

BAG-Bulletin

Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2025



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	19
1 Einführung.....	20
2 Meldepflicht	20
3 Epidemiologie	21
3.1 Fallzahlen	21
3.2 Demografie	22
3.3 Herkunft	24
3.4 Klinische Manifestation	25
4 Laboranalytische Befunde.....	25
4.1 Diagnostische Entwicklung	25
4.2 Spezies.....	27
4.3 Resistenzlage.....	28
5 Behandlungsergebnisse	29
6 Meldequalität.....	30
7 Schlussfolgerungen.....	31
8 Referenzen	33
Impressum	34

1 Einführung

Tuberkulose (TB) ist eine Infektionskrankheit, die durch Bakterien des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes verursacht wird. Nach einer Ansteckung entwickeln die meisten infizierten Personen keine Symptome. Nur ein kleiner Teil erkrankt an Tuberkulose, wobei das Risiko in den ersten zwei Jahren nach der Infektion sowie bei geschwächtem Immunsystem erhöht ist.

Die Tuberkulose betrifft am häufigsten die Lunge, kann jedoch auch andere Organe befallen. Die Diagnose erfolgt durch den Nachweis von Tuberkulosebakterien mittels Kultur oder molekularbiologischer Verfahren wie der Polymerase-Kettenreaktion (PCR). Da pulmonale Tuberkulose über die Atemluft übertragen wird, bleiben die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen sowie Kontaktuntersuchungen zentrale Elemente der Tuberkulosekontrolle.

Tuberkulose zählt weltweit weiterhin zu den bedeutendsten Infektionskrankheiten. Obwohl die Schweiz zu den Ländern mit niedriger Tuberkuloseinzidenz gehört, beeinflussen internationale Migration, Fluchtbewegungen und globale epidemiologische Entwicklungen die Tuberkuloseepidemiologie zunehmend auch in Niedriginzidenzländern. Eine kontinuierliche epidemiologische Überwachung bleibt deshalb eine wichtige Grundlage für Präventions- und Bekämpfungsmassnahmen.

2 Meldepflicht

Tuberkulose unterliegt in der Schweiz der Meldepflicht. Für die epidemiologische Überwachung werden klinische Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Labormeldungen sowie Ergänzungsmeldungen zum Behandlungsausgang zusammengeführt.

Die behandelnde Ärzteschaft meldet bestätigte Erkrankungen sowie Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Antituberkulotika eingeleitet wurde. Erfasst werden demografische Angaben sowie Informationen zur Krankheitslokalisation, Tuberkulosevorgeschichte, Diagnostik und Therapie.

Laboratorien melden den Nachweis von Tuberkulosebakterien mittels Mikroskopie, PCR und Kultur sowie Angaben zur Erregerspezies und zu Resistenzen beziehungsweise relevanten Resistenzmutationen. Bei Nachweis einer Rifampicin-Resistenz erfolgt eine weiterführende Resistenzprüfung am Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien der Universität Zürich.

Der Behandlungsausgang wird nach Abschluss der Therapie von der behandelnden Ärzteschaft gemeldet. Erfasst werden unter anderem Heilung, Therapieabschluss, Therapieversagen, Therapieabbruch, Todesfälle sowie Überweisungen oder unbekanntes Behandlungsergebnis (z. B. bei Kontaktverlust). Diese Angaben dienen der Beurteilung des Behandlungserfolgs und der Tuberkulosekontrolle.

Für die epidemiologischen Auswertungen verknüpft das BAG die klinischen Meldungen, Laborresultate und Behandlungsergebnisse zu einem einzigen Fall. Die Auswertungen in diesem Bericht basieren auf den klinischen und laboranalytischen Meldungen des Jahres 2025 sowie den Behandlungsergebnissen des Jahres 2024.

3 Epidemiologie

3.1 Fallzahlen

In der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gingen die gemeldeten Tuberkulosefälle über viele Jahre kontinuierlich zurück und erreichten 2021 mit 350 Fällen pandemiebedingt den tiefsten Stand seit Beginn der Überwachung im Jahr 1988 (Abbildung 1, Tabelle 1). Seit 2022 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der sich 2025 mit 544 gemeldeten Fällen deutlich beschleunigte. Die Melderate stieg entsprechend von 4,8 auf 6,0 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Trotz dieser Zunahme bleibt die Schweiz ein Land mit niedriger Tuberkuloseinzidenz und liegt weiterhin unter dem europäischen Durchschnitt (8,4 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2024 [1]).

