

Kantonale Tuberkulose Aktivitäten 2024

Bericht des Kompetenzzentrums Tuberkulose
der Lungenliga Schweiz

LUNGENLIGA SCHWEIZ

LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA



Auftraggeberin	BAG
Projektverantwortung	Bereich Tuberkulose LLS
Autorin	LLS: Melody Schmid (MSC)
Status	V5

Änderungsverzeichnis

Datum	Version	Autor
17.09.2025	Vorlage 2023 angepasst	LLS/MSC
17.09.2025	Onlineumfrage Auswertung	LLS/SST
23.09.2025	Empfang der RespiGO-Daten (technische Verzögerung)	LLS/analytixgroup
29.09.2025	Daten korrigiert und bereit für die Analyse	LLS/analytixgroup
30.10.2025	Datenanalyse finalisiert und Grafiken erstellt	LLS/MSC
04.11.2025	Texte von Version FR übernommen	LLS/MSC
26.11.2025	Formatierung Grafiken und inhaltliche Kontrolle	LLS/MSC
02.12.2025	Korrekturlesen Otto Schoch	LLS/OSC
03.12.2025	Korrekturlesen Timo Friedli	LLS/TFR
17.12.2025	Einarbeitung Feedbacks BAG, Endversion	LLS/MSC

Glossar

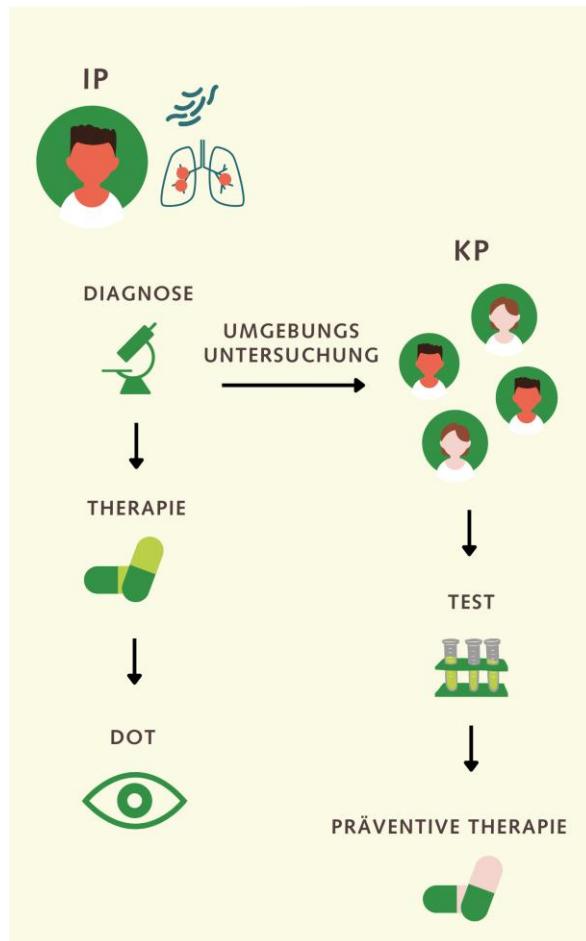
Abkürzung/Begriffe	Bedeutung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DOT	Directly-observed-therapy, deutsch: überwachte Medikamentenabgabe
IGRA	Interferon Gamma Release Assay
IP	Indexpatientin/Indexpatient (im Bericht als «der IP» definiert)
KAZA	Kantonsarztamt
KP	Kontaktperson
KTBF	Kantonale Tuberkulose-Fachstelle
LLS	Lungenliga Schweiz
PDMS	Patientendatenmanagementsystem
TB	Tuberkulose (Erkrankung)
TBI	Tuberkuloseinfektion
THT	Tuberkulin Hauttest nach Mantoux
UU	Umgebungsuntersuchung
VOT	Video Observed Therapy, deutsch: videoüberwachte Medikamentenabgabe
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Methodik	5
3	Kennzahlen zur Tuberkulose-Arbeit der kantonalen Tuberkulose-Fachstellen.....	6
3.1	Verwendung der von der LLS bereitgestellten Informationsunterlagen	7
3.2	Vereinbarte Leistungen der kantonalen Tuberkulose-Fachstellen.....	8
4	Nationale Statistik der Tuberkulose-Fälle und Auswertung der Umgebungsuntersuchungen	11
4.1	Gemeldete Tuberkulose-Fälle und Anzahl Umgebungsuntersuchungen	11
4.2	Lokalisation der Tuberkulose-Erkrankung.....	13
4.3	Altersverteilung der Indexfälle mit Umgebungsuntersuchung.....	13
4.4	Bakteriologischer Status der pulmonalen Indexfälle	14
4.5	Grösse der Umgebungsuntersuchungen	15
4.6	Umgebungsuntersuchungen im kantonalen Vergleich	16
4.7	Allgemeine ergänzende Angaben zu den Kontaktpersonen aus WHO-Befragung	18
4.8	Resultate der getesteten Personen im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen	20
4.9	Behandlungen der infizierten Kontaktpersonen und Anzahl an Tuberkulose erkrankte Kontaktpersonen	22
5	Resultate zu den direkt überwachten und videoüberwachten Medikamentenabgaben	24
6	Schlussbemerkung	25

1 Einleitung

Tuberkulose (TB) ist eine übertragbare bakterielle Erkrankung und in der Schweiz meldepflichtig. Eine Tuberkulose-Erkrankung betrifft in diesem Sinne nicht nur die erkrankte Person (Indexpatientin/Indexpatient oder IP) selbst, sondern auch dessen Umfeld. Personen, die in engem Kontakt mit dem IP standen, nennt man Kontaktpersonen (KP). Eine Tuberkulose-Erkrankung hat aufgrund der möglichen Übertragung auf das Umfeld auch Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit, welche in der Schweiz durch den Bund und die Kantone gewahrt werden muss. In Grafik 1 sieht man vereinfacht dargestellt die unterschiedlichen Etappen in der Tuberkulose-Bekämpfung und -Prävention.



Grafik 1: Etappen der Tuberkulosebekämpfung und -Prävention in der Schweiz. Der linke Ast stellt die Diagnostik und Behandlung der erkrankten Indexpatientinnen und -patienten (IP) dar. Der rechte Ast kann gesamthaft als Umgebungsuntersuchung (UU) bezeichnet werden. Diese Arbeit wird von den kantonalen Tuberkulose-Fachstellen (KTBF) ausgeführt. Die Kontaktpersonen (KP) werden, wo ein erhöhtes Risiko auf eine Ansteckung besteht, auf eine Tuberkulose-Infektion (TBI) getestet. Bei einem positiven Test wird nach Abwägung von Nutzen und Risiken eine präventive Therapie vorgeschlagen.

Ablauf bei Indexpatientinnen und -patienten (IP)

Der IP erhält aufgrund der Tuberkulose - gemäss Vorgaben aus dem Handbuch Tuberkulose, das als medizinische Guideline dient (letzte überarbeitete Fassung im Oktober 2024) - eine Behandlung. In einigen Fällen wird zudem eine überwachte (DOT) oder eine videoüberwachte (VOT) Medikamentenabgabe verordnet. Diese werden in Kapitel 5 näher beschrieben. So rasch als möglich wird nach der erfolgten Diagnose bei einer ansteckenden Form von Tuberkulose die Umgebungsuntersuchung (UU) eingeleitet. Diese wird auf Anordnung der Kantsärztin oder des Kantsarztes durch die kantonalen Tuberkulose-Fachstellen (KTBF) organisiert und durchgeführt.

Ablauf der Umgebungsuntersuchung

Bei Kontaktpersonen (KP) eines IP, die sich mit dem Tuberkulose-Bakterium infiziert haben, spricht man von einer Tuberkuloseinfektion (TBI). Diese Personen sind **nicht erkrankt**, sondern haben nach Kontakt mit dem Bakterium eine messbare immunologische Reaktion. Die Umgebungsuntersuchung (UU), welche nach Identifikation einer erkrankten Person angeordnet werden kann, hat zum Ziel, solche infizierten KP zu finden, zu beraten und angemessen präventiv zu behandeln. Im Rahmen einer UU können KP mit zwei unterschiedlichen Tests getestet werden – mit dem Tuberkulin-Hauttest (THT) oder mit dem Interferon Gamma Release Assay (IGRA), umgangssprachlich Bluttest. Die Nutzung der beiden Tests wird in Kapitel 4 näher beschrieben. Werden KP positiv auf das TB-Bakterium getestet, können sie eine präventive Therapie einnehmen, um den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern. Details hierzu finden sich in Kapitel 4.8.

Zuständigkeiten in der Tuberkulose-Bekämpfung und Prävention

In der Schweiz sind die Kantone für die Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zuständig. Alle Kantone ausser Basel-Stadt, Bern und Zürich delegieren die Massnahmen an die zuständige kantonale Lungenliga. Die Kennzahlen zu den mit dem jeweiligen Kanton vereinbarten Leistungen der KTBF finden sich in Kapitel 3.1.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt die Lungenliga Schweiz (LLS) im Rahmen des Dienstleistungsvertrags zur Führung des Kompetenzzentrums Tuberkulose mit der Erarbeitung von Richtlinien und der Koordination der Aktivitäten der KTBF. Die Erstellung dieses hier vorliegenden jährlichen Berichts über die Aktivitäten der KTBF ist Teil des Dienstleistungsvertrags zwischen BAG und LLS. Der Vertrag wurde im Juli 2023 für eine weitere Vertragsperiode bis Juli 2027 erneuert. Diese Daten werden zusätzlich im Rahmen von schweizweiten Weiterbildungen und am international ausgerichteten TB-Symposium vorgestellt und diskutiert. Sie dienen auch den Kantonen als Orientierung und Steuerungsinstrument.

Das BAG fordert selbständig bei den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten die Behandlungsresultate der TB-Erkrankten nach dem Ende der Behandlung ein. Die Auswertung dieser Daten obliegt seit diesem Zeitpunkt dem BAG und ist somit nicht Teil dieses Berichts.

2 Methodik

Herkunft der Daten:

In den Patientendatenmanagementsystemen (PDMS) der KTBF werden grundsätzlich Daten zu den Tuberkulose-Fällen (Angaben zu den IP, zur Diagnostik, zur Bakteriologie und zur Behandlung) und zu den UU (Angaben zu Kontaktpersonen, zum Kontaktort und der Beziehungsart zum TB-Fall sowie zum Ergebnis der Tests) registriert.

Welche Daten im Einzelnen von den KTBF erfasst werden können, hängt einerseits von den Unterlagen ab, die ihnen zur Verfügung gestellt werden (z.B. Labormeldungen oder Behandlungsresultate), andererseits auch vom Mandatsvertrag zwischen dem jeweiligen Gesundheitsamt und der KTBF (vgl. dazu Kap. 3.2, Abb. 3). Die Verträge werden kantonal verhandelt.

Die Daten aus dem PDMS RespiGO (gilt für die Kantone AG, AI, AR, BL, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TI, UR, VS, ZG) werden über ein Business-Intelligence-Tool exportiert.

Die Daten der Kantone, welche ein anderes PDMS einsetzen (gilt für die Kantone BE, BS, FR, GE, NE, SH, TG, VD, ZH) werden mittels Excel-Tabelle jährlich abgefragt und in die Gesamtauswertung über alle Kantone über ein Business-Intelligence-Tool integriert.

Korrekturen und Herausforderungen:

Wo nötig wurden fehlerhafte oder inkonsistente Dateneingaben plausibilisiert und manuell korrigiert. Exkludiert in der Datenauswertung wurden im Ausland lebende IP und IP, welche keinem Kanton zugeordnet werden konnten. Um solche fehlerhaften Angaben zu verhindern, wurde wo möglich in den PDMS über obligatorische oder vordefinierte Eingabefelder die Dateneingabe gesteuert. Dies wurde nicht bei allen PDMS umgesetzt und hat folglich einen Einfluss auf die vorliegende Datenqualität. Die Erfassung der ausserkantonalen KP erfolgt nicht ganz einheitlich. Einige KTBF erfassen die Analysen, die sie für andere KTBF durchgeführt haben,

während andere davon ausgehen, dass die KTBF des Ursprungs-IP diese erfassen müssen. Ein Kanton verfügt beispielsweise nicht über die technischen Möglichkeiten, die Ergebnisse dieser ausserkantonalen KP zu erfassen. Die Verbesserung dieses Punktes ist ein Ziel für die Datenerhebung 2026.

