

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

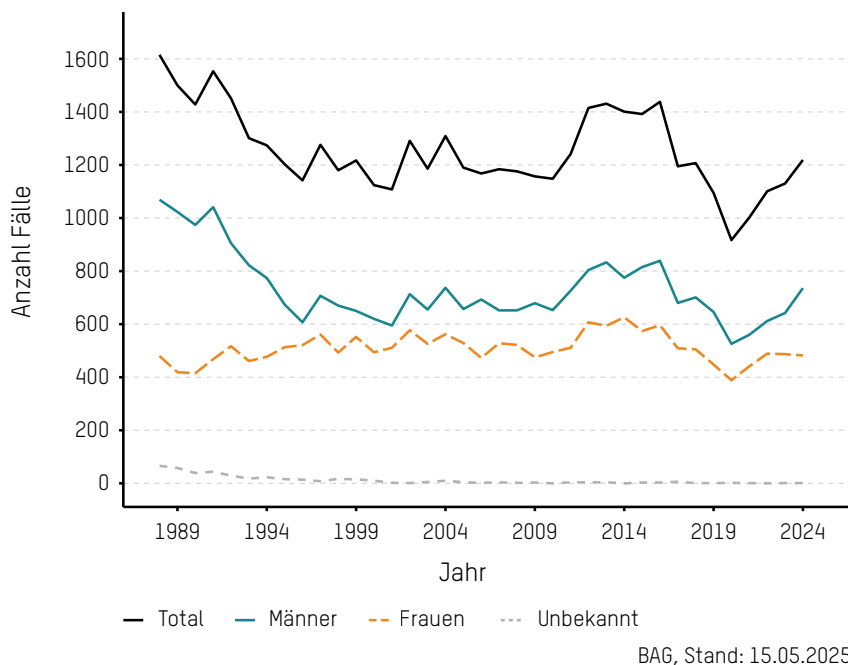
Anzeichen und Symptome aufweisen. Fehlt die klinische Meldung, wird das klinische Stadium als unbekannt vermerkt.

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



BAG, Stand: 15.05.2025

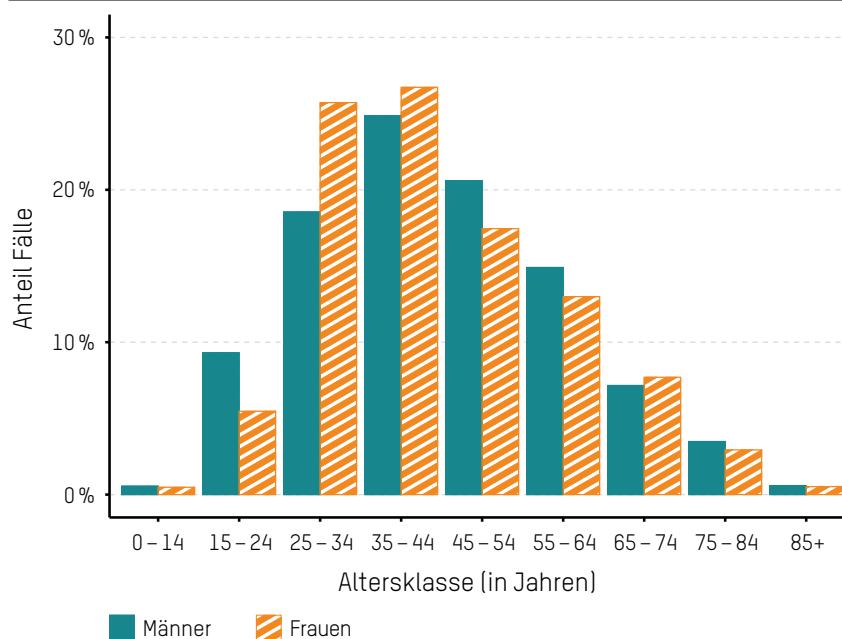
vorliegt; eine Liste dieser Fälle wird ihnen vom BAG nicht mehr bereitgestellt. Darüber hinaus sind manche Rubriken schon immer besonders schlecht dokumentiert, insbesondere diejenigen zur Exposition.