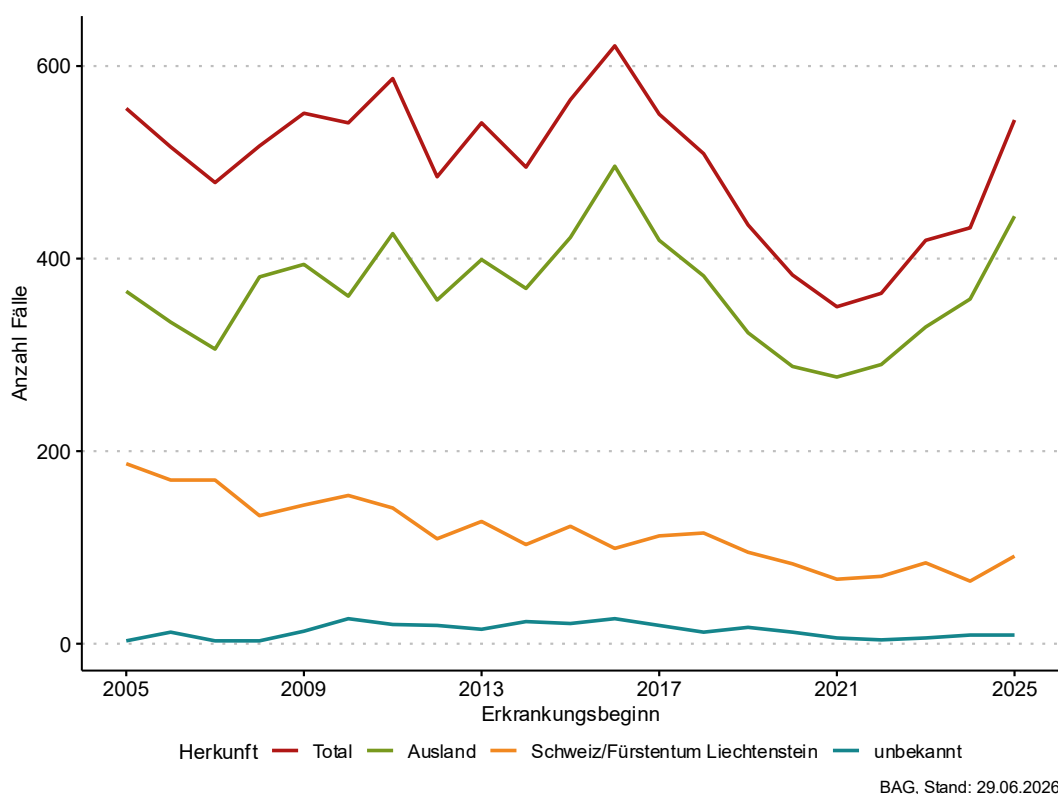


Abbildung 1: Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2005 bis 2025, Anzahl Fälle nach Herkunft der Erkrankten und Erkrankungsbeginn nach Kalenderjahr.

Der Anstieg ist nahezu vollständig auf mehr Fälle bei im Ausland geborenen Personen zurückzuführen, während die Fallzahlen bei Personen aus der Schweiz und Liechtenstein stabil beziehungsweise leicht rückläufig blieben. Die aktuelle Entwicklung scheint somit, primär Veränderungen der Tuberkuloseepidemiologie in den Herkunftsländern sowie Migrations- und Fluchtbewegungen widerzuspiegeln und nicht auf eine verstärkte lokale Transmission innerhalb der einheimischen Bevölkerung hinzuweisen. Diese Beobachtungen decken sich mit den Ergebnissen aus anderen europäischen Niedriginzidenzländern. Studien zeigen, dass sich Tuberkulose dort zunehmend auf Personen konzentriert, die aus Regionen mit höherer Tuberkulosebelastung stammen [2, 3]. Migration, Flucht und internationale Mobilität prägen die Epidemiologie daher zunehmend.

Auch die globale Entwicklung unterstützt diese Interpretation. Gemäss dem *Global Tuberculosis Report* der WHO erkrankten 2024 schätzungsweise 10,7 Millionen Menschen neu an Tuberkulose [4].

Mit 8,3 Millionen diagnostizierten und gemeldeten Fällen wurde weltweit der höchste je registrierte Wert erreicht. Nach den pandemiebedingten Rückgängen 2020 und 2021 führten die Wiederaufnahme von Diagnostik, Behandlung und internationaler Mobilität in vielen Regionen zu einem erneuten Anstieg. Zudem beeinträchtigten die COVID-19-Pandemie sowie bewaffnete Konflikte in verschiedenen Hochprävalenzländern die Tuberkulosekontrolle, einschliesslich Präventionsmassnahmen wie Impfprogramme. Die Entwicklung in der Schweiz steht damit im Einklang mit globalen Trends und unterstreicht die Bedeutung einer kontinuierlichen Überwachung auch in Niedriginzidenzländern.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	Prozent
Total								
	383	350	364	419	432	544	2 492	100,0
Alter [Jahre]								
0 - 14	18	6	14	14	20	19	91	3,7
15 - 19	22	21	33	46	51	102	275	11,0
20 - 39	160	150	125	163	166	207	971	39,0
40 - 64	122	118	133	131	142	137	783	31,4
65+	61	55	59	65	53	79	372	14,9
Geschlecht								
männlich	220	192	226	268	274	366	1 546	62,0
weiblich	163	158	137	151	156	178	943	37,8
unbekannt	0	0	1	0	2	0	3	0,1
Lokalisation								
pulmonal	172	141	167	182	196	268	1 126	45,2
pulmonal & extrapulmonal	195	189	181	212	216	238	1 231	49,4
extrapulmonal	8	14	14	19	18	32	105	4,2
unbekannt	8	6	2	6	2	6	30	1,2

Tabelle 1: Anzahl Tuberkulosefälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2020 bis 2025.