Da aktuell die Angaben im System RespiGO nicht zwischen den ausserkantonal getesteten KP und den für den eigenen Kanton getesteten unterscheiden werden können, wurde auf diese Unterscheidung im vorliegenden Bericht verzichtet. Die totale Anzahl getesteter KP inkludiert für andere Kantone getestete Personen.

Informationen zu den Daten in den Tabellen und Grafiken dieses Berichts:

Eine UU kann eröffnet werden und zu keiner KP führen oder zu KP führen, die letztendlich nicht getestet werden. Diese UU sind in den Daten für das Jahr 2024 neu sichtbar, was die Anzeige von UU mit 0 KP erklärt.

Die Daten wurden Mitte August 2025 von den KTBF übermittelt und am 23.09.2025 aus dem PDMS-System exportiert. Die Zahlen zu den IP stammen von der Website des BAG, «Zahlen zu Infektionskrankheiten», abgerufen am 30.09.2025.

Die nachfolgenden Grafiken beziehen sich – je nach Auswertung – auf unterschiedliche Gruppen von IP:

- sämtliche dem BAG gemeldete Tuberkulose-Fälle (421)
- den Tuberkulose-Fachstellen gemeldete Tuberkulose-Fälle (400)
- Tuberkulose-Fälle mit einer UU (293) oder alle pulmonalen Fälle (312)

Die Gesamtzahl (N) sowie die jeweilige Gruppe von IP ist jeweils im Titel der Grafiken angegeben.

Die im Folgenden präsentierten Daten beziehen sich auf die Jahre 2020-2024. Die Daten wurden in anonymisierter Form bearbeitet und ausgewertet. Wie vertraglich vereinbart liefert die LLS dem BAG im vorliegenden Bericht konsolidierte Daten zu den Resultaten der Tätigkeiten der Ligen pro Kanton (DOT/VOT, UU, Behandlungen von TBI sowie zusätzliche weitere Daten zur Tuberkulosearbeit in der Schweiz, welche für die Leserschaft dieses Berichts einen Mehrwert bieten).

Der vorliegende Bericht wird für ein Jahr auf der Website des TB-Kompetenzzentrums veröffentlicht. Die KTBF werden per E-Mail über diese Neuigkeit informiert.

3 Kennzahlen zur Tuberkulose-Arbeit der kantonalen Tuberkulose-Fachstellen

Im September 2025 wurde eine Online-Umfrage an die 16 kantonalen bzw. regionalen Tuberkulose-Fachstellen (KTBF) verschickt, um die in diesem Kapitel 3 beschriebenen Daten zu erheben. Einige KTBF vertreten mehrere Kantone und Halbkantone. Für jeden von ihnen besteht eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Kantonsarztamt (KAZA) und dem KTBF. Die Daten in Kapitel 3 beschreiben die Arbeit der KTBF als Einheit, im Gegensatz zu den Daten zu IP und KP in den folgenden Kapiteln, die nach Kantonen aufgeschlüsselt sind.

Es ist erfreulich, dass die Rücklaufquote dieser aktuellen Umfrage bei 100 % liegt. Dies zeigt, dass das Kompetenzzentrum Tuberkulose eine gute Zusammenarbeit mit den KTBF pflegt und der Informationsfluss gewährleistet ist.

Im Folgenden sind die Namen der KTBF und die Kantone, die ihnen angehören, aufgeführt:
(Diese Daten finden Sie auf der Website des Kompetenzzentrums Tuberkulose: Fachstellen Tuberkulose | Lungenliga Schweiz)

KTBF Bezeichnung	Vertretene Kantone
Inselspital TB Fachstelle	BE
Kantonsärztlicher Dienst Basel-Stadt	BS
LLAG = Lungenliga Aargau	AG, BL
LLGR = Lungenliga Graubünden	GR
LLO = Lungenliga Ostschweiz	AI, AR, GL, SG
LLTGSH = Lungenliga Thurgau-Schaffhausen	SH, TG
LLSO = Lungenliga Solothurn	SO
LLZCH = Lungenliga Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
LPFR = Ligue pulmonaire Fribourgeoise	FR
LPGE = Ligue pulmonaire Genevoise	GE
LPJJ = Ligue pulmonaire Jurassienne	JU
LPNE = Ligue pulmonaire Neuchâteloise	NE
LPTI = Lega pulmonare Ticinese	TI
LPVD = Ligue pulmonaire Vaudoise	VD
LPVS = Ligue pulmonaire Valaisanne	VS
Verein Lunge Zürich	ZH

3.1 Verwendung der von der LLS bereitgestellten Informationsunterlagen

Für das Kompetenzzentrum TB ist es interessant zu erfahren, wie die den KTBF zur Verfügung gestellten Unterlagen für ihre Kundschaft verwendet werden.

14 der 16 KTBF gaben an, den **Bericht über die kantonalen Aktivitäten 2023** gelesen zu haben, der ihnen Ende 2024 zugestellt wurde.

Die Tuberkulose-Broschüre der LLS ist auf der Website der LLS verfügbar und kann in Papierform bestellt werden. Eine neue Version wird im Januar 2026 verfügbar sein.

Abb1.: Wie oft geben Sie die Krankheitsbroschüre «Tuberkulose» der Lungenliga Schweiz ab (pro Jahr, ungefähre Schätzung)? N=16

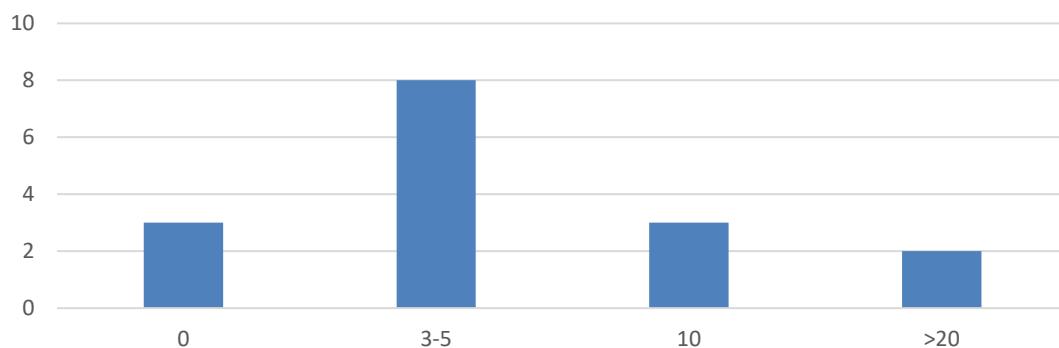
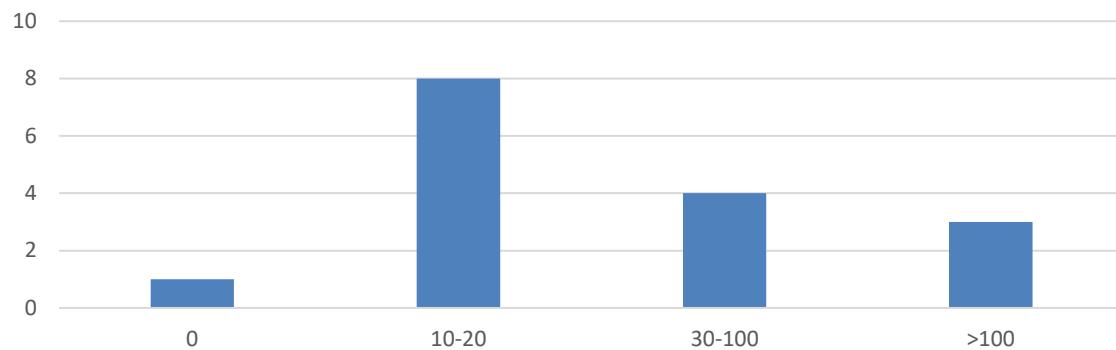


Abbildung 1 zeigt, wie oft diese Broschüre an die Öffentlichkeit verteilt wird. Es scheint, dass diese Broschüre nicht allen KTBF bekannt ist (diejenigen, welche nicht mit einer kantonalen Lungenliga assoziiert sind). Dies wurde nun korrigiert und die neue Version wird ihnen zugestellt.

Das digitale Dokument **FAQ Tuberkulose** (frequently asked questions), das in 20 Sprachen verfügbar ist, wird häufig verwendet und weitergegeben. Dies ist in Abbildung 2 dargestellt. Nur ein KTBF gibt an, es nicht weitergegeben zu haben. Im Allgemeinen geben die KTBF dieses Dokument an IP und infizierte KP weiter.

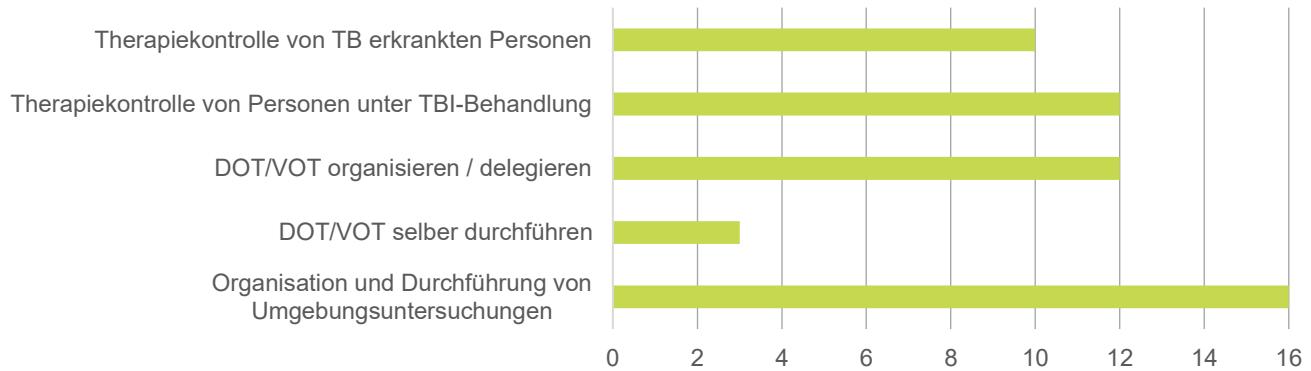
Abb. 2: Wie oft geben Sie das digitale Dokument „FAQ Tuberkulose“ der Lungenliga Schweiz weiter (pro Jahr, ungefähre Schätzung)? N=16



3.2 Vereinbarte Leistungen der kantonalen Tuberkulose-Fachstellen

Alle KTBF sind im Rahmen ihres Leistungsauftrags für die Durchführung von UU zuständig (Abb. 3). Die übrigen Aufgaben der KTBF können variieren und sind in Abbildung 3 beschrieben.

Abb. 3: Welche Tätigkeiten führen Sie im Auftrag des kantonsärztlichen Dienstes durch? N=16



In Abbildung 3 ist zu erkennen, dass 12 KTBF eine DOT (direkt überwachte Medikamentenabgabe) oder eine VOT (videoüberwachte Medikamentenabgabe) an externe Partner delegieren oder diese organisieren. Nur 3 KTBF führen diese teilweise selbst durch (LPFR, LPGE und LLO).

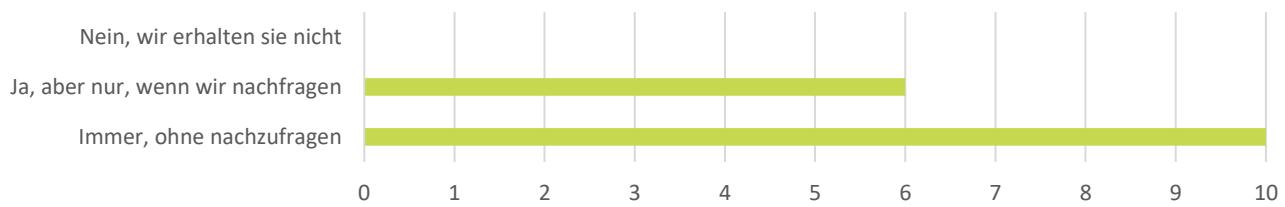
Einzig die LPGE nutzt in bestimmten Fällen die **VOT**.

