmatisierung in einigen dieser Länder einen Teil der MSM dazu veranlasst, ihre sexuelle Orientierung bei Tests nicht offen anzugeben [5]. Die prozentuale Verteilung der HIV-Fälle nach Nationalität und Ansteckungsweg kann aufgrund der begrenzten Fallzahlen pro Kategorie von Jahr zu Jahr stark variieren.

2018 hat das BAG eine Klassifizierung eingeführt, die Ansteckungsweg und Nationalität kombiniert und sich an diejenigen richtet, die Präventionsarbeit leisten. Die Checkpoints und speziellen Aktionen der Aids-Hilfe Schweiz und ihrer Partner richten sich in erster Linie an MSM, die sich beim Testen als homo- oder bisexuell identifizieren, unabhängig von ihrer Nationalität. Die Länder mit hoher Prävalenz entsprechen der jährlich aktualisierten Definition der Vereinten Nationen plus Brasilien (Anmerkung 2).

Im Jahr 2024 sind 101 Fälle auf sexuelle Kontakte unter Männern (jegliche Nationalität, inklusive MSM, die Drogen

injizieren), 49 Fälle auf heterosexuelle Kontakte, die nicht aus einem Hochprävalenzland stammen, und 19 auf heterosexuelle Kontakte aus Hochprävalenzländern inkl. Brasilien zurückzuführen (Abbildung 5). Der Rückgang bei heterosexuell infizierten Personen aus Hochprävalenzländern korreliert weitgehend mit dem Rückgang der Einwanderung aus diesen Ländern in die Schweiz. Der beobachtete Anstieg der Fälle aus europäischen Ländern ist in erster Linie auf den Zustrom ukrainischer Flüchtlinge, vor allem Frauen, als direkte Folge des russisch-ukrainischen Konflikts zurückzuführen. Von den 10 Fällen bei heterosexuellen Frauen aus Europa betreffen 5 Ukrainerinnen.

#### ORT DER INFektion

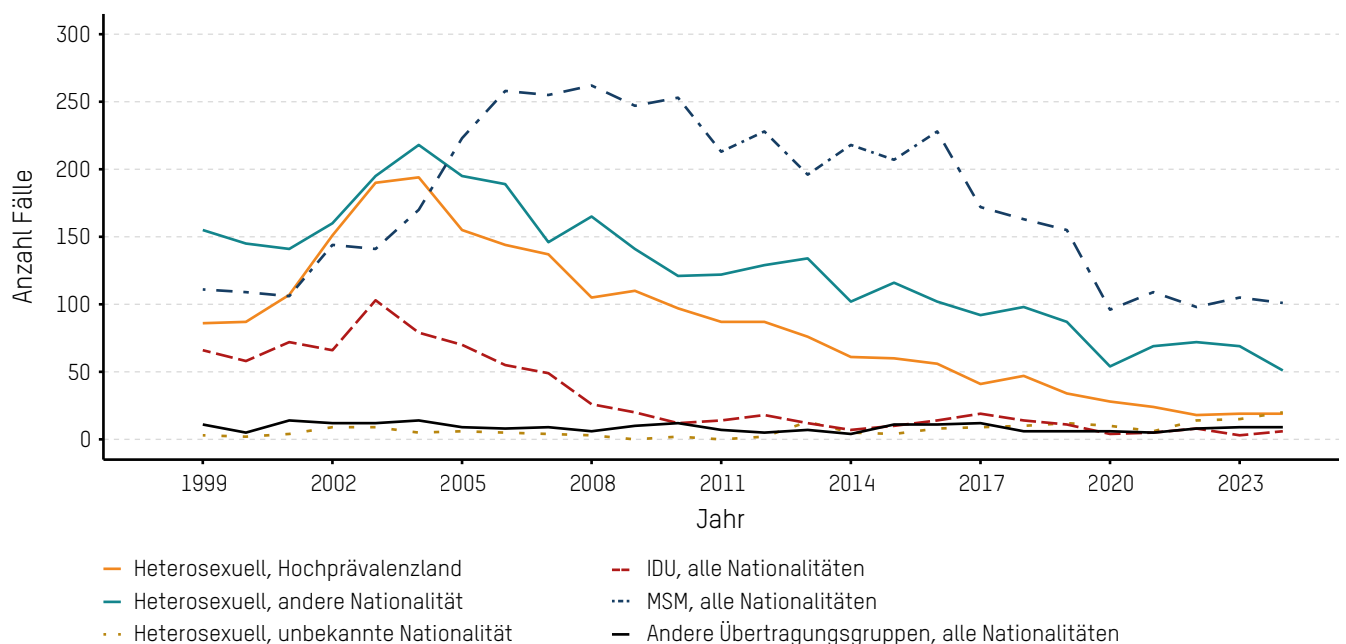
Gemäss den Angaben auf den ärztlichen HIV-Meldungen steckten sich Personen mit ausländischer Nationalität und heterosexuellem Ansteckungsweg weit häufiger im Ausland an als in der Schweiz oder in Liechtenstein. Umgekehrt steckten sich Personen mit Schweizer oder liechtensteinischer Nationalität deutlich häufiger in der

Schweiz oder in Liechtenstein an als Personen ausländischer Nationalität (Tabelle 4). Die genauere Aufschlüsselung nach Nationalität ergibt, dass bei 80,8 % der Ausländerinnen und Ausländer mit Infektionsort im Ausland die Nationalität mit dem vermuteten Infektionsort übereinstimmte, sofern beide Angaben auf der Meldung vorhanden waren. Dies lässt vermuten, dass diese Personen bereits vor ihrer Niederlassung in der Schweiz oder Liechtenstein seropositiv waren oder sich hauptsächlich auf Reisen in ihre Herkunftsländer infiziert haben. Auch bei MSM steckten sich Schweizer oder Liechtensteiner häufiger in der Schweiz oder in Liechtenstein an als Ausländer. Im Gegensatz zu den heterosexuell infizierten Personen steckten sich ausländische MSM genauso oft in der Schweiz oder in Liechtenstein an wie im Ausland. Zu beachten gilt, dass die Information über den Ort der Infektion oft fehlte, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

#### ART DER SEXUELLEN BEZIEHUNG

Von den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg und Angaben zur In-

Abbildung 5  
HIV-Fälle<sup>1</sup> nach Ansteckungsweg und Nationalität (präventionsorientierte Einteilung), 1999 – 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> Korrigiert um fehlende ärztliche Meldungen, siehe Anmerkung 1.

<sup>2</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: injizierender Drogenkonsum.

Tabelle 4  
Gemeldete HIV-Fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Nationalität und vermutetem Ort der Infektion, 2024

Ansteckungsweg	Nationalität	Ort der Infektion						Total	
		Schweiz/Liechtenstein		Ausland		Unbekannt			
		N	%	N	%	N	%	N	%
MSM	CH/FL	16	59,3	8	29,6	3	11,1	27	100,0
	Ausland	15	28,3	25	47,2	13	24,5	53	100,0
	Unbekannt	8	38,1	5	23,8	8	38,1	21	100,0
Heterosexuell (männlich)	CH/FL	3	20,0	7	46,7	5	33,3	15	100,0
	Ausland	6	28,6	13	61,9	2	9,5	21	100,0
	Unbekannt	2	16,7	2	16,7	8	66,7	12	100,0
Heterosexuell (weiblich)	CH/FL	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100,0
	Ausland	5	20,0	17	68,0	3	12,0	25	100,0
	Unbekannt	5	50,0	5	50,0	0	0,0	10	100,0
Andere	CH/FL	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Ausland	2	16,7	9	75,0	1	8,3	12	100,0
	Unbekannt	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Unbekannt	CH/FL	4	30,8	0	0,0	9	69,2	13	100,0
	Ausland	3	9,4	21	65,6	8	25,0	32	100,0
	Unbekannt	2	3,0	2	3,0	63	94,0	67	100,0
Total		76	23,9	117	36,8	125	39,3	318	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025

fektionsquelle steckten sich 72,7 % bei einem bekannten Partner an, 18,2 % bei einem anonymen Partner und 9,1 % beim bezahlten Sex (Prostitution) (Tabelle 5). Bei den Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg liegen diese Anteile bei respektiven 52,2 %, 21,7 % und 26,1 %. Angesichts der geringen HIV-Prävalenz bei Sexarbeiterinnen in der Schweiz [6] und der hohen Zahl von Infektionen, die im Ausland erworben wurden, könnten einige dieser letzten Fälle mit Sextourismus in Verbindung stehen. Bezogen auf die Fälle mit Angaben über die Infektionsquelle steckten

sich 43,6 % der MSM bei einem bekannten Partner an, 43,6 % bei einem anonymen Partner und 12,7 % bei bezahltem Sex. Das Fehlen von Daten für etwa zwei Drittel aller Fälle schränkt jedoch die Aussagekraft der Analyse ein (Tabelle 5).

**ZEITPUNKT DER INFektion**

Der Zeitpunkt der Infektion mit HIV ist in den meisten Fällen nicht bekannt. Bei einer Primoinfektion (akute Infektion) kann auf einen Infektionszeitpunkt einige Wochen vor der HIV-Diagnose geschlossen werden (Anmerkung 3).

In der Schweiz und in Liechtenstein können Infektionen, die sich weniger als ein Jahr vor der Diagnose ereignet haben, mit einem speziellen Test nachgewiesen werden («frische Infektionen», Anmerkung 4). Umgekehrt ist bei einer «späten» HIV-Diagnose die HIV-Infektion schon weit fortgeschritten, sodass erste Aidssymptome zu erwarten oder bereits bemerkbar sind.

Im Jahr 2024 wurde bei 4 heterosexuellen Männern (10,5 %, berechnet anhand der Gesamtzahl der Fälle mit bekanntem Indikator für den Infektions-

Tabelle 5  
Gemeldete HIV-Fälle nach Art der sexuellen Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Art der sexuellen Beziehung	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bekannter Partner	24	23,8	12	25,0	16	38,1	0	0,0	0	0,0	52	16,4
Anonymer Partner	24	23,8	5	10,4	4	9,5	1	6,7	2	1,8	36	11,3
Bezahlter Sex	7	6,9	6	12,5	2	4,8	0	0,0	2	1,8	17	5,3
Unbekannt	46	45,5	25	52,1	20	47,6	14	93,3	108	96,4	213	67,0
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025



Tabelle 6  
Indikatoren für den Infektionszeitpunkt nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Indikator	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Akute HIV-Infektion <sup>2</sup>	21	20,8	4	8,3	4	9,5	0	0,0	7	6,2	36	11,3
FrISChe Infektion <sup>3</sup>	5	5,0	2	4,2	0	0,0	0	0,0	1	0,9	8	2,5
Alte Infektion <sup>4</sup>	41	40,6	13	27,1	17	40,5	3	20,0	27	24,1	101	31,8
Später HIV-Test <sup>5</sup>	14	13,9	19	39,6	10	23,8	4	26,7	12	10,7	59	18,6
Unbekannt <sup>6</sup>	20	19,8	10	20,8	11	26,2	8	53,3	65	58,0	114	35,8
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>2</sup> Primoinfektion mit frühen Symptomen (oft grippeähnlichen), einige Wochen nach der Infektion.

<sup>3</sup> HIV-Infektion weniger als ein Jahr vor der Diagnose (gemäss InnoLia-Laborassay, Anmerkung 4), ohne Kriterium für eine Primoinfektion.

<sup>4</sup> HIV-Infektion mehr als ein Jahr vor der Diagnose (gemäss InnoLia-Laborassay, Anmerkung 4), ohne Aids innerhalb von drei Monaten.

<sup>5</sup> CDC-Stadium C gemäss HIV-Meldung oder mit Aidsdiagnose innerhalb von drei Monaten.

<sup>6</sup> Keine Informationen verfügbar oder schlüssig.

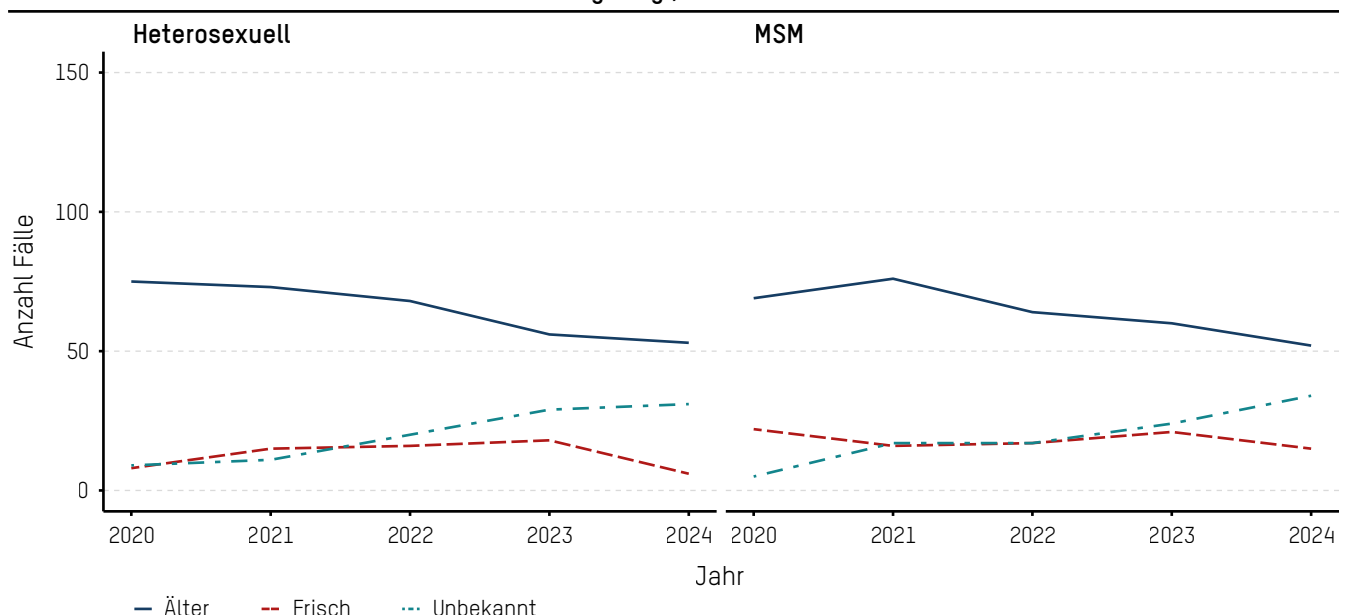
zeitpunkt), 4 heterosexuellen Frauen (12,9 %) und 21 MSM (25,9 %) eine Primoinfektion diagnostiziert (Tabelle 6). Bei keiner der auf heterosexuellem Weg infizierten Frauen wurde eine frISChe Infektion festgestellt, jedoch bei 5,3 % der heterosexuell angesteckten Männer. Bei MSM lag dieser Anteil bei 6,2 %.

Wie in den Vorjahren traten späte Diagnosen häufiger bei heterosexuellem An-

steckungsweg (Männer: 50,0 %, Frauen: 32,3 %) auf als bei MSM (17,3 %). Alle Indikatoren in Tabelle 6 deuten darauf hin, dass HIV-Infektionen bei Fällen mit heterosexueller Übertragung später erkannt werden als bei MSM – wahrscheinlich, weil letztere sich ihres Risikos stärker bewusst sind und sich regelmässiger testen lassen (siehe Kapitel «Testsurveillance»).

Es wird angenommen, dass sich Personen aus einem HPL mehrheitlich in ihrem Herkunftsland infizieren. Eine europäische Studie zeigt jedoch, dass dies in 45 % der Fälle nicht zutraf [7]. Da der Zugang zu medizinischen Ressourcen in diesen Ländern oft eingeschränkt ist, kennen viele HIV-infizierte Migrantinnen und Migranten ihren Status nicht. Ärztinnen und Ärzte können die Prävention verbessern und die Diagnose bei dieser

Abbildung 6  
FrISChe und ältere HIV-Infektionen nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020 – 2024



<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

BAG, Stand: 17.02.2025

Bevölkerungsgruppe in der Schweiz beschleunigen, indem sie in Konsultationen einen HIV-Test vorschlagen, auch wenn nicht direkt der Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht (HIV-Test auf ärztliche Initiative *P ICT* [8]).

Der Anteil frischer Infektionen unterschied sich im Zeitraum 2020–2024 im Mittel je nach Personengruppe: Für MSM betrug er 6,2 % und für heterosexuell angesteckte Personen weniger als 2,2 % der Fälle mit bekanntem Indikator. Dieser Anteil war in den letzten Jahren deutlichen Schwankungen unterworfen (Abbildung 6), was teilweise an der beschränkten Präzision der angewandten Methode zur Unterscheidung der frischen von älteren Infektionen liegt (siehe [Anmerkung 4](#)).

Bei gleichbleibender Testhäufigkeit sind Änderungen der Zahl an frischen Infektionen ein Hinweis auf entsprechende Änderungen der HIV-Inzidenz. Für die Interpretation dieser Trends sind deshalb Daten über die Anzahl der durchgeführten Tests notwendig. Das BAG verwendet zur Verfolgung der Testentwicklung Daten aus den Beratungs- und Testzentren in der Schweiz (VCT-Zentren). Diese Daten deuten vor allem für MSM auf eine anhaltende Zunahme der HIV-Tests in den letzten Jahren (siehe Kapitel «Testsurveillance» in diesem Bericht). Steigende Testzahlen würden bei gleichbleibender Inzidenz zu mehr neuen Diagnosen führen. Die beobachtete Abnahme der frischen Infektionen bei MSM deutet daher eher auf eine abnehmende HIV-Inzidenz in dieser Gruppe hin.

AIDSFÄLLE

In den Jahren vor der Covid-19-Pandemie lag die jährliche Zahl der neuen Aidsfälle bei 60 bis 70. Unter Berücksichtigung der teilweise langen Meldeverzögerungen (siehe [Anmerkung 5](#)) wurde während der Pandemie ein Rückgang der Fallzahlen beobachtet, welche sich in den folgenden Jahren auf diesem Niveau stabilisierten (zwischen 40 und 43 Fällen pro Jahr für den Zeitraum 2020 bis 2023; Tabelle 7).

Im Jahr 2024 stieg die extrapolierte Zahl der Aidsfälle stark an und erreichte 93 Fälle. Die jährlichen Schwankungen

Tabelle 7  
Neue Aidsfälle nach Diagnosejahr, Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Geschlecht, 2019 – 2024 (korrigiert um Meldeverzögerungen)

Ansteckungsweg	Geschlecht	Diagnosejahr					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024
MSM	Männer	18	17	12	16	10	7
IDU	Männer	3	2	0	1	0	0
	Frauen	0	1	0	1	0	10
Heterosexuell	Männer	20	10	9	5	12	30
	Frauen	10	2	7	7	8	14
Andere	Männer	16	8	9	9	9	30
	Frauen	3	3	3	4	4	2
Total		70	43	40	43	43	93
davon bereits gemeldet		70	43	40	43	39	37

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: injizierender Drogenkonsum. BAG, Stand: 17.02.2025

der Fallzahlen je nach Infektionsweg sind jedoch wahrscheinlich statistischer Natur und spiegeln nicht unbedingt tatsächliche Trends wider. Dies scheint insbesondere für das Jahr 2024 zuzutreffen, in dem einige Fälle mit einer besonders seltenen Exposition zu aussergewöhnlich hohen hochgerechneten Werten geführt haben. Die hochgerechnete Zahl der Aidsfälle für 2024 ist höchstwahrscheinlich stark überschätzt.

In über 98,4 % der Fälle wurde HIV weniger als ein Jahr vor der Aidsdiagnose nachgewiesen. Dies bedeutet, dass die HIV-Diagnose in einem fortgeschrittenen Stadium der Infektion gestellt wurde und die antiretroviralen Medikamente die Progression zum Aidsstadium nicht mehr verhindern konnten.

FAZIT

Die Gesamtzahl der HIV-Diagnosen war im Jahr 2024 etwas niedriger als im Vorjahr und entspricht dem Abwärtstrend vor der Covid-19-Pandemie. Im Jahr 2020 führte die Pandemie zu einem Rückgang der HIV-Tests und wahrscheinlich zu Verhaltensänderungen, sodass die Zahl der HIV-Meldungen ungewöhnlich niedrig war und sich bis 2023 wieder normalisierte. Die Zahl der Meldungen 2024 lag deutlich unter dem vorpandemischen Niveau. Ein wesentlicher Faktor für diesen Rückgang ist vermutlich die Zunahme der präventiven Einnahme von PrEP bei Menschen mit hohem Infektionsrisiko.

73,0 % der HIV-Fälle betrafen Männer, deren Inzidenz dreimal höher war als bei Frauen. Der häufigste Ansteckungsweg bei Männern war wie in den Vorjahren Sex mit anderen Männern, bei Frauen waren es heterosexuelle Kontakte. Ansteckungen im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum spielen wie in den Vorjahren nur noch eine geringe Rolle.

MSM infizierten sich unabhängig von der Nationalität häufiger in der Schweiz oder in Liechtenstein als im Ausland. Im Gegensatz dazu infizierten sich ausländische heterosexuell infizierte Personen meist im Ausland, in mehr als drei Viertel der Fälle entsprach das Land der Infektion ihrer Nationalität. 2024 ist wie auch in den beiden Vorjahren aufgrund des russisch-ukrainischen Konflikts und der daraus resultierenden Migrationsströme ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei Personen aus europäischen Ländern (ohne Schweiz) zu verzeichnen, vor allem bei heterosexuellen Frauen. Der Anteil der frischen Infektionen war im Mittel der letzten fünf Jahre bei MSM höher als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Da die Anzahl der Tests bei MSM gestiegen ist, deutet der Rückgang frischer Infektionen in den letzten sechs Jahren in dieser Gruppe auf eine sinkende HIV-Inzidenz hin.

## Jahresbericht 2024 und Infoportal übertragbare Krankheiten: Leicht abweichende Zahlen für HIV und Aids

Das Informationsportal zu übertragbaren Krankheiten des BAG wurde Ende August 2025 um das neue Thema sexuell übertragbare Infektionen (STI) erweitert. Es liefert grundlegende epidemiologische Informationen zu den sechs STI, die in diesem Jahresbericht behandelt werden: HIV/Aids, Chlamydiose, Gonorrhoe, Syphilis, Hepatitis B und Hepatitis C. Diese Daten werden monatlich aktualisiert.

Diese Erweiterung des Informationsportals auf STI bot die Gelegenheit, für HIV/Aids die Auswahl der zu veröffentlichenden Fälle zu standardisieren. Diese Standardisierung hat Einfluss auf die Art und Weise, wie:

- das Wohnsitzland eines Falles bestimmt wird;
- Festlegung des Datums des Falls;
- Auswahl der relevanten Meldungen, wenn mehrere Labor- oder Klinikmeldungen für denselben Fall vorliegen.

Insgesamt führt diese Standardisierung zu einem jährlichen Rückgang der Fallzahlen um etwa 3 %.

Die bisherige Methode zur Auswahl von HIV/Aidsfällen wurde in diesem Bericht zum letzten Mal angewendet. Die neue Methode wird im Informationsportal und künftig routinemässig für alle HIV/Aidsanalysen des BAG verwendet werden, auch rückwirkend seit Einführung deren Überwachung im Jahr 1983. Diese methodische Änderung betrifft nicht die anderen STI, für die bereits die Standardmethode verwendet wurde.

### Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und  
Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

### Anmerkungen

1. Die Meldungen der Ärztinnen und Ärzte, die sogenannte Meldung zum Klinischen Befund (MkB), sind an den kantonsärztlichen Dienst im Wohnkanton der Patientin oder des Patienten zu senden. Dieser leitet sie nach Kontrolle an das BAG weiter. Es wurden nicht zu allen von den Laboren diagnostizierten und gemeldeten HIV-Fällen MkB übermittelt. In den letzten Jahren lagen MkB für 80–90 % der Fälle vor. In Fällen ohne MkB fehlten die über das Geschlecht, das Alter und den Wohnkanton hinausgehenden Angaben, insbesondere zu Ansteckungsweg, Ort der Infektion und Nationalität.
2. Gemäss UNAIDS und WHO gilt ein Land als HIV-Hochprävalenzland, wenn die Prävalenz bei 15- bis 45-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung über 1 % liegt. Um jährliche Unterschiede in der Definition zu vermeiden, gelten in Berichten des BAG seit 2018 folgende Länder als Hochprävalenzländer: alle Länder der WHO-Region Afrika, ohne Algerien, aber einschliesslich Djibouti, Sudan, Somalia sowie Thailand, Brasilien, Suriname, Guyana, Belize, Jamaika, Haiti und Dominikanische Republik, Bahamas, Barbados und Trinidad und Tobago. Die Zunahme beispielsweise Brasiliens trägt dem Einwanderungsprofil der Schweiz Rechnung.
3. Die Primoinfektion ist ein akutes retrovirales Syndrom, das bei vielen HIV-Infizierten einige Wochen bis zu drei Monaten nach der Infektion auftritt. «Frische Infektionen» und «Primoinfektionen» sind methodisch voneinander unabhängige Indikatoren für ein frühes Infektionsstadium.
4. Seit 2008 wird in der Schweiz standardmässig ein Diagnoseverfahren eingesetzt, das mithilfe eines Algorithmus erlaubt, frische von älteren HIV-Infektionen zu unterscheiden. Der Algorithmus wurde vom Nationalen Zentrum für Retroviren (NZR) auf Basis des InnoLia™ HIV VII Assay (Fujirebio), einem Immunoblot-Verfahren, entwickelt. Dabei gelten als frische Infektionen solche, bei denen der Infektionszeitpunkt wahrscheinlich weniger als ein Jahr vor der Diagnose liegt.
5. Infolge von Meldeverzügen wurden normalerweise in der Vergangenheit nur rund 60 % der in einem bestimmten Jahr gemeldeten Aidsfälle im betreffenden Jahr diagnostiziert, rund 25 % im Jahr zuvor und die übrigen noch früher. Als Konsequenz ist am Ende eines bestimmten Jahres die Zahl der neuen Aidsfälle nicht genau bekannt. Diese Zahl muss daher mit einem statistischen Modell geschätzt werden, das die Verteilung der Meldeverzögerungen in der Vergangenheit berücksichtigt. Die in Tabelle 7 gezeigten Zahlen beruhen auf dem Verfahren von Rosenberg [9].

**Bibliografie**

- <sup>1</sup> BAG (2013). Das schweizerische HIV Testkonzept – eine aktualisierte Übersicht. *BAG-Bulletin*; 47:6–14
- <sup>2</sup> Farmer GW, Blossich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- <sup>3</sup> Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- <sup>4</sup> Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- <sup>5</sup> Sokari E (2010). Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. Heinrich-Böll-Stiftung: Berlin
- <sup>6</sup> Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- <sup>7</sup> BAG (2015). Richtlinie des Bundesamtes für Gesundheit zur Durchführung des HIV-Tests in Privatpraxen, Ambulatorien, Notfallstationen und Spitälern. *BAG-Bulletin*; 21:375–379
- <sup>8</sup> Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A, Zuure F, Barros H, Staehelin C, Göpel S, Boesecke C, Prestileo T, Volny-Anne A, Burns F, Del Amo J (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*; 31(14): 1979–1988
- <sup>9</sup> Rosenberg PS (1990). A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 3(1):49–54

# Chlamydiose in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024

Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurden 2024 von Laboren in der Schweiz und in Liechtenstein 12 793 Chlamydienfälle gemeldet. Die Inzidenz blieb 2024 mit 142,1 pro 100 000 Wohnbevölkerung im Vergleich zu 2023 (142,0) und dem vorpandemischen Jahr 2019 (143,2) stabil. Insgesamt verlangsamt sich damit die seit der Jahrtausendwende sichtbare Zunahme gemeldeter Chlamydieninfektionen. Seit 2016 ist die Zunahme nur noch bei den Männern zu beobachten, die Mehrheit der Fälle betrifft aber weiterhin Frauen.

## AKTUELLE LAGE

Seit 1988 erfasst das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Chlamydienfälle in der Schweiz und in Liechtenstein durch das obligatorische Meldesystem. Das BAG erhebt Labormeldungen mit Angaben zum Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnkanton. Auf Meldungen zum

klinischen Befund wird aufgrund der hohen Fallzahlen verzichtet. Für das Jahr 2024 wurden dem BAG 12 793 Fälle gemeldet, dies entspricht einem Anstieg von 0,1 % gegenüber dem Vorjahr (Nachmeldungen bis 17. Februar 2025 berücksichtigt).

## VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

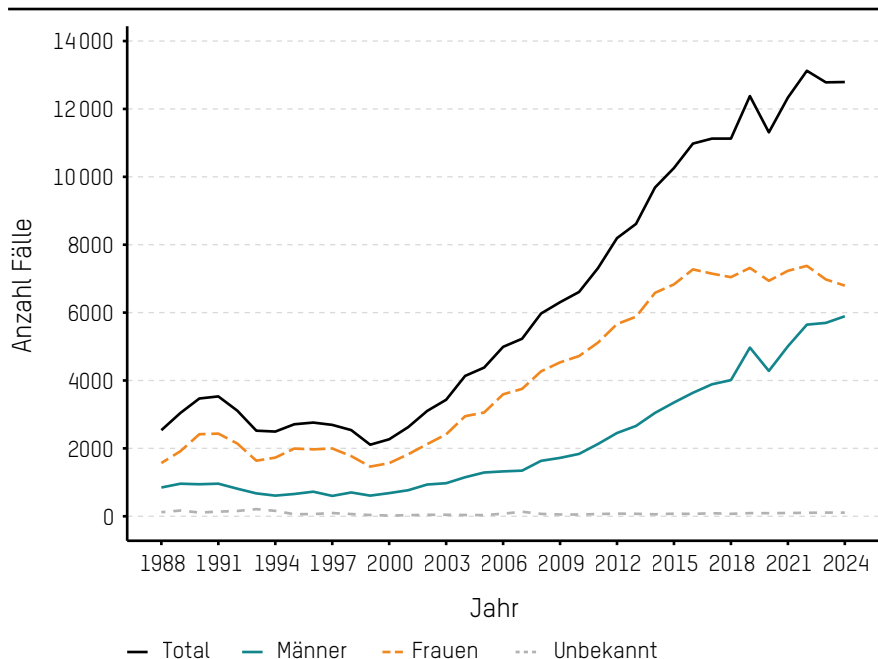
Die Chlamydienfälle betrafen mehrheitlich Frauen, wobei der Frauenanteil in den letzten Jahren gesunken ist (2024: 53,1 %). Seit 2000 hat sich die Gesamtzahl der Fälle um den Faktor 4,6 erhöht (Frauen: 3,3, Männer 7,6) (Abbildung 1). Asymptotisch verlaufende Chlamydiose wird bei Frauen aufgrund häufiger Tests bei regelmässigen gynäkologischen Untersuchungen festgestellt. Seit 2016 werden in Schweizer VCT-Zentren (*Voluntary Counselling and Testing*) vermehrt auch Männer getestet (siehe Kapitel «Test-surveillance» in diesem Bericht).

## VERTEILUNG NACH ALTER

Für Frauen mit einer Chlamydiendiagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre bei 24 Jahren; d. h., die eine Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter. Bei Frauen war die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen am stärksten betroffen (Abbildung 2). Der Altersmedian der Männer lag bei 31 Jahren, die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen war am stärksten betroffen.

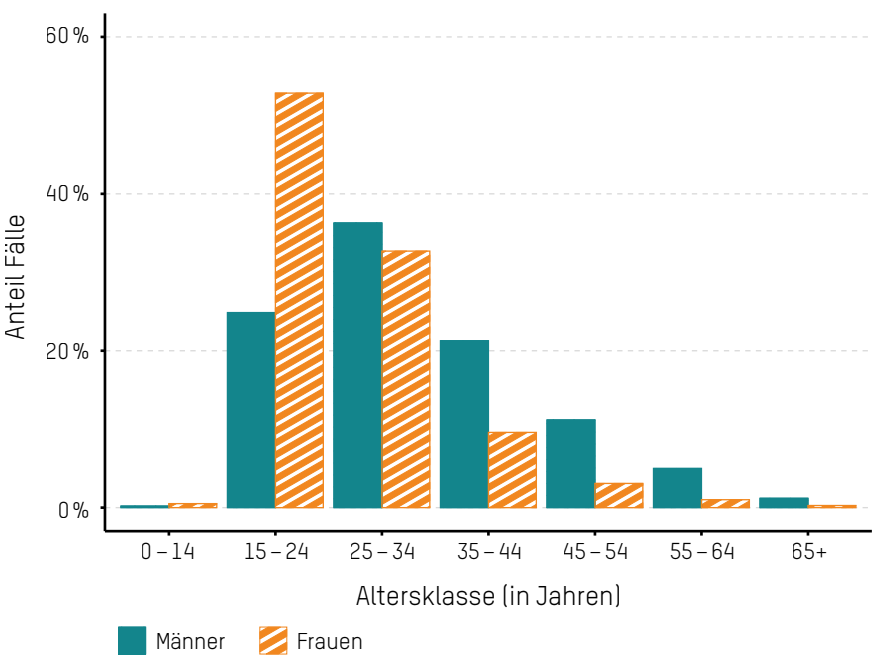
Junge Frauen sind aus mehreren Gründen häufiger betroffen: Erstens ist ihr Genitaltrakt in den ersten fertilen Jahren infolge einer Epithel-Ausbreitung aus dem Gebärmutterhalskanal in Richtung äusserer Muttermund (sog. Portio-ektropie) anfälliger für Chlamydien-

Abbildung 1  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Chlamydienfälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1988 – 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

Abbildung 2  
Verteilung der gemeldeten Chlamydienfälle nach Geschlecht und Alter, 2020 – 2024 (Fälle der letzten fünf Jahre aus statistischen Gründen zusammengefasst)



BAG, Stand: 17.02.2025

infektionen [1]. Zweitens entwickelt das körpereigene Immunsystem bei Infektionen mit Chlamydien eine Teilimmunität, die bei sexuell unerfahrenen Personen noch fehlt [2]. Drittens ist die Anzahl der Sexualpartner und somit auch die Wahrscheinlichkeit, mit Chlamydien in Kontakt zu kommen, bei jungen Frauen im Durchschnitt höher als in späteren Lebensjahren [3].

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Die Gesamtinzidenz lag 2024 in der Schweiz und Liechtenstein bei 142,1 pro 100 000 Wohnbevölkerung, wobei es jedoch grosse regionale Unterschiede (Tabelle 1, Abbildung 3) gab. Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion – hier befinden sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz. Ein

Zusammenhang zwischen Inzidenz und Urbanität ist zu erwarten, denn Urbanität beinhaltet nicht nur leichteren Zugang zu medizinischer Diagnostik, sondern auch zu bezahltem Sex und allgemein zu mehr Sexualpartnern, insbesondere für Angehörige sexueller Minderheiten [4, 5]. In den ländlicheren Regionen der Zentral- und Ostschweiz war die Inzidenz am niedrigsten.

FAZIT

Die Gesamtzahl der Chlamydienfälle und die Inzidenz der diagnostizierten Chlamydieninfektionen waren im Jahr 2024 identisch mit denen im Vorjahr und blieben ähnlich wie vor der Pandemie im Jahr 2019. Insgesamt scheint sich die seit der Jahrtausendwende sichtbare Zunahme diagnostizierter Chlamydieninfektionen zu verlangsamen, seit 2016 ist sie nur noch bei Männern erkennbar, während die Zahl der diagnostizierten Infektionen bei Frauen stabil geblieben ist. Dennoch betrifft mehr als die Hälfte der diagnostizierten Fälle Frauen, wobei junge Frauen am stärksten betroffen sind. Das BAG geht trotz fehlender Daten zur Gesamtzahl durchgeführter Tests davon aus, dass sowohl der langjährige steigende Gesamttrend der Fallzahlen [6] als auch der weitere Anstieg der Fallzahlen bei Männern nach 2016 primär auf eine Ausweitung des Testens zurückzuführen ist. Auch wenn über die Labormeldung keine Informationen zum Übertragungsweg vorhanden sind, kann aufgrund der Teststatistiken für Chlamydien und Gonorrhoe in den VCT-Zentren vermutet werden, dass die Zunahme der Fälle bei Männern insbesondere MSM betraf.

Tabelle 1  
Inzidenz der gemeldeten Chlamydienfälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Grossregion<sup>1</sup> und Diagnosejahr 2020 – 2024

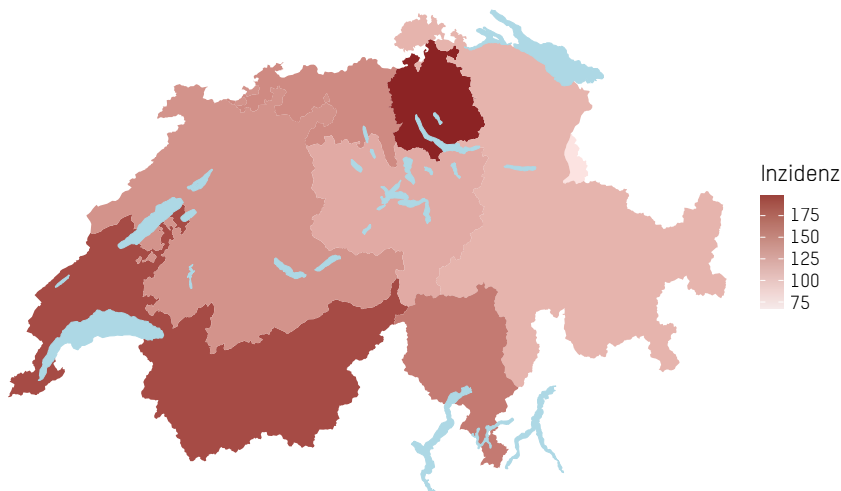
Grossregion	Diagnosejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	155,8	178,3	174,6	162,8	172,2
Espace Mittelland	110,2	115,2	125,1	123,3	122,4
Nordwestschweiz	120,8	135,9	136,1	132,0	128,2
Zürich	176,6	194,0	210,9	205,7	198,3
Ostschweiz	99,6	102,0	109,4	98,4	99,9
Zentralschweiz	97,4	93,7	105,8	103,5	106,2
Tessin	119,4	118,4	140,4	139,2	138,7
Liechtenstein	79,4	84,0	95,8	95,0	67,5
Ganze Schweiz und Liechtenstein	129,9	140,5	148,2	142,0	142,1

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 17.02.2025

**Kontakt**  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und  
Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

Abbildung 3  
Inzidenz der gemeldeten Chlamydienfälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Grossregion<sup>1</sup>, 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

#### Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

#### Bibliografie

- Buttram VC, Reiter RC (1981). Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, and Management. *Fertil Steril*; 36(4):433–445
- Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart M (2010). Protective Immunity to Chlamydia trachomatis Genital Infection: Evidence from Human Studies. *J Infect Dis*; 201(S2):178–189
- Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Maccowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*; 382(9907):1781–1794
- Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- Schmutz C, Burki D, Frei R, Mäusezahl-Feuz M (2013). Testing for Chlamydia trachomatis: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. *Epidemiol Infect*; 141: 1953–1964



# Gonorrhoe in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024

Im Jahr 2024 wurden dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) von Ärztinnen und Ärzten sowie Laboren in der Schweiz und in Liechtenstein 6805 Gonorrhoe-fälle gemeldet. Mit 75,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung war die Gonorrhoe-Inzidenz 2024 höher als in den Vorjahren und lag deutlich über dem Vorpandemieniveau von 2019. Der Anstieg ist weitgehend auf eine Ausweitung der Testung zurückzuführen.

## AKTUELLE LAGE

Seit 1988 erfasst das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Gonorrhoe-fälle über das obligatorische Meldesystem. Die mikrobiologischen Labore sowie die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz und in Liechtenstein meldeten dem BAG im Jahr 2024 insgesamt 6805 Gonorrhoe-fälle (Nachmeldungen bis 17. Februar 2025 berücksichtigt). Dies entspricht einem Anstieg von 11,6 % gegenüber dem Vorjahr.

## VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

Seit 2001 hat sich die Zahl der Fälle um das 13,8-Fache erhöht. Die grosse Mehrheit betraf Männer (2024: 83,3 %), wobei der Männeranteil über die Jahre kontinuierlich gestiegen ist (Abbildung 1). 18 Fälle wurden bei Transfrauen (weibliche Geschlechtsidentität, männliches Geburts-geschlecht) gemeldet, 3 bei Transmännern (männliche Geschlechtsidentität, weibliches Geburts-geschlecht) und keiner bei

VGE (Variante der Geschlechtsentwicklung [intersexuell]).

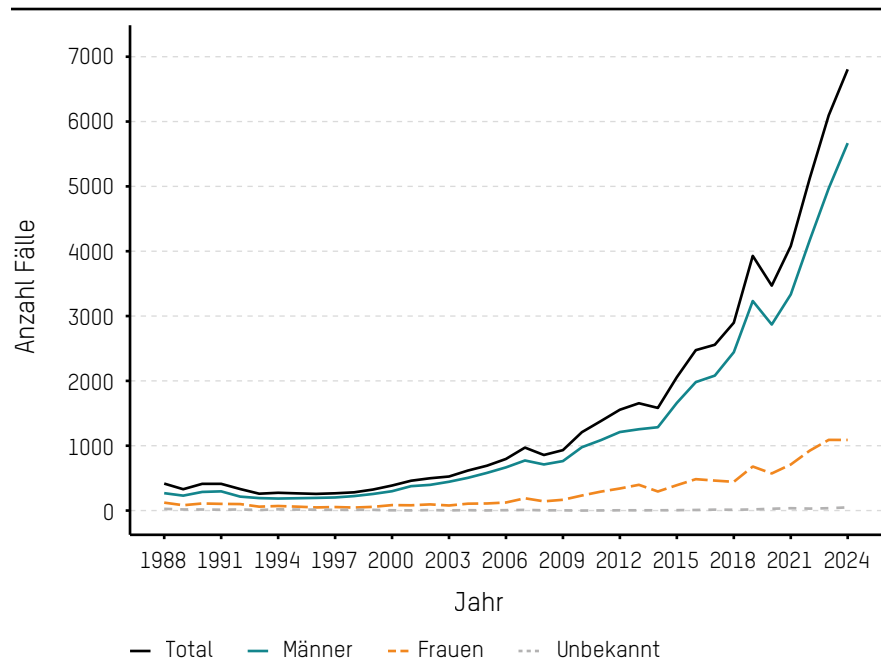
## VERTEILUNG NACH ALTER

Bei Männern, die sich durch sexuelle Kontakte zwischen Männern (MSM) mit *Neisseria gonorrhoeae* infiziert haben, lag der Altersmedian in den letzten fünf Jahren bei 35 Jahren, d. h. die Hälfte der Männer war jünger und die andere Hälfte älter als 35 Jahre. Heterosexuell infizierte Männer waren mit einem Altersmedian von 31 Jahren jünger als Männer der MSM-Gruppe. Am stärksten betroffen waren in beiden Gruppen die 25- bis 34-Jährigen (Abbildung 2). Bei Frauen lag der Altersmedian der Fälle noch niedriger (26 Jahre); die meisten Fälle traten in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen auf.

## GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Im Jahr 2024 lag die Gonorrhoe-Inzidenz in der Schweiz und in Liechtenstein bei 75,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Es zeigten sich jedoch erhebliche regionale Unterschiede (Tabelle 1, Abbildung 3): Die höchsten Inzidenzen wurden in der Grossregion Zürich und der Genferseeregion verzeichnet, in denen sich die Ballungszentren des Landes befinden. Städtische Gebiete bieten einen erleichterten Zugang zu medizinischer Diagnostik sowie zu bezahlten sexuellen Dienstleistungen und einer insgesamt grösseren Zahl an Sexualpartnern, insbesondere unter sexuellen Minderheiten [1, 2]. In den ländlicheren Regionen der Schweiz und in Liechtenstein hingegen lag die Inzidenz deutlich niedriger.

Abbildung 1  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Gonorrhoe-fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1988 – 2024

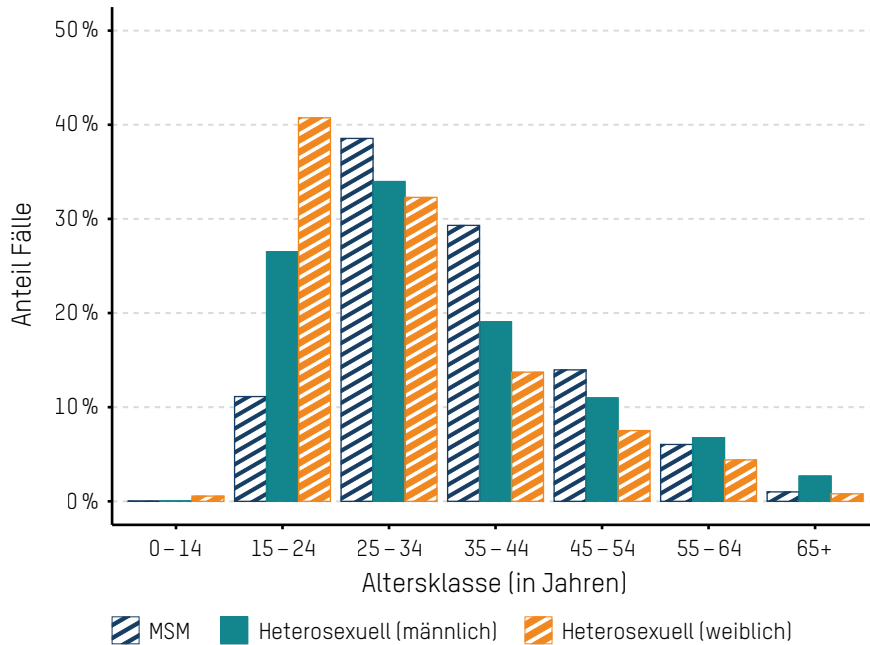


BAG, Stand: 17.02.2025



Abbildung 2

**Verteilung der gemeldeten Gonorrhoe-fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Geschlecht und Alter, 2020 – 2024 (Fälle der letzten fünf Jahre aus statistischen Gründen zusammengefasst)**

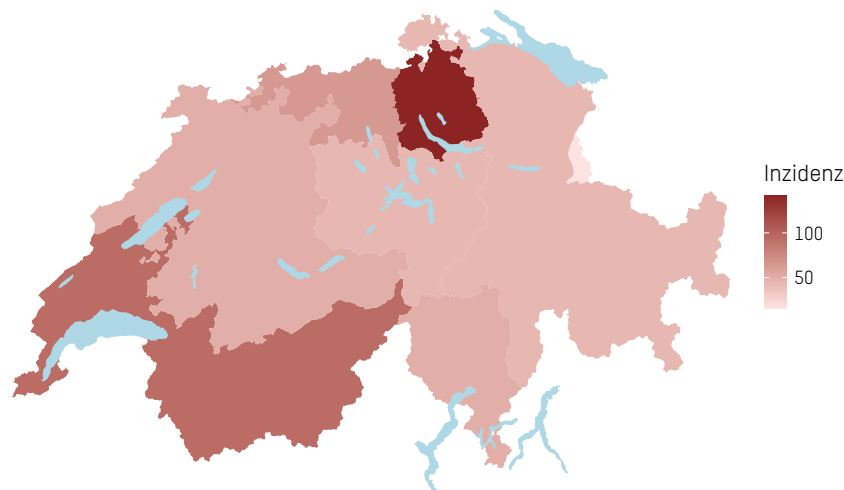


BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern.