3.2 Demografie

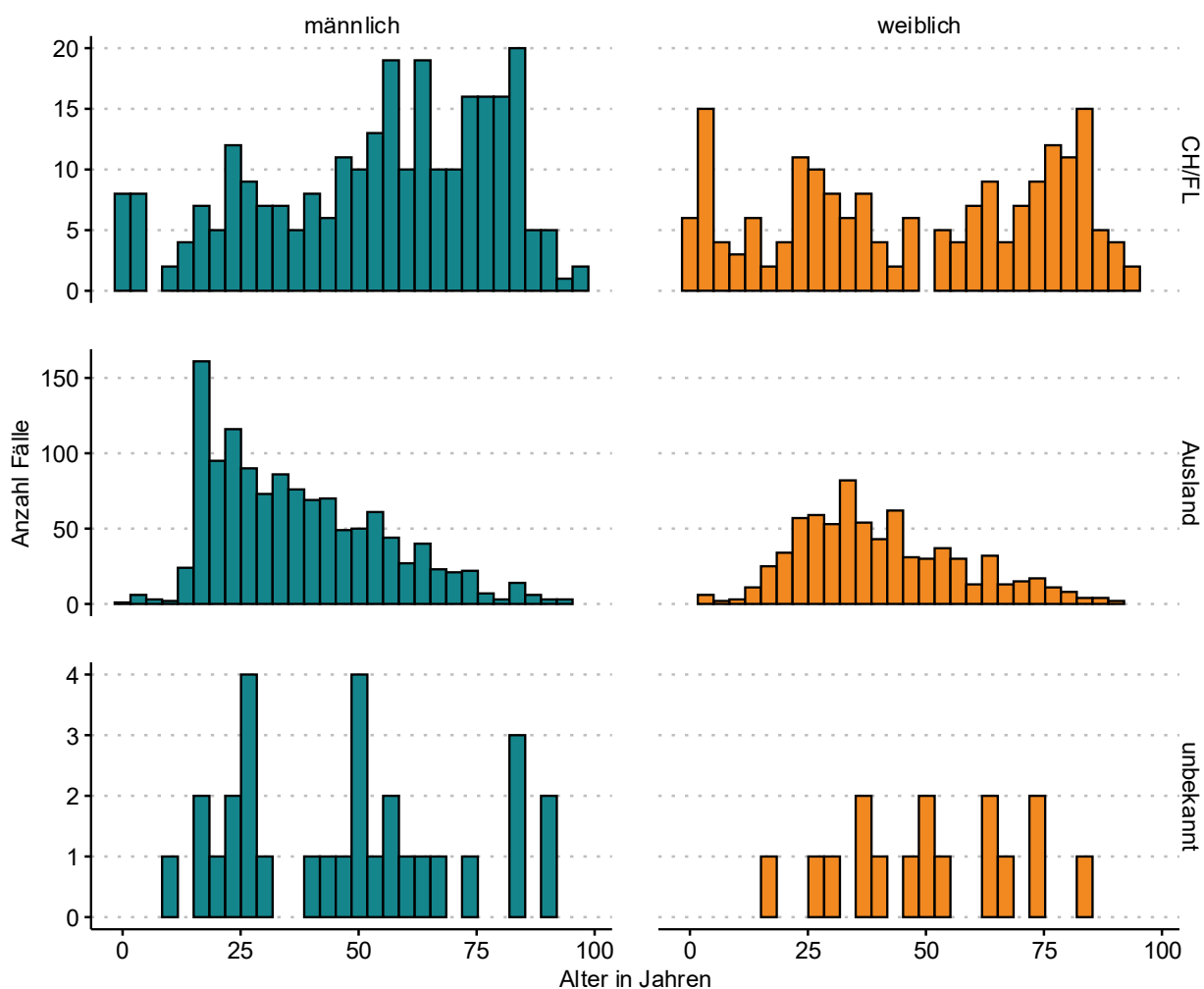
Die Altersverteilung der Tuberkulosefälle hat sich im Jahr 2025 zu jüngeren Altersgruppen verschoben. Zwar stellten die 20- bis 39-Jährigen mit 207 Fällen weiterhin die grösste Patientengruppe dar, die stärkste Zunahme wurde jedoch bei den 15- bis 19-Jährigen beobachtet (Tabelle 1). In dieser

Altersgruppe verdoppelte sich die Zahl der Fälle von 51 auf 102; mit einer Melderate von 22,3 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern wiesen sie die höchste Erkrankungsrate aller Altersgruppen auf (Tabelle 2). Die Zunahme betraf vor allem Personen mit Herkunft ausserhalb der Schweiz und Liechtensteins, bei denen sich die Erkrankungen auf Jugendliche und junge Erwachsene konzentrierten. Bei in der Schweiz oder in Liechtenstein geborenen Personen traten Tuberkulosefälle dagegen weiterhin überwiegend im höheren Alter auf, meist als Reaktivierung einer früher erworbenen Infektion (Abbildung 2). Männer waren 2025 mit 366 Fällen (67,3 %) deutlich häufiger betroffen als Frauen; ihre Melderate war mehr als doppelt so hoch.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total						
	4,4	4,0	4,1	4,7	4,8	6,0
Alter (Jahre)						
0 - 14	1,4	0,5	1,1	1,0	1,5	1,4
15 - 19	5,2	4,9	7,7	10,3	11,1	22,3
20 - 39	7,0	6,5	5,4	7,0	7,1	8,8
40 - 64	4,0	3,8	4,3	4,2	4,5	4,3
65+	3,7	3,3	3,5	3,7	3,0	4,4
Geschlecht						
männlich	5,1	4,4	5,1	6,0	6,1	8,1
weiblich	3,7	3,6	3,1	3,3	3,4	3,9

Tabelle 2: Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2020 bis 2025, Melderaten pro 100 000 Einwohner.

Dieses Muster entspricht den internationalen Beobachtungen und spricht dafür, dass die aktuelle Zunahme der Tuberkulosefälle vor allem durch junge Menschen mit Migrationshintergrund geprägt wird. Dies steht im Einklang mit der Altersstruktur der in den vergangenen Jahren in die Schweiz eingereisten Schutzsuchenden, bei denen junge Erwachsene den grössten Anteil ausmachten [5].



BAG, Stand: 29.06.2026

Abbildung 2: Altersverteilung der Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2020 bis 2025, Anzahl Fälle nach Herkunft und Geschlecht der Erkrankten.

