

Digitale Überwachung im stationären Bereich und in der Langzeitpflege

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Technologische Fortschritte und die Digitalisierung eröffnen neue Möglichkeiten im Gesundheitswesen. Anwendungen zur Unterstützung von Diagnostik, Therapie und Betreuung finden sich überall im klinischen Alltag, darunter auch digitale Überwachungssysteme. Während diese etwa in der Intensiv- und Notfallmedizin seit langem eingesetzt werden, halten sie nun zunehmend Einzug auf Bettenstationen und in der Langzeitpflege. Sie versprechen höhere Sicherheit und Effizienz. Neben Vorteilen sind kritische Punkte abzuwägen, insbesondere bei routinemässig und dauerhaft eingesetzten Überwachungssystemen.

In dieser Stellungnahme werden die medizin-ethischen Fragen reflektiert, die rechtlichen Grundlagen erörtert und Empfehlungen für einen verantwortungsvollen Einsatz digitaler Überwachung im stationären Bereich formuliert. Die Stellungnahme richtet sich insbesondere an:

- Verantwortungsträger¹ in Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken und Institutionen der stationären Langzeitpflege²;
- Qualitätsmanagement sowie Verantwortliche und Mitglieder der klinischen Ethikstrukturen von Gesundheitsinstitutionen;
- Trägerschaften und Verbände dieser Institutionen;
- FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, Alliance Care sowie weitere Berufs-, Fach- und Patientenorganisationen bzw. Interessenverbände;
- Kantone und Gemeinden als Aufsichtsbehörden;
- Datenschutzberatende der Kantone und des Bundes;
- Entwickler und Anbieter von Patientenüberwachungssystemen im stationären Bereich.

Das Wichtigste in Kürze

Audiovisuelle und andere digitale Überwachungssysteme können einen **Beitrag zur Sicherheit** von Patienten bzw. Bewohnenden, zur **Unterstützung der Betreuung** und zur **Effizienzsteigerung** leisten. Damit ihr Einsatz im Einzelfall medizinisch angemessen, rechtlich zulässig und ethisch verantwortbar ist, sind Bedingungen einzuhalten, die je nach Technologie und Kontext variieren.

Digitale Überwachungssysteme greifen immer in die **Persönlichkeitsrechte bzw. Privatsphäre** der betroffenen Personen ein. Dies betrifft nicht nur Patienten und Bewohnende, sondern, wenn sie vom System erfasst werden, auch deren Angehörige, Besuchende sowie Gesundheitsfachpersonen und weitere Berufsgruppen. Die Schwere des Eingriffs hängt u. a. von der verwendeten Technologie und der Dauer der Überwachung ab. Ebenso ist sie davon abhängig, ob ggf. («on demand») Einblick in private oder intime Handlungen möglich ist. Eine dauerhafte und nicht anonymisierte Überwachung mittels Bild und Ton stellt den schwersten Eingriff dar; mit Blick auf die Grundrechte des Einzelnen und die Datenschutzgesetzgebung sind hierfür kaum

¹ Die weiblichen oder männlichen Formulierungen werden kapitelweise abwechselnd verwendet, gemeint sind jeweils die Angehörigen aller Geschlechtergruppen.

² Im vorliegenden Text wird der Begriff «Institution der stationären Langzeitpflege» für Pflege- und Wohnrichtungen der Alterspflege sowie für Einrichtungen, die Menschen mit Behinderungen pflegen und betreuen, verwendet.

Rechtfertigungsgründe denkbar. Doch auch bei weniger eingreifenden Überwachungssystemen ist die Einwilligung der Betroffenen (falls urteilsfähig) zwar grundsätzlich notwendig, aber allein nicht ausreichend. Zusätzlich müssen stets die persönlichkeits- und datenschutzrechtlichen Grundsätze eingehalten werden, die auch durch eine Einwilligung nicht unterlaufen werden können. Dazu gehören u. a. die Eignung, Erforderlichkeit und Verhältnismässigkeit der Überwachungsmaßnahme.

Digitale Überwachungssysteme dürfen in Institutionen **nicht routinemässig** bei allen Patienten bzw. Bewohnenden zur Anwendung kommen, sondern nur **in vordefinierten und begründeten Einzelfällen**. Eine Rechtfertigung des Einsatzes eines Überwachungssystems erfordert im konkreten Fall eine medizin-ethische Abwägung und Klärung der folgenden Punkte:

- Zweck der Überwachung;
- (medizinische) Indikation;
- Wahrung der Verhältnismässigkeit (Wahl der am wenigsten invasiven Massnahme);
- Transparenz und Information gegenüber allen betroffenen Personen;
- informierte Einwilligung urteilsfähiger Personen resp. eine ärztliche Anordnung bei Urteilsunfähigkeit (eine stellvertretende Einwilligung ist i. d. R. nicht möglich, vgl. Ziff. 4.5.) sowie Aufklärung über das Widerrufsrecht;
- Schutz der Persönlichkeitsrechte und Privatsphäre durch eine möglichst sparsame Datenerfassung³;
- Begrenzung der Datennutzung auf die angegebenen oder genehmigten Zwecke;
- zeitliche Begrenzung der Überwachung;
- Begrenzung der Einsichtsmöglichkeiten bzw. Zugriffsrechte auf die erhobenen Daten;
- Rückverfolgbarkeit des Zugriffs auf die gesammelten Daten;
- Gewährleistung der Daten- und Informationssicherheit;
- Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu bewegungseinschränkenden Massnahmen, sofern es sich bei der Überwachung um eine solche handelt;
- sorgfältige Dokumentation;
- Regelmässige Re-Evaluation der (medizinischen) Indikation.

Bei einer länger dauernden Überwachung ist kontinuierlich zu prüfen, ob die genannten Anforderungen weiterhin erfüllt sind. Unverzichtbar bleiben zudem eine verlässliche, persönliche Zuwendung und Betreuung. Nur so lassen sich die Chancen der digitalen Überwachungssysteme nutzen und gleichzeitig die medizinische Behandlungsqualität, die Einhaltung zentraler ethischer Prinzipien und die Rechte aller Beteiligten wahren.

1. Digitale Überwachungssysteme im stationären Bereich

In jüngerer Zeit haben verschiedene Institutionen der Gesundheitsversorgung neue digitale Überwachungssysteme eingeführt oder planen deren Einsatz. Diese Entwicklung spiegelt gesellschaftliche Trends wider – etwa hohe Erwartungen an Sicherheit und Effizienz sowie eine wachsende Vertrautheit mit Überwachungstechnologien im Alltag (z. B. Fitness-Tracker, Smartwatches oder Türklingelkameras). Zudem können technologische Fortschritte wirtschaftliche Anreize für Investitionen oder Effizienzsteigerungen schaffen.

Digitale Überwachungssysteme haben sich in der Gesundheitsversorgung schrittweise aus der klinischen Überwachung von Vitalparametern heraus entwickelt und wurden durch Fortschritte in Sensorik, Datenverarbeitung und künstlicher Intelligenz (KI) erheblich erweitert.⁴ Heute

³ D. h. Erhebung und Verarbeitung nur der für den Zweck notwendigen Daten.

⁴ Vgl. grundlegende Überlegungen und weiterführende Hinweise zu den Themen Digitalisierung und Überwachung im Gesundheitswesen in: Angerer A, Stahl J. Das smarte Spital der Zukunft – Eine lohnenswerte Transformationsreise. In:

ermöglichen sie eine kontinuierlichere und technik-gestützte Beobachtung, zugleich aber auch eine Datenerhebung, die deutlich über die personenbezogene Überwachung der Vitalwerte hinausgeht.