Abbildung 3

**Inzidenz der gemeldeten Gonorrhoe-fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Grossregion<sup>1</sup>, 2024**



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

## ANSTECKUNGSWEG

Von den 6805 Gonorrhoe-Fällen im Jahr 2024 war bei 2053 (30,2 %, Tabelle 2) der Ansteckungsweg unbekannt. Bei den übrigen Fällen erfolgte die Infektion zu 58,3 % durch Geschlechtsverkehr zwischen Männern, zu 26,2 % durch heterosexuelle Kontakte mit einer Frau, zu 14,9 % durch heterosexuelle Kontakte mit einem Mann und zu 0,3 % durch Geschlechtsverkehr zwischen Frauen (Tabelle 2).

Frauen machten 36,2 % der heterosexuell übertragenen Infektionen aus. Dieser Anteil ist seit 2015 gestiegen, was auf eine Zunahme von Testungen bei Sexarbeiterinnen, insbesondere im Rahmen der STAR-Studie, zurückzuführen ist [3]. Bei den Männern mit bekanntem Infektionsweg entfielen 68,8 % der Fälle auf MSM. Da Männer, die Sex mit Männern haben, nur etwa 3 % der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung ausmachen [4], sind sie überproportional stark von Gonorrhoe betroffen. Ihre hohe Konzentration in der Grossregion Zürich [4] trägt ebenfalls zur dort besonders hohen Inzidenz bei (Tabelle 2). In den letzten fünf Jahren zeigte sich bei Männern und Frauen ein moderater Aufwärtstrend in der Entwicklung der Zahl heterosexuell infizierter Fälle, insbesondere bei den Männern (Abbildung 4). Die Zahl der Fälle bei MSM hingegen stieg nach einem Tiefpunkt im Jahr 2020 stark an.

## NATIONALITÄT

Von den Gonorrhoe-fällen im Jahr 2024 mit bekannter Nationalität (61,1 % aller Fälle) betrafen 67,3 % Personen mit Schweizer oder Liechtensteiner Nationalität. Dieser Anteil ist etwas niedriger als der Anteil der Schweizer Bürger an der Wohnbevölkerung (73 %) [5]. Der Anteil mit Schweizer oder Liechtensteiner Nationalität variierte je nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3). Bei MSM lag der Anteil bei 64,6 %, bei heterosexuell infizierten Personen bei 73,5 % der Männer und 66,2 % der Frauen. Der vergleichsweise hohe Anteil von Frauen aus Amerika (3,6 %) und aus Europa ohne die Schweiz und Liechtenstein (26,0 %) deutet auf eine erhöhte Exposition von Sexarbeiterinnen hin. In dieser Gruppe tritt Gonorrhoe

Tabelle 1  
Inzidenz der gemeldeten Gonorrhoefälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Grossregion<sup>1</sup> und Diagnosejahr, 2020 – 2024

Grossregion	Diagnosejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	46,7	67,7	80,6	95,4	95,2
Espace Mittelland	26,8	29,1	38,0	46,2	49,7
Nordwestschweiz	32,4	38,2	45,1	51,6	64,3
Zürich	82,1	84,9	105,7	122,0	141,8
Ostschweiz	19,1	21,5	30,4	33,0	44,8
Zentralschweiz	27,2	28,1	35,9	44,4	44,8
Tessin	17,7	27,0	36,2	42,5	49,8
Liechtenstein	10,2	12,7	25,2	25,0	15,0
Ganze Schweiz und Liechtenstein	39,8	46,5	57,9	67,7	75,6

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 17.02.2025

deutlich häufiger auf als in der übrigen weiblichen Bevölkerung. Die Mehrheit der in der Schweiz tätigen Sexarbeiterinnen stammt aus Lateinamerika und Osteuropa [3].

ANSTECKUNGSORT

Die meisten Gonorrhoe-Infektionen wurden in der Schweiz oder in Liechtenstein erworben (Tabelle 4). Bei Personen mit Schweizer oder Liechtensteiner Staatsangehörigkeit und bekanntem Infektionsort lag der Anteil lokal erworbener Infektionen bei 90,1 % unter MSM und bei 88,0 % unter heterosexuell infizierten Personen. Allerdings fehlten häufig bei bestimmten Gruppen

Tabelle 2  
Gemeldete Gonorrhoefälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Grossregion<sup>2</sup>, 2024

Ansteckungs- weg	Grossregion																		Total	
	Genfersee- region		Espace Mittelland		Nordwest- schweiz		Zürich		Ostschweiz		Zentral- schweiz		Tessin		Liechten- stein		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MSM	593	35,9	316	32,7	256	32,5	1302	57,2	136	24,5	127	33,2	41	23,0	1	16,7	0	Na	2772	40,7
Heterosexuell (männlich)	157	9,5	190	19,6	162	20,6	371	16,3	188	33,9	134	35,0	41	23,0	2	33,3	0	Na	1245	18,3
Heterosexuell (weiblich)	137	8,3	100	10,3	90	11,4	193	8,5	95	17,1	57	14,9	32	18,0	2	33,3	0	Na	706	10,4
Andere	6	0,4	3	0,3	8	1,0	6	0,3	2	0,4	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	Na	29	0,4
Unbekannt	759	45,9	358	37,0	272	34,5	404	17,8	134	24,1	61	15,9	64	36,0	1	16,7	0	Na	2053	30,2
Total	1652	100,0	967	100,0	788	100,0	2276	100,0	555	100,0	383	100,0	178	100,0	6	100,0	0	100,0	6805	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

<sup>2</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 17.02.2025

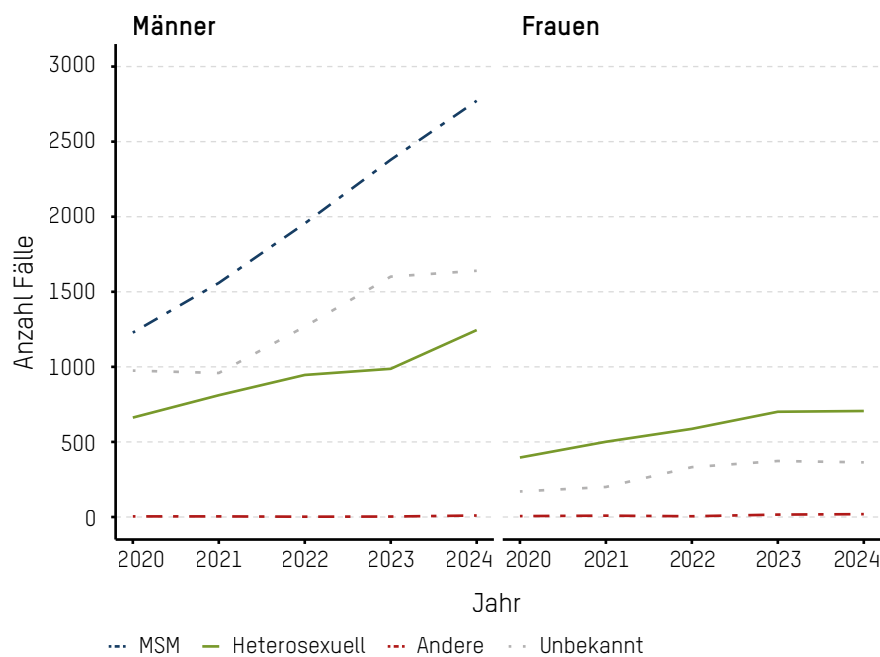
Tabelle 3  
Gemeldete Gonorrhoefälle nach Nationalität (Kontinent) und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Nationalität	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz und Liechtenstein	1463	52,8	684	54,9	372	52,7	21	72,4	256	12,5	2796	41,1
Europa ohne CH und FL	553	19,9	171	13,7	146	20,7	3	10,3	82	4,0	955	14,0
Afrika	29	1,0	33	2,7	13	1,8	1	3,4	13	0,6	89	1,3
Amerika	167	6,0	12	1,0	20	2,8	0	0,0	12	0,6	211	3,1
Asien	46	1,7	30	2,4	11	1,6	1	3,4	9	0,4	97	1,4
Ozeanien	7	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1
Unbekannt	507	18,3	315	25,3	144	20,4	3	10,3	1681	81,9	2650	38,9
Total	2772	100,0	1245	100,0	706	100,0	29	100,0	2053	100,0	6805	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025

Abbildung 4  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Gonorrhoefälle nach Geschlecht und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020 – 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

(bis zu einem Viertel der Fälle) Angaben zum Infektionsort auf den Meldeformularen, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

#### ART DER SEXUELLEN BEZIEHUNG

Bei Männern mit Gonorrhoe ist es weiterhin schwierig, verlässliche Informationen über die Art der sexuellen Beziehung zum mutmasslich ansteckenden Partner zu erfassen. In 33,9 % der Fälle bei MSM und in 21,1 % der Fälle bei heterosexuell infizierten Männern fehlten entsprechende Angaben. Von den Fällen mit vorhandenen Informationen waren 83,6 % der heterosexuell infizierten Frauen durch einen bekannten Partner infiziert worden, 10,1 % durch einen anonymen Partner und 6,3 % im Rahmen bezahlter sexueller Kontakte. Bei heterosexuell infizierten Männern waren anonyme sexuelle Kontakte (34,2 %) sowie bezahlte sexuelle Kontakte (10,0 %) deutlich häufiger vertreten. Bei MSM war der Anteil bekannter Partner mit 48,8 % niedriger als bei anderen männlichen Fällen (55,8 %). Bezahlte sexuelle Kontakte spielten bei MSM mit einem Anteil von 2,1 % eine

Tabelle 4  
Gemeldete Gonorrhoefälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Nationalität und vermutetem Infektionsort, 2024

Ansteckungsweg	Nationalität	Ort der Infektion						Total	
		Schweiz/FL		Ausland		Unbekannt		N	%
		N	%	N	%	N	%		
MSM	CH/FL	943	64,5	129	8,8	391	26,7	1463	100,0
	Ausland	462	57,6	112	14,0	228	28,4	802	100,0
	Unbekannt	250	49,3	29	5,7	228	45,0	507	100,0
Heterosexuell (männlich)	CH/FL	485	70,9	66	9,6	133	19,4	684	100,0
	Ausland	159	64,6	36	14,6	51	20,7	246	100,0
	Unbekannt	220	69,8	25	7,9	70	22,2	315	100,0
Heterosexuell (weiblich)	CH/FL	287	77,2	20	5,4	65	17,5	372	100,0
	Ausland	137	72,1	12	6,3	41	21,6	190	100,0
	Unbekannt	100	69,4	8	5,6	36	25,0	144	100,0
Andere	CH/FL	14	66,7	1	4,8	6	28,6	21	100,0
	Ausland	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5	100,0
	Unbekannt	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Unbekannt	CH/FL	105	41,0	11	4,3	140	54,7	256	100,0
	Ausland	43	37,1	3	2,6	70	60,3	116	100,0
	Unbekannt	39	2,3	4	0,2	1638	97,4	1681	100,0
Total		3249	47,7	457	6,7	3099	45,5	6805	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025

Tabelle 5  
Gemeldete Gonorrhoefälle nach Art der sexuellen Beziehung zu vermutetem infektiösem Partner und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Art der sexuellen Beziehung	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bekannter Partner	893	32,2	548	44,0	503	71,2	19	65,5	63	3,1	2026	29,8
Anonymer Partner	899	32,4	336	27,0	61	8,6	3	10,3	50	2,4	1349	19,8
Bezahlter Sex	39	1,4	98	7,9	38	5,4	3	10,3	17	0,8	195	2,9
Unbekannt	941	33,9	263	21,1	104	14,7	4	13,8	1923	93,7	3235	47,5
Total	2772	100,0	1245	100,0	706	100,0	29	100,0	2053	100,0	6805	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 17.02.2025

untergeordnete Rolle und stellten kein signifikantes Risiko für eine Gonokokkeninfektion dar (Tabelle 5).

Diese Daten weisen auf die relevante Rolle bezahlter sexueller Kontakte bei der heterosexuellen Übertragung hin, insbesondere bei Männern. Es ist jedoch anzunehmen, dass solche Kontakte aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung in den Meldeformularen nicht vollständig angegeben werden. Das Sprechen über bezahlten Sex ist – ebenso wie über Homosexualität – nach wie vor mit gesellschaftlichen Tabus behaftet, auch im medizinischen Kontext.

ANTIBIOTIKARESISTENZEN

Gemäss den Daten des Schweizerischen Zentrums für Antibiotikaresistenzen ANRESIS nehmen die Resistenzen von *Neisseria gonorrhoeae* gegen orale Cephalosporine, Quinolone (70 % im Jahr 2024) und Azithromycin zu (21 %)

(Resistenzdaten Humanmedizin – ANRESIS). Ceftriaxon bleibt das einzige Erstlinien-Antibiotikum und sollte zur Prävention weiterer Resistenzentwicklung nur in höheren Dosierungen verschrieben werden (Guidelines SSI).

FAZIT

Die seit Jahren zunehmende Inzidenz von Gonorrhoe in der Schweiz und in Liechtenstein – mit einem vorübergehenden Rückgang während der Covid-19-Pandemie 2020 – setzte sich im Jahr 2024 fort. Es gab jedoch regionale Unterschiede. Die überwiegende Mehrheit der Gonorrhoefälle wurde bei Männern diagnostiziert, wovon etwa 70 % MSM waren, wenn die Exposition bekannt war. Die Rolle bezahlter heterosexueller Kontakte, die wahrscheinlich zu selten gemeldet werden, sollte im Kampf gegen die Übertragung von Gonorrhoe bei Männern nicht vernachlässigt werden. Der Anstieg der Gonorrhoefälle in der

Schweiz und in Liechtenstein ist überwiegend auf eine Ausweitung der Labortests zurückzuführen.

**Kontakt**  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

**Bibliografie**

<sup>1</sup> Farmer GW, Blossich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331

<sup>2</sup> Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12

<sup>3</sup> Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

<sup>4</sup> Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291

<sup>5</sup> Bundesamt für Statistik (2024). Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950–2023

<sup>6</sup> O’Connell Davidson J (1998). Prostitution, Power, and Freedom. Ann Arbor: University of Michigan Press

<sup>7</sup> Gerheim U (2012). Die Produktion des Freiers. Macht im Feld der Prostitution. Bielefeld: transcript Verlag

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

# Syphilis in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024

Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurden 2024 für die Schweiz und Liechtenstein 1042 Syphilisfälle gemeldet. Gemäss ärztlicher Einschätzung lagen 776 zum Zeitpunkt der Diagnose weniger als ein Jahr zurück (Frühsyphilis). Mit 11,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung lag die Gesamtinzidenz 2024 unter dem Höchststand von 2023 und sogar unter dem Wert von 2019, also kurz vor und nach dem pandemiebedingten Rückgang. Die Inzidenz der Frühsyphilisfälle (8,6 pro 100 000 Wohnbevölkerung) war ebenfalls rückläufig gegenüber dem Höchststand von 2022 (9,7/100 000). Betroffen sind im Wesentlichen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).

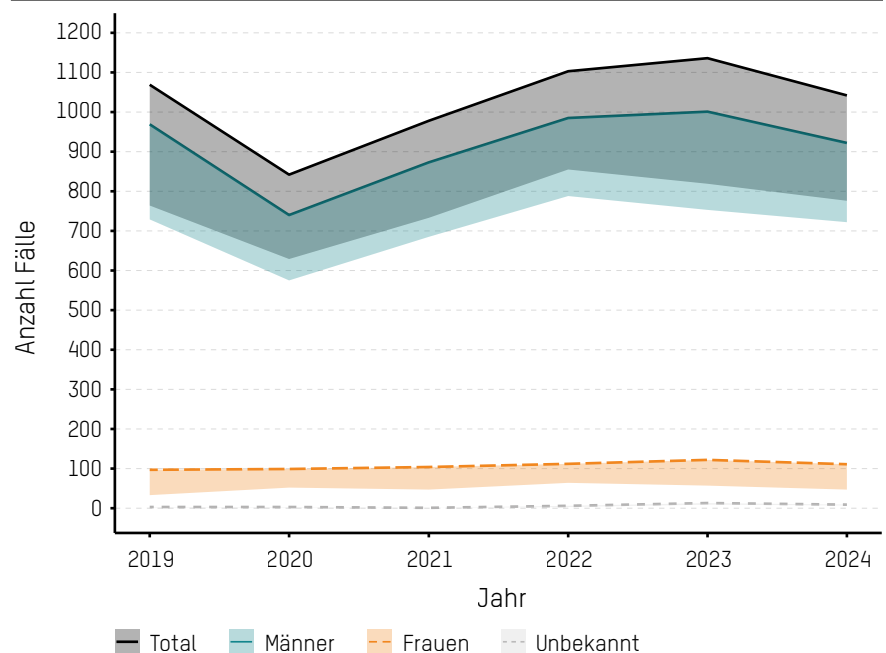
## FALLDEFINITION UND AKTUELLE LAGE

Syphilis wird in der Schweiz und in Liechtenstein seit 2006 über das obligatorische Meldesystem überwacht. Per 2018 hat das BAG die Meldekriterien und die Falldefinition von Syphilis grundlegend revidiert [1]. Die Zahlen basieren seitdem ausschliesslich auf den ärztlichen Angaben auf den klinischen Meldeformularen, die detaillierten Ergebnisse der Labordiagnostik sind nicht mehr für die Fallbeurteilung verfügbar. Seit 2018 werden nur noch Fälle in die Statistik aufgenommen, die als «Beginn einer Syphilisbehandlung wegen einer neuen, noch nicht gemeldeten Krankheitsepisode» («Erst- oder Reinfektionen») angegeben werden. Diese Änderungen bei der Überwachung lassen keinen direkten Vergleich zwischen den Daten vor und nach 2018 mehr zu, weshalb der langfristige Trend nicht bewertet wird. Zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen europäischen Ländern werden bestimmte Statistiken jeweils für alle Fälle und für Fälle, die zum Zeitpunkt der Diagnose nach Einschätzung der meldenden Ärzteschaft weniger als ein Jahr zurücklagen (primäres, sekundäres oder frühlatentes Stadium, im Folgenden «Frühsyphilis»), gemäss Falldefinition des «European

Center for Disease Prevention and Control (ECDC)» bereitgestellt.

Für das Jahr 2024 wurden 1042 neue Syphilisfälle gemeldet, Nachmeldungen wurden bis zum 17. Februar 2024

Abbildung 1  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Syphilisfälle nach Geschlecht, 2019 – 2024

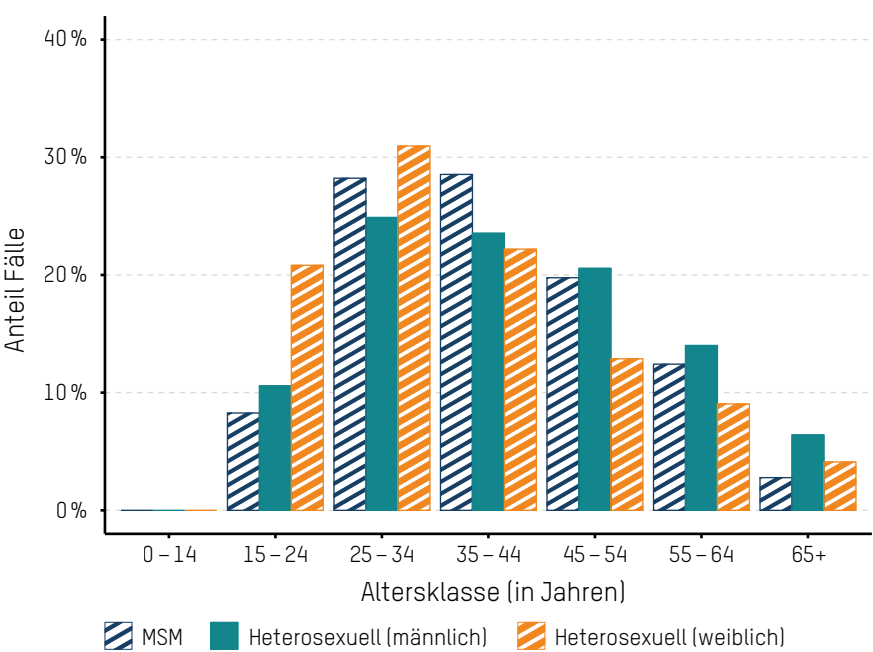


BAG, Stand: 17.02.2025

Linien: Syphilisfälle Erst- oder Reinfektionen (nach Einschätzung der meldenden Ärzteschaft).

Unterer Rand der farblich zugehörigen Schattierung: Frühsyphilisfälle, in Anlehnung an die europäische (ECDC-) Falldefinition.

Abbildung 2  
Verteilung der gemeldeten Syphilisfälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Geschlecht und Alter, 2020 – 2024 (Fälle der letzten fünf Jahre aus statistischen Gründen zusammengefasst)



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten. Die wenigen anderen und die unbekannten Ansteckungswege sind nicht in die Grafik einbezogen.

berücksichtigt. Dies entspricht einem Rückgang von 8,3 % gegenüber dem Vorjahr (1136 Fälle). Bei 776 der Fälle handelte es sich um Frühsyphilis, das sind 5,3 % weniger als im Vorjahr.

**VERTEILUNG NACH GESCHLECHT**  
Syphilisfälle betrafen 2024 mehrheitlich Männer (89,3 % der Fälle mit bekanntem Geschlecht), dieser Anteil ist seit 2011 stabil. 10 Syphilisfälle betrafen

Transfrauen (Geschlechtsidentität weiblich, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht männlich); zu Transmännern (Geschlechtsidentität männlich, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht weiblich) wurde kein Fall und zu Personen mit VGE (Variante der Geschlechtsentwicklung [intersexuell]) wurde ein Fall gemeldet.

Der Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2024 gegenüber 2023 betraf sowohl Männer als auch Frauen, und zwar sowohl die Gesamtzahl der Fälle als auch die Fälle von Frühsyphilis (ECDC-Falldefinition; unterer Rand der grauen Schattierung in der Abbildung 1).

**VERTEILUNG NACH ALTER**  
Für MSM lag der Altersmedian zum Zeitpunkt der Diagnose über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 39 Jahren, d. h. die Hälfte war jünger und die andere Hälfte älter. Heterosexuell infizierte Männer hatten einen ähnlichen Altersmedian (40 Jahre) wie die MSM, jedoch einen höheren als die Frauen (34 Jahre). Die am stärksten betroffene Altersklassen war bei allen drei Gruppen die der 25- bis 34-Jährigen (Abbildung 2).