Die administrative Überwachung der TB- und TBI-Behandlungen ist überwiegend eine Aufgabe, die den KTBF zugewiesen ist. Die Daten zu den Behandlungen von IP und KP in Kapitel 4 decken daher nicht alle Fälle ab.

Die Aufgabenstellungen haben sich im Vergleich zur Erhebung 2023 nicht wesentlich verändert.

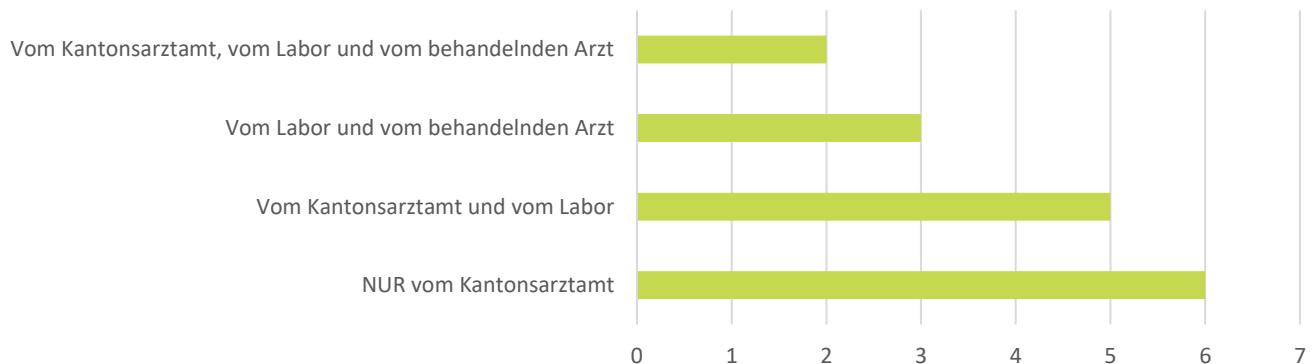
Der Kantonsarztdienst informiert die KTBF über TB-Fälle. Die Hälfte der KTBF erhält diese Informationen nur, wenn eine Umgebungsuntersuchung eingeleitet wird.

Abb. 4: Verfügbarkeit über die Labormeldungen, N=16



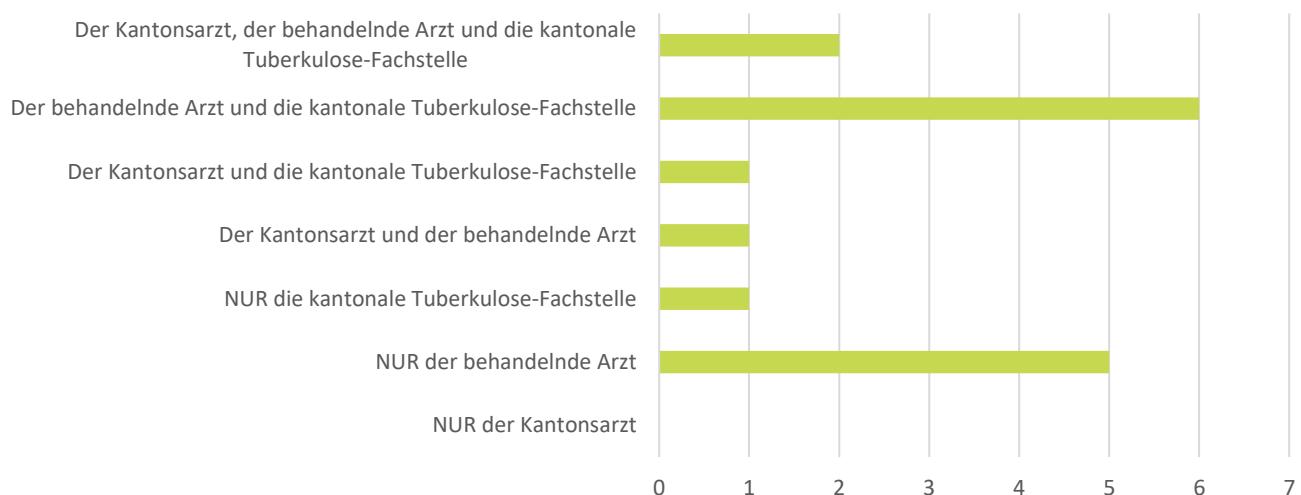
Bei gemeldeten Tuberkulosefällen erhalten alle KTBF die Labormeldungen der zuständigen Labors oder der KAZA (Abb. 4). Zehn der 16 KTBF erhalten diese ohne Anfrage, die übrigen sechs nur auf Anfrage. Erfreulich ist, dass im Jahr 2024 alle KTBF Zugang zu diesen Ergebnissen hatten, während im Jahr 2023 ein Kanton noch keinen Zugang hatte. Eine Umstrukturierung innerhalb dieser KTBF ermöglichte diese Verbesserung.

Abb. 5: Von wem erhalten TB-Fachstellen die Labormeldungen? N=15



Die Labormeldungen werden auf unterschiedliche Weise an die KTBF übermittelt (Abb. 5). Die meisten erhalten diese vom zuständigen KAZA. Manchmal werden sie vom Labor oder vom behandelnden Arzt weitergeleitet.

Abb. 6: Entscheidungsträger einer DOT, N=16



Sobald der IP bestätigt ist, muss die Entscheidung über die Einrichtung eines DOT getroffen werden (Abb. 6). Diese Entscheidung obliegt in den meisten Fällen (6 von 16) gemeinsam dem behandelnden Arzt und dem KTBF. Der Austausch zwischen diesen beiden Partnern ist von entscheidender Bedeutung. Die KAZA ist an dieser Entscheidung selten beteiligt, da sie die Organisation der DOT in der Regel delegiert (Abb. 3). Diese Praxis variiert wahrscheinlich auch je nach Komplexität der Fälle oder nach der Erfahrung der zuständigen KAZA. Auch die behandelnden Ärzte entscheiden weitgehend über die Einrichtung einer DOT.

Abb. 7.1 : Holen Sie im Auftrag des kantonsärztlichen Dienstes TB Behandlungsresultate ein? N=16

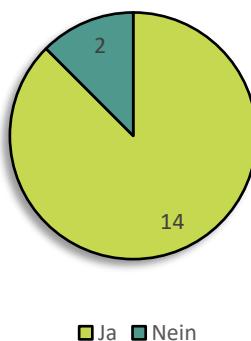
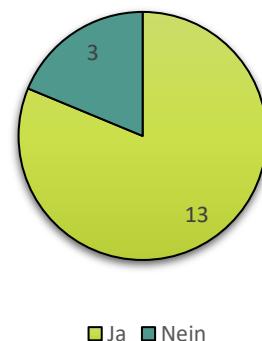


Abb. 7.2 : Holen Sie im Auftrag des kantonsärztlichen Dienstes TBI Behandlungsresultate ein? N=16



Die Frage nach dem Einholen der Behandlungsresultate (Abb. 7.1 und 7.2) wurde ebenfalls gestellt. Die Auswertung der Behandlungsresultate der TB-Erkrankten nach dem Ende der Behandlung obliegt dem BAG, welches die Resultate durch das KAZA erhält. In den meisten Kantonen wird das Einholen der Behandlungsresultate bei der zuständigen Ärztin/beim zuständigen Arzt an die KTBF delegiert (Abb. 3).

Die erhobenen Daten zeigen, dass alle KTBF, die diese Daten erheben, die Behandlungsresultate unmittelbar nach Abschluss der Behandlung anfordern. Es ist sinnvoll, dies möglichst zeitnah zu tun, da im PDMS der Fall erst entsprechend abgeschlossen werden kann, sobald alle Laborresultate und Behandlungsresultate vorliegen. Leider bedeutet dies nicht, dass sie die Ergebnisse erhalten, was erklärt, warum einige Daten zu diesem Thema unvollständig sind.

Abschliessend lassen die Angaben aus der Online-Umfrage erkennen, dass die Zusammenarbeit zwischen den KTBF, den KAZA und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gut funktioniert. Die Aufgaben sind klar definiert und Behandlungen sowie UU oder DOT werden gemeinsam koordiniert und durchgeführt. Der einzige Kanton, der keine Labormeldungen erhielt, konnte diesen Umstand korrigieren.

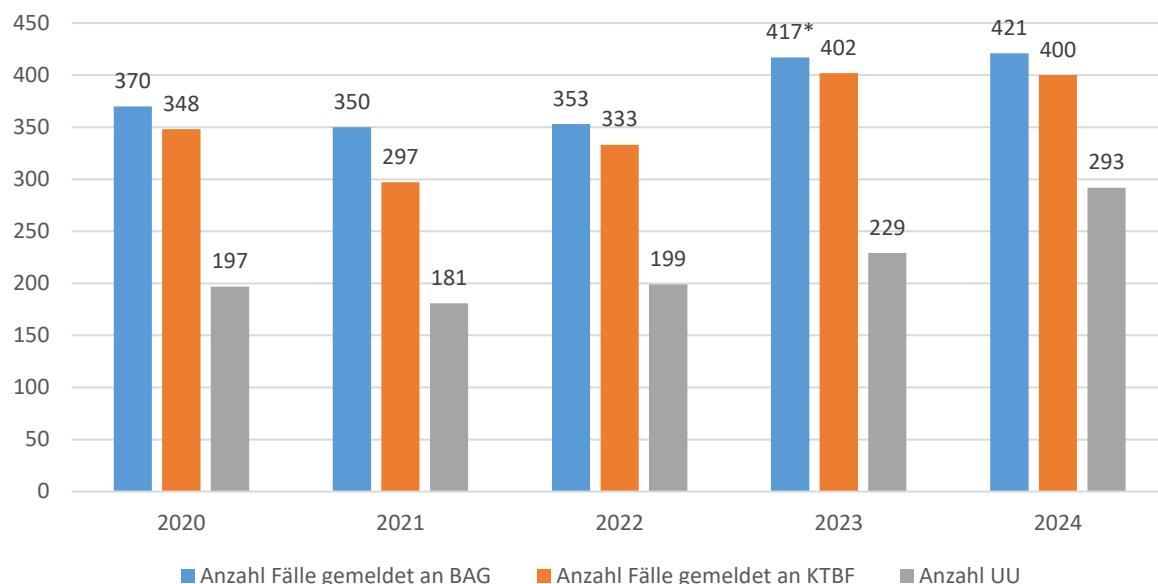
Die Internetseite des [Handbuchs zur Tuberkulose](#) auf der Website des TB-Kompetenzzentrums wird jährlich rund 4000 Mal aufgerufen. Dies unterstreicht die Professionalität der KTBF und unterstützt eine optimale Betreuung und Behandlung von TB-Patienten und Kontaktpersonen gemäss den Verfahren und Richtlinien der WHO und des BAG. Das Engagement der TB-Fachstellen durch ihre Teilnahme an Spezialisierungskursen und am TB-Symposium zeigt ebenfalls ihren Willen, ihr Wissen über Tuberkulose aufrechtzuerhalten und zu vertiefen.

4 Nationale Statistik der Tuberkulose-Fälle und Auswertung der Umgebungsuntersuchungen

Wie in Kapitel 1 bereits erwähnt, werden bei ansteckenden Tuberkulosefällen in der Schweiz Umgebungsuntersuchungen (UU) gemäss den Vorgaben des Tuberkulose-Handbuchs durchgeführt. In der Schweiz kann eine UU eröffnet werden, ohne dass dies zwangsläufig zur Testierung von KP führt. Dieser Punkt wurde neu in die Daten 2024 aufgenommen. So können alle Leistungen berücksichtigt werden, die ein KTBF für einen bestimmten Tuberkulosefall erbringt (administrative Aufgaben, Testungen, Beratungen von Kontaktpersonen und Indexfällen, weitere Leistungen).