Was sind digitale Überwachungssysteme?⁵

Digitale Überwachungssysteme, wie sie in dieser Stellungnahme betrachtet werden, sind technik-gestützte Beobachtungen, die sich sowohl hinsichtlich der **Art der Datenerhebung** als auch der Art der Auswertung unterscheiden. Im Fokus der vorliegenden Stellungnahme stehen u. a. Geräte, mit denen eine (dauerhafte oder «on demand»⁶) **Bild- und Tonüberwachung von Patientinnen bzw. Bewohnerinnen** erfolgt, beispielsweise mit einer Übertragung der Daten in ein Stationszimmer. Dabei ist je nach System eine Zwei-Wege-Kommunikation möglich, d. h. eine Kontaktaufnahme durch eine Gesundheitsfachperson, um einen allfälligen Unterstützungsbedarf der Patientin im Gespräch abzuklären. Solche Bild- und Tonüberwachungssysteme können **mit oder ohne Aufzeichnung** der erhobenen Daten betrieben werden.

Bei **KI-gestützten Überwachungssystemen**, werden u. a. Radar- oder Bilddaten erfasst und daraus können abgeleitete Bewegungsmuster, Hinweise auf eine Sturzgefahr oder mögliche medizinische Zustände an die Pflegefachpersonen übermittelt werden. **Kamerabasierte Systeme** (z. B. Infrarot- oder RGB⁷-Kameras) erzeugen Echtzeitbilder und damit personenbezogene Bilddaten, auch wenn Anwendern in einem nachgelagerten Verarbeitungsschritt nur die Umrisse von Personen übermittelt werden. **Radarsensoren** erfassen hingegen Bewegungs- und Positionsdaten im Raum. Solche Daten erlauben in der Regel keine direkten Rückschlüsse auf persönliche Merkmale wie Haar- oder Hautfarbe oder Geschlecht; sie werden jedoch pseudonymisiert verarbeitet, etwa über Zimmer- oder Bettzuordnungen. Es gibt auch **hybride Modelle**, die mit Radarsensoren ausgestattet sind, welche bei vordefinierten Ereignissen eine Bild- und Tonüberwachung auslösen. Bei der **Auswertung von Rohdaten** kommen zunehmend KI-gestützte Systeme zum Einsatz.

Diese Unterschiede betreffen primär die technische Ausgestaltung der Systeme und werden in der vorliegenden Stellungnahme nur insoweit berücksichtigt, als sie für die medizin-ethische Beurteilung relevant sind.⁸

Die vorliegende Stellungnahme konzentriert sich auf digitale Überwachungssysteme im stationären Bereich, insbesondere in **Akutspitälern und -psychiatrien, Rehabilitationskliniken**

Fasnacht, D (Hrsg.) Smart Health. Wiesbaden: Springer Gabler; 2025:199–232; Angerer A, Berger S, Kurpat L et al. Der konkrete Nutzen von Digital-Health-Lösungen in der Schweiz. Winterthur: ZHAW School of Management and Law; 2024; Abernethy A, Adams L, Barrett M et al. The promise of digital health: then, now, and the future. NAM perspect. Jun 27;2022;10.31478; Lahr J, Schulze N, Wüst LN et al. Ethics of Sensor-Based Surveillance of People with Dementia in Clinical Practice. Sensors. 2025;25(7):2252.

⁵ Die dargestellten Systeme sind exemplarisch und nicht abschliessend, da sich die Technologie in diesen Bereichen rasch weiterentwickelt.

⁶ Mit «on demand» ist gemeint, dass Gesundheitsfachpersonen bei Bedarf – etwa durch Aktivierung eines Systems vom Stationszimmer aus – kurzfristig Bild- oder Tondaten aus dem Patientenzimmer abrufen können. Entscheidend ist dabei die Möglichkeit, jederzeit Einblick in private Situationen zu erhalten, auch wenn keine dauerhafte Überwachung erfolgt.

⁷ Eine RGB-Kamera liefert farbige Bilder, indem sie Licht in den Wellenlängen Rot, Grün und Blau (RGB) aufnimmt.

⁸ Die technologischen Aspekte digitaler Überwachungssysteme – insbesondere Fragen der Systemarchitektur, Datenverarbeitung und KI-gestützter Verfahren – werden in dieser Stellungnahme nicht vertieft behandelt.

sowie in der Langzeitpflege.⁹ Die aus medizinischen¹⁰ Gründen veranlasste Überwachung im stationären Bereich kann zur **Erreichung der folgenden Ziele** beitragen:

- frühzeitiges Erkennen von (drohenden) Stürzen, medizinischen Krisen oder selbstgefährdendem Verhalten und Ermöglichung entsprechender Interventionen;
- schnelle und praktikable Herstellung der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Bewohnerinnen und Gesundheitsfachpersonen;
- Entlastung, Unterstützung und im Einzelfall Ersatz von Personal am Bett (z. B. Sitzwache);
- Erkennen von fremdgefährdendem Verhalten von Patientinnen bzw. Bewohnerinnen.

Digitale Überwachungssysteme werden im medizinischen Alltag durchaus geschätzt. Ihre Verwendung als Ersatz für die Präsenz einer Gesundheitsfachperson kann jedoch die **Qualität der Behandlung und Betreuung vermindern**, wie die folgenden Überlegungen zeigen:

- Menschliche Präsenz ist in Krisen- und Belastungssituationen zentral. Viele Patientinnen und Bewohnerinnen erleben Unsicherheit und Angst (z. B. in Notfallsituationen, psychischen Krisen oder bei Demenz und Delir). Persönliche Zuwendung unterstützt die Orientierung und wirkt beruhigend sowie delirpräventiv. Dies ist der Genesung und Betreuung zuträglich.
- Bestimmte medizinische Komplikationen sind erst im unmittelbaren Kontakt erkennbar, etwa die subtile Verschlechterung der mentalen Fähigkeiten bei Hirnblutungen oder beginnenden Delirien. Es ist unklar, inwieweit Bild- oder Tonüberwachungssysteme solch feine klinische Zeichen erfassen können.
- In akuten Gesundheitssituationen ist eine unmittelbare Intervention durch Gesundheitsfachpersonen erforderlich, weshalb eine ausschliessliche Distanzüberwachung zu unvermeidbaren Verzögerungen führen kann.
- Wenn eine Gesundheitsfachperson mehrere Personen gleichzeitig digital überwacht, stellt sich die Frage der Alarmmüdigkeit («alarm fatigue»¹¹), des Umgangs mit Fehl- oder übersehenen Alarmen sowie der Verantwortlichkeit, wenn Komplikationen trotz Meldung des Systems nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden. Allgemein ist zu berücksichtigen, dass auch Fehlfunktionen Risiken für die Patientensicherheit darstellen können.
- Digitale Überwachungssysteme zielen teilweise darauf ab, Arbeitswege zu reduzieren und Abläufe effizienter zu gestalten. Im klinischen Alltag ist jedoch zu prüfen, ob die Überwachung mehrerer Personen vom Bildschirm aus bei gleichbleibender Qualität der Betreuung tatsächlich ökonomisch effizienter ist – oder ob regelmässige Besuche im Zimmer gleichwertig oder sinnvoller sind.
- Der direkte Patientenkontakt bleibt unerlässlich für eine ganzheitliche Beurteilung. Digitale Systeme können diesen Kontakt ergänzen, aber nicht ersetzen.

Je nach Setting stellen sich beim Einsatz digitaler Überwachungssysteme neben den medizinischen auch ethische und rechtliche Fragen.

2. Ethische Erwägungen

Der Einsatz digitaler Überwachungssysteme bewegt sich in einem ethischen Spannungsfeld. Dazu gehören einerseits das Bedürfnis nach **Schutz und Fürsorge sowie Effizienzüberlegungen** und

⁹ Die Überwachung zu Hause, u. a. durch Angehörige, Spitex oder «hospital-at-home» Systeme, wird nicht thematisiert. Auch die Telemedizin bleibt ausserhalb des Fokus, da es sich dabei um kurzfristige Bild- und Tonübermittlungen mit klar begrenztem Anwendungsbereich handelt. Auf die personenbezogene Vitalwertüberwachung ohne Bild- oder Tonübertragung, die bei medizinischer Begründung und Information der betroffenen Person rechtlich und ethisch weitgehend unproblematisch ist (z. B. Überwachung von Herzrhythmusstörungen über kardiale Devices) wird nachfolgend nicht weiter eingegangen.