**GEOGRAFISCHE VERTEILUNG**  
Für die ganze Schweiz und Liechtenstein lag die Inzidenz der Syphilisfälle im Jahr 2024 für die Gesamtzahl der Fälle bei 11,6 pro 100 000 Wohnbevölkerung

Tabelle 1  
Inzidenz der gemeldeten Syphilisfälle pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>) und Diagnosejahr für die Gesamtzahl der Fälle und die Frühsyphilisfälle<sup>2</sup>, 2020 – 2024

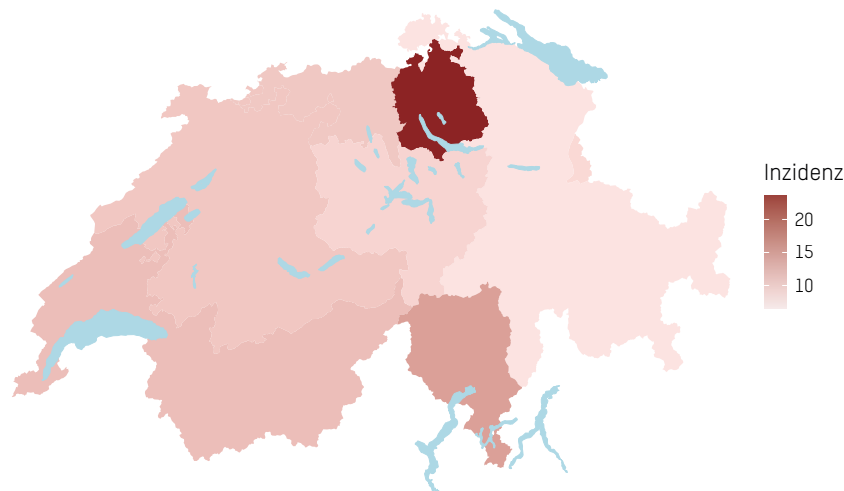
Grossregion	Diagnosejahr									
	2020		2021		2022		2023		2024	
	Total	Früh-syphilis	Total	Früh-syphilis	Total	Früh-syphilis	Total	Früh-syphilis	Total	Früh-syphilis
Genferseeregion	17,0	11,2	18,7	12,9	18,5	13,5	18,0	11,8	9,8	6,8
Espace Mittelland	5,1	3,6	5,7	3,2	7,5	5,6	9,3	6,1	9,0	6,2
Nordwestschweiz	7,1	5,6	7,5	6,0	8,6	6,8	9,6	7,0	9,0	6,4
Zürich	16,5	13,6	19,2	16,0	20,9	17,4	19,9	15,9	23,7	19,9
Ostschweiz	4,2	3,0	7,5	6,1	7,7	5,3	7,1	5,4	6,5	4,3
Zentralschweiz	5,2	4,5	5,4	4,7	8,6	7,5	7,0	6,0	8,0	6,9
Tessin	7,1	6,3	7,7	5,4	10,2	8,2	12,6	9,2	12,6	7,0
Liechtenstein	5,1	5,1	5,1	5,1	15,1	12,6	10,0	10,0	7,5	7,5
Ganze Schweiz und Liechtenstein	9,7	7,2	11,1	8,4	12,5	9,7	12,6	9,1	11,6	8,6

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

<sup>2</sup> Gezählt wurden unter «Frühsyphilis», in Anlehnung an die europäische (ECDC-)Falldefinition, nur Fälle von Syphilis, die nach Einschätzung der meldenden Ärzteschaft bei Diagnose nicht älter waren als ein Jahr (primäres, sekundäres, und frühlatentes Stadium).

BAG, Stand: 17.02.2025

Abbildung 3  
Inzidenz der gemeldeten Syphilisfälle (alle Stadien) pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>), 2024



BAG, Stand: 17.02.2025

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

und bei 8,6 pro 100 000 für Früh-syphilisfälle. Es können jedoch grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen beobachtet werden (Tabelle 1, Abbildung 3). Bei der Gesamtzahl der Fälle und den Frühstadien fanden sich die höchsten Inzidenzen in der Grossregion Zürich – dem grössten städtischen Zentrum der Schweiz. Im Gegensatz dazu verzeichnete die Genferseeregion, ein weiteres grosses städtisches Zentrum der Schweiz, einen star-

ken Rückgang der Inzidenzen. Urbanität beinhaltet nicht nur leichteren Zugang zu medizinischer Diagnostik, sondern auch zu bezahltem Sex und zu mehr Sexualpartnern, insbesondere für Angehörige sexueller Minderheiten [2, 3].

Zum Vergleich: Im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) lag die Inzidenz für Frühsyphilisfälle im Jahr 2023 bei 9,9 pro 100 000 Wohnbevölkerung, in Italien bei 4,3, in Deutschland bei 10,8 und

in Spanien bei 22,0 (für Frankreich und Österreich liegen keine Daten vor) [4].

#### ANSTECKUNGSWEG

Im Jahr 2024 wurden 1000 Syphilisfälle (96,0 % der Gesamtzahl) durch sexuelle Kontakte übertragen, während 1 Fall (0,1 %) auf einer konnatalen Infektion zurückzuführen war. Bei 41 Fällen (3,9 %) war der Ansteckungsweg unbekannt.

Bezogen auf die Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg und Geschlecht des Partners war der häufigste Infektionsweg Sex zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellem Sex bei Männern und heterosexuellem Sex bei Frauen (Tabelle 2).

Bei den heterosexuellen Infektionen waren 32,4 % Frauen. Dieser Anteil stieg nach 2015 von rund 24,0 % auf rund 35,0 % an, nachdem in der Schweiz vermehrt Tests bei Sexarbeiterinnen durchgeführt wurden [5]. Bei den Männern waren 80,7 % der Infektionen auf Sex unter Männern zurückzuführen. Schätzungen zufolge machen MSM in der gesamten Schweiz nicht mehr als 3,0 % der sexuell aktiven Männer aus [6]. MSM sind daher besonders von Syphilis betroffen. In Zürich gibt es mehr MSM als in anderen Städten oder Regionen der Schweiz [6], weshalb der Anteil der Fälle mit einer MSM-Über-

Tabelle 2  
Gemeldete Syphilisfälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Wohnort (Grossregion<sup>2</sup>), 2024

Ansteckungs- weg	Grossregion																		Total	
	Genfersee- region		Espace Mittelland		Nordwest- schweiz		Zürich		Ostschweiz		Zentral- schweiz		Tessin		Liechten- stein		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MSM	93	54,4	98	55,7	65	59,1	272	71,6	44	54,3	44	64,7	15	33,3	2	66,7	4	50,0	637	61,1
Heterosexuell (männlich)	28	16,4	30	17,0	22	20,0	39	10,3	14	17,3	10	14,7	9	20,0	0	0,0	0	0,0	152	14,6
Heterosexuell (weiblich)	19	11,1	13	7,4	3	2,7	18	4,7	6	7,4	6	8,8	6	13,3	0	0,0	2	25,0	73	7,0
Andere	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	4	0,4
Unbekannt	31	18,1	34	19,3	20	18,2	49	12,9	17	21,0	8	11,8	14	31,1	1	33,3	2	25,0	176	16,9
Total	171	100,0	176	100,0	110	100,0	380	100,0	81	100,0	68	100,0	45	100,0	3	100,0	8	100,0	1042	100,0

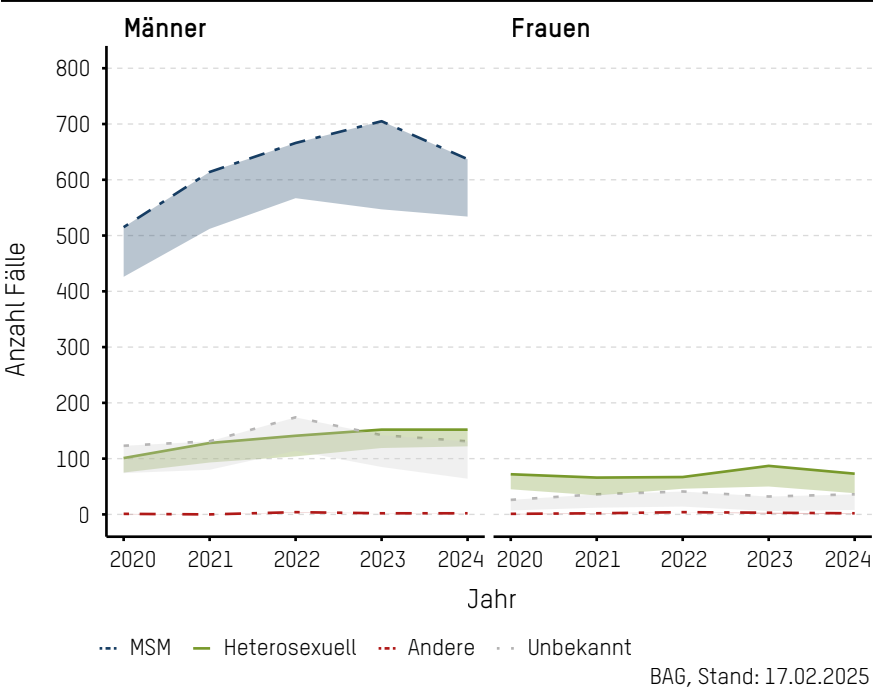
<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten; Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen; Unbekannt: inkl. sexuelle Kontakte mit Personen unbekannten Geschlechts.

<sup>2</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 17.02.2025



Abbildung 4  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Syphilisfälle nach Geschlecht und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020–2024



Linien: Syphilisfälle Erst- oder Reinfektionen (nach Einschätzung der meldenden Ärzteschaft).  
Unterer Rand der farblich zugehörigen Schattierung: Frühsyphilisfälle, in Anlehnung an die europäische (ECDC-) Falldefinition.  
<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten;  
Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

tragung (Tabelle 2) und die Inzidenz (Abbildung 3) dort besonders hoch sind.

Über die letzten fünf Jahre ist bei MSM nach einem starken Rückgang im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie

ein Anstieg der Fallzahlen bis 2023 zu beobachten, gefolgt von einem Rückgang im Jahr 2024 (Abbildung 4). Der gleiche Trend ist bei heterosexuellen Männern zu beobachten, allerdings mit einer Stabilisierung der Fallzahlen im Jahr 2024. Bei heterosexuellen infizierten Frauen ist der Fünf-Jahres-Trend stabil. Im Jahr 2024 wurde ein Fall von Mutter-Kind-Übertragung (konnatale Syphilis) gemeldet, sodass es in der Schweiz in den letzten zehn Jahren insgesamt 10 bekannte Fälle von Syphilis bei Neugeborenen gab. 2024 wurde kein Fall von Abort aufgrund einer Syphilisinfektion gemeldet.

**NATIONALITÄT**  
Die Nationalität von 74,1 % der 2024 gemeldeten Syphilisfälle war bekannt, davon waren 59,6 % von Schweizer oder liechtensteinischer Nationalität. Dieser Anteil variierte jedoch nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3): Bei heterosexuell infizierten Frauen lag er bei 33,3 %, bei heterosexuell infizierten Männern bei 63,1 % und bei MSM bei 63,1 %. Die vergleichsweise hohen Anteile von Frauen aus Lateinamerika bzw. Ost- und Südosteuropa weisen indirekt auf die vermehrte Betroffenheit von Sexarbeiterinnen hin (Tabelle 3).

**ORT DER INFektion**  
Der vermutete Ort der Infektion (Schweiz oder Liechtenstein im Gegen-

Tabelle 3  
Gemeldete Syphilisfälle nach Nationalität (Kontinent) und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Nationalität	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz und Liechtenstein	310	48,7	70	46,1	17	23,3	1	25,0	62	35,2	460	44,1
Europa ohne CH und FL	119	18,7	29	19,1	20	27,4	1	25,0	30	17,0	199	19,1
Afrika	7	1,1	7	4,6	2	2,7	0	0,0	1	0,6	17	1,6
Amerika	41	6,4	2	1,3	12	16,4	1	25,0	10	5,7	66	6,3
Asien	12	1,9	3	2,0	0	0,0	0	0,0	13	7,4	28	2,7
Ozeanien	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Unbekannt	146	22,9	41	27,0	22	30,1	1	25,0	60	34,1	270	25,9
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0	1042	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten;  
Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen;  
Unbekannt: inkl. sexuelle Kontakte mit Personen unbekannten Geschlechts.



satz zum Ausland) war nur bei 652 von 1042 gemeldeten Fällen (62,6 %; Tabelle 4) bekannt, was die Aussagekraft der Analyse einschränkt. Die folgenden Statistiken umfassen nur Fälle mit bekanntem Infektionsort. Die Mehrheit der Infektionen erfolgte in der Schweiz (78,7 %). Bei Personen mit Schweizer oder liechtensteinischer Nationalität

betrug der Anteil mit Ansteckung in der Schweiz bei MSM 86,6 %. Bei den heterosexuell infizierten Fällen lag dieser Anteil bei Männern bei 69,1 % und bei Frauen bei 90,0 %. Der relativ hohe Anteil an heterosexuellen Expositionen im Ausland könnte auf Sextourismus hindeuten.

**ART DER SEXUELLEN BEZIEHUNG**  
2024 fehlten die Informationen über die Art der sexuellen Beziehung der männlichen Fälle mit dem vermutlich ansteckenden Partner häufiger bei MSM-Exposition (31,9 %) als bei einer heterosexuellen Exposition (18,4 %, Tabelle 5). Von den Fällen mit dieser Information hatten sich 72,2 % der

Tabelle 4  
Gemeldete Syphilisfälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup>, Nationalität und vermutetem Infektionsort, 2024

Ansteckungsweg	Nationalität	Ort der Infektion						Total	
		Schweiz/FL		Ausland		Unbekannt			
		N	%	N	%	N	%	N	%
MSM	CH/FL	194	62,6	30	9,7	86	27,7	310	100,0
	Ausland	96	51,3	29	15,5	62	33,2	187	100,0
	Unbekannt	84	60,0	12	8,6	44	31,4	140	100,0
Heterosexuell (männlich)	CH/FL	38	54,3	17	24,3	15	21,4	70	100,0
	Ausland	20	47,6	11	26,2	11	26,2	42	100,0
	Unbekannt	21	52,5	11	27,5	8	20,0	40	100,0
Heterosexuell (weiblich)	CH/FL	9	52,9	1	5,9	7	41,2	17	100,0
	Ausland	17	50,0	6	17,6	11	32,4	34	100,0
	Unbekannt	11	50,0	4	18,2	7	31,8	22	100,0
Andere	CH/FL	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
	Ausland	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Unbekannt	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Unbekannt	CH/FL	10	16,1	3	4,8	49	79,0	62	100,0
	Ausland	6	10,3	10	17,2	42	72,4	58	100,0
	Unbekannt	4	7,1	5	8,9	47	83,9	56	100,0
Total		513	49,2	139	13,3	390	37,4	1042	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten; Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen; Unbekannt: inkl. sexueller Kontakte mit Personen unbekannten Geschlechts.

BAG, Stand: 17.02.2025

Tabelle 5  
Gemeldete Syphilisfälle nach Art der sexuellen Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Art der sexuellen Beziehung	Ansteckungsweg								Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bekannter Partner	177	27,8	55	36,2	39	53,4	1	25,0	8	4,5
Anonymer Partner	243	38,1	52	34,2	7	9,6	2	50,0	10	5,7
Bezahlter Sex	14	2,2	17	11,2	8	11,0	0	0,0	4	2,3
Unbekannt	203	31,9	28	18,4	19	26,0	1	25,0	154	87,5
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten; Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen; Unbekannt: inkl. sexueller Kontakte mit Personen unbekannten Geschlechts.

BAG, Stand: 17.02.2025

Tabelle 6  
Gemeldete Syphilisfälle nach klinischem Stadium und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Klinisches Stadium	Ansteckungsweg										Total	
	MSM		Heterosexuell (männlich)		Heterosexuell (weiblich)		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primär	237	37,2	83	54,6	21	28,8	2	50,0	49	27,8	392	37,6
Sekundär	138	21,7	29	19,1	12	16,4	1	25,0	17	9,7	197	18,9
Frühe Latenz (< 1 Jahr)	157	24,6	10	6,6	5	6,8	0	0,0	7	4,0	179	17,2
Späte Latenz (≥ 1 Jahr)	48	7,5	17	11,2	11	15,1	0	0,0	28	15,9	104	10,0
Tertiär	5	0,8	5	3,3	2	2,7	0	0,0	4	2,3	16	1,5
Unbekannt	52	8,2	8	5,3	22	30,1	1	25,0	71	40,3	154	14,8
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0	1042	100,0

<sup>1</sup> MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern inkl. 21 Fälle bei Männern, die zusätzlich sexuellen Kontakt mit Frauen hatten;  
Andere: mutmasslich nicht sexueller Ansteckungsweg, namentlich konnatale Syphilis (1 Fall), aber auch sexuelle Exposition mit Transperson und 1 Fall von homosexueller Übertragung bei Frauen;  
Unbekannt: inkl. sexueller Kontakte mit Personen unbekannten Geschlechts.

BAG, Stand: 17.02.2025

heterosexuellen Frauen bei einem bekannten Partner infiziert, 13,0 % bei einem anonymen Partner und 14,8 % bei bezahltem Sex. Bei Männern mit heterosexueller Exposition spielten anonyme Kontakte eine grössere Rolle (41,9 %) als bei Frauen, während die Häufigkeit von bezahltem Sex ähnlich war (13,7 % bei Männern). Bei MSM-Exposition war der Partner fast genauso oft bekannt (40,8 %) wie bei Männern mit heterosexueller Exposition (44,4 %). Sex gegen Bezahlung (3,2 %) spielte bei der Übertragung von Syphilis bei MSM eine untergeordnete Rolle.

FRÜHERE SYPHILISERKRANKUNGEN

Eine durchgemachte Syphiliserkrankung bietet keinen Schutz vor einer erneuten Infektion. Im Jahr 2024 waren 31,1 % der Fälle mit bekannter Vorgeschichte (77,7 % aller Fälle) bereits in der Vergangenheit infiziert worden. Dieser Anteil betrug 37,9 % bei den Fällen mit MSM-Übertragung und 12,5 % bei den Fällen mit heterosexueller Übertragung.

KLINISCHE STADIEN

In 14,8 % der Fälle konnten die meldernden Ärztinnen und Ärzte nicht bestimmen, in welchem Stadium sich die von ihnen diagnostizierte und antibiotisch behandelte Syphilis befand (Tabelle 6). Bezogen auf Syphilisfälle mit Angaben zum Stadium wurde in 44,1 % der Fälle ein primäres Stadium diagnostiziert.

Allerdings war bei 32,9 % dieser Fälle offenbar nicht feststellbar, wo sich der Harte Schanker, das Leitsymptom der primären Syphilis, genau befand. Insofern ist der tatsächliche Anteil von Personen mit primärer Syphilis möglicherweise kleiner, als von klinischer Seite berichtet.

Von den Fällen mit bekanntem Stadium befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnose 532 MSM (90,9 %), 122 Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg (84,7 %) und 38 heterosexuell infizierte Frauen (74,5 %) im Stadium einer aktiven Syphilis, d. h. im primären, sekundären oder frühlatenten Stadium. Sie waren somit ansteckend für ihre Sexualpartnerinnen oder Sexualpartner. Tertiäre Fälle, d. h. mit klinischer Manifestation einer Spätsyphilis, wurden nur sehr selten gemeldet (16 Fälle insgesamt). Primärinfektionen verlaufen bei MSM häufig symptomarm oder asymptomatisch (Manifestation im Bereich des Afters/Mastdarms). Die Tatsache, dass Syphilis bei MSM etwas häufiger in einem frühen Stadium diagnostiziert wurde, spiegelte die höhere Testhäufigkeit in dieser Gruppe wider. Bei MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion gehören Syphilistests im Abstand von maximal 12 Monaten zur Laborroutine, im Rahmen von SwissPrEPared werden Teilnehmer alle drei Monate auf Syphilis getestet.

FAZIT

Die Inzidenz von Syphilisfällen in der Schweiz und in Liechtenstein war im Jahr 2024 sehr ähnlich wie in den Jahren 2020 und 2023, sowohl bei der Gesamtzahl der Fälle als auch bei den Fällen von Frühsyphilis. Der Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 war höchstwahrscheinlich auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Der Gesamttrend der letzten fünf Jahre ist nahezu stabil, es gab jedoch regionale Unterschiede: Am stärksten betroffen waren die beiden Regionen, die am urbansten sind (Zürich und Genferseeregion). In der Genferseeregion hat die Inzidenz der Syphilisfälle auch in den Covid-Pandemiejahren 2020 und 2021 weiter zugenommen, stabilisierte sich jedoch danach wieder. Die meisten Fälle werden bei MSM verzeichnet. Seit der Einführung der Meldepflicht betrifft der Zuwachs der Fallzahlen vor allem die sexuellen Netzwerke von MSM. Seit Ende 2015 werden besonders betroffene Gruppen (MSM, aber auch Sexarbeiterinnen) verstärkt auf Syphilis getestet (siehe Kapitel «Testsurveillance»), und seit April 2019 werden Personen, die im Rahmen von SwissPrEPared prophylaktisch HIV-Medikamente einnehmen, alle drei Monate auf Syphilis getestet. Beide Testinterventionen korrelieren mit den bei MSM beobachteten Anstiegen der absoluten Zahl der Syphilisfälle. Derzeit scheint sich die Zahl der Meldungen

jedoch zu stabilisieren, sowohl bei MSM als auch der Allgemeinbevölkerung. Auch die Verteilung nach Alter und Ansteckungsweg war ähnlich wie in den Vorjahren: Die Mehrheit war zwischen 25 und 54 Jahre alt, und Sexualkontakte zwischen Männern waren der häufigste Übertragungsweg. 86,6 % aller Fälle mit bekanntem Stadium waren infektiös, und Sexualpartner und -partnerinnen wurden daher mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls mit Syphilis infiziert. Deren Benachrichtigung und gleichzeitige Behandlung ist notwendig, um Reinfektionen nach erfolgter Behandlung zu vermeiden. Es wird empfohlen, dass sich in der Sexarbeit tätige Frauen halbjährlich und Männer, die Sexarbeiterinnen aufsuchen, sechs Wochen nach dem bezahlten Kontakt auf Syphilis testen lassen [7]. Halbjährliches Testen auf Syphilis scheint auch für einen Grossteil von schwulen, bisexuellen und anderen MSM zielführend zu sein, um Infektionsketten zu durchbrechen [8].

#### Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

#### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und  
Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

#### Bibliografie

- BAG (2017). Anpassung des Meldeprozesses für Syphilis. *BAG-Bulletin*; 51:17–18
- Farmer GW, Blois JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). *Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals*. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). *Urbanization, Urbanicity, and Health*. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- European Centre for Disease Prevention and Control (2025). *Syphilis. Annual epidemiological report for 2023*. Stockholm: ECDC
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). *The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women*. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- Schmidt AJ, Altpeter E (2019). *The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland*. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- BAG (2015). Syphilis: aktualisierte Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. *BAG-Bulletin*; 21:242–247
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). *The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men*. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

### Anmerkung für die Ärzteschaft

Die Syphilisüberwachung in der Schweiz wurde zum 1. Januar 2025 angepasst, **um Reinfektionen gezielter zu erfassen**. Bisher konnte bei der Klassifizierung der Fälle nur eine Syphilisinfektion pro Patient oder Patientin registriert werden. In der Praxis wurde eine Reinfektion, die mehr als zwei Jahre nach der letzten klinischen oder Labormeldung auftrat, bereits als neuer Fall registriert, da der alte Fall aufgrund periodischer Anonymisierung der Datenbanken nicht mehr zugeordnet werden konnte. Um Reinfektionen konkreter zu erfassen, gilt ab jetzt jeder Fall, der von der Ärzteschaft mindestens 180 Tage nach einer vorherigen Diagnose gemeldet wird, als neuer Fall. Daher ist es **wichtig, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte für jeden neuen Syphilisfall (einschliesslich Reinfektionen), der das Meldekriterium erfüllt (positiver Laborbefund oder Beginn einer Antibiotikatherapie gegen Syphilis), direkt eine klinische Meldung senden**. Der kantonsärztliche Dienst wird sie grundsätzlich nicht mehr darum bitten (es ist nicht mehr sinnvoll, dass sie die Patienten herausfiltern, für die bereits eine klinische Meldung vorliegt, da es sich möglicherweise um einen neuen zu dokumentierenden Fall handelt). Die Meldefrist bleibt unverändert bei 7 Tagen.

Im Sinne einer guten Surveillance der Syphilis bittet das BAG darum, **die Meldungen zum klinischen Befund so vollständig wie möglich auszufüllen (insbesondere den Kasten zur Beurteilung des Falls)**, da die Fallbeurteilung bei der Syphilis ausschliesslich auf den Angaben der meldenden Ärzteschaft beruht.