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)



BAG, Stand: 15.05.2025

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 (Grossregion¹) und Meldejahr, 2020 – 2024

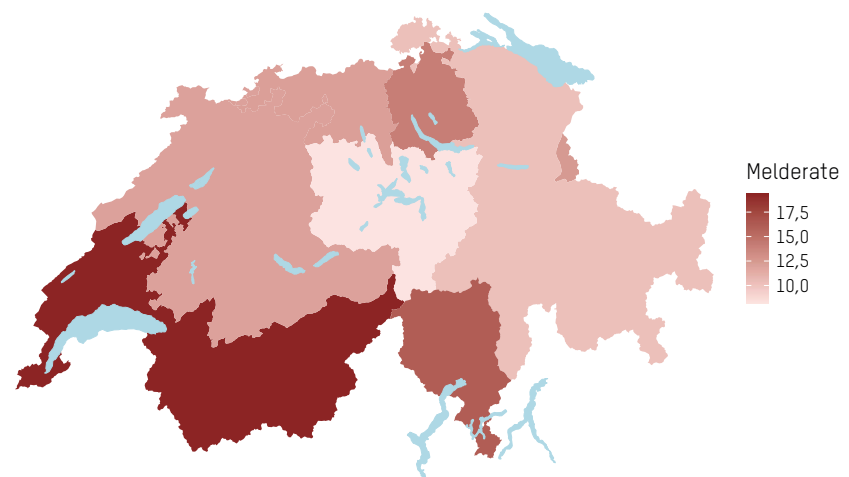
Grossregion	Meldejahr				
	2020	2021	2022	2023	2024
Genferseeregion	15,0	16,6	15,2	17,6	19,4
Espace Mittelland	9,2	9,0	9,4	10,8	12,0
Nordwestschweiz	9,2	11,1	12,9	12,1	12,2
Zürich	11,1	11,4	13,7	12,7	14,1
Ostschweiz	8,0	9,3	9,0	8,0	10,3
Zentralschweiz	7,3	7,9	10,0	9,9	8,2
Tessin	13,7	12,8	25,4	19,8	16,2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

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

BAG, Stand: 15.05.2025

Abbildung 3

Melderate von Hepatitis-B-Fällen pro 100 000 Wohnbevölkerung nach Wohnort (Grossregion¹), 2024



¹ 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 Ansteckungsweg¹ und Wohnort (Grossregion²), 2024

Ansteckungsweg	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	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	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	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		

¹ 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

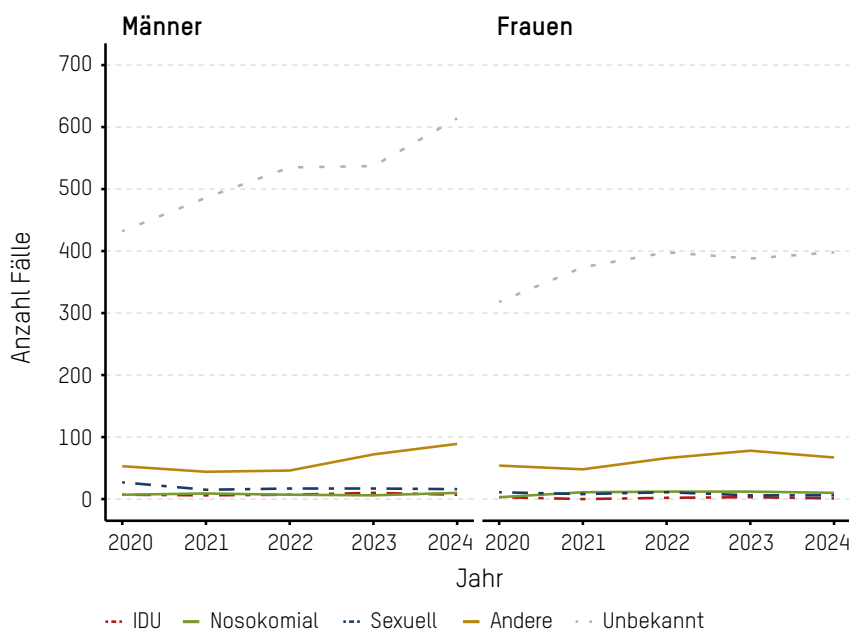
² Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang.

wegs aufgrund des meist unbekanntesten 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 Ansteckungsweg bei Hepatitis B, insgesamt und nach Grossregion.

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 Ansteckungsweg¹, 2020–2024



BAG, Stand: 15.05.2025

¹ 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.

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

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 Herkunftsland 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 Ansteckungsweg¹, 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

¹ 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.