¹⁰ Der Begriff «medizinisch» wird in diesem Text umfassend verwendet und bezieht sich auf die Tätigkeit von Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten.

¹¹ Vgl. Michels EAM, Van den Bossche J, Van Rompaey B et al. Alarm fatigue in healthcare: a scoping review of definitions, influencing factors and mitigation strategies. BMC Nursing. 2025;24(1):664.

andererseits der Anspruch der betroffenen Personen auf **Selbstbestimmung und Autonomie**. Die daraus entstehenden ethischen Fragestellungen lassen sich in fünf Dimensionen gliedern.

2.1. Schutz der Privatsphäre

Mit dem Eintritt in eine Institution der Gesundheitsversorgung verlieren Patienten und Bewohnende vorübergehend oder dauerhaft einen persönlichen Rückzugsort. Der Anspruch auf Privatsphäre («right to privacy») gilt auch im stationären Setting, ist jedoch durch institutionelle Abläufe (z. B. Sicherheitsanforderungen, Prozessqualität, Effizienz) und räumliche Gegebenheiten eingeschränkt. Der Einsatz digitaler Überwachungssysteme verschärft dieses **ethische Spannungsfeld**, weil er einen zusätzlichen Eingriff in die Privatsphäre darstellt – nicht nur für Patienten und Bewohnende, sondern auch für Angehörige, Besuchende, Gesundheitsfachpersonen und weitere Berufsgruppen. Die ethische und rechtliche **Pflicht zur Wahrung der Privatsphäre** verlangt daher eine **Reduktion der digitalen Überwachung auf das absolut Notwendige** (vgl. auch die Beispiele in Ziff. 4.4.). Die Tiefe des Eingriffs hängt u. a. davon ab,

- welche Informationen erhoben werden;
- ob dauerhaft (z. B. 24h/d) oder zeitlich begrenzt (z. B. nachts) überwacht wird;
- an wen bzw. wohin die Informationen übertragen werden;
- wie stark die Daten anonymisiert oder pseudonymisiert werden;
- ob, wo und wie (lange) sie gespeichert werden;
- ob Prinzipien von «Privacy by Design» (Datenschutz durch Technikgestaltung) umgesetzt werden;
- ob eine Wahlmöglichkeit besteht bzw. welche Form von Einwilligung («opt-out» vs. «opt-in»¹²) vorgesehen ist;
- welche Reaktion bei einem bestimmten beobachteten Verhalten vorgesehen ist.

Eine (dauerhafte oder «on demand») Überwachung mittels Bild und Ton greift besonders tief in die Privatsphäre ein. Sie beeinträchtigt nicht nur private Gespräche, sondern auch intime Handlungen sowie religiöse oder spirituelle Praktiken und kann Situationen erfassen, die mit besonderer Intimität verbunden sind (z. B. Körperpflege, emotionale Krisen oder die Sterbephase). Neben dem Schutz personenbezogener Daten ist daher auch die **Wahrung der menschlichen Würde** in den verschiedenen subjektiv empfundenen und normativ grundsätzlich relevanten Ausprägungen differenziert zu berücksichtigen.¹³ Zu beachten ist, dass sie auch die Privatsphäre von Mitarbeitenden oder im Raum anwesenden Drittpersonen betrifft. Überdies kann das Berufsgeheimnis von Gesundheitsfachpersonen und weiteren Professionen wie Seelsorge verletzt werden.

Alle oben genannten Aspekte sind sowohl institutionell als auch für jeden Einzelfall sorgfältig zu prüfen. Aus ethischer und rechtlicher Sicht vorzuziehen sind Systeme mit einer Wahlmöglichkeit, die erst durch ein «opt-in» der urteilsfähigen, informierten Person aktiviert werden (rechtliche Aspekte bzgl. Einwilligung vgl. Ziff. 4.5.). Eine Ablehnung darf nicht zu einer Benachteiligung in der Behandlung oder Betreuung führen. Alle Betroffenen müssen über das System, das Ziel der Anwendung, die Art und den Umfang der Datenübermittlung sowie, sofern zutreffend, die Datenspeicherung und -auswertung informiert werden (vgl. Ziff. 4.8.).

2.2. Gestaltung der Betreuung

Digitale Überwachungssysteme beeinflussen die Art der Betreuung, da sie die direkte Interaktion zwischen Gesundheitsfachpersonen und Betroffenen verändern. Inwiefern dies geschieht, hängt vom Überwachungssystem und Einsatzgebiet ab und lässt sich nur schwer vorhersagen. Für

¹² «Opt-out» bedeutet, dass ein System grundsätzlich aktiviert ist und von der betroffenen Person abgelehnt werden kann; «opt-in» bezeichnet die Aktivierung eines Systems erst nach vorgängiger, ausdrücklicher Zustimmung.

¹³ Vgl. Lamberton C, Ruster L, Ghai S et al. Dignity, properly used, could be a useful construct in AI ethics. Patterns. 2025;6(11):101396.

eine gute ethische Praxis ist entscheidend, dass digitale Systeme in die bestehenden Abläufe integriert werden, um die Betreuung zu unterstützen, ohne die Betreuungs- oder therapeutische Beziehung und menschliche Nähe *a priori* zu ersetzen. Aus der Perspektive der Fürsorge bleibt die **menschliche Betreuung und Zuwendung unerlässlich**. Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer verantwortungsvollen und ganzheitlichen Versorgung und darf durch organisatorische oder technologische Massnahmen nicht aufgehoben werden. Dies gilt insbesondere in Situationen, in denen Patienten in hohem Masse auf menschliche Präsenz, persönliche Zuwendung und einfühlsame Begleitung angewiesen sind – beispielsweise in (suizidalen) Krisen, in deliranten oder psychotischen Zuständen oder in der Sterbephase. In solchen Konstellationen können digitale Überwachungssysteme womöglich dazu beitragen, Gesundheitsfachpersonen in weniger kritischen Situationen zu entlasten und damit ihre Aufmerksamkeit gezielt auf Situationen zu richten, in denen persönliche Präsenz entscheidend erforderlich ist. Ob solche Entlastungseffekte tatsächlich eintreten und zur Stärkung persönlicher Betreuung genutzt werden, ist kritisch zu hinterfragen und aufgrund der vorliegenden Evidenz nicht geklärt (vgl. Ziff. 2.3.).

Aus **organisationsethischer Sicht** ist zu fordern, dass digitale Systeme nicht allein als Mittel zur Kompensation von Personalmangel, zum Abbau von Personal oder zur Effizienzsteigerung eingesetzt werden. Persönliche Zuwendung oder Betreuung darf nicht in dem Masse eingeschränkt werden, dass der Grundsatz der personenzentrierten Versorgung verletzt wird. Zudem ist aus Gründen der Gerechtigkeit darauf zu achten, dass digitale Überwachungssysteme nicht überproportional bei besonders vulnerablen Personen eingesetzt werden, die ihre Interessen nur eingeschränkt selbst vertreten können.

2.3. Personenzentrierter und evidenzbasierter Einsatz

Über den Einsatz eines digitalen Überwachungssystems ist im Einzelfall und personenzentriert zu entscheiden. Massgebend sind Respekt, Fürsorge, Offenheit und Toleranz gegenüber den betroffenen Personen sowie die Orientierung an ihren individuellen Präferenzen, Lebensweisen und Bedürfnissen. Es ist also nicht nur grundsätzlich zu prüfen, ob der Einsatz medizinisch indiziert und verhältnismässig ist bzw. ob es eine weniger invasive Alternativen gibt, sondern immer auch, ob der Einsatz **im konkreten Fall zum Wohl der betroffenen Person beiträgt**. Die blosser Berufung auf allgemeine Routine darf die individuelle Bewertung nicht verdrängen. Auch eine allfällige höhere Vergütung für die Institution¹⁴ darf nicht ausschlaggebend sein.