4.1 Gemeldete Tuberkulose-Fälle und Anzahl Umgebungsuntersuchungen

Abb. 8: Anzahl UU im Vergleich zu den vom BAG gemeldeten und in den kantonalen Berichten aufgeführten Tuberkulosefällen

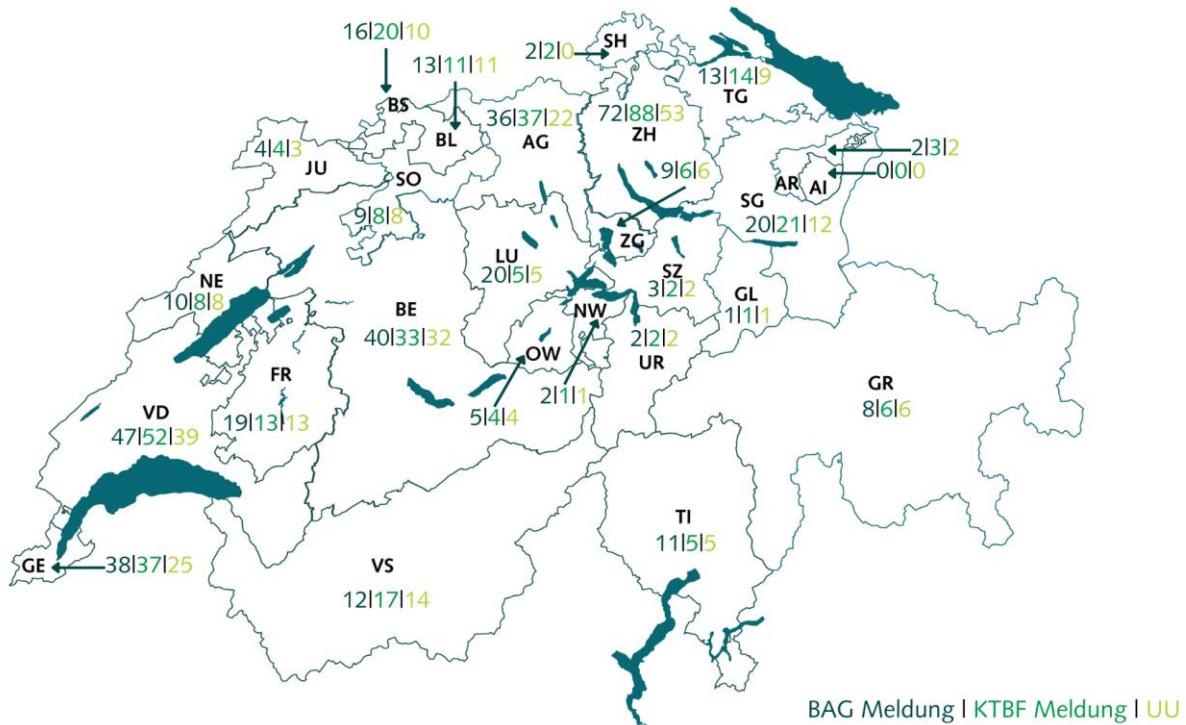


* Korrigierte Zahl gegenüber der im Datenbericht 2023 veröffentlichten Zahl (410 geändert in 417). Liechtenstein und die nicht definierten Kantone wurden nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2024 wurden dem BAG in der Schweiz 421 Tuberkulosefälle direkt gemeldet (davon 1 Fall in Liechtenstein und 6 Fälle, bei denen der Kanton nicht angegeben ist). Dies entspricht einem Anstieg von 1 % gegenüber 2023. In 293 Fällen, d. h. 70 % der Fälle, wurde ein Auftrag zur Durchführung einer UU erteilt. Diese Zahl ist mit Vorsicht zu betrachten, da sie neu auch UU enthält, für die kein KP getestet wurde (siehe Kapitel 2, Methodik).

Insgesamt wurden den KTBF 400 Tuberkulosefälle gemeldet. Diese Zahl weicht, aufgrund unterschiedlicher Verträge mit den KAZA, von den Meldungen an das BAG ab. Der Kanton AI meldete keine TB-Fälle und erscheint daher nicht in den in diesem Bericht präsentierten Daten.

Die kantonalen Daten hierzu sind in Grafik 2 ersichtlich. Datenstand der BAG-Daten: 30.09.2025.



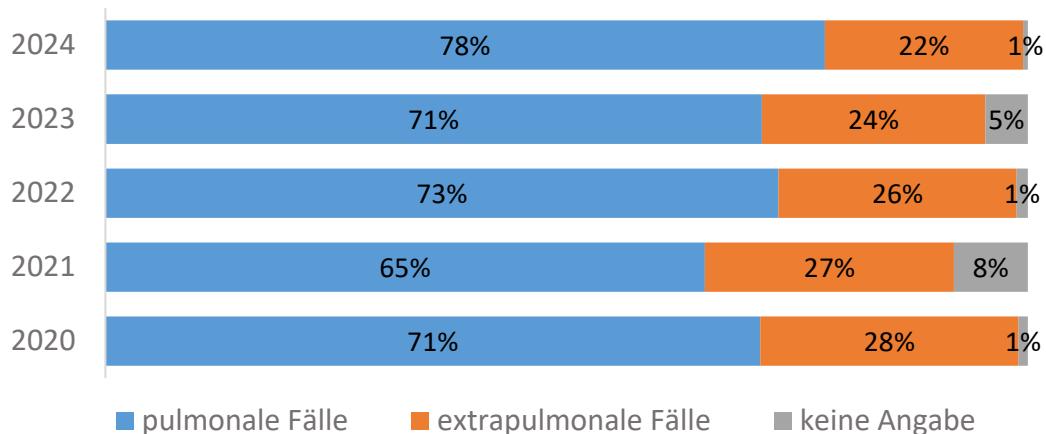
Grafik 2: Kantonale Verteilung der gemeldeten Fälle und der UU

Anmerkungen zu Grafik 2

- Ist die Anzahl der gemeldeten TB-Fälle an die KTBF höher als die dem BAG gemeldeten Fälle (z.B. VD oder ZH) kann dies administrative Gründe haben. Je nach Eingangsdatum der Meldung werden die Fälle noch im vergangenen oder bereits im neuen Jahr vermerkt.
- Ist die Anzahl der gemeldeten TB-Fälle an die KTBF tiefer als die dem BAG gemeldeten Fälle kann dies mit der Meldepraxis im jeweiligen Kanton zu tun haben. Je nach Vereinbarung werden nicht alle TB-Fälle an die KTBF gemeldet.
- Die Anzahl der durchgeführten UU hängt davon ab, wie viele der TB-Fälle als ansteckend eingestuft wurden und ab wann das zuständige KAZA eine UU anordnet.

4.2 Lokalisation der Tuberkulose-Erkrankung

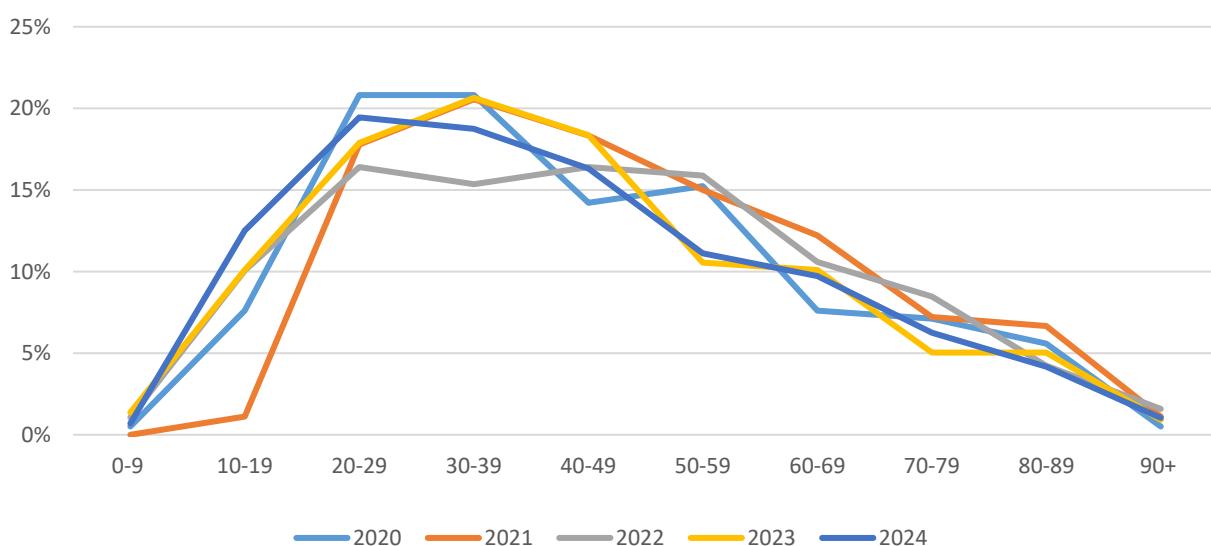
Abb. 9: Verhältnis pulmonale vs. extrapulmonale Fälle, N=400



Als pulmonale Fälle gelten alle TB-Fälle, die als pulmonal oder pulmonal sowie extrapulmonal registriert werden. Dies in Abgrenzung zu rein extrapulmonalen Fällen, in welchen die Lunge nicht betroffen ist. Pulmonale TB-Fälle verursachen in der Regel eine UU, da diese als potenziell ansteckend eingestuft werden. Im Jahr 2024 wurden 78% der TB-Fälle, welche den KTBF gemeldet wurden, als pulmonal (oder pulmonal und extrapulmonal) erfasst, 22% als rein extrapulmonal gemeldet. In 1% der Fälle wurde im System keine Zuordnung in diese beiden Kategorien gemacht.

4.3 Altersverteilung der Indexfälle mit Umgebungsuntersuchung

Abb. 10: Altersverteilung der Indexfälle in %, welche eine UU ausgelöst haben



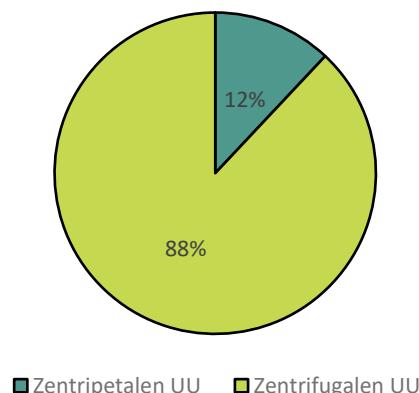
Die Altersverteilung der Fälle, die eine UU ausgelöst haben, zeigt wie bereits im Vorjahr eine Mehrheit von Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren (Abb. 10). Ein wichtiger Grund für diese Häufung, die auch in anderen westlichen Ländern beobachtet wird, liegt darin, dass diese Altersgruppe bei der Migration aus Ländern mit erhöhter TB-Prävalenz überrepräsentiert ist. Der Anteil der TB-Fälle bei älteren Menschen ist entsprechend

kleiner. Dennoch ist ein Anstieg in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen zu beobachten, 13 % der IP gegenüber 10 % in den Jahren 2023 und 2022.

Es kann in jedem Erwachsenenalter vorkommen, dass Fälle spät entdeckt werden und während einer längeren Zeit für KP ansteckend sind. Kinder unter 10 Jahren haben nur selten eine ansteckende Form von TB. Wenn Kinder unter 10 Jahren Indexfälle für eine UU darstellen oder an TB erkrankt sind, wird meist eine (im Allgemeinen Erwachsene) Ansteckungsquelle gesucht, es handelt sich also um eine zentripetale UU.

Die Abbildung 11 zeigt das Verhältnis zwischen zentripetalen und zentrifugalen UU, die von einem IP ausgehen.

Abb. 11: Typ der UU, N=291



4.4 Bakteriologischer Status der pulmonalen Indexfälle

Abbildung 12 fasst die Daten der 314 IP zusammen, für die der LLS bakteriologische Daten vorliegen, sowie die Polymerase-Kettenreaktion (PCR)-Daten von 294 dieser IP. Neu wurden die Informationen zu den Ergebnissen der PCR bei TB (in der Regel Xpert MTB/RIF) für alle IP mit Lungentuberkulose erfasst.