# Hepatitis B in der Schweiz und Liechtenstein im Jahr 2024

Im Jahr 2024 meldeten in der Schweiz und in Liechtenstein tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Labore dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) 1219 Fälle von Hepatitis B. In der Regel handelt es sich dabei um ältere Infektionen, die in einem chronischen Stadium diagnostiziert und gemeldet wurden. Die Meldezahlen sind in der Schweiz in den letzten 30 Jahren insgesamt stabil geblieben. Seit 2017 sind sie jedoch zurückgegangen und erreichten 2020 ein vermutlich pandemiebedingtes historisches Tief. Seitdem sind die Fallzahlen jedes Jahr gestiegen, liegen aber auch 2024 noch im Durchschnitt der letzten 30 Jahre. Die starke Zunahme der Fallzahlen aus der Ukraine und aus Afghanistan seit 2022 erklärt diesen jüngsten Anstieg weitgehend. Die Gesamtmelderaten der letzten sechs Jahre sind die tiefsten je verzeichneten (2024: 13,5 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung). Auch die Inzidenz akuter Hepatitis B ist in den letzten 30 Jahren fast kontinuierlich gesunken. Seit 2022 liegt sie mit 0,2 pro 100 000 Wohnbevölkerung auf einem historischen Tiefstand. Die Hepatitis-B-Impfung wird seit 2019 bevorzugt im Säuglingsalter durchgeführt. Sie wird jedoch weiterhin allen ungeimpften Jugendlichen im Alter von 11 – 15 Jahren sowie besonders gefährdeten Gruppen ausdrücklich empfohlen. Eine Überprüfung des Impfstatus für Hepatitis B sollte zudem bei jeder Untersuchung auf HIV oder andere sexuell übertragbare Erkrankungen erfolgen.

## FALLDEFINITION UND AKTUELLE LAGE

Die Entwicklung der Hepatitis-B-Fälle wird in der Schweiz und in Liechtenstein im Rahmen der Meldepflicht für Infektionskrankheiten seit 1988 kontinuierlich überwacht. Zunächst melden Labore der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt sowie dem BAG alle positiven Ergebnisse (IgM anti-HBc, HBs-Ag oder PCR) [1, 2]. Der behandelnde Arzt füllt anschliessend eine klinische Meldung aus, falls nicht bereits vorhanden. In dieser Meldung sind insbesondere die klinischen Manifestationen und das klinische Entwicklungsstadium (akut oder chronisch), das mutmassliche Ansteckungsland und der vermutete Ansteckungsweg sowie die Nationalität und das Herkunftsland der Patientinnen und Patienten anzugeben.

Als Fälle *akuter* Hepatitis B gelten alle Patientinnen und Patienten, für die ein positives Laborergebnis für Hepatitis B mit erhöhten Transaminasen und/oder Ikterus ohne Hinweise auf eine chronische Infektion gemeldet wurde. Bei kürzlich dokumentierter Serokonversion (weniger als ein Jahr) wird der Fall ebenfalls als akut betrachtet. Alle anderen Fälle mit einem positiven Laborergebnis für Hepatitis B, erhöhten Transaminasen und/oder Ikterus sowie Fälle mit Leberzirrhose oder Leberkrebs werden als *chronische* Hepatitis B (mit dokumentiertem Leberschaden) gezählt. Fehlen solche Hinweise auf Leberentzündung oder deren Folgen, wird das Entwicklungsstadium als *asymptomatisch* gewertet. Diese anderen chronischen Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) können jedoch extrahepatische

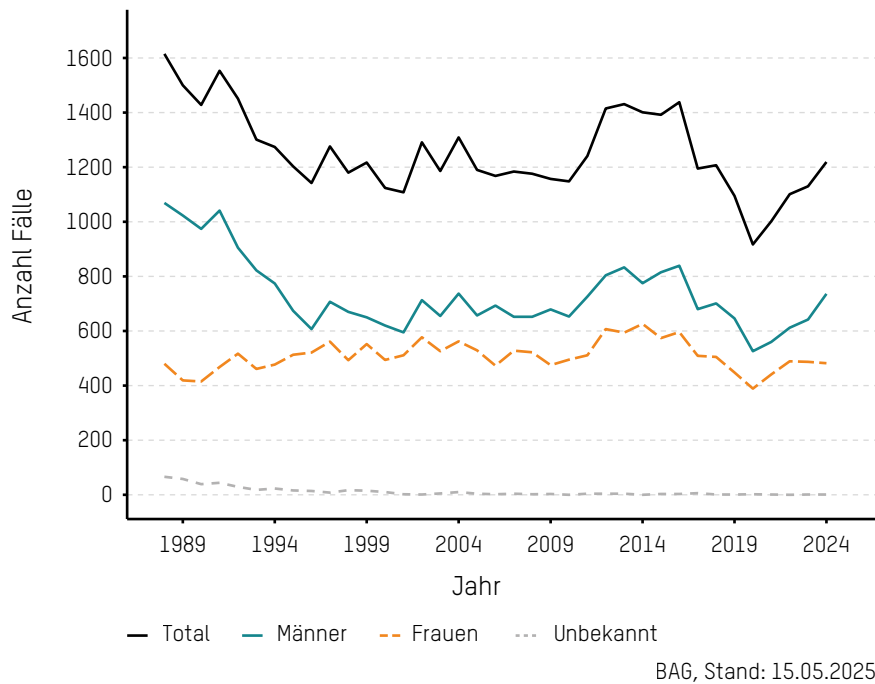
Anzeichen und Symptome aufweisen. Fehlt die klinische Meldung, wird das klinische Stadium als unbekannt vermerkt.

Das dem Fall zugeordnete Jahr entspricht dem Jahr der ersten Meldung, da der Zeitpunkt der Infektion im Allgemeinen unbekannt ist, dieser liegt wahrscheinlich oft weit vor dem Falljahr.

Die 27 im Ausland lebenden Patientinnen und Patienten (mit Ausnahme derjenigen aus Liechtenstein) wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Nach einem Höchststand im ersten Überwachungsjahr gingen die Hepatitis-B-Fallzahlen in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre zurück, jedoch nur bei den Männern. Die nächsten 20 Jahre blieben

Abbildung 1  
**Jährliche Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erhebung, 1988 – 2024**



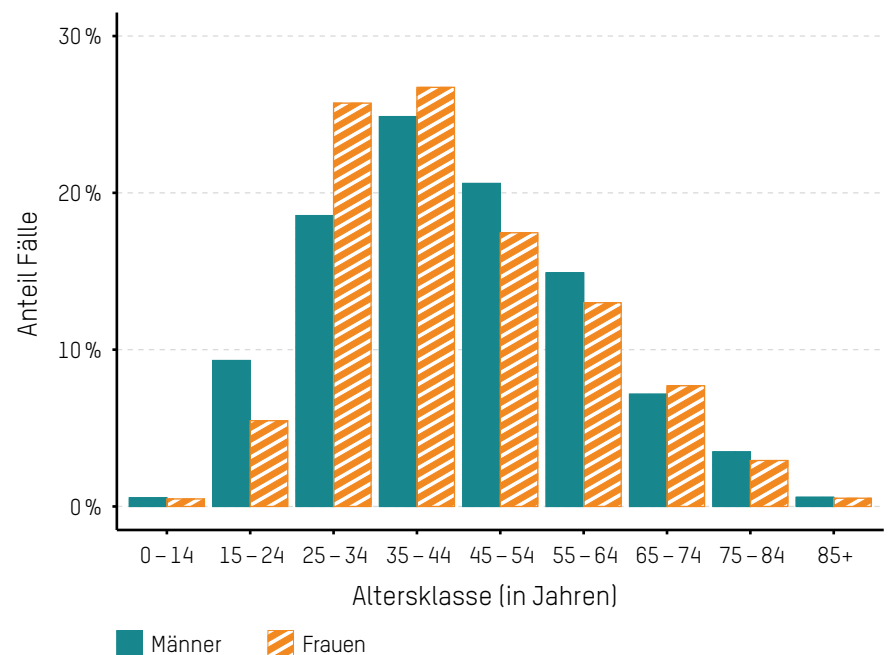
vorliegt; eine Liste dieser Fälle wird ihnen vom BAG nicht mehr bereitgestellt. Darüber hinaus sind manche Rubriken schon immer besonders schlecht dokumentiert, insbesondere diejenigen zur Exposition.

Die Gesamtmelderate lag im Jahr 2024 bei 13,5 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung, dies entspricht einem Anstieg von 7,1 % gegenüber dem Vorjahr (Abbildung 5). Nach dem Tiefstand in den Jahren 2020 und 2021, der wahrscheinlich auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist, liegt die Melderate erstmals über dem vorpandemischen Wert von 2019. Zu Beginn der Pandemie war in der Schweiz für die meisten meldepflichtigen Krankheiten [3] und in Europa für Hepatitis B [4] ein Rückgang zu beobachten. Die Inzidenz *akuter* Hepatitis B lag – adjustiert zur Berücksichtigung der Fälle ohne klinische Meldung – wie in den beiden Vorjahren bei historisch tiefen 0,2 pro 100 000 Wohnbevölkerung (Abbildung 5).

die Fallzahlen auf einem Niveau von ca. 1200 Fällen pro Jahr stabil. Ab 2017 zeigten die Fallzahlen für Männer und Frauen einen abnehmenden Trend, der sich jedoch 2021 bei beiden Geschlechtern umgekehrt hat (Abbildung 1).

Für das Jahr 2024 wurden insgesamt 1219 Hepatitis-B-Fälle gemeldet, dies entspricht einem Rückgang von 12,4 % gegenüber dem Jahr 2015. Die nachfolgenden Auswertungen beruhen auf den Informationen, die dem BAG zu den im Jahr 2024 neu gemeldeten Fällen vorlagen (Stand 15.05.2025). In 77,9 % der Fälle lag mindestens eine Meldung zum klinischen Befund vor. Dieser Anteil liegt seit 2020 deutlich unter dem Durchschnitt von 2016 bis 2019 (92,2 %). Diese geringe Verfügbarkeit von klinischen und epidemiologischen Informationen ist vermutlich auf die Covid-19-Pandemie und eine strukturelle Änderung bei der Überwachung von Hepatitis B und C zurückzuführen. Seit 2020 haben die kantonsärztlichen Dienste für ihre Fälle Zugang zur Datenbank des BAG und müssen nach einer Labormeldung eine klinische Meldung für Fälle anfordern, für die noch keine

Abbildung 2  
**Verteilung der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle nach Alter und Geschlecht, 2020 – 2024 (Fälle der letzten fünf Jahre wurden aus statistischen Gründen zusammengefasst)**



VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

Im Jahr 2024 – wie auch seit Beginn dieser Erhebung – betraf die Mehrheit der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle Männer (60,4 % aller Fälle, Abbildung 1). Während sich die Fallzahlen bei Frauen in den letzten zwei Jahren stabilisiert haben, sind sie bei Männern weiter gestiegen. Bei Transpersonen wurden keine Fälle gemeldet.

VERTEILUNG NACH ALTER

Die Altersverteilung der Hepatitis-B-Fälle ist gegenüber anderen sexuell übertragenen Infektionen ein wenig nach rechts (höhere Altersgruppen) verschoben. Im Gegensatz zu diesen werden viele Hepatitis-B-Fälle erst in einem chronischen Stadium, also lange nach dem Zeitpunkt der Übertragung, gemeldet. In den letzten fünf Jahren wurde der höchste Anteil der Fälle unabhängig vom Geschlecht in der Gruppe der 35- bis 44-Jährigen gemeldet (Abbildung 2). Bei Kindern wurden äusserst selten Hepatitis-B-Fälle gemeldet.

Der Altersmedian zum Zeitpunkt der ersten Meldung lag für beide Geschlechter in den letzten fünf Jahren bei 44 Jahren, variiert jedoch nach Ansteckungsweg: 38 Jahre bei perinatalen Infektionen, 42 Jahre bei intravenösem oder intranasalem Drogenkonsum, 43 Jahre bei sexuellen Kontakten, 47 Jahre bei Ansteckung im Rahmen medizinischer Behandlungen oder beruflicher medizinischer Tätigkeit und 45 Jahre bei unbekanntem Infektionsweg.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Wie in den Vorjahren variierte die Melderate für Hepatitis B 2024 stark von Region zu Region (Tabelle 1, Abbildung 3). Die höchsten Werte wurden wie üblich in der Genferseeregion (ansteigend) und im Tessin (rückläufig) verzeichnet.

Die in der Schweiz und Liechtenstein verzeichneten Werte lagen 2023 deutlich über dem Durchschnitt der Länder der Europäischen Union im selben Jahr (Daten für 2024 liegen noch nicht vor). Die Gesamtmelderate betrug 12,6 gegenüber 8,1 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Bei der Inzidenz akuter

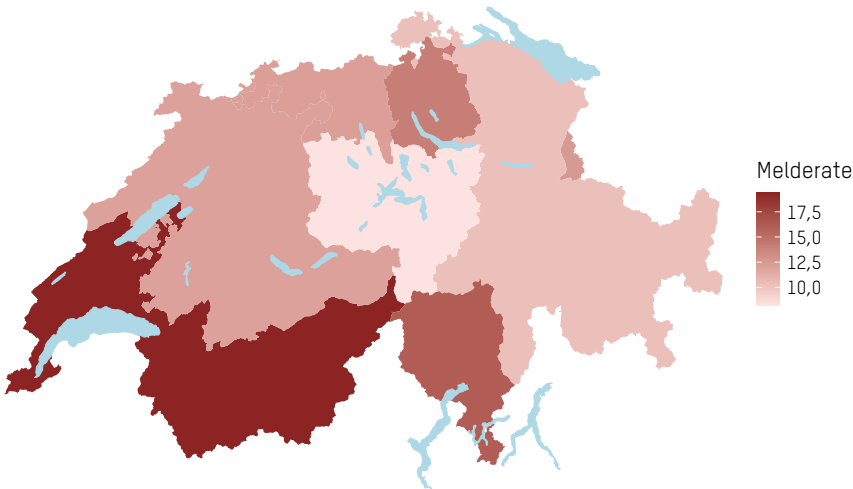
Tabelle 1  
Melderate von Hepatitis-B-Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>) und Meldejahr, 2020 – 2024

Grossregion	Meldejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	15,0	16,6	15,2	17,6	19,4
Espace Mittelland	9,2	9,0	9,4	10,8	12,0
Nordwestschweiz	9,2	11,1	12,9	12,1	12,2
Zürich	11,1	11,4	13,7	12,7	14,1
Ostschweiz	8,0	9,3	9,0	8,0	10,3
Zentralschweiz	7,3	7,9	10,0	9,9	8,2
Tessin	13,7	12,8	25,4	19,8	16,2
Liechtenstein	7,7	12,7	5,0	5,0	12,5
Ganze Schweiz und Liechtenstein	10,5	11,4	12,4	12,6	13,5

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 15.05.2025

Abbildung 3  
Melderate von Hepatitis-B-Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>), 2024



<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 15.05.2025

Fälle war es hingegen umgekehrt (0,2 bzw. 0,6 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung) [4]. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Überwachungssysteme, die Intensität der diagnostischen Tests und des Screenings, die Falldefinitionen und der Bevölkerungsanteil aus Hochprävalenzländern [siehe Karte unter 5] von Land zu Land stark variieren können. Die Daten für Deutschland im Jahr 2023 waren beispielsweise mit einer Gesamtmelderate von 27,8 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung (stark steigend) und einer Inzidenz akuter Fälle von 1,3 pro 100 000 Wohnbevölkerung

deutlich höher als in der Schweiz im selben Jahr [4]. In Deutschland stieg die Melderate bereits 2022 stark an, teilweise aufgrund des Zustroms von Flüchtlingen aus der Ukraine [6].

**ANSTECKUNGSWEG**

Das Hepatitis-B-Virus wird meist beim Geschlechtsverkehr sowie über den Kontakt mit Blut übertragen, ist jedoch durch sämtliche Körperflüssigkeiten und -sekrete übertragbar. Hepatitis B gilt als hochansteckende Infektionskrankheit – zehnmal infektiöser als HIV. Dennoch ist die Identifizierung des Ansteckungs-



Tabelle 2  
Gemeldete Hepatitis-B-Fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Wohnort (Grossregion<sup>2</sup>), 2024

Ansteckungs- weg	Grossregion																		Total	
	Genfersee- region		Espace Mittelland		Nordwest- schweiz		Zürich		Ostschweiz		Zentral- schweiz		Tessin		Liechten- stein		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDU	2	0,6	1	0,4	1	0,7	3	1,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,7
Nosokomial	5	1,5	3	1,3	1	0,7	6	2,6	3	2,4	0	0,0	1	1,7	1	20,0	0	0,0	20	1,6
Sexuell	8	2,4	4	1,7	4	2,7	2	0,9	2	1,6	1	1,4	0	0,0	1	20,0	0	0,0	22	1,8
Andere	32	9,5	33	14,1	20	13,3	36	15,9	20	15,7	9	12,9	5	8,6	1	20,0	0	0,0	156	12,8
Unbekannt	290	86,1	193	82,5	124	82,7	180	79,3	101	79,5	60	85,7	52	89,7	2	40,0	11	100,0	1013	83,1
Total	337	100,0	234	100,0	150	100,0	227	100,0	127	100,0	70	100,0	58	100,0	5	100,0	11	100,0	1219	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser (oder intranasaler) Drogengebrauch;  
Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch Infektionen durch berufliche Exposition (z.B. Nadelstichverletzung);  
Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte mit infizierten Personen, perinatale Infektionen, Tätowierungen, Piercings, Barbierbesuche;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung;  
<sup>2</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

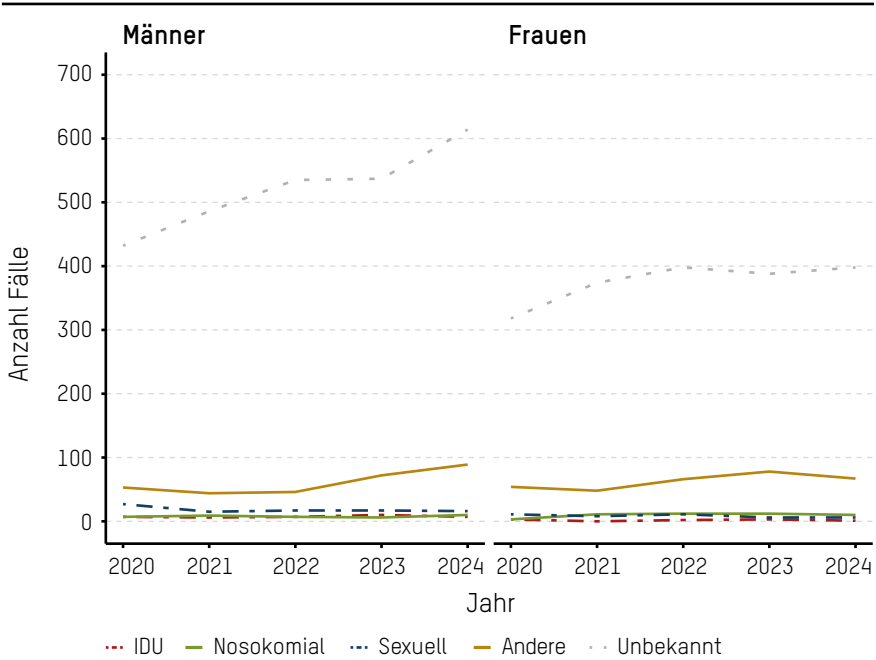
wegs aufgrund des meist unbekannten Infektionszeitpunkts oft schwierig. Entsprechend war in 83,1 % aller Fälle 2024 (inkl. derjenigen ohne klinische Meldung) der Infektionsweg unbekannt. Dieser sehr hohe Anteil schränkt die Aussagekraft der Analysen nach Ansteckungsweg ein. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Ansteckungswege bei Hepatitis B, insgesamt und nach Grossregion.

Unter den 206 Fällen, die 2024 mit Angaben zum vermuteten Ansteckungsweg gemeldet wurden, sind der sexuelle Ansteckungsweg – mehrheitlich heterosexueller Geschlechtsverkehr – (22 Fälle; 10,7 %) sowie Infektionen im medizinischen Umfeld (20 Fälle; 9,7 %) hervorzuheben. Letztere werden im Folgenden zusammenfassend als *nosokomial* bezeichnet («Krankenhausinfektion») und umfassen sowohl Fälle im Zusammenhang mit Dialyse, therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen und Transfusion von Blutprodukten als auch Fälle, die auf eine berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung) zurückzuführen sind. Eine Transfusion wurde bei 11 der 2024 gemeldeten Fälle als Übertragungsweg genannt. Es sei an dieser Stelle nochmals hervorgehoben, dass sich das dem Fall zugeordnete Jahr auf den Eingang der ersten Meldung bezieht, nicht auf den Zeitpunkt der HBV-Infektion, der in der Regel unbekannt ist und länger zurückliegen kann. Zu erwähnen sind auch Infektionen, die beim intravenösen oder intranasalen

Drogenkonsum, nachfolgend als IDU (*injection drug use*) abgekürzt, erworben wurden, hier wurden 2024 8 Fälle gemeldet (3,9 %).

Bei Fällen mit sexueller Übertragung lag der Frauenanteil bei 18,2 %, bei nosokomialer Übertragung bei 50,0 %, bei Personen mit IDU bei 12,5 %.

Abbildung 4  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle nach Geschlecht und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020–2024



<sup>1</sup> IDU: intravenöser (oder intranasaler) Drogengebrauch;  
Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch Infektion durch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung); Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte mit infizierten Personen, perinatale Infektionen, Tätowierungen, Piercings, Barbierbesuche;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.



Der konsequente Gebrauch von Kondomen bei Anal- und Vaginalverkehr schützt wirkungsvoll gegen HIV, aber wenig gegen die meisten anderen sexuell übertragenen Infektionen, einschliesslich einer HBV-Infektion. Gegen HBV gibt es aber seit Anfang der Achtzigerjahre eine wirksame und sichere Impfung, welche weltweit angewendet wird. Vor der Verfügbarkeit einer Impfung war Hepatitis B bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sehr stark verbreitet, mit Seroprävalenzen von über 50 % [7]. Heute sind MSM in den meisten europäischen Ländern mehrheitlich gegen Hepatitis B geimpft, die Durchimpfungsrate von Schweizer MSM ist vergleichsweise hoch [8]. Im Schweizer STAR-Trial wurden bei über 10 % aller teilnehmenden MSM Hinweise auf eine vorangegangene Hepatitis B gefunden, 32 % hatten keine Immunität [9].

Weitere Expositionsarten, die in den Tabellen 2 bis 4 und in Abbildung 4 unter «Andere» zusammengefasst sind, wurden ebenfalls gemeldet. Dabei handelt es sich vor allem um nicht sexuelle oder nicht weiter beschriebene Kontakte mit infizierten Personen (52 Fälle), aber auch Tätowierungen oder Piercings unter hygienisch bedenklichen Bedingungen (1 Fall). Des Weiteren wurden 90 Fälle von perinatal erworbener Hepatitis B gemeldet. Es handelte sich dabei zum grossen Teil um Personen mit

Herkunft aus Ländern mit mittlerer oder hoher Hepatitis-B-Prävalenz. Es ist anzumerken, dass 9 Kinder unter 15 Jahren gemeldet wurden, darunter 4 aus der Ukraine (2, 8, 9 und 11 Jahre zum Zeitpunkt der Meldung), eines aus der Schweiz (3 Jahre), eines aus Vietnam (7 Jahre) und 3 unbekannter Herkunft (0, 1 und 14 Jahre). In 2 dieser Fälle wird eine perinatale Übertragung erwähnt, in 2 weiteren Fällen ein Kontakt innerhalb der Familie, während für die letzten 5 Fälle keine Angaben zur Exposition vorliegen.

In den letzten fünf Jahren war der Trend bei den Fallzahlen mit sexuellem oder nosokomialen Infektionsweg sowohl bei Männern als auch bei Frauen stabil (Abbildung 4). Gleiches galt für Fälle mit einer IDU-Übertragung, deren Zahl bei Frauen besonders niedrig war. Die Zahl der anders infizierten Fälle steigt hingegen seit 2022 bei Frauen und seit 2023 bei Männern tendenziell an.