Auf institutioneller Ebene ist zu beurteilen, inwiefern die versprochenen Vorteile digitaler Überwachungssysteme – etwa eine Reduktion von Stürzen oder eine Entlastung des Personals – **evidenzbasiert** sind. Entscheidungsträger sollten sich nicht ausschliesslich an Herstellerangaben oder Einzelfallerfahrungen orientieren, sondern an sorgfältig belegten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die aktuelle Datenlage ist allerdings noch begrenzt, es liegen nur wenige Langzeit- oder randomisierte Studien vor, deren Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf die Zielgruppen im Schweizer Kontext übertragbar sind.¹⁵ Viele Publikationen sind Erfahrungsberichte von Fachpersonen und/oder Angehörigen.¹⁶

¹⁴ Vgl. z. B. höhere Vergütung von Komplexbehandlungen bei Schlaganfall, bei der eine engmaschige Vitalzeichenüberwachung grundlegender Bestandteil der Komplexbehandlung ist. Verzichtet die behandelnde Institution in einer Palliativsituation oder um das Delirrisiko zu senken auf die Überwachung, fallen die Einnahmen für die Behandlung deutlich tiefer aus. Siehe auch DRG-Fallgewichtungen «Fallpauschalenkatalog – Planungsversion». SwissDRG (2024/2025) & CHOP-Code 2025, www.medcode.ch/ch/de/chops/CHOP_2025/99.BA.2

¹⁵ Vgl. Cameron EJ, Bowles SK, Gard Marshall E et al. Falls and long-term care: a report from the care by design observational cohort study. BMC Family Practice; 2018;19:73; Morris ME, Webster K, Jones C et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing; 2022;51(5); Campollo-Duquela ME, Castro-Vilela ME, Skoumal M et al. Evaluating the evidence for sensor-based technologies and medical devices in fall prevention among hospitalized older adults: A systematic review. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2025;60(6):101718; Appenzeller YE, Appelbaum PS, Trachsel M. Ethical and Practical Issues in Video Surveillance of Psychiatric Units. Psychiatr Serv; 2020;71(5):480–486.

¹⁶ Vgl. Woltsche R, Mullan L, Wynter K et al. Preventing Patient Falls Overnight Using Video Monitoring: A Clinical Evaluation. Int. J. Environ. Res. Public Health; 2022;19(21):13735.

Die Evidenzbewertung muss bereits im Beschaffungsprozess digitaler Überwachungssysteme ansetzen; die Evidenz sollte sich jedoch nicht auf einzelne Produkte, sondern auf den jeweiligen Einsatzbereich und die zugrunde liegende Technologie konzentrieren. Beschaffungsentscheidungen sollten interdisziplinär erfolgen und neben technischer und klinischer auch ethische und datenschutzrechtliche Expertise einbeziehen.¹⁷ Wenn Evidenz fehlt, Erfahrungen widersprüchlich sind oder Interessenkonflikte bestehen, gebietet eine verantwortungsvolle institutionelle Ethik Zurückhaltung bei der Systemeinführung. Sie bedingt eine systematische Überprüfung bzw. eine schrittweise Pilotierung mit klaren Qualitätsindikatoren, Sicherheitsmonitoring und ethischer Überprüfung im laufenden Betrieb.

2.4. Eingriffe in die Bewegungsfreiheit

Wird ein digitales Überwachungssystem als **bewegungs- und freiheitsbeschränkende Massnahme** eingesetzt – etwa «Telesitting»¹⁸ anstelle von Bettgittern, Klingelmatte oder Sitzwache –, gelten dieselben medizin-ethischen Anforderungen wie bei jeder anderen medizinischen Zwangsmassnahme.¹⁹ Relevante Aspekte sind die Individualisierung der Verordnung, Verhältnismässigkeitsprüfung, Dokumentation, Re-Evaluationen und Nachbesprechung. Dies gilt auch dann, wenn Betroffene eine digitale freiheitsbeschränkende Massnahme allenfalls als weniger einschränkend empfinden als nicht-digitale Alternativen, wie eine Sitzwache. Bewegungseinschränkende Massnahmen sind aufgrund der zu wahrenen Patientenautonomie nur erlaubt, um eine ernsthafte Selbstgefährdung abzuwenden oder eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beheben. Je nach Versorgungskontext – z. B. in der Psychiatrie oder Langzeitpflege – sind zudem die jeweils gültigen rechtlichen Vorgaben zu beachten (vgl. Ziff. 4.6.).

2.5. Schutz der professionellen Integrität

Digitale Überwachungssysteme wirken sich auch auf die Mitarbeitenden aus. Die Bild- und/oder Tonüberwachung der Patienten und Bewohnenden ist zugleich eine **Überwachung des Personals**. Neben arbeitsrechtlichen Fragen (vgl. Ziff. 4.7.) sind sowohl die Auswirkungen auf die Privatsphäre als auch die Folgen für die professionelle Integrität, Vertrauens-, Fehler- und Teamkultur zu berücksichtigen. Letztere betreffen unmittelbar professionelle Handlungsspielräume und das berufsethische Selbstverständnis. Eine dauerhafte Überwachung kann das Vertrauen innerhalb des Teams sowie zwischen Mitarbeitenden und Institution untergraben und zu einem Klima der Kontrolle statt der Kooperation führen. Ebenso besteht die Gefahr, dass die offene Fehlerkultur beeinträchtigt wird, die für Patientensicherheit und Lernen unerlässlich ist. Digitale Überwachungssysteme berühren die **professionelle Integrität**, da medizinisches und pflegerisches Handeln auf fachlicher Autonomie, situativer Einschätzung und Beziehungsgestaltung beruht, die durch Überwachung eingeschränkt oder verzerrt werden können. Aus **organisationsethischer Perspektive** ist daher stets sorgfältig zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen der Einsatz solcher Systeme die Qualität der Zusammenarbeit und der Versorgung fördert oder gefährdet.

3. Medizinische Erwägungen zu einzelnen Praxisfeldern

Digitale Überwachungssysteme kommen u. a. in Akutspitälern, Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen zum Einsatz. In einzelnen Praxisfeldern sind besondere Konstellationen zu berücksichtigen.

¹⁷ Vgl. Albrecht JN, et al. Digitale Überwachung von Patient:innen: Ethische Leitfragen. NOVAcura; 2026;57(3):21-12, www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=21074&token=11c5816cdddeeca912b340201a8d560171a5c23c2

¹⁸ Mit «Telesitting» wird die kontinuierliche Beobachtung von Patientinnen und Patienten aus der Distanz bezeichnet, meist mittels Videoübertragung und durch eine zentralisierte Überwachung durch Gesundheitsfachpersonen.

¹⁹ Vgl. «Zwangsmassnahmen in der Medizin» Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2015).

3.1. Notfallstationen

Auf Notfallstationen befinden sich Personen mit mehr oder weniger akuten Beschwerden, deren medizinischer Schweregrad noch nicht abschliessend beurteilt wurde. Hier dient eine Bildüberwachung einerseits dazu, eine **plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes** einer wartenden Patientin möglichst rasch zu erkennen. Andererseits lässt sich das **Gefährdungsrisiko, das von hilfesuchenden Personen ausgeht** (z. B. Personen mit einer massiven Alkohol- oder Drogenintoxikation), oft nicht sofort abschätzen. Der Schutzbedarf von Mitpatientinnen, deren Begleitung und des Personals kann nicht immer durch anwesendes Sicherheitspersonal abgedeckt werden. Unter solchen Bedingungen kann im Notfallbereich eine Bildüberwachung (ohne Ton) auch ohne individuelle medizinische Indikation aus Sicherheitsgründen in Erwägung gezogen werden.²⁰ Eine Bildüberwachung muss gut sichtbar gekennzeichnet werden.