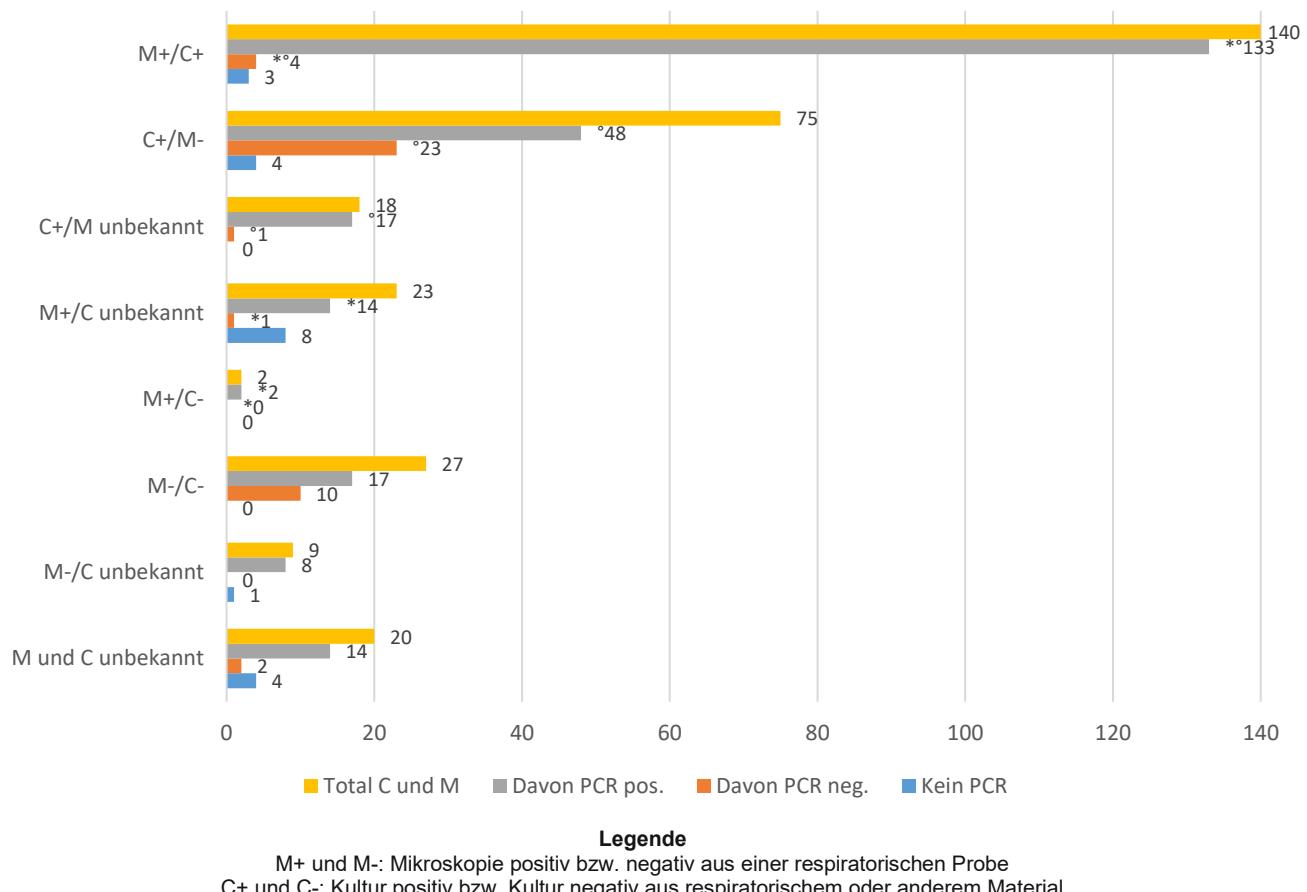
Die Daten zur Kultur und Mikrobiologie sind in Abbildung 12 gelb dargestellt. Analog wie im Jahr 2023, 74% der pulmonalen Fälle konnten in der Kultur bestätigt werden (C+) und 18% hatten ein unbekanntes Kulturergebnis. 6% (2023: 2%) hatten sowohl ein unbekanntes Mikroskopie- als auch ein unbekanntes Kulturergebnis. Bei 9% (2023: 7%) sind sowohl Mikroskopie- wie Kulturergebnis negativ. Dabei handelt es sich zum Teil um Fälle, bei denen eine UU zwar gestartet, aber nach Vorliegen des negativen Kulturergebnisses abgebrochen wurde.

94 % der IP, bei welchen die Laboruntersuchungen durchgeführt wurden, haben auch PCR-Ergebnisse. 6 % der IP haben keine PCR-Tests durchgeführt.

86 % der durchgeführten PCR-Tests (N=294) waren positiv, 14 % negativ.

Die Mehrheit der positiven Kulturen wurden durch PCR bestätigt, d. h. 85 %. Positive Mikroskopien werden in 90 % der Fälle durch den PCR-Test bestätigt. Es ist jedoch ersichtlich, dass in Fällen, in denen die Kultur nicht durch Mikroskopie bestätigt wird (C+/M-), die PCR-Ergebnisse in 32 % der Fälle negativ sind.

Abb. 12: Ergebnis-Vergleich Bakteriologie und PCR, N=314



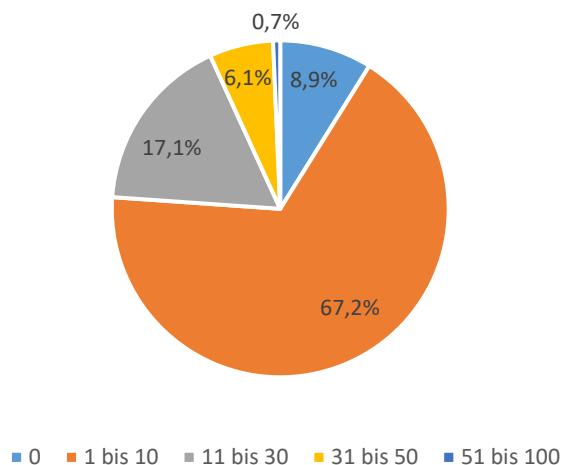
Diese Übersichtstabelle zeigt anhand der Symbole * und °, wie die Prozentsätze berechnet wurden.

	Davon PCR +	Davon PCR -
°C+	85%	12%
*M+	90%	3%

4.5 Grösse der Umgebungsuntersuchungen

Für das Jahr 2024 verzeichneten die KTBF 293 UU in der Schweiz. Das sind 64 mehr als 2023, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass im Jahr 2024, 26 UU der Grösse 0 erfasst wurden (das entspricht 8,9 % der UU). Die Arbeit der KTBF wird somit besser dargestellt. Die UU unterscheiden sich durch die Anzahl der KP, die sie umfassen. Die Aufteilung nach Grössenkategorien im Jahr 2024, dargestellt in Abbildung 13, ist sehr ähnlich wie in den Vorjahren. Es fanden nur zwei UU mit mehr als 50 Personen (und weniger als 100 KP) statt. Im Vergleich zu den letzten drei Jahren sind die UU dennoch etwas grösser: 3 UU mit mehr als 30 Personen im Jahr 2021, 10 im Jahr 2022, 18 im Jahr 2023 und 20 im Jahr 2024.

Abb. 13: Grösse der UU 2024, N=293



Die Mehrheit (67,2%) aller UU umfassen 1 bis 10 Personen. Dies bedingt sich dadurch, dass die für die Einleitung einer UU definierte Expositionszeit (8h bei positiver Mikroskopie, 40h bei negativer Mikroskopie) relativ lange ist, im Vergleich zum Beispiel zur Kontaktzeit bei SARS-CoV-2, und entsprechend weniger Leute im Umfeld für eine Abklärung qualifizieren. Die Mehrheit der gefährdeten Personen leben im gleichen Haushalt wie der IP oder hatten kumulativ eine Exposition von über 8 Stunden im gleichen Raum in den drei Monaten vor Behandlungsbeginn. Diese Kriterien erfüllen in der Regel nicht viele Personen im Umfeld eines IP (vgl. Tuberkulose-Handbuch, Kapitel 5).

4.6 Umgebungsuntersuchungen im kantonalen Vergleich

Abbildung 14 zeigt die Anzahl der von jedem Kanton durchgeföhrten UU. SH erscheint hier nicht, da dort keine UU durchgeföhr wurde (für 2 IP).

Grundsätzlich wird eine UU bei IP mit bakteriologischen Ergebnissen M+, M-/C+ sowie für alle Tuberkulosefälle bei Kindern unter fünf Jahren angeordnet (zentripetale UU). Je höher die Zahl der in einem Kanton gemeldeten Lungenfälle ist, desto mehr UU sind zu erwarten.

Abb. 14: Anzahl UU pro Kanton, N=293

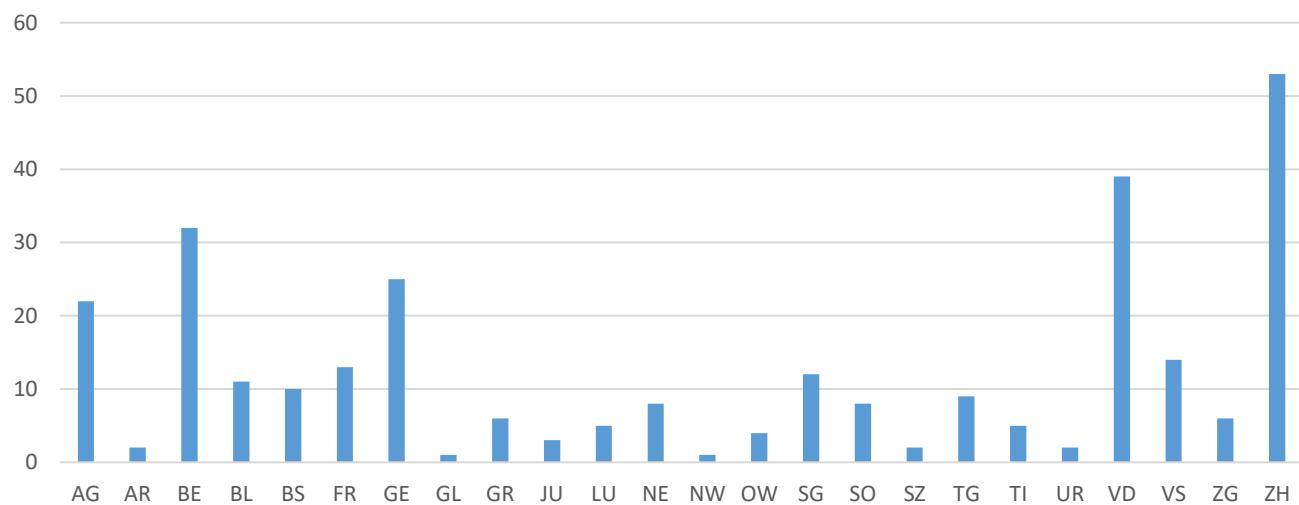
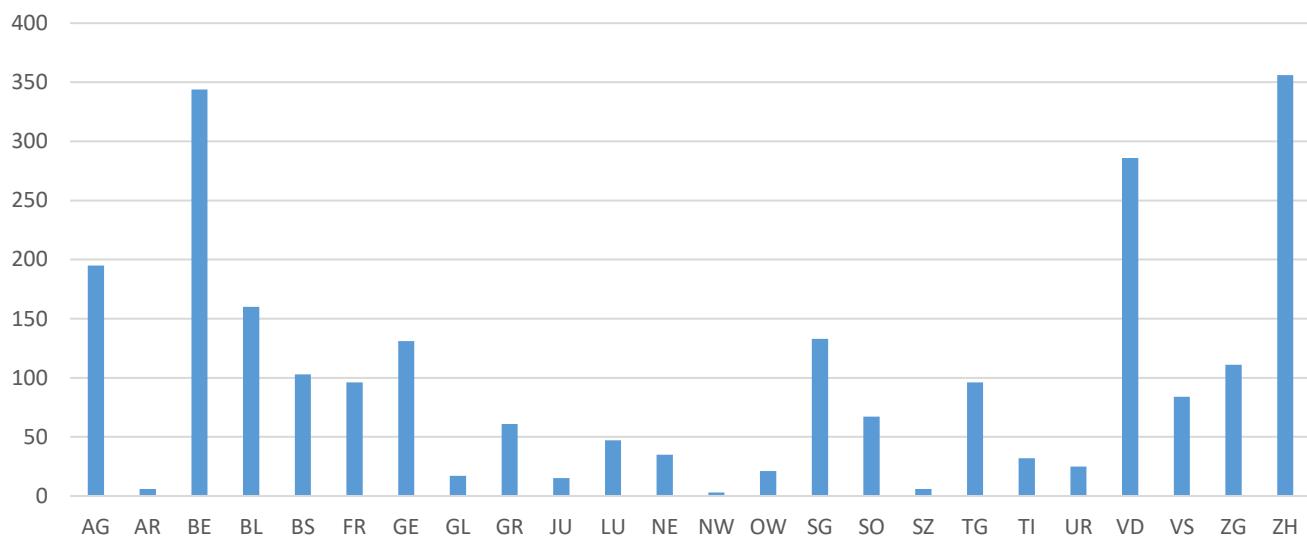