3.3 Herkunft

Die Herkunft wird anhand des Geburtslands bestimmt. Liegt diese Angabe nicht vor, wird stattdessen die Nationalität herangezogen. Die Tuberkuloseepidemiologie der Schweiz wird nach wie vor wesentlich durch Personen mit Herkunft ausserhalb der Schweiz geprägt. Die meisten gemeldeten Fälle entfielen – nach Personen mit Herkunft aus der Schweiz – auf Personen aus Eritrea, Somalia und Afghanistan (Tabelle 3). Diese Länder weisen gemäss WHO eine deutlich höhere Tuberkuloseinzidenz auf als die Schweiz und gehören gleichzeitig zu den wichtigsten Herkunftsländern von Asylsuchenden in der Schweiz [4, 5].

Herkunftsland	Total	Resistenz gegenüber Rifampicin	auf Rifampicin getestetes Isolat	Anteil auf Rifampicin resistente Isolate (%)	95 Prozent Plausibilitätsintervall
Total	2,492	39	1,968	1,98	(1,43-2,66)
Andere	752	12	599	2,00	(1,07-3,35)

Schweiz	458	4	348	1,15	(0,35-2,68)
Eritrea	260	0	206	0,00	(0,0-1,44)
Somalia	207	4	159	2,52	(0,77-5,81)
Afghanistan	145	3	118	2,54	(0,62-6,55)
Kosovo	78	0	63	0,0	(0,0-4,57)
Portugal	75	0	65	0,0	(0,0-4,44)
Indien	74	2	61	3,28	(0,52-9,99)
Äthiopien	49	1	38	2,63	(0,12-11,66)
Sri Lanka	48	0	30	0,0	(0,0-9,21)
Tibet (Region in China)	45	2	36	5,56	(0,92-16,37)
Philippinen	44	1	41	2,44	(0,11-10,86)
Nordmazedonien	37	0	29	0,0	(0,0-9,5)
Ukraine	37	9	28	32,14	(17,26-50,02)
Brasilien	31	0	27	0,0	(0,0-10,15)
Rumänien	31	0	24	0,0	(0,0-11,29)
Spanien	31	1	28	3,57	(0,18-15,43)
Italien	30	0	22	0,0	(0,0-12,21)
Marokko	30	0	21	0,0	(0,0-12,73)
Türkei	30	0	25	0,0	(0,0-10,88)

Tabelle 3: Anzahl Tuberkulosefälle nach Herkunftsländern und Resistenz gegenüber Rifampicin, 2020 bis 2025.

3.4 Klinische Manifestation

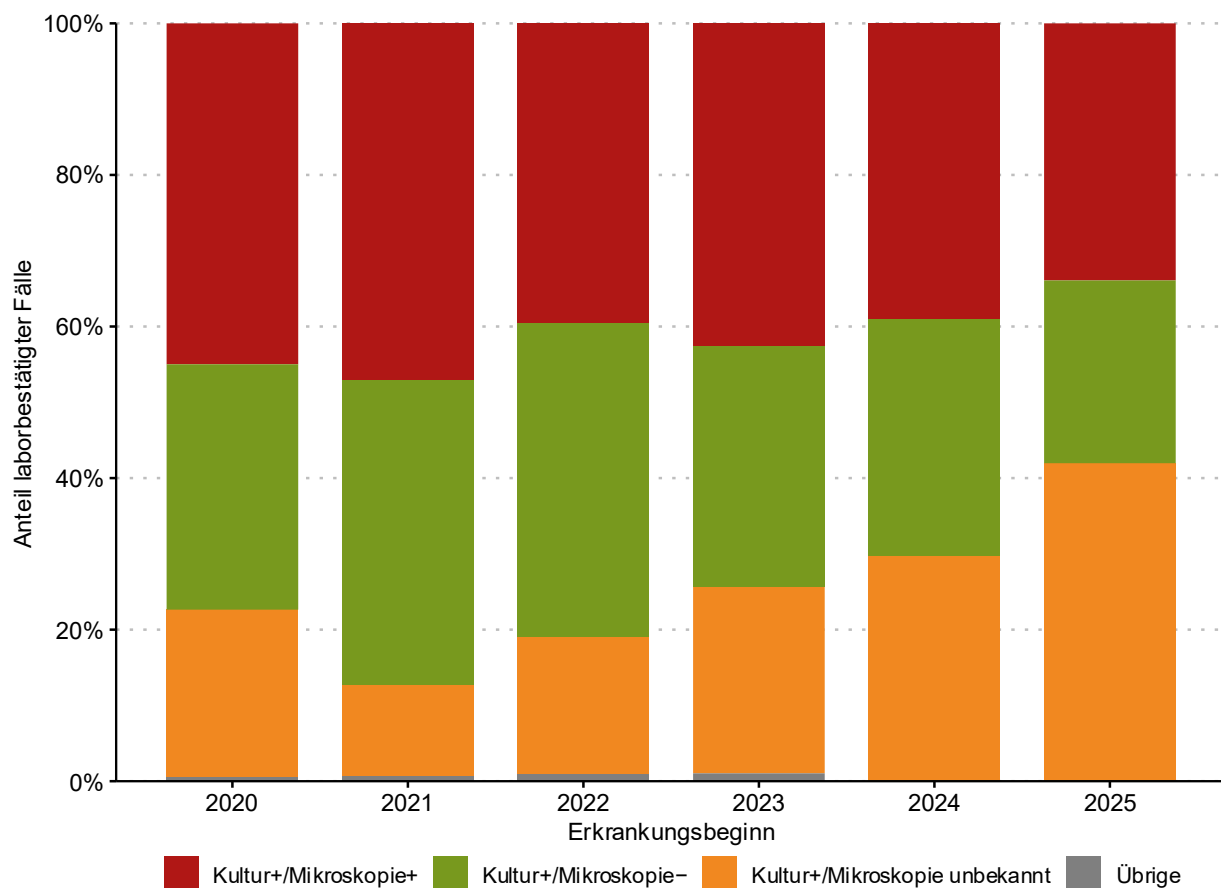
Die Tuberkulose manifestierte sich wie bisher überwiegend pulmonal. Im Jahr 2025 wurden 268 rein pulmonale Fälle sowie 238 Fälle mit kombinierter pulmonaler und extrapulmonaler Beteiligung gemeldet; insgesamt wiesen rund 94 % der Erkrankten eine Lungenbeteiligung auf (Tabelle 1). Da pulmonale Tuberkuloseformen für die Übertragung entscheidend sind, unterstreicht dies die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnostik sowie konsequenter Kontaktabklärungen und Umgebungsuntersuchungen.