3.2. Intensivstationen

Auf Intensivstationen ist eine **engmaschige Überwachung** u. a. der Vitalparameter medizinisch praktisch immer erforderlich, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sofort zu erkennen und angemessen zu reagieren. Auch die Möglichkeit einer Bildüberwachung (ohne Ton) ist Standard. Die Zertifizierung einer Intensivstation durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) verlangt, dass bei Abwesenheit von Pflegefachpersonen am Bett eine Bildüberwachung (ohne Ton) bei Bedarf jederzeit möglich ist.²¹ In akuten Gefährdungssituationen – etwa bei drohender Selbst-Extubation oder bei kritischen Vitalwerten – muss eine Gesundheitsfachperson sofort eingreifen können; eine reine Bildüberwachung auf Distanz kann zu einer medizinisch **nicht verantwortbaren Verzögerung** führen.

3.3. Psychiatrie

Auf psychiatrischen Akutstationen können Überwachungssysteme spezifisch zum **Schutz von suizidgefährdeten Patientinnen** vorübergehend eingesetzt werden. Zudem können sie dem **Schutz von Gesundheitsfachpersonen** dienen, etwa vor Patientinnen, die krankheitsbedingt ein aggressives Verhalten zeigen; die empirische Evidenz für einen entsprechenden Sicherheitsgewinn ist jedoch bislang begrenzt (vgl. Ziff. 2.3.). Auch in diesem Kontext muss sich der Einsatz von Überwachungsmassnahmen auf das zwingend Notwendige beschränken. Geht es beispielsweise nur darum, vor dem Betreten eines Zimmers zu erkennen, wo bzw. in welchem psychischen Zustand sich die Patientin befindet, können auch eine Tür mit Sichtfenster oder die Aktivierung einer Kamera unmittelbar zu diesem Zweck ausreichen.

3.4. Alterspsychiatrie, Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

In Institutionen der Alterspsychiatrie, Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation stehen im Zusammenhang mit der Überwachung oft das **Sturzrisiko** im Vordergrund. Bei Personen mit zeitlich begrenztem, hohem Sturzrisiko bedingt durch akute Krankheit oder Nebenwirkungen von Medikamenten werden digitale Überwachungssysteme eingesetzt, um Stürze zu verhindern bzw. notfalls rasch einzugreifen. Zunehmend wird dabei Sensortechnik (z. B. mittels Radar- oder Wärmebild) eingesetzt, die das Pflorgeteam alarmiert, wenn eine sturzgefährdete Patientin aufsteht. Die Evidenz einer effektiven Sturzreduktion ist noch begrenzt (vgl. Ziff. 2.3.). Im Gegensatz zu Fixierungen u. ä. verunmöglichen video- oder sensorbasierte Systeme die Bewegung nicht direkt, weshalb sie subjektiv als weniger einschränkend empfunden werden können. Rechtlich gelten sie dennoch als **medizinische Zwangsmassnahmen** (vgl. Ziff. 2.4.).

²⁰ In diesem Szenario dient die Überwachung nicht medizinischen Zwecken, sondern wird mit der Sicherheit der anderen Anwesenden und des Gesundheitsfachpersonals begründet; dies kann – unter Einhaltung des Verhältnismässigkeitsgebots (vgl. Ziff. 4.4.) – ein legitimer Rechtfertigungsgrund für eine Videoüberwachung sein, wenn mildere Massnahmen nicht ausreichen.

²¹ Vgl. Anhang I Qualitätskriterien zu den «Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen», Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (2025), www.swiss-icu-cert.ch/de/richtlinien

Betroffene in solchen Institutionen sind oft sowohl bezüglich der eigenen Sturzneigung als auch des Einsatzes von Überwachungssystemen **nicht urteilsfähig**. Bei urteilsunfähigen Personen dürfen digitale Systeme nur nach ärztlicher Verordnung (Behandlungsplan) eingesetzt werden. Nicht selten unterstützen oder fordern Angehörige digitale Überwachungssysteme, weil sie der Sicherheit ein besonderes Gewicht verleihen. Angehörige bzw. Vertrauenspersonen sollten angehört und informiert werden, sie können jedoch nicht stellvertretend über den Einsatz der Überwachungssysteme entscheiden (vgl. Ziff. 4.5.)

3.5. Institutionen der stationären Langzeitpflege

Auch in Langzeitpflegeeinrichtungen werden digitale Überwachungssysteme immer häufiger eingesetzt, begründet mit der **Sicherheit der Bewohnenden**. Es soll verhindert werden, dass urteilsunfähige Personen, die die Folgen ihres Handelns nicht einschätzen können, in gefährliche Situationen geraten. Durch digitale Überwachungssysteme können Risikosituationen u. U. reduziert und im Notfall kann schneller reagiert werden. Das kann zu einer Entlastung des Pflegepersonals führen und entspricht oft auch dem Wunsch der Angehörigen. Dabei fällt jedoch besonders ins Gewicht, dass die Langzeitpflegeeinrichtung das **Zuhause** der Betroffenen und ihr Aufenthalt somit – anders als im Spital – nicht nur temporär ist. Umso schwerer wiegt der mit einer Überwachung einhergehende **Verlust an Privatsphäre**, sowohl bei Bewohnenden als auch bei Besuchenden.

4. Rechtliche Erwägungen

4.1. Allgemeine Erwägungen

Die Privatsphäre und die persönlichen Daten jedes Menschen sind durch die Bundesverfassung (Art. 13 BV) und durch das Zivilrecht (Art. 28 ff. ZGB) geschützt. Ebenso ist das Recht auf persönliche Freiheit, einschliesslich der Bewegungsfreiheit, durch die Bundesverfassung garantiert (Art. 10 Abs. 2 BV). Die digitale Überwachung, insbesondere durch Bild- und Tonüberwachungssysteme, stellt einen **schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und Grundrechte** der überwachten Person dar. Die gezielte Beobachtung schränkt die Freiheit und Unbefangenheit der Lebensgestaltung ein und beeinträchtigt die Privatsphäre und informationelle Selbstbestimmung. Wenn die Überwachung für den (u. U. urteilsunfähigen) Betroffenen nicht erkennbar ist, führt dies zu einem Verhalten unter falschen Prämissen. Auch bei dieser Sachlage liegt ein schwerer Eingriff in die persönliche Freiheit vor.

Die hohe Bedeutung der informationellen Selbstbestimmung für die Persönlichkeitsentfaltung spiegelt sich im eidgenössischen Datenschutzgesetz sowie in den kantonalen **Datenschutzgesetzen** wider. Zusätzlich gesetzlich geregelt ist die Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Langzeitpflegeeinrichtungen (vgl. Ziff. 4.6.). Zu berücksichtigen sind überdies die arbeitsrechtlichen Vorgaben (vgl. Ziff. 4.7.).