Abbildung 15 zeigt die Anzahl getestete KP in den verschiedenen Kantonen. An dieser Stelle ist auch anzumerken, dass Tuberkulosefälle, die bei Asylsuchenden in den Wochen nach der Asylantragstellung entdeckt werden, oft zu einer eher restriktiven Kontaktabklärung führen (oft beschränkt auf die Familie, Mitreisende oder auch besonders exponierte Mitbewohner). Die Identifizierung und Nachverfolgung von KP ist ebenfalls oft schwierig. Die Praxis variiert jedoch je nach Standort der Asylunterkunft.

Abb. 15: Anzahl KP pro Kanton für alle UU, N=2430



Insgesamt wurden 2065 Personen (-1 % gegenüber 2023) im Rahmen der UU getestet. Diese Zahl stabilisiert sich somit nach einem Anstieg gegenüber 2021 und 2022, wie Abbildung 16 zeigt:

Abb. 16: Anzahl getesteten KP 2020-2024



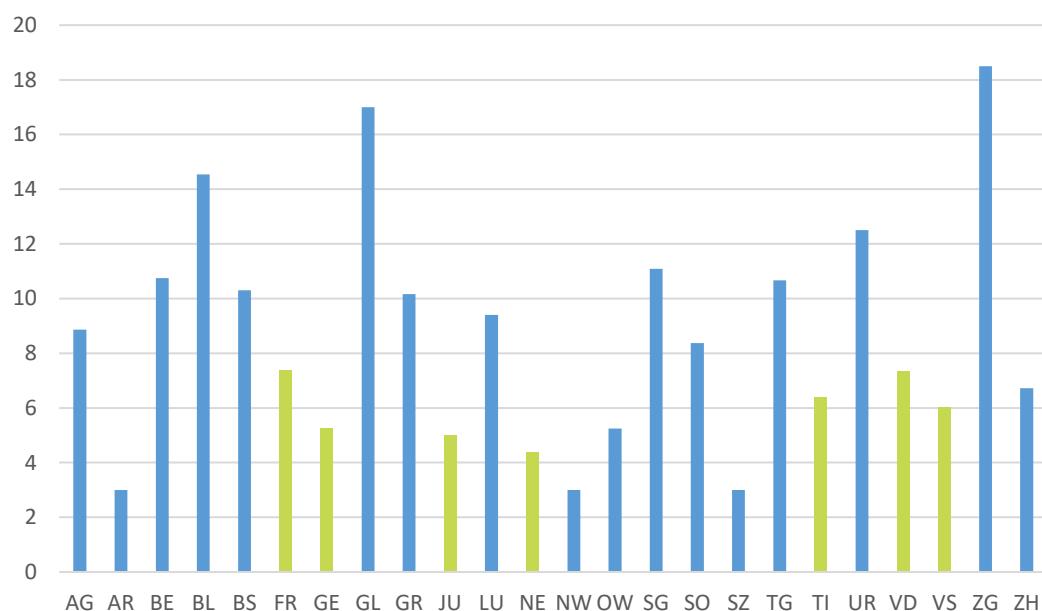
Ausserkantonale Analysen:

Aus technischen Gründen kann nicht für alle Kantone zwischen KP unterschieden werden, die für kantonale IP getestet wurden, und solchen, die für ausserkantonale IP getestet wurden. Die sogenannten „ausserkantonalen“ Analysen sind daher nicht alle in diesem Bericht enthalten. Dies wird für die Datenerhebung 2026 optimiert. Generell lässt sich sagen, dass die Koordination der KP-Tests für ausserkantonale IP gut funktioniert

und die KTBF eng zusammenarbeiten. Eine Excel-Datei mit den für diese Analysen erforderlichen Informationen wird den KTBF auf der Website des Kompetenzzentrums für Tuberkulose zur Verfügung gestellt. Diese Datei wird häufig genutzt und regelmässig aktualisiert.

Das Testvolumen für ausländische IP war im Jahr 2024 erneut marginal.

Abb. 17: Durchschnittliche Anzahl getestete KP pro UU



In Abb. 17 ist die durchschnittliche Anzahl getesteter KP pro UU ersichtlich. Im Mittel wurden pro UU 7 KP getestet, eine weniger als im Jahr 2023. Dies deckt sich mit der Angabe, dass 2024 die Mehrheit aller UU 1-10 KP enthielten. Diese Kennzahl kann einen Hinweis darauf geben, ob die Indikation zum Testen von exponierten Personen mehr oder weniger restriktiv gehandhabt wird. Mit zunehmender Anzahl getesteter Personen wird durchschnittlich ein weniger exponierter Personenkreis erfasst, womit sich der Ressourceneinsatz tendenziell weniger lohnt. Die Kennzahl hängt aber auch massgeblich davon ab, wie mobil die/der IP war und wie viele Personen sich im näheren Umfeld befanden.

Die UU von 2024 aus der lateinischen Schweiz sind im Durchschnitt kleiner als die UU aus der Deutschschweiz. Unterschiede zwischen Kantonen bezüglich der Anzahl getesteter Personen können auch von spezifischen Umständen in einzelnen Jahren abhängen (z.B. kann eine UU in einer Schule oder in anderen speziellen Institutionen Anlass zu einer grösseren Anzahl Testungen geben als eine UU in einem privaten Kreis). Es kommt auch vor, dass ein Test aus psychologischen Gründen gemacht wird, um KP zu beruhigen, ohne dass eine medizinische Indikation vorliegt.

4.7 Allgemeine ergänzende Angaben zu den Kontaktpersonen aus WHO-Befragung

Basierend auf den im April 2025 bei den KTBF erhobenen Daten, welche vom BAG für den jährlichen WHO-Bericht verlangt werden, ergeben sich noch zusätzliche Informationen zu den KP. Die Anzahl der KP entspricht nicht ganz den Daten, die für die Darstellung der Zahlen in diesem Bericht verwendet wurden. Dies liegt daran, dass die UU des Vorjahres im April oft noch nicht abgeschlossen sind. Es handelt sich hierbei um ergänzende Informationen, die einen allgemeinen Überblick zu anderen Kriterien geben sollen.

Abb. 18: Kontaktort der KP mit dem IP, N=2230

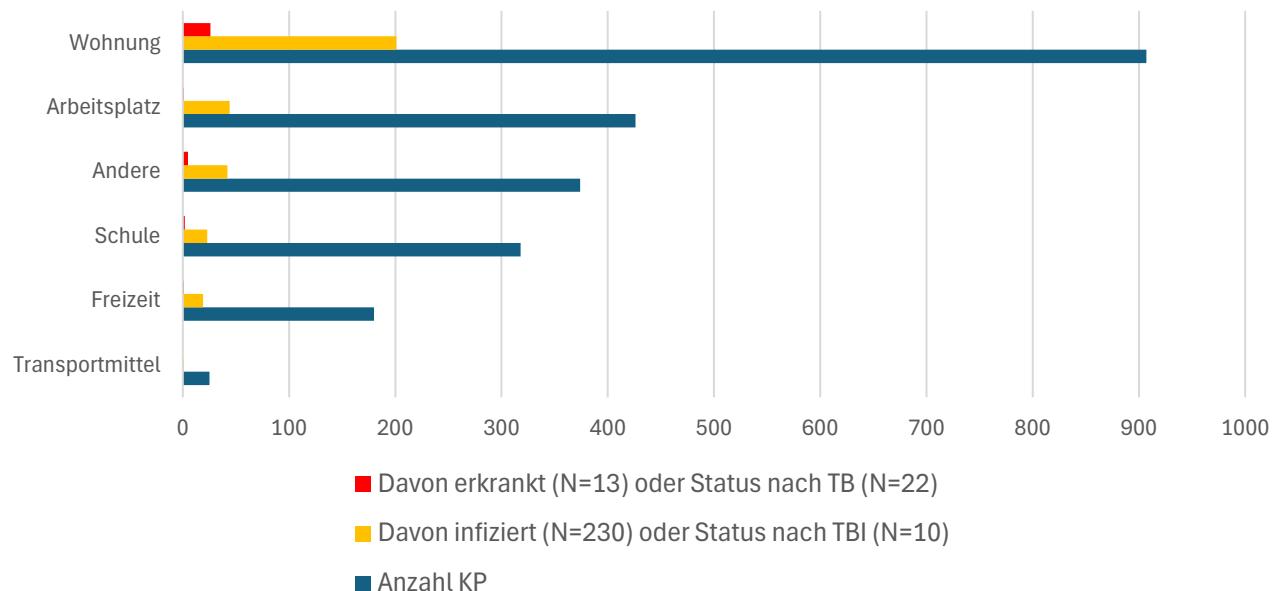
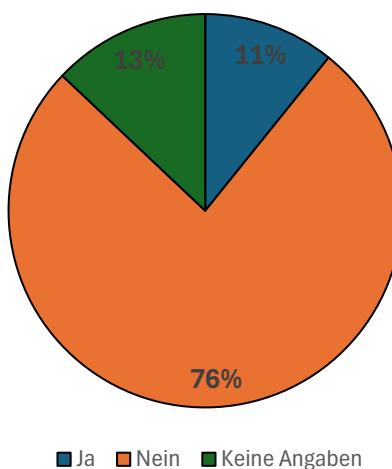


Abbildung 18 zeigt, dass die Mehrheit der KP einer UU, mit dem IP zusammenlebt. Es handelt sich um Personen, die unter demselben Dach oder im selben Zimmer geschlafen haben (Mitbewohner, Asylzentrum, Gefängnis, Spital usw.). Durch das Zusammenleben infizieren sich die meisten KP, 22 % der aus diesem Kontaktort getesteten KP sind infiziert. Die Zahl der Erkrankten ist ebenfalls bei den KP dieser Kategorie am höchsten, was durch eine längere Expositionsdauer zu erklären ist. Nur 7 % der im Zusammenhang mit der Schule getesteten KP waren infiziert, 10 % am Arbeitsplatz, 11 % in der Freizeit und 4 % in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Ein weiterer interessanter Punkt, zu dem der LLS einige Daten vorliegen, ist das Alter der KP. Hier eine Information zu Kleinkindern unter 5 Jahren. Sie machen 139 der 2230 KP aus, also 6 %. Ihre Infektionsrate ist in Abbildung 19 dargestellt.