HERKUNFTSLAND

Auf dem klinischen Meldeformular wird neben der Nationalität auch das Herkunftsland des Patienten oder der Patientin erfasst. Fehlte dieser Eintrag, wurde das Herkunftsland der Person in den Analysen durch ihre Nationalität ersetzt. Der so erfasste Herkunftskontinent war bei 38,9 % der im Jahr 2024 gemeldeten Fälle unbekannt (Tabelle 3). Die meisten Fälle stammten aus Europa

ohne Schweiz und Liechtenstein (41,3 % aller Fälle mit bekannter Herkunft), gefolgt von Afrika (21,6 %), Asien (18,7 %) und der Schweiz und Liechtenstein (17,3 %). Zu beachten ist, dass im Jahr 2024 52 Fälle (4,3 % aller Fälle oder 7,0 % der Fälle mit bekannter Herkunft) aus der Ukraine stammten, gegenüber nur 0 bis 4 Fällen pro Jahr vor der Einreise vieler ukrainischer Flüchtlinge ab März 2022 (39 Fälle im Jahr 2022 und 48 Fälle im Jahr 2023). Ausserdem hatte sich die Zahl der aus Afghanistan stammenden Fälle nach einem markanten Tiefstand im Jahr 2020, der wahrscheinlich auf die pandemiebedingten Reisebeschränkungen zurückzuführen war, 2021 verdoppelt. Nach einer erneuten Verdopplung 2022 (von 21 auf 41 Fälle) hat sich die Zahl 2023 (43 Fälle) und 2024 (43 Fälle) stabilisiert. Zusammen machten die neuen Fälle aus diesen beiden Ländern, bei denen es sich zumeist um Neuzugewanderte handelte, 7,8 % aller Neumeldungen 2024 aus (12,8 % der Fälle mit bekannter Herkunft).

Tabelle 3 zeigt die Herkunft nach Kontinent für die wichtigsten vermuteten Übertragungswege. Die geringe Zahl der dokumentierten Fälle für diese beiden Indikatoren schränkt die Aussagekraft der Schlussfolgerungen ein.

Tabelle 3  
Gemeldete Hepatitis-B-Fälle nach Herkunft (Kontinent) und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Herkunft	Ansteckungsweg										Total	
	IDU		Nosokomial		Sexuell		Andere		Unbekannt		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Schweiz und Liechtenstein	0	0,0	1	5,0	5	22,7	20	12,8	103	10,2	129	10,6
Europa ohne CH und FL	2	25,0	5	25,0	7	31,8	50	32,1	244	24,1	308	25,3
Afrika	1	12,5	5	25,0	5	22,7	27	17,3	123	12,1	161	13,2
Amerika	0	0,0	0	0	0	0,0	2	1,3	6	0,6	8	0,7
Asien	4	50,0	5	25,0	2	9,1	29	18,6	99	9,8	139	11,4
Ozeanien	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Unbekannt	1	12,5	4	20,0	3	13,6	28	17,9	438	43,2	474	38,9
Total	8	100,0	20	100,0	22	100,0	156	100,0	1013	100,0	1219	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser (oder intranasaler) Drogengebrauch;  
Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch Infektionen durch berufliche Exposition (z.B. Nadelstichverletzung);  
Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte mit infizierten Personen, perinatale Infektionen, Tätowierungen, Piercings, Barbierbesuche;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 15.05.2025

Tabelle 4  
Gemeldete Hepatitis-B-Fälle nach Herkunft und Ansteckungsort, 2024

Ansteckungsort	Schweiz oder Liechtenstein		Herkunft				Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz oder Liechtenstein	30	23,3	23	3,6	9	2,0	62	5,1
Ausland	8	6,2	247	38,4	46	10,3	301	24,7
Unbekannt	91	70,5	373	58,0	392	87,7	856	70,2
Total	129	100,0	643	100,0	447	100,0	1219	100,0

BAG, Stand: 15.05.2025

### ORT DER INFEKTION

Der Ort der Infektion war in der Regel unbekannt (70,2 % der Fälle in 2024; Tabelle 4). Von den Fällen mit bekanntem Infektionsort waren 82,9 % der Ansteckungen im Ausland und 17,1 % in der Schweiz oder in Liechtenstein erfolgt. Die meisten Fälle aus dem Ausland hatten sich im Ausland infiziert, wahrscheinlich am häufigsten vor ihrer Ankunft in der Schweiz (82,1 % der Fälle mit bekanntem Infektionsort).

### KLINISCHES STADIUM

Akute Fälle sind frische, symptomatische oder asymptomatische Infektionen. Ein Teil davon – der je nach Alter der Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich ist – wird spontan heilen. Der andere Teil wird chronisch und bleibt oft lange Zeit, manchmal für immer, ohne Symptome. Ein Teil der chronischen Infektionen entwickelt sich jedoch zu einer Zirrhose oder einem Leberzellkarzinom. Sowohl akute als auch chronische (einschliesslich asymptomatische) Fälle sind infektiös.

Die meisten Personen (68,3 % aller Fälle), bei denen im Jahr 2024 erstmals eine Hepatitis-B-Infektion gemeldet wurde, befanden sich in einem chronischen asymptomatischen Stadium (chronische Infektion ohne dokumentierten Leberschaden; Tabelle 5). 8,0 % der Fälle zeigten Anzeichen einer chronischen Hepatitis B und 1,4 % der Fälle wurden im akuten Stadium gemeldet. In 22,3 % der Fälle (Fälle ohne klinische Meldung) war das klinische Stadium unbekannt.

Das chronische asymptomatische Stadium war bei allen Übertragungswegen vorherrschend (Tabelle 5). Bei den akut verlaufenden Hepatitis-B-Infektionen war in der Mehrheit der Fälle (12 von 17) kein Übertragungsweg bestimmbar.

In Tabelle 5 sind auch die verschiedenen (möglichen) Stadien des klinischen Verlaufs chronischer Leberentzündungen – die Leberzirrhose und das Leberzellkarzinom (HCC) – nach Ansteckungsweg dargestellt. Insgesamt wurden dem BAG im Jahr 2024 19 Fälle von chronischer Hepatitis mit Leberzirrhose (davon 4 auch mit HCC) und 5 Fälle von chronischer Hepatitis mit HCC (davon 4 auch mit Zirrhose) gemeldet, was zusammen

Tabelle 5  
Gemeldete Hepatitis-B-Fälle nach klinischem Entwicklungsstadium und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

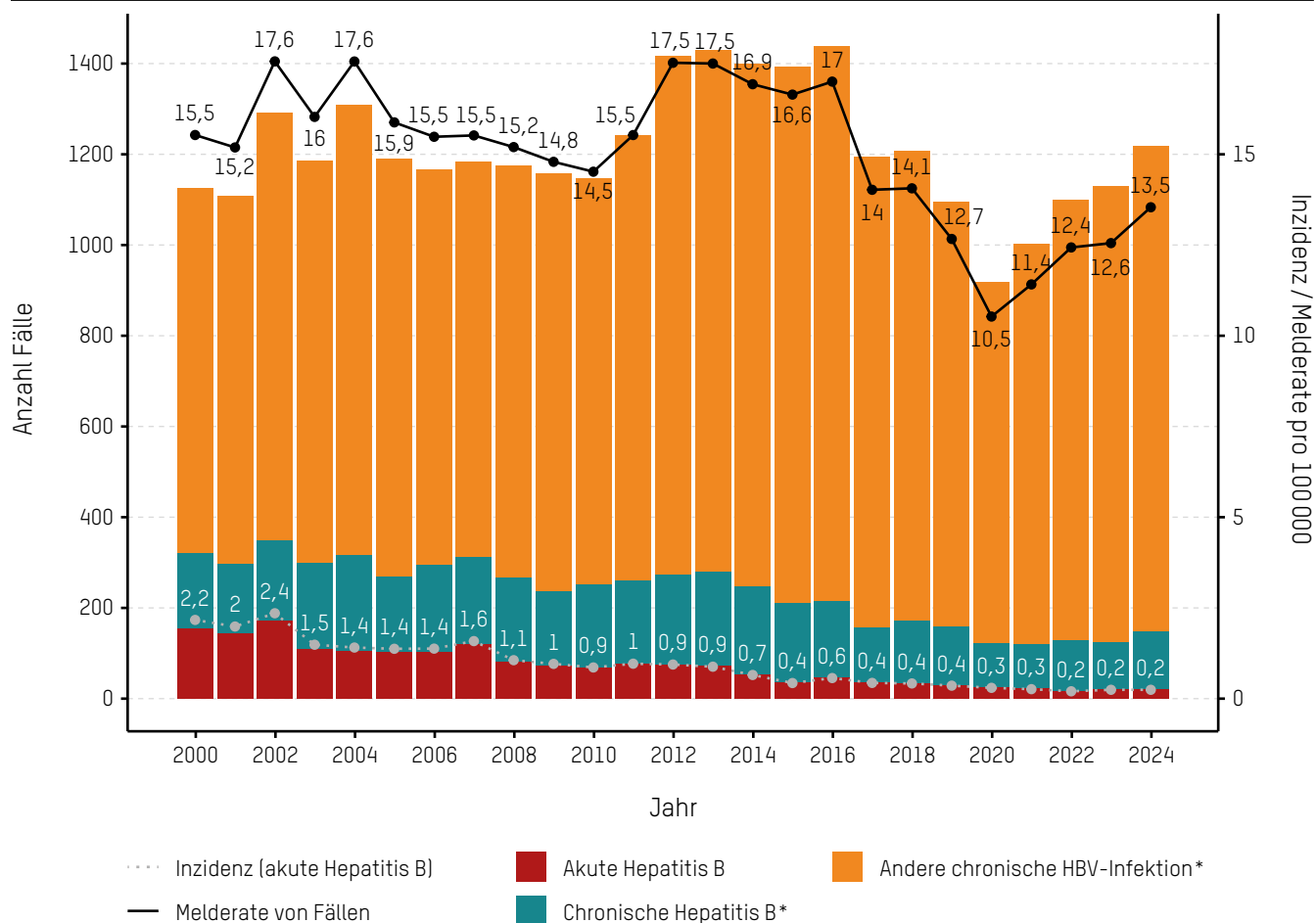
Klinisches Stadium	Ansteckungsweg										Total	
	IDU		Nosokomial		Sexuell		Andere		Unbekannt		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Akute Hepatitis B	1	12,5	0	0,0	2	9,1	2	1,3	12	1,2	17	1,4
Chronische, symptomatische Hepatitis B*	1	12,5	1	5,0	3	13,6	19	12,2	74	7,3	98	8,0
davon nur Zirrhose	0		0		0		3		12		15	
davon nur Hepatokarzinom	0		0		0		1		0		1	
davon Zirrhose und Karzinom	0		0		0		0		4		4	
Andere chronische asymptomatische HBV-Infektion*	6	75,0	19	95,0	17	77,3	135	86,5	656	64,8	833	68,3
Unbekannt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	271	26,8	271	22,2
Total	8	100,0	20	100,0	22	100,0	156	100,0	1013	100,0	1219	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser (oder intranasaler) Drogengebrauch;  
Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch Infektionen durch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung);  
Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte mit infizierten Personen, perinatale Infektionen, Tätowierungen, Piercings, Barbierbesuche;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

\* Chronische symptomatische Hepatitis B: mit dokumentiertem Leberschaden;  
Andere chronische asymptomatische HBV-Infektion: ohne dokumentiertem Leberschaden in der klinischen Meldung.

BAG, Stand: 15.05.2025

Abbildung 5

Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle<sup>1</sup> nach klinischem Stadium, 2000 – 2024

BAG, Stand: 15.05.2025

<sup>1</sup> Adjustiert zur Berücksichtigung der Fälle ohne klinische Meldung.\* Chronische Hepatitis B: mit dokumentiertem Leberschaden;  
Andere chronische HBV-Infektion: ohne dokumentierten Leberschaden in der klinischen Meldung.

eine kombinierte Melderate von 0,2 pro 100 000 Wohnbevölkerung ergibt. Diese Zahl liegt wahrscheinlich unter der tatsächlichen Inzidenz von Zirrhose/HCC, da nur die Krankheitsbilder berücksichtigt werden, die bei der ersten Meldung des Hepatitis-B-Falls vorlagen (keine Nachverfolgung der Fälle).

Werden die Fallzahlen von Hepatitis-B-Infektionen für fehlende klinische Meldungen adjustiert, zeigt sich der Zeitverlauf aller Fälle nach klinischem Stadium zum Zeitpunkt der ersten Meldung (Abbildung 5). Die Inzidenz in der Schweiz erfasster akuter HBV-Infektionen ist seit dem Jahr 2000 um 88,7 % und seit 2015 um 43,2 % zurückgegangen und lag seit 2022 mit

0,2 pro 100 000 Wohnbevölkerung auf einem historischen Tiefststand. Seit 2000 ging die Gesamtmelderate für Hepatitis B nur um 12,8 % (18,6 % seit 2015) auf 13,5 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung zurück. Diese fast langfristige Stabilität der Melderate trotz sinkender Übertragung in der Schweiz ist zu einem grossen Teil auf die Einwanderung von bereits infizierten Personen aus Ländern mit mittlerer und hoher Prävalenz zurückzuführen.

### IMPfung

Die Impfung gegen Hepatitis B ist erst seit 2019 als Basisimpfung im Säuglingsalter vorgesehen. Zuvor war sie seit 1998 prioritär für Jugendliche im Alter von 11–15 Jahren empfohlen [10]. Die

Impfung im Säuglingsalter ist besser geeignet, um chronische Hepatitis-B-Fälle zu verhindern, da sich das Alter bei Infektion umgekehrt proportional zum Risiko einer persistierenden Infektion verhält (das Risiko einer Chronifizierung ist bei Neugeborenen mit ca. 90 % am höchsten). Allen schwangeren Frauen in der Schweiz wird systematisch eine Blutuntersuchung empfohlen, um festzustellen, ob sie Virusträgerinnen sind. Wenn dies der Fall ist, werden die Kinder kurz nach der Geburt geimpft und mit spezifisch gegen Hepatitis B wirksamen Immunglobulinen behandelt, um sie zu schützen, bis die Impfung wirkt.

Trotz einer kontinuierlichen Zunahme der Hepatitis-B-Impfung in der Schweiz seit der Einführung ist die Durchimpfungsrate nach wie vor ungenügend. In den Jahren 2020–2022 betrug sie schweizweit bei 2-jährigen Kindern 76 % und bei 16-jährigen Jugendlichen 79 % [11]. Die in die Erhebung von 2023 und 2024 einbezogenen Kantone verzeichneten im Allgemeinen einen deutlichen Anstieg der Durchimpfungsrate sowohl bei 2- als auch 16-jährigen Kindern mit 84 % bzw. 81 %. Da die Priorität der Impfung von Säuglingen relativ neu ist, besteht noch viel Potenzial für eine Erhöhung der Durchimpfungsrate, insbesondere dank der zunehmenden Verwendung eines hexavalenten Impfstoffs.

## FAZIT

Die sehr unvollständigen Daten zur Herkunft der Fälle und zum Expositionsort legen nahe, dass die HBV-Infektionen, die 2024 erstmals in der Schweiz gemeldet wurden, überwiegend in Ländern mit mittlerer oder hoher Prävalenz von Hepatitis B erworben wurden, oft lange vor der Meldung. Der Ansteckungsweg war in der grossen Mehrheit der Fälle unbekannt.

Die Inzidenz akuter Fälle ist in der Schweiz seit Anfang der 1990er-Jahre praktisch kontinuierlich zurückgegangen. Hier war es in der Regel allerdings nicht möglich, den Ansteckungsweg zu bestimmen.

Bereits das Nationale Programm «HIV und andere sexuell übertragbare Infek-

tionen» (NPHS) von 2011 setzte bei der HBV-Prävention auf die breite Implementierung der Impfung, sowohl in der Allgemeinbevölkerung (Impfung von Kindern und Jugendlichen) als auch in besonders gefährdeten Gruppen (Impfung im Erwachsenenalter). Die einzigen sexuell übertragenen Erreger, für die Impfungen existieren, sind das Hepatitis-A- und -B-Virus sowie das Humane Papillomavirus und das Mpox-Virus. Die Durchimpfungsrate von Hepatitis B lag zwar bei 16-Jährigen zuletzt bei 81 % [11]; bei sexuell aktiven Erwachsenen ist der Anteil jedoch deutlich niedriger [9,12]. Weiterhin fällt ein Impfdéfizit bei gleichzeitig erhöhter Krankheitslast bei in der Schweiz tätigen Sexarbeiterinnen auf [12], diese kommen mehrheitlich aus Ländern mit unzureichender Durchimpfung.

Das BAG hält die klinischen Akteurinnen und Akteure dazu an, bei jedem Test auf HIV oder eine andere sexuell übertragene Infektion den Hepatitis B-Impfstatus abzuklären, sowie die Impfung direkt einzuleiten oder zu vervollständigen. Zudem sollten bei der Anamnese Personen aus Risikogruppen identifiziert und diesen gegebenenfalls eine Impfung vorgeschlagen werden.

## Kontakt

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und  
Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

## Bibliografie

- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Bundesamt für Gesundheit (2018). Hepatitis B in der Schweiz, epidemiologische Situation 2014–2017. *BAG-Bulletin*; 35:7–12
- Bundesamt für Gesundheit (2021). Der Einfluss der durch Covid-19-bedingten Massnahmen und Verhaltensänderungen auf meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Schweiz im Jahr 2020. *BAG-Bulletin*; 30:8–13
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC
- Coalition for Global Hepatitis Elimination, The Task Force for Global Health (2024). Prevalence of chronic HBV (HBsAg+)
- Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2024). Anstieg der übermittelten Hepatitis-Bund Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16
- Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nyland T, Moore TN, Gardner P, Doto IL, Reynolds G (1982). Hepatitis B in Homosexual Men: Prevalence of Infection and Factors Related to Transmission. *J Infect Dis*; 146(1): 7–15
- Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, An der Heiden M, Dudareva S (2020). Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiol Infect*; 148(e27):1–10
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen (2024). Schweizerischer Impfplan 2025. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Bundesamt für Gesundheit (2025). Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, 1999–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

## Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

# Hepatitis C in der Schweiz und in Liechtenstein im Jahr 2024

Im Jahr 2024 haben in der Schweiz und in Liechtenstein tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Labore dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) 1059 Fälle von Hepatitis C gemeldet. In der Regel handelt es sich dabei um ältere Infektionen, die in einem chronischen Stadium diagnostiziert und gemeldet wurden. Ein Teil dieser Infektionen gilt als geheilt (serologische Narben). Die Zahl der gemeldeten Fälle war in der Schweiz seit der Jahrtausendwende tendenziell rückläufig, bis sie 2020 ein vermutlich pandemiebedingtes historisches Tief erreichte. Seitdem sind die Fallzahlen jedes Jahr leicht gestiegen, lagen aber im Jahr 2024 nur knapp über dem Niveau von 2019 vor der Covid-19-Pandemie. Die Gesamtinzidenz von Hepatitis C lag 2024 bei 11,8 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung. Die Inzidenz akuter Hepatitis C hat sich in den letzten Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau stabilisiert (0,2 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung), bevor sie 2024 wieder angestiegen ist (0,3/100 000). Anders als die anderen in diesem Bericht enthaltenen Infektionskrankheiten wird Hepatitis C überwiegend durch Blut und nur in Ausnahmefällen sexuell übertragen. Da das zu Beginn 2024 lancierte neue Nationale Programm *Stopp HIV, Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus und sexuell übertragene Infektionen* (NAPS) die Hepatitiden verstärkt berücksichtigt, enthält dieser Bericht auch ein Kapitel zu Hepatitis C. Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung, eine Heilung erfolgt spontan in etwa einem Viertel der Fälle. Bei chronischer Hepatitis C ist mit direkt antiviral wirksamen Medikamenten eine Heilung in rund 95 % der Fälle möglich.

## FALLDEFINITION UND AKTUELLE LAGE

Die Entwicklung der Hepatitis-C-Fälle wird in der Schweiz und in Liechtenstein im Rahmen der Meldepflicht für Infektionskrankheiten seit 1988 kontinuierlich überwacht. Zunächst melden Labore der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt sowie dem BAG alle positiven Testergebnisse (durch einen zweiten Test bestätigte Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus [HCV], HCV-RNA oder HCV-Antigen) [1]. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt füllt anschliessend eine klinische Meldung aus, falls diese nicht bereits vorhanden ist. In dieser Meldung sind die klinischen Manifestationen und das klinische Entwicklungsstadium (akut oder chronisch),

das mutmassliche Ansteckungsland und der vermutete Ansteckungsweg sowie die Nationalität und das Herkunftsland anzugeben.

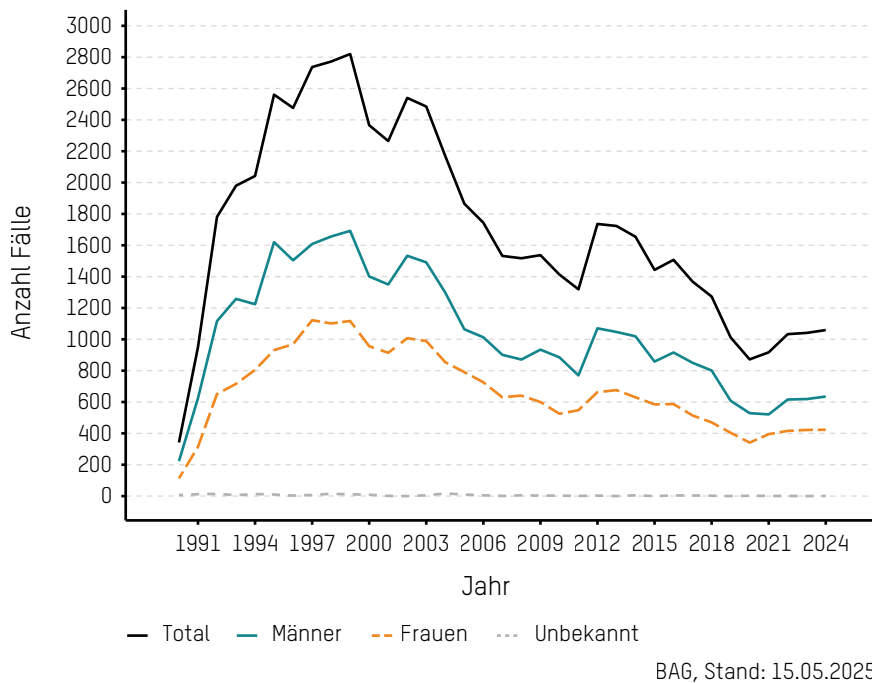
Als Fälle *akuter* Hepatitis C gelten alle Patientinnen und Patienten, für die ein positives Laborergebnis für Hepatitis C und Ikterus ohne Hinweise auf eine chronische Infektion gemeldet wurden. Bei kürzlich dokumentierter Serokonversion (weniger als zwei Jahre) wird der Fall ebenfalls als akut betrachtet. Alle anderen Fälle mit einem positiven Laborbefund (auch wenn nur Antikörper nachgewiesen wurden) sowie erhöhten Transaminasen, Ikterus, Leberzirrhose oder Leberkrebs werden als *chronische* Hepatitis C (mit dokumen-

tiertem Leberschaden) gezählt. Fehlen solche Hinweise auf Leberentzündung oder deren Folgen, wird das im Meldewesen dokumentierte Entwicklungsstadium als «Andere HCV-Infektion ohne Leberschaden» gewertet. Diese anderen HCV-Infektionen können jedoch extrahepatische Anzeichen und Symptome aufweisen. Es gilt zu beachten, dass ein Teil dieser Fälle nur durch das Vorhandensein von Antikörpern bestätigt wird und ein Teil davon geheilt werden könnte. Fehlt die klinische Meldung, wird das klinische Stadium als unbekannt vermerkt.