4 Laboranalytische Befunde

4.1 Diagnostische Entwicklung

Die in diesem Bericht ausgewiesenen Werte bezüglich diagnostischer Entwicklung weichen teilweise von den Angaben früherer Jahresberichte ab. Dies ist auf eine Korrektur der Auswertungsmethodik zurückzuführen; die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf der revidierten Berechnung. Die

diagnostische Qualität blieb auch 2025 hoch. Von den 544 gemeldeten Tuberkulosefällen wurden 510 (93,8 %) laborbestätigt. Die Labordiagnostik stützt sich zunehmend auf molekularbiologische Verfahren. Parallel zum Anstieg der Tuberkulosefälle nahm auch der Anteil der mittels PCR diagnostizierten Erkrankungen zu und erreichte 2025 den höchsten Wert des Beobachtungszeitraums. PCR-basierte Verfahren ermöglichen den raschen Nachweis von Erregern des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes sowie relevanter Resistenzmutationen und erlauben damit eine frühzeitige Einleitung geeigneter Therapien. Die Kultur bleibt jedoch weiterhin die Referenzmethode zur Bestätigung der Diagnose und für die umfassende Resistenztestung (Tabelle 4). Auffällig ist der rückläufige Anteil mikroskopisch positiver Fälle (Abbildung 3). Gleichzeitig nahm auch der Anteil der Fälle mit unbekanntem Mikroskopie-Befund deutlich zu. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Mikroskopie im Zuge des zunehmenden Einsatzes molekularbiologischer Verfahren seltener durchgeführt oder ihre Resultate unvollständig dokumentiert beziehungsweise übermittelt wurden. Der beobachtete Rückgang mikroskopisch positiver Fälle sollte daher vorsichtig interpretiert werden, da er zumindest teilweise durch den steigenden Anteil unbekannter Mikroskopie-Befunde beeinflusst sein könnte. Unabhängig davon bleibt ein mikroskopisch positiver Sputum-Ausstrich ein wichtiger Marker für eine hohe Erregerlast und eine erhöhte Kontagiosität.



BAG, Stand: 20.07.2026

Abbildung 3: Anteil der Kultur- und Mikroskopieresultate nach Jahr von laborbestätigten Tuberkulosefällen in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2020 bis 2025.

Molekulare Resistenztests ermöglichen den Nachweis von Mutationen in den Genen *rpoB*, *katG* und im *inhA*-Promotor, die mit Resistenzen gegen Rifampicin beziehungsweise Isoniazid assoziiert sind.

Im Zeitraum 2020–2025 blieb der Anteil der nachgewiesenen Resistenzmutationen niedrig und weitgehend stabil. *rpoB*-Mutationen (Rifampicin-Resistenz) wurden jährlich bei rund 2–3 % der laborbestätigten Fälle nachgewiesen, *katG*-Mutationen (Isoniazid-Resistenz) bei 3–5 % und *inhA*-Promotor-Mutationen (Isoniazid-Resistenz) bei etwa 2 %. Insgesamt ergeben sich keine Hinweise auf eine Zunahme molekular nachgewiesener Resistenzen in der Schweiz (Tabelle 4).

4.2 Spezies

Der überwiegende Teil der Isolate wurde als *Mycobacterium tuberculosis* oder als Mitglied des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes identifiziert. Andere Spezies wie *M. bovis* oder *M. africanum* wurden nur selten nachgewiesen. Die Speziesverteilung blieb damit im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend stabil (Tabelle 4).

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Total gemeldete Fälle								
	383	350	364	419	432	544	2 492	
Total Fälle mit Laborbestätigung								
	349 (91,1%)	331 (94,6%)	341 (93,7%)	385 (91,9%)	404 (93,5%)	510 (93,8%)	2320 (93,1%)	100,0
Spezies								
<i>M. caprae</i>	1	0	0	0	0	0	1	0,0
<i>M. canettii</i>	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<i>M. africanum</i>	1	2	2	2	8	3	18	0,8
<i>M. bovis</i>	2	4	1	8	6	4	25	1,1
<i>M. tuberculosis</i>	278	257	246	277	284	355	1 697	73,1
<i>M. tub. complex</i>	65	66	89	94	106	148	568	24,5
unbekannt	2	2	3	4	0	0	11	0,5
Kultur/Mikroskopie								
+/-	133	133	141	122	126	123	758	32,7
+/+	157	156	135	164	158	173	943	40,6
+/u	77	40	62	95	120	214	608	26,2
Übrige ¹	2	2	3	4	0	0	11	0,1
PCR								
+	277	255	273	299	332	414	1 850	79,7
-	26	27	28	38	30	35	184	7,9
unbekannt	46	49	40	48	42	61	286	12,3
<i>inhA</i>-Promotor								
Mutation	11	9	9	9	8	8	54	2,3
Wildtyp	113	125	127	136	120	168	789	34,0
unbekannt	225	197	205	240	276	334	1 477	63,7
<i>katG</i>-Gen								
Mutation	10	15	14	18	15	17	89	3,8
Wildtyp	116	118	124	122	115	149	744	32,1

unbekannt	223	198	203	245	274	344	1 487	64,1
rpoB-Gen								
Mutation	11	7	9	11	8	9	55	2,4
Wildtyp	140	144	148	182	166	227	1 007	43,4
unbekannt	198	180	184	192	230	274	1 258	54,2

Tabelle 4: Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2020 bis 2025, Laborresultate. «M.» Mycobacterium, «M. tub. Komplex» zum *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex gehörig, «+» Nachweis erbracht, «-» Nachweis nicht erbracht.