Abb. 19: TB Infektion KP < 5 Jahren

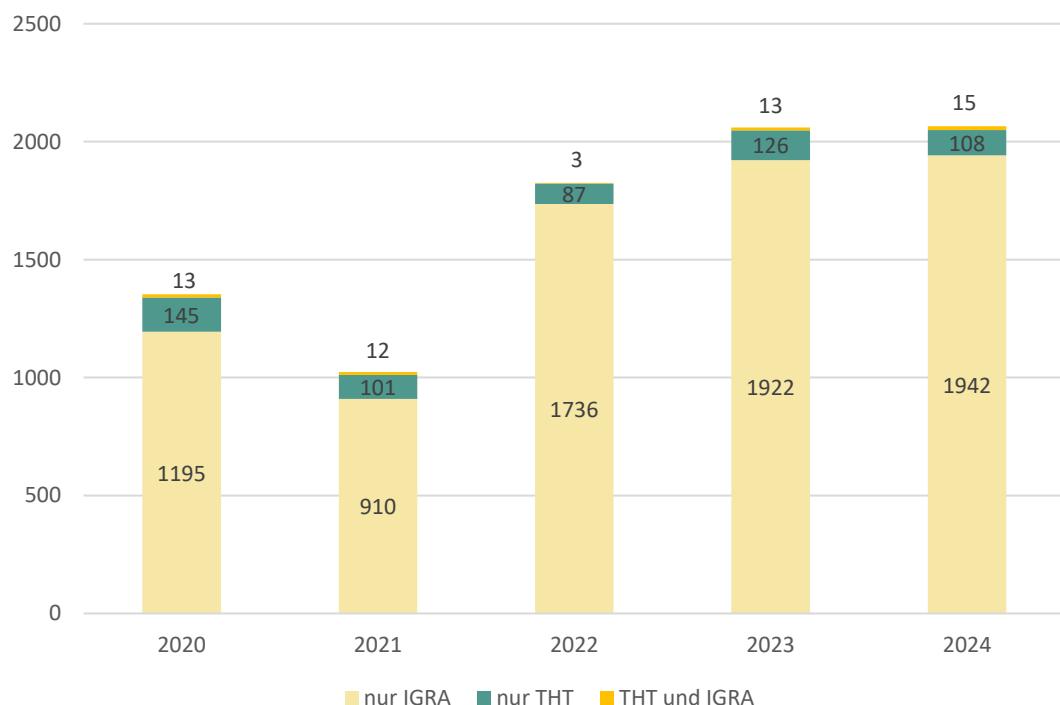


11 % dieser Kinder unter 5 Jahren waren infiziert, 3 % waren erkrankt.
Die Daten zur Behandlungsrate sind zu unvollständig, um ausgewertet zu werden.

4.8 Resultate der getesteten Personen im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen

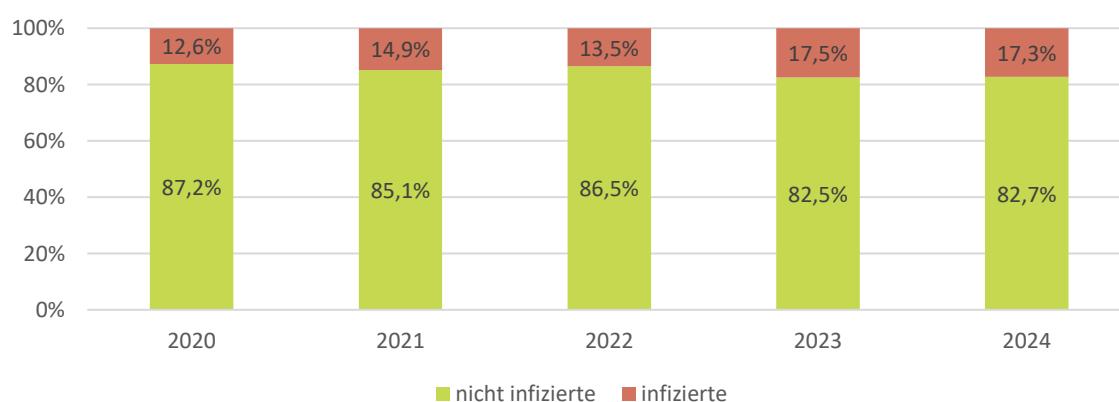
Gemäss Vorgaben des Tuberkulose-Handbuchs existieren unterschiedliche Teststrategien für KP in einer UU. Je nach Situation wird entweder nur ein THT gewählt (primär bei KP unter 2 Jahren), ein THT mit einem IGRA als Nachtestung (bei Verdacht auf einen falsch positiven THT) oder nur ein IGRA (Mehrheit der Erwachsenen, immunokompetenten Personen).

Abb. 20: Kategorien der gesteten Kontaktpersonen



In Abb. 20 werden die drei Testgruppen pro Jahr in absoluten Zahlen dargestellt. Die Verteilung in die drei Testgruppen zeigt eine hohe Stabilisierung der Verwendung von IGRA-Tests.

Abb. 21: Infizierte und nicht-infizierte KP in % aller getesteten KP
2020-2024



Als „infiziert“ werden Personen bezeichnet, die ein positives Testresultat, aber keine Zeichen einer TB aufweisen. Die Tests weisen auf einen Kontakt zu Mykobakterien hin. Beim THT sind dies nicht nur Mykobakterien des *M.tuberculosis*-Komplexes, sondern auch atypische Mykobakterien. Die Tests geben zudem keinen Hinweis auf das Datum der Infektion. Das positive Testresultat kann also auch auf einem Jahre früher stattgefundenen Kontakt beruhen. Ebenso kann ein positives THT-Resultat durch eine frühere BCG-Impfung verursacht werden.

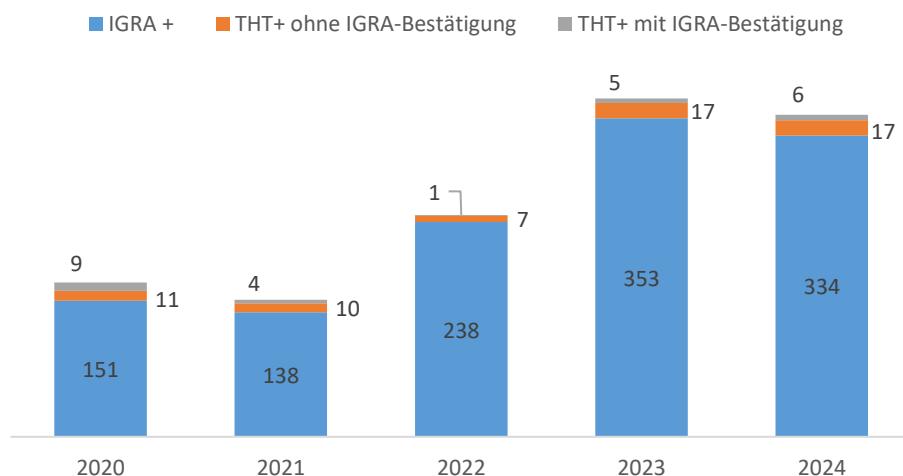
2024 wurden total 357 Kontaktpersonen (17.3%) aufgrund ihrer positiven Testresultate als infiziert eingestuft (361 im Jahr 2023, was einem leichter Rückgang der positiven Fälle entspricht), siehe Abb. 21. Als infiziert gelten Kontaktpersonen mit folgenden Testresultaten:

- THT+ bestätigt durch einen IGRA+
- Nur THT +
- IGRA +

Die Positivitätsrate im Jahr 2024 ist sehr ähnlich wie die Rate im Jahr 2023 (-0,2 %).

Die infizierten Kontaktpersonen teilen sich auf die drei Teststrategien wie folgt auf (Abb.22):

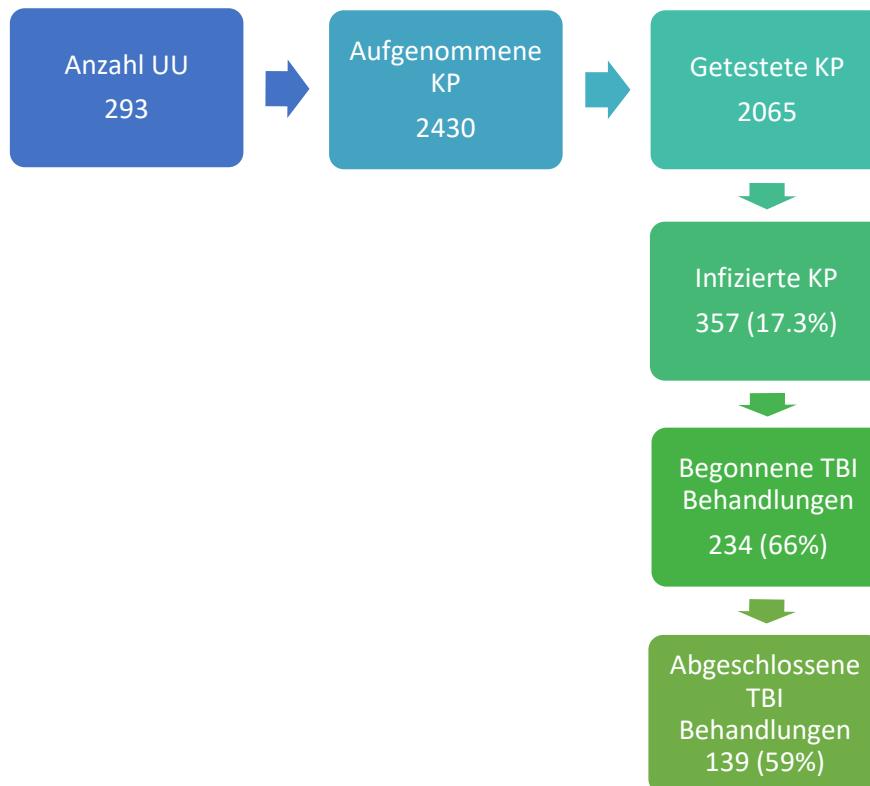
Abb. 22: Infizierte Kontaktpersonen nach Testart



Die Verhältnisse zwischen den unterschiedlichen Testgruppen variieren gegenüber dem Vorjahr nicht stark. Aufgrund der stetig zunehmenden Anzahl von Personen, welche nur mit einem IGRA getestet werden, nehmen auch die infizierten KP in dieser Gruppe in absoluten Zahlen zu.

4.9 Behandlungen der infizierten Kontaktpersonen und Anzahl an Tuberkulose erkrankte Kontaktpersonen

Das primäre Ziel der Suche nach Infizierten ist die darauffolgende Behandlung der TBI, da diese ein erhöhtes Risiko für eine spätere TB aufweisen.

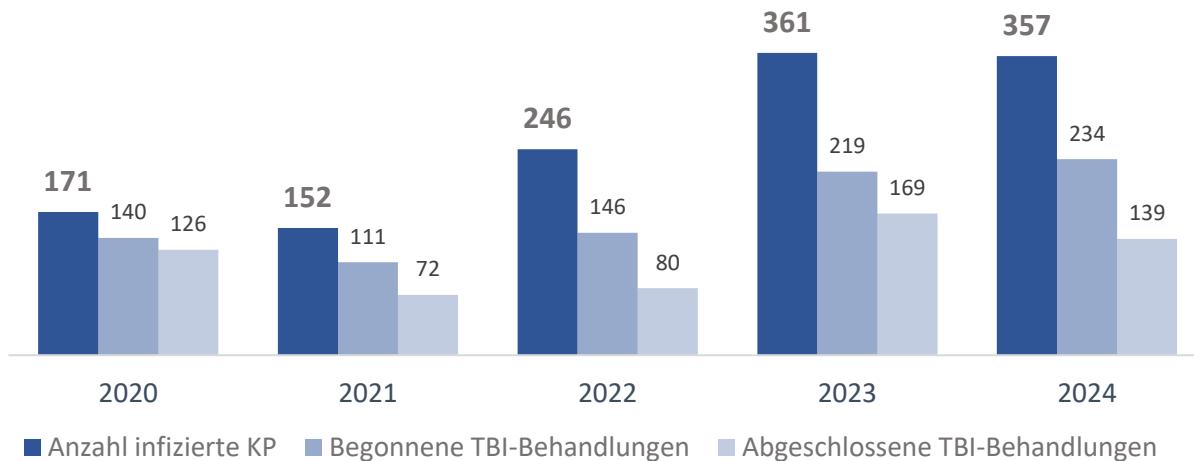


Grafik 3: Absolute Zahlen und Prozentzahlen der infizierten KP, solche mit einer begonnenen TBI-Therapie und solche, die diese Therapie erfolgreich abgeschlossen hatten im Jahr 2024.