Das dem Fall zugeordnete Jahr entspricht dem Jahr der ersten Meldung, da der Zeitpunkt der Infektion im All-

Abbildung 1

**Jährliche Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erhebung, 1990 – 2024 (die ersten beiden Überwachungs-jahre sind aufgrund der geringen Meldezahlen des gerade erst entdeckten Hepatitis-C-Virus nicht dargestellt)**



Heilung eines Teils der Fälle zwar beschleunigt haben, setzte jedoch infolge struktureller Massnahmen (z. B. Testung von Blutprodukten, Spitalhygiene, Nadeltauschprogramme und Opioidagonisthentherapie [OAT]) bereits sehr viel früher ein. Dies schlägt sich jedoch nicht sofort in der Statistik der Fallmeldungen nieder, da die Fälle meist erst Jahre nach der Infektion erstmals gemeldet werden.

Für das Jahr 2024 wurden insgesamt 1059 Hepatitis-C-Fälle gemeldet. Dies entspricht einem Rückgang von 62,4 % gegenüber dem Höchststand von 1999 und 26,6 % gegenüber dem Stand von 2015. Die nachfolgenden Auswertungen beruhen im Wesentlichen auf den Informationen, die dem BAG zu diesen im Jahr 2024 neu gemeldeten Fällen vorlagen (Stand 15.05.2025). In 79,8 % der Fälle lag mindestens eine klinische Meldung vor. Dieser Anteil ist zwar gestiegen, liegt aber seit 2020 deutlich unter dem Durchschnitt der Jahre 2016–2019 (91,0 %). Diese geringe Verfügbarkeit von klinischen Meldungen

gemeinen unbekannt ist. Dieser liegt wahrscheinlich oft weit vor dem Falljahr.

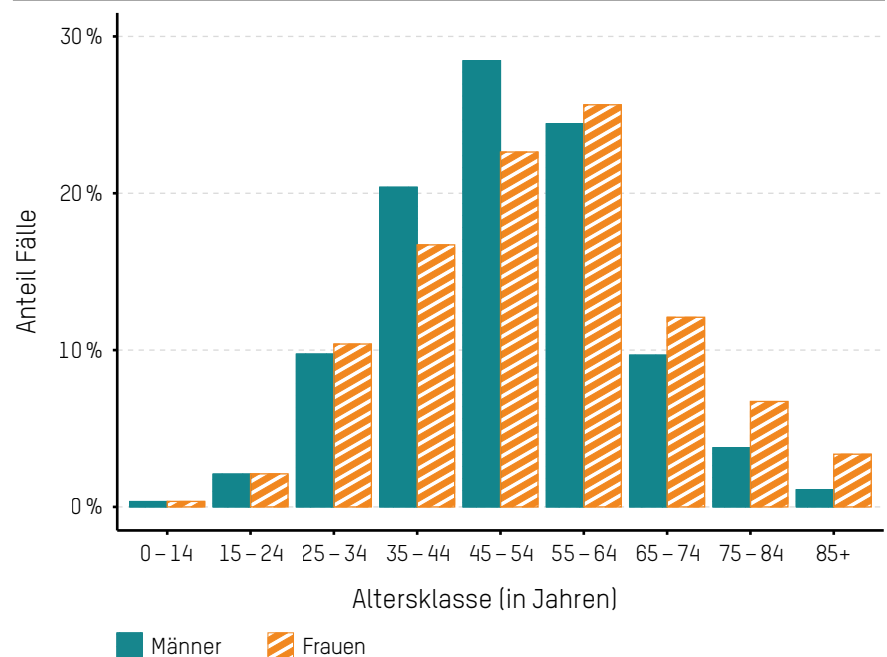
Die im Ausland lebenden 34 Patientinnen und Patienten (mit Ausnahme von Liechtenstein) wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Die Entwicklung der Fallzahlen seit Beginn der Hepatitis-C-Überwachung zeigt zunächst einen starken Aufwärtstrend bis zur Jahrtausendwende mit einem Höchstwert von über 2800 Fällen im Jahr 1999. Dies spiegelt unter anderem die rasche Testung besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen wider. Seitdem zeigen die Fallzahlen für beide Geschlechter einen abnehmenden Trend (Abbildung 1). Seit dem Jahr 2014 (Zulassung von *Sofosbuvir* in der Schweiz) kann das HCV durch direkt antiviral wirksame Medikamente in rund 95 % aus dem Körper der infizierten Personen eliminiert werden.

Der Rückgang neuer Infektionen mag sich durch vermehrte Therapie und die abnehmende Übertragung durch

Abbildung 2

**Verteilung der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle nach Alter und Geschlecht, 2020 – 2024 (Fälle der letzten fünf Jahre aus statistischen Gründen zusammengefasst)**



BAG, Stand: 15.05.2025



ist vermutlich auf die Covid-19-Pandemie und eine strukturelle Änderung bei der Überwachung von Hepatitis B und C zurückzuführen. Seit 2020 haben die kantonsärztlichen Dienste für ihre Fälle Zugang zur Datenbank des BAG und müssen nach einer Labormeldung eine klinische Meldung für die Fälle anfordern, für die noch keine vorliegt (eine Liste dieser Fälle wird ihnen vom BAG nicht mehr bereitgestellt). Darüber hinaus sind manche Rubriken schon immer besonders schlecht dokumentiert, insbesondere diejenigen der Exposition.

Die Gesamtmelderate lag im Jahr 2024 mit 11,8 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nur geringfügig über den Werten von 2019, 2022 und 2023; der Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 war wahrscheinlich weitgehend auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Während dieses Zeitraums wurde in der Schweiz für die meisten Krankheiten [2] und in Europa für Hepatitis C [3] ein Rückgang beobachtet. Die Inzidenz akuter Hepatitis C lag – adjustiert um die fehlenden klinischen Meldungen – 2024 bei 0,3 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung und stieg damit nach dem historischen Tiefstand der letzten drei Jahre erneut an (Abbildung 5).

VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

Im Jahr 2024 – wie auch seit Beginn dieser Erhebung – betraf die Mehrheit der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle Männer (60,0 % aller Fälle; Abbildung 1). Bei Transpersonen wurde nur ein Fall von Hepatitis C gemeldet.

VERTEILUNG NACH ALTER

Bei Hepatitis C ist die Altersverteilung der Fälle gegenüber primär sexuell übertragenen Infektionen (z. B. HIV, Gonorrhoe, Syphilis) deutlich nach rechts (höhere Altersgruppen) verschoben. Im Gegensatz zu diesen Infektionen werden viele Hepatitis-C-Fälle in einem chronischen Stadium, also lange nach dem Zeitpunkt der Übertragung, gemeldet. Über die letzten fünf Jahre wurde der höchste Anteil der Fälle bei den Männern in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen und bei den Frauen in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen gemeldet (Abbildung 2). Bei Kindern waren Fälle von Hepatitis C

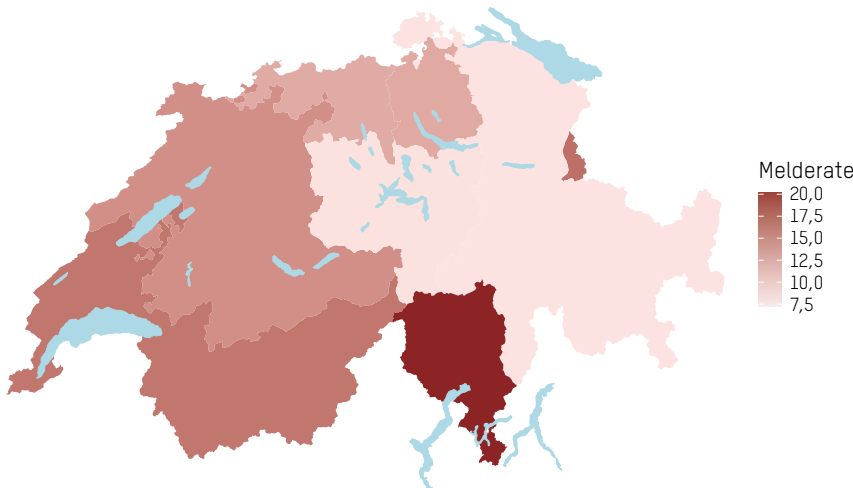
Tabelle 1  
Melderate von Hepatitis-C-Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>) und Meldejahr, 2020–2024

Grossregion	Meldejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	13,6	15,2	17,0	15,3	14,6
Espace Mittelland	9,9	10,2	11,6	12,7	12,9
Nordwestschweiz	9,1	8,1	8,2	8,3	11,0
Zürich	8,4	8,3	10,5	9,8	11,1
Ostschweiz	8,0	7,7	10,2	8,5	7,3
Zentralschweiz	6,5	7,4	5,9	9,6	7,4
Tessin	16,8	19,0	20,9	21,0	20,1
Liechtenstein	2,6	10,2	5,0	5,0	15,0
Ganze Schweiz und Liechtenstein	10,0	10,4	11,7	11,6	11,8

<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 15.05.2025

Abbildung 3  
Melderate von Hepatitis-C-Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion<sup>1</sup>), 2024



<sup>1</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 15.05.2025

äusserst selten, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen selten. Im Gegensatz dazu war der Anteil der Fälle bei den über 65-Jährigen nicht unerheblich, insbesondere bei den Frauen (22,2 % gegenüber 14,6 % bei den Männern).

Der Altersmedian zum Zeitpunkt der ersten Meldung der Fälle der letzten fünf Jahre lag für Frauen bei 53, für Männer bei 51 Jahren. Bei Personen, die sich über intravenösen oder intranasalen Drogenkonsum infiziert haben, war der Altersmedian zum Zeitpunkt der ersten Meldung niedriger (47 Jahre) als bei Personen, die sich im Rahmen medizini-

scher Behandlungen oder beruflicher Tätigkeit im Gesundheitswesen infiziert haben (59 Jahre), oder bei Personen ohne identifizierbaren Übertragungsweg (53 Jahre). Den niedrigsten Altersmedian (45 Jahre) wies die kleine Gruppe der Männer auf, die Hepatitis C bei sexuellen Kontakten mit Männern erworben hatten.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Wie in den Vorjahren variiert die Gesamtmelderate für Hepatitis C im Jahr 2024 stark von Region zu Region (Tabelle 1, Abbildung 3). Die höchsten Werte wurden wie üblich in der Gross-



region Tessin sowie in der Genfersee-region verzeichnet. Die hohen Fallzahlen im Tessin sind aufgrund der Nähe zu Italien und entsprechender Immigration nicht überraschend. Italien gehört in Europa zu den Ländern mit der historisch höchsten Hepatitis-C-Prävalenz [4]. Die niedrigsten Melderaten wurden in der Ostschweiz und in der Zentralschweiz verzeichnet.

Im Jahr 2023, dem letzten Jahr mit verfügbaren europäischen Daten, war die Gesamtmelderate in der Schweiz und in Liechtenstein (11,6 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung) deutlich höher als die durchschnittliche Melderate für die Länder der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (7,4/100 000). Bei der Inzidenz akuter Fälle war es hingegen umgekehrt (0,2 bzw. 0,4 pro 100 000 Wohnbevölkerung) [3]. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Überwachungssysteme, die Intensität der diagnostischen Tests und des Screenings, die Falldefinitionen und der Bevölkerungsanteil aus Ländern mit mittlerer/hocher Prävalenz von Land zu Land stark variieren können (siehe Karte unter [5]). Die Gesamtmelderate für Deutschland und Österreich war im Jahr 2023 beispielsweise mit 12,4 bzw. 10,1 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung ähnlich hoch wie in der Schweiz, während die Inzidenz akuter Fälle dort höher war (1,0 bzw. 0,8 pro 100 000 Wohnbevölkerung) [3]. In

Deutschland stieg die Melderate zwischen 2021 und 2023 stark an (+ 118 %), teilweise aufgrund des Zustroms von Flüchtlingen aus der Ukraine [6]. Im Jahr 2024 waren 23 % aller in Deutschland gemeldeten Hepatitis-C-Fälle mit bekannter Staatsangehörigkeit ukrainische Staatsangehörige [7].

#### ANSTECKUNGSWEG

Bei der Hepatitis C ist die Identifizierung von Übertragungswegen aufgrund des meist unbekannten Infektionszeitpunkts grundsätzlich schwierig. Entsprechend war 2024 in 71,1 % aller Fälle (inkl. derjenigen ohne klinische Meldung) der Ansteckungsweg unbekannt. Dieser sehr hohe Anteil schränkt die Aussagekraft der Analysen nach Ansteckungsweg ein. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Ansteckungswege bei Hepatitis C insgesamt und nach Grossregionen.

Unter den 306 gemeldeten Fällen 2024 mit Angaben zum vermuteten Ansteckungsweg wurden am häufigsten intravenöser oder intranasaler Drogenkonsum, nachfolgend als IDU (*injection drug use*) abgekürzt, als Ansteckungsweg genannt (58,8 %). An zweiter Stelle folgten im medizinischen Kontext erworbene Infektionen (11,8 %). Letztere werden im Folgenden zusammenfassend als *nosokomial* bezeichnet («Krankenhausinfektion») und umfassen sowohl Fälle im Zusammenhang mit Dialyse, therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen und Transfusion von

Blutprodukten (in der Schweiz und vergleichbaren Ländern insbesondere vor 1990) als auch Fälle, die auf berufliche Expositionen (z. B. Nadelstichverletzung) zurückzuführen sind. Eine Transfusion wurde bei 31 der 2024 gemeldeten Fälle als (nicht unbedingt ausschliesslicher) Übertragungsweg genannt. Es sei an dieser Stelle nochmals hervorzuheben, dass das dem Fall zugeordnete Jahr sich auf den Eingang der ersten Meldung bezieht, nicht auf den Zeitpunkt der HCV-Infektion, welcher in der Regel unbekannt ist und wahrscheinlich viel länger zurückliegt.

Bei Personen mit IDU lag der Frauenanteil bei 27,6 %, bei nosokomialer Übertragung bei 66,7 %.

Seit der Jahrtausendwende wurden in der Schweizer HIV-Kohortenstudie vermehrt Fälle von Hepatitis C bei HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), festgestellt [8]. Risikofaktoren für die Zunahme der Infektionen in dieser Gruppe sind neben dem gemeinsamen Gebrauch von Injektionsnadeln auch intranasaler Drogenkonsum (z. B. gemeinsame Benutzung desselben Utensils zum «Ziehen» von Kokain [9]), aber auch blutige Sexualpraktiken oder die gemeinsame Verwendung von Analduschen [10, 11, 12].

In Schweizer Studien zu MSM ohne HIV, aber mit hohem Risiko für andere sexuell übertragene Infektionen, war

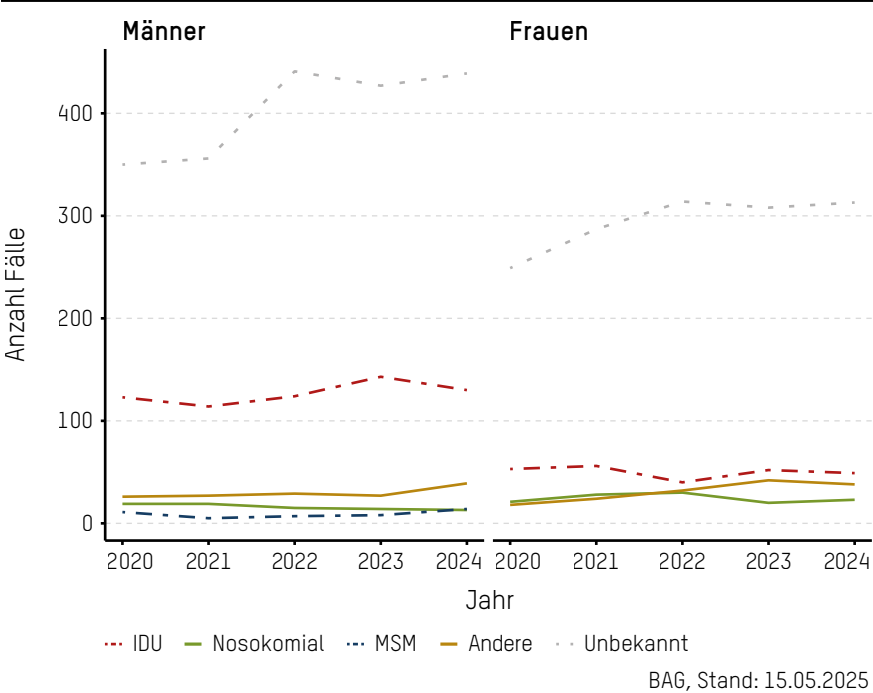
Tabelle 2  
Gemeldete Hepatitis-C-Fälle nach Ansteckungsweg<sup>1</sup> und Wohnort (Grossregion<sup>2</sup>), 2024

Ansteckungsweg	Grossregion																Total	
	Genferseeregion		Espace Mittelland		Nordwestschweiz		Zürich		Ostschweiz		Zentralschweiz		Tessin		Liechtenstein		Unbekannt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDU	43	17,0	48	19,1	22	16,3	37	20,7	19	21,1	4	6,3	6	8,3	0	0,0	0	0,0
Nosokomial	6	2,4	10	4,0	5	3,7	5	2,8	6	6,7	0	0,0	3	4,2	1	16,7	0	0,0
MSM	1	0,4	2	0,8	2	1,5	5	2,8	0	0,0	4	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andere	15	5,9	13	5,2	9	6,7	20	11,2	10	11,1	5	7,9	5	6,9	0	0,0	0	0,0
Unbekannt	188	74,3	178	70,9	97	71,9	112	62,6	55	61,1	50	79,4	58	80,6	5	83,3	10	100,0
Total	253	100,0	251	100,0	135	100,0	179	100,0	90	100,0	63	100,0	72	100,0	6	100,0	10	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser oder intranasaler Drogengebrauch; Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung); MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern; Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte, Tätowierungen, Piercings, mutmasslich perinatal und heterosexuell erworbene Hepatitis C; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

<sup>2</sup> Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

Abbildung 4  
Jährliche Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle nach Geschlecht und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2020 – 2024



<sup>1</sup> IDU: intravenöser oder intranasaler Drogengebrauch; Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst hier Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung); MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern. Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte, Tätowierungen, Piercings, mutmasslich perinatal und heterosexuell erworbene Hepatitis C; Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

Hepatitis C nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung [13, 14]. Bezogen auf die geschätzte Zahl aller MSM in der Schweiz lag die jährliche Melderate bei HCV-Infektionen in den Jahren 2010–2013 bei 28 pro 100 000 MSM [15]. Das ist eine Magnitude niedriger als der gemeldeten HIV-Infektionen bei MSM (260 pro 100 000) und etwas höher als in der Schweizer Gesamtbevölkerung im selben Zeitraum (ca. 13 pro 100 000, vergleiche auch die angepassten Melderaten für Infektionen mit Nachweis einer Virusreplikation in Abbildung 5). Im Jahr 2024 wurde für 14 Männer Geschlechtsverkehr mit Männern als Ansteckungsweg gemeldet (1,3 % aller Fälle bzw. 7,2 % der Fälle mit Angaben zu mindestens einem Übertragungsweg).

Weitere Arten der Exposition, die in den Tabellen 2 bis 4 und in Abbildung 4 unter «Andere» zusammengefasst sind, wurden ebenfalls erwähnt. Dabei handelte es sich insbesondere um eine mut-

massliche heterosexuelle Übertragung, welche in 17 Fällen angegeben wurde; dieser Übertragungsweg ist aber ausgesprochen fraglich [16, 17, 18]. Mutmassliche Expositionen durch nicht sexuellen Kontakt, insbesondere im familiären Umfeld, wurden bei 24 Fällen genannt. Andere Arten der Exposition – z. B. Tätowierungen, Piercings oder Barbierbesuche und Akupunktur bei hygienisch nicht einwandfreien Bedingungen – spielten mit 5 Fällen nur eine marginale Rolle. Schliesslich wurden 15 Fälle von perinatal erworbener Hepatitis C gemeldet. Zu beachten ist, dass 5 Kinder unter 15 Jahren gemeldet wurden, darunter 3 aus der Ukraine (zum Zeitpunkt der Meldung 0, 8 und 9 Jahre alt), eines aus der Schweiz (12 Jahre alt) und eines unbekannter Herkunft (0 Jahre alt). In 4 dieser Fälle wird eine perinatale Übertragung erwähnt, während für den letzten Fall keine Exposition bekannt ist. Keiner der Fälle wies einen hepatischen Befund aus, jedoch waren vier positiv auf virale RNA oder Antigen getestet worden.

Über die letzten fünf Jahre war der Trend bei den Fallzahlen mit IDU-Übertragung bei Männern und bei Frauen insgesamt stabil (Abbildung 4).

Bei nosokomialen Infektionen gab es über die letzten fünf Jahre einen rückläufigen Trend bei Männern und eine stabile Entwicklung bei Frauen. Eine stabile Entwicklung auf niedrigem Niveau war auch bei der Zahl der Meldungen bei MSM mit durchschnittlich 9 Fällen pro Jahr zu beobachten.

HERKUNFTSLAND

Auf der klinischen Meldung wird neben der Nationalität auch das Herkunftsland erfasst. Fehlte dieser Eintrag, wurde das Herkunftsland der Person durch ihre Nationalität ersetzt. Bei 35,4 % der im Jahr 2024 gemeldeten Fälle blieb der so erfasste Herkunftskontinent unbekannt (Tabelle 3). Fälle aus Europa ohne die Schweiz und Liechtenstein waren am häufigsten vertreten (42,5 % aller Fälle mit bekannter Herkunft), gefolgt von Fällen aus der Schweiz und Liechtenstein (42,0 %). Es ist anzumerken, dass der Anteil der Fälle aus der Schweiz und aus Liechtenstein in den letzten Jahren tendenziell zurückgegangen ist und 2023 zum ersten Mal nicht mehr die häufigste Kategorie darstellte. Bis 2021 machten sie mehr als die Hälfte der Fälle mit bekannter Herkunft aus. Zu beachten ist auch, dass 2024 144 Fälle (13,6 % der Gesamtzahl oder 21,1 % der Fälle mit bekanntem Herkunftskontinent) aus der Ukraine stammten, gegenüber nur 3 bis 10 Fällen pro Jahr vor der Einreise vieler ukrainischer Flüchtlinge ab März 2022 (2022: 112 Fälle, 2023: 145 Fälle).

Tabelle 3 zeigt die Herkunft der Patientinnen und Patienten nach den wichtigsten mutmasslichen Übertragungswegen. Die Hälfte der Fälle mit bekannter Herkunft in der Kategorie IDU und ein Drittel in der Kategorie Nosokomial waren von schweizerischer Herkunft.