Je nach Kontext sind unterschiedliche Normen zu beachten. Insbesondere spielt es eine Rolle, ob (kantonales) **öffentliches Recht** (u. a. kantonales Datenschutzrecht) oder **Privatrecht** anwendbar ist.²² Die nachfolgend dargestellten, durch die Bundesverfassung vorgegebenen (und durch die kantonale Gesetzgebung meist noch verstärkten) rechtlichen Grundsätze sind jedoch immer zu beachten. Die kantonalen Datenschutzerlasse unterscheiden sich in Einzelheiten, die

²² Die Behandlung von Patienten in einem öffentlichen Spital oder in einem privaten Listenspital mit einem öffentlichen Versorgungsauftrag ist nach überwiegender Auffassung dem **öffentlichen Recht** unterstellt; es sind daher die Grundrechte der überwachten Person sowie das kantonale Datenschutzrecht relevant. Ausserhalb dieser Bereiche (beispielsweise in einer privaten Langzeitpflegeeinrichtung ohne Leistungsauftrag oder bei Behandlungen in einer Privatklinik ohne kantonalen Leistungsauftrag) ist hingegen **Privatrecht** anwendbar, wobei der Persönlichkeitsschutz des ZGB sowie das Bundesdatenschutzgesetz (DSG) einschlägig sind.

grundlegenden Voraussetzungen für die Rechtmässigkeit einer Datenbearbeitung sind jedoch weitestgehend identisch.²³

4.2. Schwere des Eingriffs in die Persönlichkeits- und Grundrechte

Wie schwer die Beeinträchtigung der Persönlichkeits- und Grundrechte ausfällt, ist immer mit Bezug auf eine konkrete Überwachungsmassnahme zu beurteilen. Die **dauerhafte oder «on demand» Ton- und Bildüberwachung** stellt einen besonders schwerwiegenden Eingriff in das Persönlichkeits- bzw. Grundrecht des Patienten dar (vgl. Ziff. 2.1.). **Andere digitale Überwachungssysteme** bewirken weniger schwerwiegende Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht, insbesondere solche, die ohne Datenspeicherung der überwachenden Gesundheitsfachperson nur schemenhafte **Umrisse** des Patienten anzeigen oder aufgrund einer KI-gestützten Bildanalyse eine **Meldung ohne visuelle Darstellung** über eine mögliche (Sturz-)Gefährdung übermitteln.

Je schwerer der Eingriff in die Persönlichkeits- und Grundrechte wiegt, umso höher sind auch die Risiken bei der Bearbeitung der Personendaten. Werden zudem digitale Überwachungssysteme verwendet, die mit KI ausgestattet sind, verschärfen sich diese Risiken, da die Bearbeitung der Personendaten komplexer wird. Aus diesem Grund muss eine Gesundheitseinrichtung vor der Einführung eines solchen Systems eine **Datenschutz-Folgenabschätzung** (DSFA) erstellen und der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Neben einer Einordnung der Risiken dient die DSFA auch dazu, geeignete Massnahmen zum Schutz der Personendaten zu bestimmen.

4.3. Voraussetzungen der rechtlichen Zulässigkeit der digitalen Überwachung

Grundrechtseingriffe sind ausnahmslos nur zulässig, wenn kumulativ mehrere Voraussetzungen erfüllt sind. Erstens müssen Grundrechtseingriffe immer durch ein **öffentliches Interesse** gedeckt sein.²⁴ Die Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung können ein genügendes öffentliches Interesse für Grundrechtseingriffe darstellen. **Zweitens muss der Grundrechtseingriff durch eine gesetzliche Grundlage gedeckt sein.** Sowohl aus grundrechtlicher Sicht als auch aufgrund der Datenschutzgesetzgebung ist zu bedenken, dass für die Erhebung besonders schützenswerter Personendaten, wie sie durch die Bild- und Tonüberwachung erfolgt, in aller Regel eine Grundlage in einem formellen Gesetz erforderlich ist. Dabei muss die Rechtsgrundlage umso konkreter sein, je schwerer der Eingriff ist. Bei der Behandlung von Patienten kann (je nach kantonalem Datenschutz- bzw. Gesundheitsgesetz) genügen, dass die Datenbearbeitung Teil einer Aufgabe ist, die in einem formellen Gesetz festgelegt ist. Drittens muss immer auch die **Verhältnismässigkeit** gewahrt sein; auf dieses Erfordernis wird nachfolgend vertieft eingegangen.

4.4. Spezifisch zur Verhältnismässigkeit

Aus grundrechtlicher und datenschutzrechtlicher Perspektive muss ein digitales Überwachungssystem **immer verhältnismässig** ausgestaltet sein. Das bedeutet:

- Die Überwachung muss für die Aufgabenerfüllung, d. h. für die medizinische Behandlung oder pflegerische Betreuung **geeignet** sein (vgl. Ziff. 3.).
- Sie muss zudem für diesen Zweck **erforderlich** sein (was die Abwesenheit weniger invasiver Überwachungsmaßnahmen voraussetzt).
- Und drittens muss die konkrete Abwägung ergeben, dass der Nutzen (inklusive Effizienzgewinn) des digitalen Überwachungssystems und der daraus resultierende Eingriff in die Persönlichkeit in einem **vernünftigen Verhältnis** stehen.

²³ Vgl. zum Datenschutzrecht, insbesondere zum neuen Bundes-DSG, die entsprechenden Unterlagen der FMH: www.fmh.ch/themen/ehealth/datenschutz/neues-datenschutzgesetz-dsg.cfm

²⁴ Vgl. exemplarisch BGE 146 I 11 E. 3.3.2.

Digitale Überwachungssysteme können für die **Patientensicherheit** entscheidende Vorteile bringen. Zudem ist für manche Situationen von einem **Effizienzgewinn** bzw. einer Kosteneinsparung auszugehen. Dies entbindet aber nicht von der Prüfung, ob (aus persönlichkeits- und datenschutzrechtlicher Sicht) weniger einschneidende **Alternativen** zur Verfügung stehen oder die zu erwartenden Vorteile zu bescheiden ausfallen, um die mit der Überwachung einhergehende Beeinträchtigung der Privatsphäre zu rechtfertigen.

Eng mit dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit verbunden ist der Grundsatz der **Datensparsamkeit**: Digitale Überwachungssysteme dürfen nur Informationen erheben oder speichern, soweit dies zur Erreichung des Ziels erforderlich ist. Daher ist die eingesetzte Technologie in ihrer schonendsten Ausgestaltung zu implementieren (**«Privacy by Design»**; Datenschutz durch Technikgestaltung). Überwachungssysteme, die nicht mit Bilddaten (sondern beispielsweise mit Radar) arbeiten, sind gemäss dem Grundsatz der Datensparsamkeit vorzuziehen. Bei Bildaufnahmen erlauben solche Technologien, dass Bilddaten im Aufnahmegerät durch Privacy-Filter bearbeitet werden. Dadurch kann der Personenbezug oder der Umfang der erhobenen Personendaten reduziert werden. Schliesslich ist darauf zu achten, dass mit dem gewählten Bildausschnitt nur Personendaten erhoben werden, die dem verfolgten Zweck dienen (z. B. Fokussierung auf das Bett, keine Überwachung des gesamten Zimmers).

Die Überwachungsmassnahmen müssen der **Kontrolle durch Gesundheitsfachpersonen** unterstehen. Vollautomatisierte Systeme, die ohne jegliche Aufsicht von medizinischem Personal rund um die Uhr Personendaten erheben, sind nicht verhältnismässig.

Der Verhältnismässigkeit ist auch bei der **Regelung der Zugänglichkeit bzw. des Zugriffs** auf die Aufnahmen Rechnung zu tragen. Die Übertragung von Bild- und/oder Tonaufnahmen in öffentlich zugängliche Bereiche ist unzulässig. Auch bei den Einsichts- und Zugriffsmöglichkeiten der Gesundheitsfachpersonen ist eine Beschränkung erforderlich, sodass nur diejenigen Mitarbeitenden die Aufnahmen einsehen können, die diese für ihre Aufgabenerfüllung tatsächlich benötigen (**«need-to-know»-Prinzip**). Zur Kontrolle, ob die Zugangsrechte eingehalten werden, sind Zugriffsprotokolle zu führen, die dokumentieren, zu welchem Zeitpunkt sich eine Person ins System eingeloggt und welche Daten sie eingesehen hat.