Von 357 infizierten KP begannen 234 eine TBI-Behandlung und 139 davon schlossen diese erfolgreich ab (Grafik 3). Das ergibt eine Abschlussrate von 59% (77% in 2023). Dieser Zahl ist mit Vorsicht zu betrachten, da der Verlauf der präventiven Therapie nicht in allen Kantonen systematisch erfasst und gemeldet wird. Zudem wechseln die KP immer häufiger den Wohnkanton, wodurch ihre Nachverfolgbarkeit beeinträchtigt sein kann. In diesem Fall kann das KTBF nicht angeben, ob eine Behandlung abgeschlossen werden konnte. Es ist ebenfalls möglich, dass ein KP die Behandlung zwar abgeschlossen hat, diese Information aber zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht im System erfasst war. Die effektive Abschlussrate in der Praxis liegt daher über der hier angegebenen Quote. In Zukunft wäre es sinnvoll zu erheben, ob eine präventive Therapie vorzeitig abgebrochen wurde oder ob keine Informationen zum Verlauf der präventiven Therapie vorliegen, um besser differenzieren zu können.

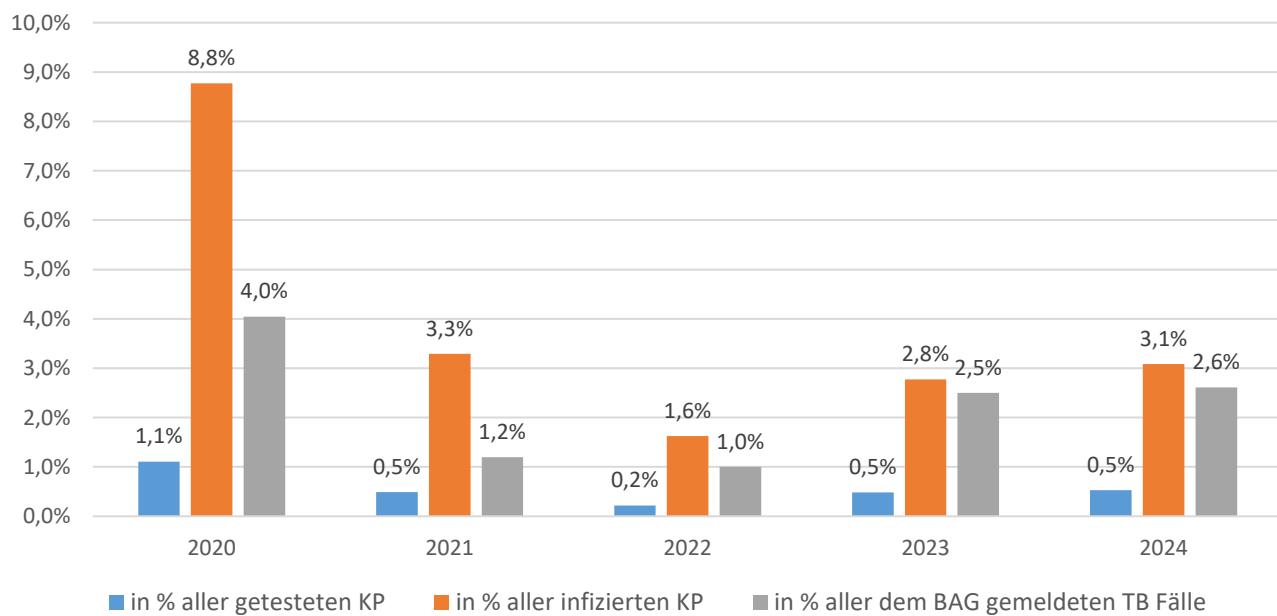
Die Entwicklung der TBI-Behandlungen in den letzten fünf Jahren ist in Abbildung 23 dargestellt.

Abb.23: Entwicklung TBI-Behandlungen bei infizierten KP 2020-2024



Begonnene TBI-Behandlungen: Nicht alle als „infiziert“ geltenden Personen hatten schliesslich eine Indikation für eine TBI-Behandlung (schon behandelte TB/TBI, hohes Alter, medizinische Kontraindikationen). Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass die Absicht zu testen auch eine Absicht zu behandeln beinhaltet. Es gibt aber Personen, die auf eine vorgeschlagene Behandlung verzichten. Deswegen ist die Anzahl begonnener TBI-Behandlungen geringer als die Anzahl der Personen mit TBI (infizierte KP).

Abb. 24: Häufigkeit der sekundären TB-Fälle

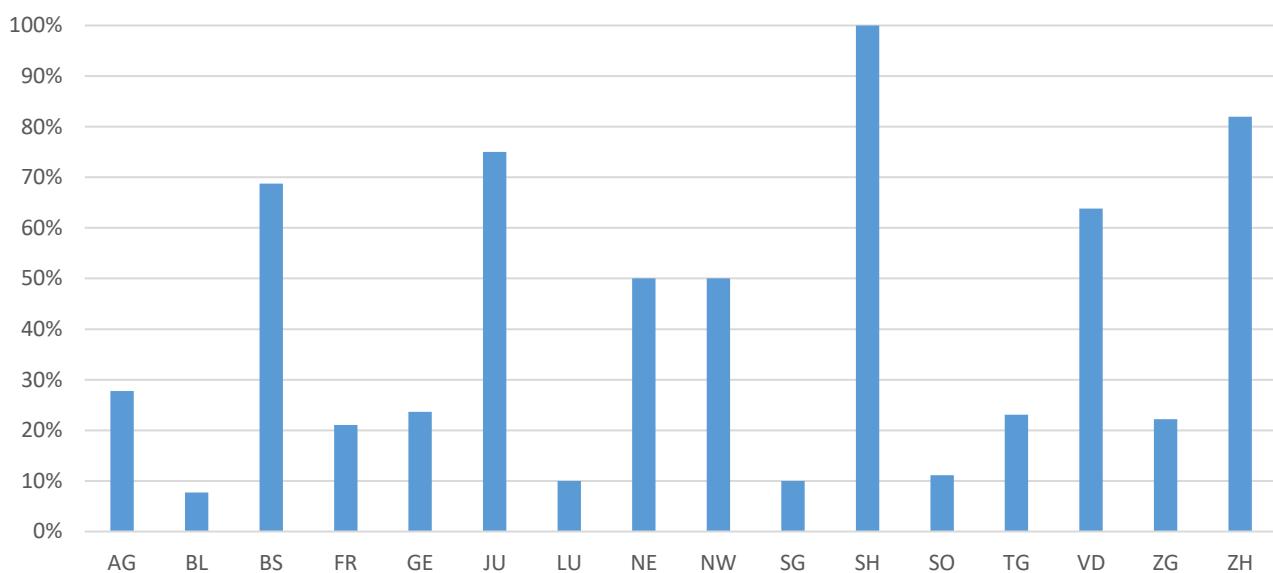


Seit dem Jahr 2020 werden die an TB erkrankten KP, welche im Rahmen einer UU entdeckt wurden, statistisch erfasst, illustriert in % mit Abbildung 24. Im Jahr 2024 gab es elf solcher TB-Fälle, im Jahr 2023 zehn und vier im Jahr 2022. Bezogen auf alle dem BAG gemeldeten TB-Fällen betragen diese zwischen 2% und 3% in den letzten zwei Jahren. Weitere Daten in den kommenden Jahren sind nötig, um einen Trend festzustellen. Bei KP entdeckte TB-Erkrankungen werden als eigene TB-Fälle dem BAG gemeldet und können bei vorliegender Ansteckungsgefahr auch eine UU auslösen.

5 Resultate zu den direkt überwachten und videoüberwachte Medikamentenabgaben

Die wichtigste Massnahme bei der Eindämmung der TB ist die Sicherung der Behandlung (Unterbrechung der Infektionskette und Prävention der Resistenzbildung). Die Beurteilung der voraussichtlichen Adhärenz jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten steht insbesondere bei der Lungen-TB am Anfang jeder Behandlung. Dabei wird ein Teil der Behandlungen unter Aufsicht der Einnahme jeder Medikamentendosis durchgeführt (directly observed therapy, DOT). Die VOT wird aktuell nur von der LPGE verwendet.

Abb. 25: DOT in % aller BAG gemeldeten Fälle pro Kanton



In Abb. 25 werden die DOT dargestellt, welche eine KTBF entweder selbst durchgeführt hat oder dafür die administrative Verantwortung trug. Die Kantone AI, AR, BE, GL, GR, SZ, TI, UR und VS haben für das Jahr 2024 keine DOT im System erfasst und sind entsprechend nicht in Abb. 25 inkludiert. Im Jahr 2024 setzten 16 Kantone und Halbkantone DOTs ein, im Jahr 2023 waren es 15 Kantone. Die Aufsicht über die Behandlung scheint sich also auszuweiten, hängt aber auch von der Situation vor Ort ab.

Da zudem nicht alle KTBF von ihrem kantonsärztlichen Dienst sämtliche TB-Fälle gemeldet bekommen (vgl. dazu Kap. 3, Abb. 3) ist es möglich, dass weitere DOT von behandelnden Fachpersonen verordnet werden, von denen die KTBF keine Kenntnis hatten. Dies trifft insbesondere auf TB-Fälle zu, welche keine UU ausgelöst haben.

Die durchschnittliche Anzahl DOT/gemeldete Fälle liegt schweizweit bei 38%, genau wie in Jahr 2023. Die grosse Heterogenität zwischen den Kantonen hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung von DOT ist nicht mehr vorhanden. Es sind keine Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz festzustellen.

In den meisten Kantonen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt allein oder in Absprache mit der KTBF sowie den Kantsärztinnen und -ärzten über die Durchführung einer DOT (vgl. Kap. 3, Abb. 5). Der Grossteil der DOT werden von den KTBF an andere Stellen delegiert. Die tägliche Medikamentenabgabe erfolgt in diesen Fällen durch Drittstellen (z.B. Apotheken oder sozial-medizinische Institutionen). Die Oberaufsicht, die administrative Verantwortung und das Zusammentragen der Behandlungsergebnisse obliegt der KTBF, die in der Regel einen Auftrag für die Organisation von DOT vom jeweiligen Kanton hat (vgl. Kap. 3, Abb. 1).

6 Schlussbemerkung

Auch im Jahr 2024 gelang es den KTBF in Zusammenarbeit mit den KAZA, den Mitarbeitenden der Bundesasylzentren, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren involvierten Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz die geforderten 293 UU gemäss den evidenzbasierten Guidelines korrekt und effizient durchzuführen. Die Betreuung der IP und deren Familien sowie der KP, welche im Rahmen einer UU informiert und getestet werden müssen, erfordert ein hohes Mass an Fachkompetenz und Empathie. Die Mitarbeitenden der KTBF erfüllen diese Voraussetzungen vollumfänglich und sind sämtlichen Stakeholdern ein verlässlicher Partner.

Die korrekte Ausführung der UU und Behandlung der IP tragen massgeblich dazu bei, dass die öffentliche Gesundheit in der Schweiz geschützt wird und die TB sich nicht verbreiten kann. Für die kommenden Jahre sind sämtliche Stakeholder weiterhin bestrebt, die Prozesse zu optimieren und bei allen Personen mit einer TB eine angemessene Betreuung und Behandlung zu gewährleisten. Es bleibt auch weiterhin zentral wichtig, an TB als Differentialdiagnose zu denken. Das Kompetenzzentrum Tuberkulose der Lungenliga Schweiz steht sämtlichen Fachpersonen in ihrer täglichen Arbeit zur Bekämpfung der TB zur Seite.

Köniz, der 17. Dezember 2025

Lungenliga Schweiz
Kompetenzzentrum Tuberkulose

Autorin: Melody Schmid
Datenaufbereitung: Melody Schmid, Timo Friedli, Patrick Götschi
Lektorat: Prof. Dr. Otto Schoch, Timo Friedli