¹»übrige« umfasst Kultur/Mikroskopie unbekannt/+, unbekannt/unbekannt.

4.3 Resistenzlage

Die Resistenzlage blieb insgesamt stabil. Im Jahr 2025 wurden bei 29 Isolaten Isoniazid-Resistenzen und bei sieben Fällen Rifampicin-Resistenzen nachgewiesen. Fünf Fälle erfüllten die Definition einer multiresistenten Tuberkulose (MDR-TB), d. h. einer Resistenz gegen mindestens Isoniazid und Rifampicin. Die Zahl der MDR-TB blieb mit fünf Fällen unverändert gegenüber dem Vorjahr. Fälle einer extensiv resistenten Tuberkulose (XDR-TB) wurden im Berichtsjahr nicht registriert. Trotz des deutlichen Anstiegs der Tuberkulosefälle ergaben sich somit keine Hinweise auf eine generelle Zunahme der Resistenzproblematik (Tabelle 5).

Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch zwischen den Herkunftsgruppen. Besonders bei Fällen aus der Ukraine wurde über den gesamten Beobachtungszeitraum ein deutlich erhöhter Anteil Rifampicin-resistenter Isolate beobachtet. Dies entspricht der bekannten epidemiologischen Situation in Regionen mit hoher MDR-TB-Prävalenz und spricht dafür, dass resistente Tuberkulose in der Schweiz überwiegend mit aus dem Ausland eingereisten Personen assoziiert ist und weniger auf lokale Übertragung zurückzuführen ist.

Vorbehandelte Patientinnen und Patienten wiesen in mehreren Jahren höhere Resistenzanteile auf als neu diagnostizierte Fälle. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind diese Unterschiede jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Dieses Muster entspricht internationalen Beobachtungen: Eine frühere Tuberkulosebehandlung gilt als Risikofaktor für medikamentenresistente Tuberkulose, da unvollständige oder unzureichend wirksame Therapien die Selektion resistenter Erreger begünstigen können.

Resistenz	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total						
Total	307 (100,0%)	282 (100,0%)	254 (100,0%)	309 (100,0%)	346 (100,0%)	439 (100,0%)
Isoniazid	21 (7,0%)	20 (7,0%)	21 (8,0%)	24 (8,0%)	29 (8,0%)	29 (7,0%)
Rifampicin	3 (1,0%)	5 (2,0%)	5 (2,0%)	12 (4,0%)	7 (2,0%)	7 (2,0%)
MDR	1 (0,0%)	5 (2,0%)	3 (1,0%)	8 (3,0%)	5 (1,0%)	5 (1,0%)
Frühere Behandlung						
Total	13 (100,0%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	9 (100,0%)	14 (100,0%)	30 (100,0%)
Isoniazid	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (12,0%)	2 (22,0%)	2 (14,0%)	1 (3,0%)
Rifampicin	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (25,0%)	1 (11,0%)	2 (14,0%)	0 (0,0%)
MDR	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (12,0%)	1 (11,0%)	1 (7,0%)	0 (0,0%)

Neu/Unbekannt						
Total	294 (100,0%)	274 (100,0%)	246 (100,0%)	300 (100,0%)	332 (100,0%)	409 (100,0%)
Isoniazid	21 (7,0%)	20 (7,0%)	20 (8,0%)	22 (7,0%)	27 (8,0%)	28 (7,0%)
Rifampicin	3 (1,0%)	5 (2,0%)	3 (1,0%)	11 (4,0%)	5 (2,0%)	7 (2,0%)
MDR	1 (0,0%)	5 (2,0%)	2 (1,0%)	7 (2,0%)	4 (1,0%)	5 (1,0%)

Tabelle 5: Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2020 bis 2025, Resistenzlage gegenüber Isoniazid und Rifampicin.

5 Behandlungsergebnisse

Die Behandlungsergebnisse werden aufgrund der sechs- bis zwölfmonatigen Therapiedauer jeweils mit Verzögerung ausgewertet. Im Berichtsjahr 2025 konnten deshalb die Behandlungsergebnisse der im Jahr 2024 abgeschlossenen Therapien ausgewertet werden.

Der dokumentierte Behandlungserfolg betrug 2024 bei allen Tuberkuloseformen 70,6 % und bei kulturbestätigten Lungentuberkulosen ohne Rifampicin-Resistenz 72,7 % (Tabelle 6). Die Erfolgsraten liegen weiterhin deutlich unter dem Niveau der Jahre 2019 bis 2021 und unter dem WHO-Zielwert von 90 %. Ein Behandlungserfolg bedeutet, dass die Tuberkulosebakterien am Ende der Therapie nicht mehr nachweisbar sind oder die Behandlung vollständig abgeschlossen wurde. Da für 14,6 % der Fälle keine Ergänzungsmeldung zum Behandlungsausgang vorlag und bei 6,2 % ein unbekanntes Behandlungsergebnis in der Ergänzungsmeldung angegeben wurde, wird der tatsächliche Behandlungserfolg wahrscheinlich unterschätzt. Eine vollständigere Erfassung der Behandlungsausgänge durch die meldende Ärzteschaft bleibt deshalb ein wichtiges Ziel der Tuberkulosebekämpfung.