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

Ansteckungsort	Schweiz oder Liechtenstein		Herkunft				Total	
			Ausland		Unbekannt			
	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 Ansteckungsweg¹, 2024

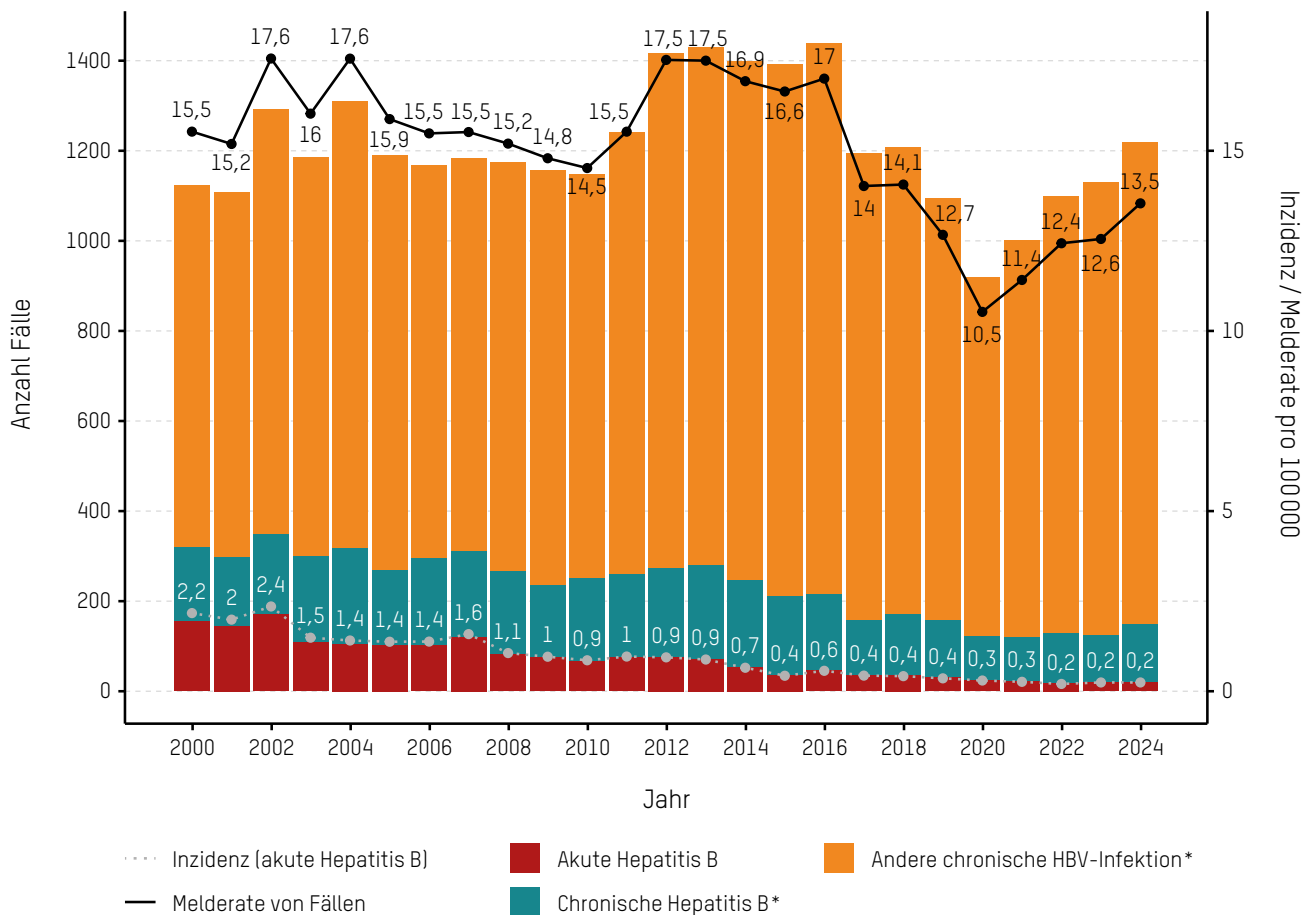
Klinisches Stadium	Ansteckungsweg										Total	
	IDU		Nosokomial		Sexuell		Andere		Unbekannt			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Akute Hepatitis B	1	12,5	0	0,0	2	9,1	2	1,3	12	1,2	17	1,4
Chronische, symptomatische Hepatitis B*	1	12,5	1	5,0	3	13,6	19	12,2	74	7,3	98	8,0
davon nur Zirrhose	0		0		0		3		12		15	
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

¹ 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-Fälle¹ nach klinischem Stadium, 2000 – 2024



BAG, Stand: 15.05.2025

¹ 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 Expositions-ort 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

- 1 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
- 2 Bundesamt für Gesundheit (2018). Hepatitis B in der Schweiz, epidemiologische Situation 2014–2017. *BAG-Bulletin*; 35:7–12
- 3 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
- 4 European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC
- 5 Coalition for Global Hepatitis Elimination, The Task Force for Global Health (2024). Prevalence of chronic HBV (HBsAg+)
- 6 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
- 7 Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nylund 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
- 8 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
- 9 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
- 10 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen (2024). Schweizerischer Impfplan 2025. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- 11 Bundesamt für Gesundheit (2025). Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, 1999–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- 12 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
LIO	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.