ORT DER INFektion

Der Ort der Infektion war in der Regel unbekannt (70,3 % der Fälle; Tabelle 4). Von den Fällen mit bekanntem Infektionsort waren 58,7 % der Ansteckungen

Tabelle 3

Gemeldete Hepatitis-C-Fälle nach Herkunft (Kontinent) und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Herkunft	Ansteckungsweg										Total	
	IDU		Nosokomial		MSM		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz und Liechtenstein	72	40,2	10	27,8	7	50,0	26	33,8	172	22,8	287	27,1
Europa ohne CH und FL	42	23,5	17	47,2	3	21,4	36	46,8	193	25,6	291	27,5
Afrika	4	2,2	1	2,8	0	0,0	1	1,3	14	1,9	20	1,9
Amerika	2	1,1	1	2,8	3	21,4	1	1,3	5	0,7	12	1,1
Asien	18	10,1	0	0,0	0	0,0	4	5,2	52	6,9	74	7,0
Ozeanien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Unbekannt	41	22,9	7	19,4	1	7,1	9	11,7	317	42,1	375	35,4
Total	179	100,0	36	100,0	14	100,0	77	100,0	753	100,0	1059	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser (oder intranasaler) Drogengebrauch;  
 Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst hier Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung; MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern;  
 Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte, Tätowierungen, Piercings, mutmasslich perinatal und heterosexuell erworbene Hepatitis C;  
 Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

BAG, Stand: 15.05.2025

Tabelle 4

Gemeldete Hepatitis-C-Fälle nach vermutetem Ort der Infektion und Herkunft, 2024

Ansteckungsort	Schweiz oder Liechtenstein		Herkunft		Unbekannt		Total	
			N	%	N	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schweiz oder Liechtenstein	81	28,2	22	5,4	27	7,5	130	12,3
Ausland	11	3,8	150	36,5	24	6,6	185	17,5
Unbekannt	195	67,9	239	58,2	310	85,9	744	70,3
Total	287	100,0	411	100,0	361	100,0	1059	100,0

BAG, Stand: 15.05.2025

im Ausland und 41,3 % in der Schweiz oder in Liechtenstein erfolgt. Fälle aus der Schweiz hatten sich am häufigsten in der Schweiz und Fälle aus dem Ausland am häufigsten im Ausland infiziert (Tabelle 4).

### KLINISCHES STADIUM

Akute Fälle sind kürzlich aufgetretene, symptomatische oder asymptomatische Infektionen. Eine Minderheit davon heilt spontan aus. Die übrigen Fälle werden chronisch und bleiben oft lange Zeit, manchmal auch dauerhaft, ohne hepatische Symptome. Ein Teil von ihnen entwickelt sich allerdings zu einer Zirrhose oder einem Leberzellkarzinom. All diese Fälle sind unabhängig vom klinischen Stadium infektiös, ausser es kommt im akuten Stadium zu einer Spontanheilung oder das Virus wird im chroni-

schen Stadium durch ein direkt antiviral wirksames Medikament eliminiert. Fast zwei Drittel der Personen, bei denen im Jahr 2024 erstmals eine Hepatitis-C-Infektion gemeldet wurde, befanden sich im Stadium «Ohne hepatischen Befall HCV-Infektion» (63,2 %), 2,6 % der Fälle wurden im akuten Stadium gemeldet und 13,9 % zeigten Anzeichen oder Symptome einer chronischen Hepatitis C oder ihrer Folgeerkrankungen («Chronische symptomatische Hepatitis C», Tabelle 5). In 20,3 % der Fälle (Fälle ohne klinische Meldung) war das Stadium «Ohne hepatischen Befall HCV-Infektion» war bei allen Infektionswegen 2024 vorherrschend, mit Ausnahme der sehr seltenen MSM-Übertragung (Tabelle 5).

In Tabelle 5 sind auch die verschiedenen (möglichen) Stadien des klinischen Verlaufs chronischer Hepatitis – die Leberzirrhose und das Leberzellkarzinom (HCC) – nach Ansteckungsweg dargestellt. Insgesamt wurden dem BAG im Jahr 2024 33 Fälle von chronischer Hepatitis mit Leberzirrhose und 18 Fälle von chronischer Hepatitis mit HCC (davon 7 auch mit Zirrhose) gemeldet, was eine kombinierte Melderate von 0,4 mit mindestens einer dieser Komplikationen pro 100 000 Wohnbevölkerung ergibt. Diese Zahl liegt wahrscheinlich unter der tatsächlichen Inzidenz von Zirrhose/HCC, da nur die Krankheitsbilder berücksichtigt werden, die bei der ersten Meldung des Hepatitis-C-Falls vorlagen (keine Nachverfolgung der Fälle).

Viele Fälle werden im Labor nur durch einen positiven Antikörperrnachweis bestätigt. Es kann nicht festgestellt werden, ob es sich um – dank der direkt antiviral wirksamen Medikamente immer häufiger vorkommende – geheilte Infektionen (evtl. mit negativem PCR-Ergebnis, das nicht meldepflichtig ist) oder um Infektionen handelt, die nicht auf virale RNA oder Antigen getestet wurden. So könnten viele der in diesem Bericht aufgeführten Fälle, insbesondere diejenigen ohne hepatischen Befall, Personen betreffen, die spontan oder nach einer Behandlung geheilt und somit nicht mehr infektiös sind. Um ihre Zahl zu schätzen, wurden die Fälle ohne

Tabelle 5  
Gemeldete Hepatitis-C-Fälle nach klinischem Entwicklungsstadium und Ansteckungsweg<sup>1</sup>, 2024

Klinisches Stadium	Ansteckungsweg										Total	
	IDU		Nosokomial		MSM		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Akute Hepatitis C	9	5,0	0	0,0	7	50,0	2	2,6	10	1,3	28	2,6
Chronische sympto- matische Hepatitis C*	28	15,6	9	25,0	4	28,6	19	24,7	87	11,6	147	13,9
davon nur Zirrhose	7		1		0		2		16		26	
davon nur Hepatokarzinom	1		0		0		0		10		11	
davon Zirrhose und Karzinom	0		0		0		1		6		7	
Ohne hepatischen Befall HCV-Infektion*	142	79,3	27	75,0	3	21,4	56	72,7	441	58,6	669	63,2
Unbekannt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	215	28,6	215	20,3
Total	179	100,0	36	100,0	14	100,0	77	100,0	753	100,0	1059	100,0

<sup>1</sup> IDU: intravenöser oder intranasaler Drogengebrauch;  
Nosokomial: «Krankenhausinfektion» umfasst Infektionen durch Transfusion von Blutprodukten, Dialyse, therapeutische oder diagnostische Eingriffe, aber auch berufliche Exposition (z. B. Nadelstichverletzung); MSM: sexuelle Kontakte zwischen Männern;  
Andere: namentlich nicht sexuelle Kontakte, Tätowierungen, Piercings, mutmasslich perinatal und heterosexuell erworbene Hepatitis C;  
Unbekannt: inkl. Fälle ohne klinische Meldung.

\* Chronische Hepatitis C mit dokumentiertem hepatischem Befall; Ohne dokumentierten hepatischen Befall HCV-Infektion in der klinischen Meldung (allfällige Anzeichen und Symptome ausserhalb der Leber werden nicht in die klinische Fallklassifikation einbezogen).

BAG, Stand: 15.05.2025

hepatischen Befall (inkl. diejenigen ohne klinische Angaben aufgrund unvollständiger oder fehlender klinischer Meldung) und **ohne Nachweis einer Virusreplikation** (keine Meldung eines RNA- oder Antigenresultats) separat angegeben (Säule grau in Abbildung 5). Bei der Interpretation der Fälle «Ohne Hinweise auf virale Replikation oder hepatischen Befall» ist zu beachten, dass ein Teil davon als Infektion mit Nachweis einer Virusreplikation eingestuft worden wäre, hätten alle virologischen und klinischen Informationen vorgelegen. Sie sind deshalb nicht alle als geheilt zu betrachten. Im Gegensatz zur Kategorie «Ohne hepatischen Befall HCV-Infektion» in Tabelle 5 umfasst die Kategorie «Andere chronische HCV-Infektion» (orangefarbene Spalten) in dieser Abbildung nur noch Fälle ohne hepatischen Befall **mit Nachweis einer Virusreplikation** (einige können aufgrund der HCV-Infektion Symptome ausserhalb der Leber aufweisen).

Die Fälle mit Nachweis einer Virusreplikation (mindestens ein gemeldeter RNA- oder Antigenbefund), aber ohne gemeldete klinische Befunde, wurden in die anderen drei Kategorien proportional zu deren Gewicht aufgeteilt. Durch diese

Adjustierung kann der Zeitverlauf aller Hepatitis-C-Fälle nach klinischem Stadium zum Zeitpunkt der ersten Meldung unabhängig von der Schwankung des Anteils der Fälle ohne klinische Meldung verfolgt werden (Abbildung 5).

Die so adjustierte Inzidenz akuter HCV-Infektionen lag 2024 bei 0,3 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung, was einem Rückgang um 80,5 % seit dem Höchststand im Jahr 2002 und 47,6 % seit 2015 entspricht. Im gleichen Zeitraum ging die Gesamtmelderate für Hepatitis C weniger stark zurück (60,0 % seit 2002 und 31,8 % seit 2015) und erreichte 11,8 Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung. Dieser langsamere Rückgang der Gesamtmelderate bei offenbar stark sinkender HCV-Übertragung in der Schweiz ist weitgehend auf die Einwanderung von bereits infizierten Personen aus Ländern mit mittlerer und hoher Prävalenz zurückzuführen. Dieser Immigrationsfaktor ist jedoch weniger ausgeprägt als bei Hepatitis B.

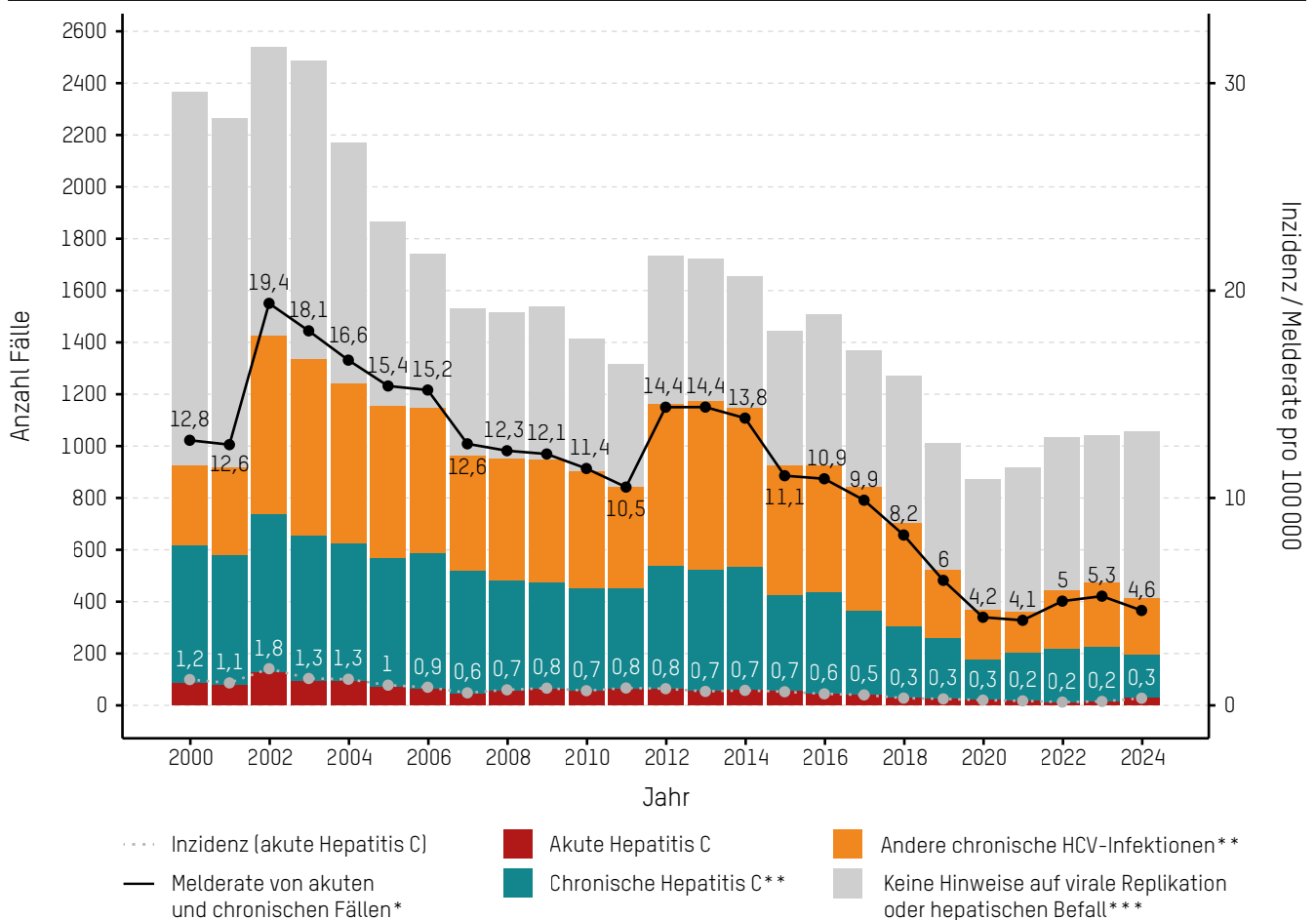
Global betrachtet lässt sich festhalten, dass bei 647 im Jahr 2024 gemeldeten Hepatitis-C-Fällen (61,7 % der Gesamtzahl) kein Hinweis auf eine Infektion mit hepatischem Befall und mit viraler Repli-

kation vorlag (Test nicht durchgeführt oder, was wahrscheinlicher ist, Test mit negativem Ergebnis, daher nicht meldepflichtig).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt für jedes Land als Ziel für die einheimischen HCV-Neuinfektionen eine Rate von höchstens 5 pro 100 000 Wohnbevölkerung bis 2030 vor [19]. Die derzeit in der Schweiz gemeldete Inzidenz – 0,3 akute Fälle pro 100 000 Wohnbevölkerung einschliesslich Exposition im Ausland – liegt bereits unter diesem Schwellenwert. Sie entspricht jedoch nicht der tatsächlichen Inzidenz, die aufgrund der klinischen Unauffälligkeit der HCV-Infektion nicht über die Meldepflicht gemessen werden kann.

Dagegen lag die Gesamtmelderate im Jahr 2024 bei 4,6 Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung (rückläufig). Diese Rate spiegelt weitgehend die vergangene Dynamik der Übertragung im Inland und der Einwanderung infizierter Personen (sowie den Testaufwand) wider. Sie ist seit 2002 um 76,4 % und seit 2015 um 58,7 % gesunken, dies entspricht einem ähnlichen Rückgang wie bei der Inzidenz akuter Fälle. Dieser

Abbildung 5

Entwicklung der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle nach klinischem Stadium<sup>1</sup>, 2000 – 2024


BAG, Stand: 15.05.2025

<sup>1</sup> Adjustiert zur Berücksichtigung der Fälle ohne klinische Meldung.

\* Berechnet aus der Gesamtzahl der akuten Fälle und der chronischen Fälle mit dokumentiertem hepatischem Befall sowie anderen chronischen Infektionen ohne hepatischen Befall mit Nachweis von RNA/Antigen.

\*\* Chronische Hepatitis C mit dokumentiertem hepatischem Befall; Andere chronische HCV-Infektion ohne hepatischen Befall und mit Nachweis von RNA/Antigen (allfällige Anzeichen und Symptome ausserhalb der Leber werden nicht in die klinische Fallklassifikation einbezogen).

\*\*\* Andere Infektion, ohne hepatischen Befall und ohne Nachweis von RNA/Antigen. Es könnte sich mehrheitlich um geheilte Fälle handeln.

doppelte langfristige Abwärtstrend und Prävalenzstudien in verschiedenen Risikopopulationen zeigen, dass die Übertragung in der Schweiz zurückgeht. Der Umstand, dass die Melderate für akute oder chronische Infektionen dem Inzidenzziel der WHO für 2030 nahekommt, deutet daher darauf hin, dass die Inzidenz derzeit bereits weit unter diesem Ziel liegt.

## FAZIT

Zur Strategie der Eliminierung von Hepatitis-C-Übertragungen innerhalb der Schweiz gehören vor allem präventive Massnahmen wie die Verwendung von sterilem Einwegmaterial, Sicherheit

von Blut- und Organspenden sowie Sensibilisierung und Schadensminderung bei intravenös Drogenkonsumierenden, die wesentlich zur Weitergabe des Hepatitis-C-Virus in der Schweiz beitragen. Seit Jahren werden präventive Massnahmen im Drogenbereich durchgeführt (siehe z. B. [www.hep.ch](http://www.hep.ch)). Die Schadensminderung ist ein wichtiger Teil der Nationalen Strategie Sucht ([www.bag.admin.ch/sucht](http://www.bag.admin.ch/sucht)). Mit *Info-drog* und weiteren Fachpersonen hat das BAG nationale Richtlinien zur Prävention, Beratung, Testung und Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden veröffentlicht [20].

Seit Oktober 2017 können alle chronisch infizierten Personen uneingeschränkt mit direkt wirksamen antiviralen Medikamenten zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt werden. Die Betroffenen weisen Heilungsraten von rund 95 % auf (ca. 25 % Spontanheilung der akuten Hepatitis C ohne Therapie [21, 22, 23]).

Bereits vor der Einführung dieser neuen Medikamente im Jahr 2014 hatten die eingeleiteten Massnahmen dazu geführt, dass die Krankheitslast stabilisiert oder sogar reduziert werden konnte [24]. Aus diesen Gründen und unter Be-

rücksichtigung einer Modellierung der verschiedenen *Screening*-Szenarien [25] erachtet das BAG es nicht als notwendig, zusätzliche Anstrengungen wie das HCV-*Screening* in grossen Personengruppen oder gar der gesamten Bevölkerung durchzuführen. Diese Haltung vertritt auch der Bundesrat [26]. Der Fokus liegt hingegen weiterhin auf dem bereits seit 1993 empfohlenen Ansatz des gezielten Testens aufgrund aktueller oder früher vorhandener individueller Risikofaktoren und der klinischen Situation [27].

Darüber hinaus sollten Gruppen mit erhöhtem Übertragungsrisiko – Drogenkonsumierende und mit HIV co-infizierte MSM – konsequenter beraten, getestet und behandelt werden. Die im Rahmen der Schweizer HIV-Kohorte durchgeführten Interventionen zur *Blood Awareness* im Rahmen sexueller Begegnungen [28] ist ein diesbezüglich vielversprechender Ansatz.

**Kontakt**  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 058 463 87 06

**Anhang**  
Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Kantone/FL
CH01	Genfersee	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Nordwestschweiz	AG, BL, BS
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Liechtenstein bildet in der NUTS-Klassifikation eine eigene Einheit.

**Bibliografie**

<sup>1</sup> Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Mäusezahl M (2018). The epidemiology of hepatitis C in Switzerland: trends in notifications, 1988–2015. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619

<sup>2</sup> Bundesamt für Gesundheit (2021). Der Einfluss der durch COVID-19-bedingten Massnahmen und Verhaltensänderungen auf meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Schweiz im Jahr 2020. *BAG-Bulletin*; 30:8–13

<sup>3</sup> European Centre for Disease Prevention and Control (2025). Hepatitis C. In: ECDC, Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC

<sup>4</sup> Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A, Estill J, Keiser O, Swiss Hepatitis C Cohort Study (2016). Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLoS ONE*; 11(5):e0155464

<sup>5</sup> Coalition for Global Hepatitis Elimination, The Task Force for Global Health (2024). Prevalence of chronic HCV (RNA+/cAg)

<sup>6</sup> Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). Anstieg der übermittelten Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16

<sup>7</sup> Hermanns S, Friedsam A, Steffen G, Biallas R, Dudareva S, Zimmermann R (2025). Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2024: Eine Auswertung der Meldedaten gemäss Infektionsschutzgesetz. *Epid Bull*; 30:1–16

<sup>8</sup> Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Günthard HF, Clerc O, Calmy A, Stöckle M, Bernasconi E, Furrer H, Rauch A, Swiss HIV Cohort Study (2012). Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis*; 55(10):1408–1416

<sup>9</sup> Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, Mildvan D, Simm M (2008). Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis*; 47(7): 931–934.

<sup>10</sup> Schmidt AJ, Weatherburn P, Wang H, Lutz T, Schewe K, Mauss S, Krznaric I, Baumgarten A et al. (2024). Still trouble with Bleeding: Risk Factors for HCV transmission in men who have sex with men and behavioural trajectories from 2019 to 2021. *HIV Medicine*: 1–14. doi:10.1111/hiv.13657

<sup>11</sup> Schmidt AJ, Bremer V (2016). Response to the calculation of population attributable fractions (PAFs) of risk factors for hepatitis C transmission. *AIDS*; 30(10):1683–1684

<sup>12</sup> Apers L, Vanden Berghe W, De Wit S, Kabeya K, Callens S, Buyze J, Kenyon C, Florence E, Buvé A (2015). Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 68(5):585–593

<sup>13</sup> Schmidt AJ, Falcato L, Zahno B, Burri A, Regenass S, Müllhaupt B, Bruggmann P (2014). Prevalence of Hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health*; 14:3

<sup>14</sup> Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

<sup>15</sup> Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291

BAG-Bulletin 44 vom 27. Oktober 2025

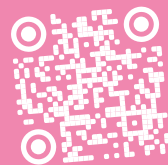


- <sup>16</sup> Wyld R, Robertson JR, Brettell RP, Mellor J, Prescott L, Simmonds P (1997). Absence of Hepatitis C virus transmission but frequent transmission of HIV-1 from sexual contact with doubly-infected individuals. *J Infect*; 35(2):163–166
- <sup>17</sup> Vandelli C, Renzo F, Romanò L, Tisminetzky S, De Palma M, Stroffolini T, Ventura E, Zanetti A (2004). Lack of evidence of sexual transmission of Hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol*; 99(5):855–859
- <sup>18</sup> Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE, Kiss A, Levin TR, Gish RG, Busch MP, Reingold AL, Alter MJ (2013). Sexual transmission of Hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. *Hepatology*; 57(3):881–889
- <sup>19</sup> World Health Organization (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: WHO
- <sup>20</sup> Bundesamt für Gesundheit, Infodrog (2019). Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden: Richtlinien mit settingspezifischen Factsheets. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- <sup>21</sup> Grebely J, Prins M, Hellard M, Cox AL, Osburn WO, Lauer G, Page K, Lloyd AR, Dore GJ (2012). Hepatitis C virus clearance, reinfection, and persistence, with insights from studies of injecting drug users: towards a vaccine. *Lancet Infect Dis*; v12(5):408–414
- <sup>22</sup> Hajarizadeh B, Grebely J, Dore G (2013). Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*; 10:553–562
- <sup>23</sup> Smith DJ, Jordan AE, Frank M, Hagan H (2016). Spontaneous viral clearance of Hepatitis C virus (HCV) infection among people who inject drugs (PWID) and HIV-positive men who have sex with men (HIV+ MSM): a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*; 16:471
- <sup>24</sup> Zahnd C, Brezzi M, Bertisch B, Giudici F, Keiser O (2017). Situationsanalyse zu Hepatitis B und C in der Schweiz (Vollständiger Bericht auf Französisch, Zusammenfassung auch auf Deutsch, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit). Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern
- <sup>25</sup> Estill J, Sadeghimehr M, Keiser O, Bertisch B (2018). Impact of Screening and Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection in Switzerland. A Comprehensive Mathematical Model of the Swiss HCV Epidemic. Geneva: Institute of Global Health, Université de Genève
- <sup>26</sup> Stellungnahme des Bundesrates vom 21.08.2019 zur Motion 19.3743
- <sup>27</sup> Bundesamt für Gesundheit (2001). Hepatitis C in der Schweiz: Für eine individuelle Information und Beratung. *BAG-Bulletin*; 46:877–881
- <sup>28</sup> Künzler-Heule P, Fierz K, Schmidt AJ, Rasi M, Bogdanovic J, Kocher A, Engberg S, Battagay M, Nöstlinger C, Lehner A, Kouyos R, Schmid P, Braun DL, Fehr J, Nicca D (2021). Response to a sexual risk reduction intervention provided in combination with Hepatitis C treatment by HIV/HCV co-infected men who have sex with men: a reflexive thematic analysis. *BMC Infectious Diseases*; 21:319



# READY! FÜR DEN EX.

Dazu gehört dein  
Safer-Sex-Check:



# Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

## Rezeptsperrung

### Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Landschaft		12685702
		12686610
Bern		12120264
		12498186
		12732976
Tessin		11003054
Waadt		11846200
Zürich		12317451-12317475
		12528251-12528275
		12528276-12528300
		12617282

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

BAG-Bulletin  
BBL, Vertrieb Publikationen  
CH-3003 Bern

# BAG-Bulletin

Woche  
44/2025