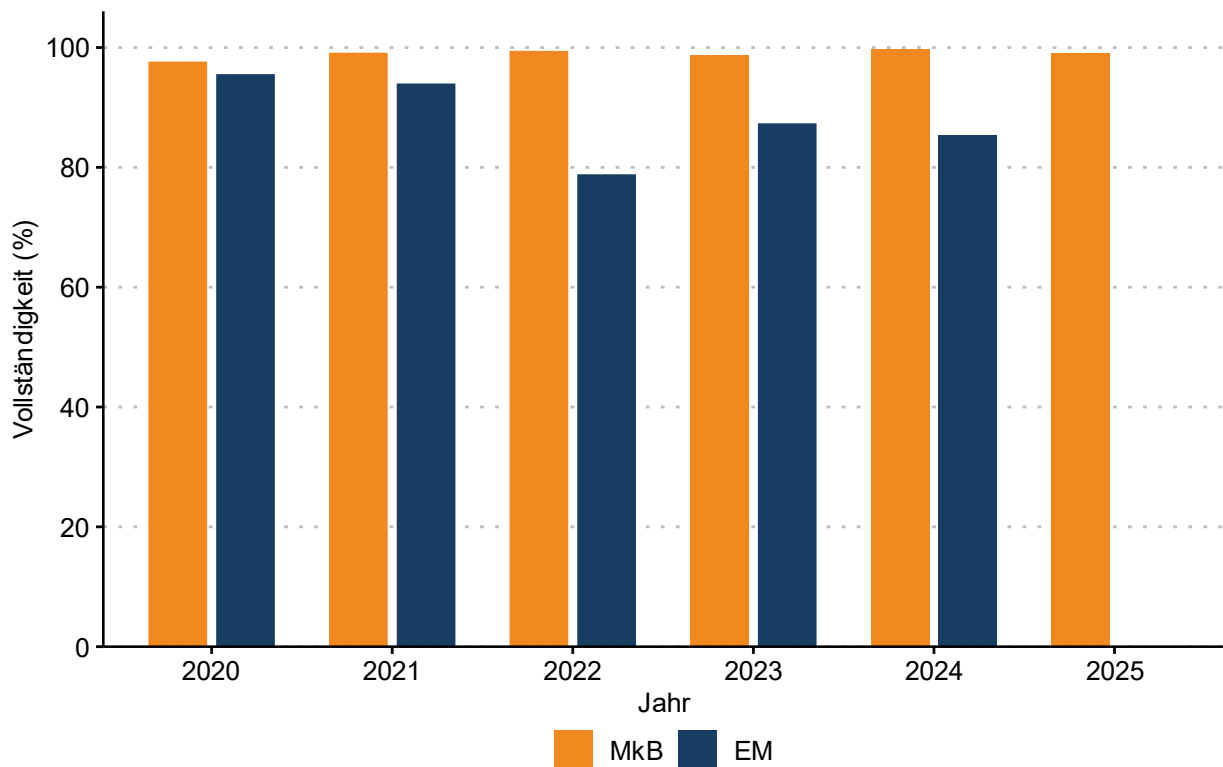
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alle Tuberkulose Formen						
Total	435 (100,0%)	383 (100,0%)	350 (100,0%)	364 (100,0%)	419 (100,0%)	432 (100,0%)
geheilt	125 (28,7%)	127 (33,2%)	105 (30,0%)	99 (27,2%)	109 (26,0%)	125 (28,9%)
Therapie abgeschlossen	212 (48,7%)	197 (51,4%)	168 (48,0%)	149 (40,9%)	188 (44,9%)	180 (41,7%)
Therapieabbruch	11 (2,5%)	5 (1,3%)	9 (2,6%)	4 (1,1%)	12 (2,9%)	9 (2,1%)
Therapieversagen	1 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)	4 (1,1%)	3 (0,7%)	1 (0,2%)
Tod	14 (3,2%)	16 (4,2%)	19 (5,4%)	10 (2,7%)	18 (4,3%)	13 (3,0%)
Überweisung	9 (2,1%)	6 (1,6%)	10 (2,9%)	7 (1,9%)	11 (2,6%)	14 (3,2%)
Noch unter Behandlung	2 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Unbekanntes Behandlungsergebnis	5 (1,1%)	15 (3,9%)	16 (4,6%)	14 (3,8%)	25 (6,0%)	27 (6,2%)