Praxisbeispiele für die Abwägung der Verhältnismässigkeit:

- Eine digitale Überwachung mittels Bild und/oder Ton im Patientenzimmer ist dann in der Regel nicht erforderlich, wenn eine Gesundheitsfachperson im Raum anwesend ist; daher muss eine Deaktivierung des Systems in dieser Zeitspanne erfolgen.
- Die Anwesenheit anderer Personen (Mitarbeitende des Spitals, Angehörige, Seelsorger etc.) führt in aller Regel dazu, dass eine digitale Überwachung nicht erforderlich ist (Ausnahmen sind denkbar, u. a. auf Intensivstationen); daher ist das System bei solchen Besuchen temporär zu deaktivieren.
- Ein System, das der effizienteren Ressourcenplanung des Personals dient, darf nicht als Nebeneffekt zu einer dauerhaften Überwachung von Patienten führen, vielmehr sind deutlich weniger invasive Alternativen zu prüfen, etwa eine vom Patienten ausgehende akustische (z. B. telefonische) Kontaktaufnahme mit dem Stationszimmer.
- Eine lückenlose visuelle Überwachung eines Patienten aufgrund eingeschränkter motorischer Fähigkeiten ist nur dann zu rechtfertigen, wenn der Patient sich nicht mit anderen Hilfsmitteln melden kann, z. B. über einen selber auslösbaren Bewegungsmelder. Verfügt er über eine solche Möglichkeit, sollte er selbst bestimmen dürfen, wann er sich meldet. Reicht für die Kontaktaufnahme ein auditives System, rechtfertigt sich eine zusätzliche visuelle Überwachung nicht (und umgekehrt).
- Können Überwachungssysteme die Gefährdung (z. B. durch Stürze) nicht verhindern oder erheblich reduzieren (vgl. Ziff. 2.3.), hat dies Folgen für die Verhältnismässigkeitsprüfung, denn das nutzbringende Potenzial wird dadurch deutlich geringer.

- In der Langzeitpflege ist eine digitale Überwachung nur zu rechtfertigen, wenn eine konkrete Gefährdung (z. B. wiederholte Stürze) vorliegt; die Massnahme muss die am wenigsten Invasive Lösung darstellen, befristet sein, regelmässig überprüft sowie im Pflegeplan dokumentiert werden.
- Der Eingriff in die Privatsphäre ist schwerwiegender, wenn nicht nur ein Echtzeit-Monitoring, sondern eine (temporäre oder gar dauerhafte) Speicherung der Aufnahmen erfolgt. Letztere ist für den Zweck der Überwachung in aller Regel nicht erforderlich²⁵ und daher insoweit unzulässig.

4.5. Grenzen der Einwilligung der/des Betroffenen

Die digitale Überwachung ist nur zulässig, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese lassen sich nicht durch das Einholen einer Einwilligung übergehen, und zwar aus folgenden Gründen:

Im öffentlichen Recht, d. h. insbesondere in **öffentlichen Spitälern und in Privatspitälern oder anderen Gesundheitsinstitutionen mit kantonalem Leistungsauftrag** genügt eine Einwilligung des Betroffenen nicht für die Rechtmässigkeit der Datenbearbeitung, vielmehr muss eine rechtliche Grundlage vorliegen und es müssen die datenschutzrechtlichen Vorgaben und Grundsätze, insbesondere das Verhältnismässigkeitsprinzip (vgl. Ziff. 4.4.), immer eingehalten werden. Ist beispielsweise eine spezifische Überwachungsmassnahme im Hinblick auf das konkrete Ziel nicht erforderlich oder würde eine mildere Massnahme ausreichen, **genügt daher auch die Einwilligung in die konkret vorgeschlagene Überwachungsart nicht als Rechtfertigungsgrund**. Eine Einwilligung kann die rechtliche Grundlage nicht ersetzen.

Im Anwendungsbereich des Privatrechts, beispielsweise in **privaten Langzeitpflegeeinrichtungen** ausserhalb eines kantonalen Leistungsauftrages, stellt die Einwilligung gemäss Art. 28 Abs. 2 ZGB und Art. 31 Abs. 1 DSGVO zwar unter Umständen einen genügenden Rechtfertigungsgrund dar. Allerdings muss die Einwilligung ausdrücklich (Art. 6 Abs. 7 lit. a DSGVO) freiwillig und aufgeklärt und für eine spezifische Überwachungsmassnahme erfolgen. Zudem muss die betroffene Person urteilsfähig sein, die Einwilligung muss jederzeit zurückgezogen werden können, und **es ist eine Einwilligung aller Personen erforderlich, die von der Überwachung betroffen sind**.

Patienten in Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen sind aufgrund ihrer physischen und psychischen Verfassung besonders vulnerabel. Manchmal ist auch ihre Urteilsfähigkeit beeinträchtigt. Einer Behandlung oder Betreuung können sie sich meist nicht entziehen; für Bewohnende von Langzeitpflegeeinrichtungen ist die Institution gleichzeitig ihr Zuhause (vgl. Ziff. 3.5.). Aus diesen Gründen darf in der Regel **nicht** von einer **rechtsgültigen Einwilligung** ausgegangen werden. Dies gilt umso mehr, wenn der Einsatz einer Überwachung nicht als völlig freiwillige Option angeboten wird, sondern Gründe der Effizienz, Entlastung des Personals und Sicherheit genannt werden, sodass (allenfalls auch unbeabsichtigt) ein gewisser Druck erzeugt wird.

Angehörige oder gesetzliche Vertreter können nicht stellvertretend für den urteilsunfähigen Patienten in eine Überwachung einwilligen. Denn das im Gesetz definierte **Vertretungsrecht** besteht **lediglich für medizinische Massnahmen**, nicht auch für andere Entscheidungen. Daher besteht ein Vertretungsrecht nur dann, wenn die Überwachung direkt der medizinischen Behandlung dient und von der vertretungsweisen Zustimmung zu dieser medizinischen Intervention erfasst wird (vgl. Art. 377/378 ZGB). Zu bedenken ist zudem, dass manche Angehörige die Sicherheit höher bewerten als die Privatsphäre. Der Einsatz von Überwachungssystemen

²⁵ Denkbar ist, dass Aufnahmen für das individuelle Training von KI-Anwendungen eingesetzt werden, u. a. um eine auf den Patienten zugeschnittene Vorhersage des Sturzrisikos zu ermöglichen. Darauf wird im vorliegenden Kontext nicht weiter eingegangen. Die Sicherheit der Benutzenden der Einrichtung kann eine zeitlich begrenzte Speicherung von Aufnahmen etwa im Notfallbereich erfordern; auch diese Frage steht nicht im Fokus der vorliegenden Stellungnahme.

lässt sich daher nicht mit dem Argument rechtfertigen, Angehörige hätten dies so gewünscht oder zum Schutz des Patienten eingefordert.

Zu erinnern ist ferner daran, dass auch **Besuchende** von einer Überwachungsanlage erfasst werden. Eine Einwilligung einzig des Patienten würde auch hierzu nicht genügen (zur Mitüberwachung des Gesundheitsfachpersonals vgl. Ziff. 4.7.).

4.6. Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Digitale Überwachungssysteme können auch mit dem Ziel eingesetzt werden, Patienten (u. a. psychiatrische Patienten im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung) oder Bewohnende einer Langzeitpflegeeinrichtung in ihrer **Bewegungsfreiheit** einzuschränken (vgl. auch Ziff. 2.4.). Es handelt sich um medizinische Zwangsmassnahmen, deren Rechtfertigung sich nicht unmittelbar aus der Behandlung und Pflege ergibt, sondern gesondert darzulegen ist.