keine Meldung	56 (12,9%)	17 (4,4%)	21 (6,0%)	77 (21,5%)	53 (12,6%)	63 (14,6%)
Erfolg	337 (77,5%)	324 (84,6%)	273 (78,0%)	248 (68,1%)	297 (70,9%)	305 (70,6%)
In der Kultur bestätigte Lungentuberkulose ohne R-Resistenz						
Total	340 (100,0%)	297 (100,0%)	266 (100,0%)	239 (100,0%)	288 (100,0%)	330 (100,0%)
geheilt	105 (30,9%)	112 (37,7%)	94 (35,3%)	84 (35,1%)	88 (30,6%)	108 (32,7%)
Therapie abgeschlossen	163 (47,9%)	145 (48,8%)	124 (46,6%)	97 (40,6%)	123 (42,7%)	132 (40,0%)
Therapieabbruch	8 (2,4%)	5 (1,7%)	5 (1,9%)	2 (0,8%)	6 (2,1%)	7 (2,1%)
Therapieversagen	1 (0,3%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	2 (0,8%)	2 (0,7%)	1 (0,3%)
Tod	7 (2,1%)	13 (4,4%)	15 (5,6%)	7 (2,9%)	17 (5,9%)	10 (3,0%)
Überweisung	9 (2,6%)	4 (1,3%)	5 (1,9%)	4 (1,7%)	8 (2,8%)	11 (3,3%)
Noch unter Behandlung	2 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Unbekanntes Behandlungsergebnis	2 (0,6%)	11 (3,7%)	11 (4,1%)	11 (4,6%)	18 (6,2%)	19 (5,8%)
keine Meldung	43 (12,6%)	7 (2,4%)	10 (3,8%)	32 (13,4%)	26 (9,0%)	42 (12,7%)
Erfolg	268 (78,8%)	257 (86,5%)	218 (82,0%)	181 (75,7%)	211 (73,3%)	240 (72,7%)

Tabelle 6: Behandlungsergebnisse bei Tuberkulosefällen in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2019 bis 2024.

6 Meldequalität

Die Qualität der Tuberkuloseüberwachung hängt wesentlich von der Vollständigkeit der Meldungen ab. Im Jahr 2025 lagen für 539 der 544 gemeldeten Fälle (99,1 %) klinische Angaben vor; die hohe Vollständigkeit blieb damit gegenüber den Vorjahren stabil. Verbesserungspotenzial besteht weiterhin bei den Ergänzungsmeldungen: Für 2024 lag die Rücklaufquote bei 85,4 % (369 von 432 Fällen) und damit nach dem Tiefstwert von 78,5 % im Jahr 2022 wieder etwas höher (Abbildung 4). Für 2025 liegen aufgrund der noch laufenden Behandlungen noch keine Daten vor. Fehlende Angaben zum Behandlungsergebnis erschweren die Interpretation der Behandlungsergebnisse und führen wahrscheinlich zu einer Unterschätzung des Behandlungserfolgs. Rückmeldungen der meldenden Stellen deuten darauf hin, dass die hohe Mobilität von Patientinnen und Patienten – insbesondere Verlegungen im Asylbereich – zu den fehlenden Ergänzungsmeldungen beiträgt. Eine vollständige Erfassung der Behandlungsergebnisse würde die Bewertung der Tuberkulosekontrolle und die Vergleichbarkeit mit den WHO-Zielen verbessern.



BAG, Stand: 20.07.2026

Abbildung 4: Anteil der Fälle mit Meldung zum klinischen Befund (MkB) und Ergänzungsmeldung (EM) nach Jahr in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2020 bis 2025.

7 Schlussfolgerungen

Nach dem pandemiebedingten Tiefstand im Jahr 2021 setzte sich der seit 2022 beobachtete Wiederanstieg der Tuberkulosefälle in den Jahren 2024 und 2025 deutlich fort. Die Zunahme betraf vor allem Personen mit Herkunft ausserhalb der Schweiz und konzentrierte sich insbesondere auf Jugendliche und junge Erwachsene. Diese Entwicklung entspricht den Beobachtungen anderer europäischer Niedriginzidenzländer und verdeutlicht den Einfluss internationaler Migrations- und Fluchtbewegungen auf die Tuberkuloseepidemiologie.

Die Fallzahlen bei Personen mit Herkunft aus der Schweiz und Liechtenstein blieben über die letzten Jahre weitgehend stabil. Zusammen mit der insgesamt stabilen Resistenzlage ergeben sich aus den vorliegenden Meldedaten keine Hinweise auf grundlegende Veränderungen der einheimischen Transmission.

Die diagnostische Qualität und die Resistenzüberwachung blieben auch 2025 auf einem hohen Niveau. Verbesserungspotenzial besteht weiterhin bei der Vollständigkeit der Ergänzungsmeldungen zum Behandlungsausgang, wodurch die Beurteilung des Behandlungserfolgs erschwert wird. Eine vollständigere Erfassung der Behandlungsausgänge würde die Bewertung der Tuberkulosekontrolle und die Vergleichbarkeit mit den WHO-Zielen verbessern.

Für die kommenden Jahre bleiben die frühzeitige Diagnostik, die zeitnahe Ermittlung und Untersuchung von Kontaktpersonen zur frühzeitigen Erkennung weiterer Erkrankungen und Infektionen, sowie die vollständige Dokumentation der Behandlungsergebnisse zentrale Aufgaben. Gleichzeitig

sollten Präventions- und Betreuungsmassnahmen weiterhin gezielt auf besonders betroffene Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden. Die Ergebnisse unterstreichen, dass auch in einem Niedriginzidenzland wie der Schweiz eine kontinuierliche epidemiologische Überwachung und eine flexible Anpassung der Tuberkulosekontrolle an internationale Entwicklungen erforderlich bleiben.

8 Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026: 2024 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026.
2. Dara M, Solovic I, Goletti D, Sotgiu G, Centis R, D'Ambrosio L, et al. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(6):624-636. doi:10.5588/ijtld.16.0845. PMID: 28482956.
3. Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra CN, Walji M, Makarenko I, Alabdulkarim B, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill*. 2018;23(14):17-00543. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.14.17-00543. PMID: 29637889.
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025.
5. Staatssekretariat für Migration (SEM). Asylstatistik 2025. Bern-Wabern: Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement; 2026. Verfügbar unter: <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2025.html> (Zugriff am 29.06.2026).

Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach
3003 Bern
info-mt@bag.admin.ch
bag.admin.ch

Publikationszeitpunkt

September 2026