Der Gesetzgeber hat für **urteilsunfähige Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen** in Art. 383 ff. ZGB spezifische Bestimmungen erlassen. Als Rechtfertigungsgrund für Einschränkungen der Bewegungsfreiheit gilt entweder «ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter» oder «eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens». Digitale Überwachungsmaßnahmen können zu einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit im Sinne dieser Gesetzesbestimmungen führen, wenn beim Betroffenen der Eindruck erweckt wird, er sei eingesperrt oder in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt.²⁶ Solche Massnahmen dürfen gemäss Gesetz nur individuell und nur dann angeordnet werden, wenn weniger einschneidende Massnahmen ungenügend erscheinen. Zudem bestehen weitgehende Informationspflichten sowohl der betroffenen Person gegenüber als auch gegenüber der vertretungsberechtigten Person. Die Massnahmen sind detailliert zu protokollieren.²⁷

Die genannten Bestimmungen für urteilsunfähige Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen gelten sinngemäss auch für Menschen, die **fürsorgerisch untergebracht** werden (Art. 438 ZGB i. V. m. Art. 383 ZGB).

4.7. Arbeitsrechtliche Grenzen der Überwachung

Digitale Überwachungssysteme erfassen auch das Personal mit Patientenkontakt. Systeme zur Überwachung von Angestellten sind nicht nur aus persönlichkeits- und datenschutzrechtlichen Gründen, sondern auch gestützt auf das Arbeitsrecht **grundsätzlich verboten**, und zwar unabhängig davon, ob das Arbeitsverhältnis privat- oder öffentlich-rechtlicher Natur ist (vgl. Art. 328 und 328b OR, Art. 26 Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz).²⁸

Eine **dauernde Überwachung mit Bild und Ton** in Patientenzimmern führt zu Druck und beeinträchtigt die Gesundheit der Arbeitnehmenden. Sie ist zudem nicht verhältnismässig, da bei Anwesenheit der Gesundheitsfachperson im Zimmer eine zusätzliche Bild- und Tonüberwachung nicht erforderlich ist (vgl. Ziff. 4.3.). Massnahmen wie die **Deaktivierung bei Anwesenheit einer Gesundheitsfachperson** sowie die **Anonymisierung oder Pseudonymisierung** sind deshalb auch zugunsten der Persönlichkeitsrechte der Arbeitnehmenden zu treffen.

4.8. Informationssicherheit

Der verantwortungsvolle Umgang mit Daten aus digitalen Überwachungssystemen umfasst sowohl deren technische und organisatorische Absicherung als auch eine transparente

²⁶ Vgl. auch die Botschaft des Bundesrates, BBl 2006, 7001 ff., S. 7039, wonach der Begriff der Einschränkung der Bewegungsfreiheit weit zu verstehen ist und auch elektronische Überwachungsmaßnahmen umfasst.

²⁷ Vgl. für Einzelheiten die einschlägige Literatur: «Zwangsmassnahmen in der Medizin». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2015), samw.ch/richtlinien

²⁸ Vgl. SECO-Wegleitung zu Art. 26 ArGV 3, www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz%20und%20Verordnungen/Wegleitungen/Wegleitungen%203/ArGV3_art26.pdf.download.pdf/ArGV3_art26_de.pdf

Information der betroffenen Personen. Für Daten und Informationen, die durch digitale Überwachungssysteme generiert werden, ist ein hohes Mass an Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme und unbefugtem Zugriff zu gewährleisten. Dafür sind angemessene organisatorische und technische Massnahmen zu ergreifen. Diese richten sich nach der Art der Information, nach Art und Zweck der Verwendung und nach dem jeweiligen Stand der Technik. Mit Blick auf den Persönlichkeits- und Datenschutz besonders heikel sind Überwachungssysteme, die mit dem Internet verbunden sind (erhöhtes Risiko eines Hacker-Angriffs). Wegen der besonderen Sensibilität des Bild- bzw. Tonmaterials ist eine sehr hohe **Absicherung gegen missbräuchliche Zugriffe** erforderlich.

4.9. Transparenz

Informationen über eingesetzte Überwachungssysteme sind allen betroffenen Personen **transparent und verständlich zugänglich zu machen**. Patienten bzw. Bewohnende sind insbesondere über den Zweck des Systems (z. B. Sicherheit, Unterstützung der Diagnostik oder klinische Überwachung), über die Art der erhobenen Daten sowie über ihre Möglichkeiten des Widerspruchs oder Widerrufs zu informieren. Besuchende sind durch geeignete Hinweise, etwa durch Beschilderung am Eingang der betroffenen Bereiche, über eine mögliche Datenerfassung zu informieren. Gesundheitsfachpersonen sollen über die Funktionsweise der Systeme sowie über deren rechtliche und ethische Rahmenbedingungen informiert und entsprechend geschult werden. Dabei ist klarzustellen, dass die erhobenen Daten grundsätzlich dem Zweck der Behandlung und Betreuung dienen und nicht der Kontrolle der beruflichen Tätigkeit. Eine transparente Information trägt dazu bei, Vertrauen zu fördern und klarzustellen, dass digitale Überwachungssysteme als Unterstützung der Behandlung und Betreuung verstanden werden und nicht an die Stelle menschlicher Präsenz treten.

4.10. Medizinproduktrecht

Überwachungssysteme, die einen medizinischen Verwendungszweck haben, wie z. B. KI-gestützten Überwachungssystemen (z. B. zur Erkennung von Stürzen), sind als **Medizinprodukte** zu qualifizieren. Sie müssen hinsichtlich Bereitstellung auf dem Markt, Inbetriebnahme, Produktebeobachtung und Anwendung den Anforderungen des Medizinprodukterechts, insbesondere der Medizinprodukteverordnung (MepV; SR 812.213), genügen.

5. Fazit

Digitale Überwachungssysteme werden das Gesundheitswesen in Zukunft zunehmend prägen. Sie können zur Verbesserung der medizinischen Behandlung und Pflege beitragen, sofern sie sorgfältig in die bestehenden Abläufe integriert und ihre Auswirkungen kontinuierlich überprüft werden.

Ethisch bleiben der Schutz der Privatsphäre sowie eine verlässliche persönliche Zuwendung und Betreuung zentral. Aus rechtlicher Perspektive ist entscheidend, dass die Grundrechte, die datenschutzrechtlichen Vorgaben und insbesondere die Verhältnismässigkeit konsequent gewahrt bleiben. Der Einsatz digitaler Überwachungssysteme ist somit in begründeten Einzelfällen medizinisch sinnvoll, rechtlich zulässig und ethisch verantwortbar, jedoch niemals routinemässig anzuwenden.

Für Institutionen bedeutet dies, dass der Erwerb und der Einsatz digitaler Überwachungssysteme nicht allein als technische oder organisatorische Frage verstanden werden darf. Transparente medizin-ethische Abwägungen, klare Zuständigkeiten, eine fundierte Information aller betroffenen Personen sowie kontinuierliche Reflexion in den Teams, etwa im Rahmen klinischer Ethikstrukturen, sind unerlässlich. Nur so können Nutzen und Chancen digitaler Überwachungssysteme ausgeschöpft werden, während die Qualität der Behandlung, die Betreuung von Patientinnen und Bewohnerinnen sowie die professionelle Integrität der Mitarbeitenden und die Rechte aller Beteiligten gewahrt bleiben.

6. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Stellungnahme

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat am 19. Juni 2025 den Entscheid zur Erarbeitung einer Stellungnahme getroffen und eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern, eingesetzt. Die Stellungnahme wurde vom 16. Februar bis zum 9. März 2026 einer externen Expertenvernehmlassung unterzogen, von der ZEK am 28. April verabschiedet und vom Vorstand der SAMW am 18. Mai 2026 genehmigt.

Informationen zum Kontext und Ansprechpersonen bei inhaltlichen Fragen finden sich unter samw.ch/digitale-ueberwachung.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Mitglied ZEK der SAMW, Luzern, Recht (Vorsitz)
Dr. iur. Dominika Blonski, Zürich, Recht
Dr. med. Rebecca Dreher, Mitglied ZEK der SAMW, Morges, Geriatrie
Dr. med. Antje Heise, Mitglied ZEK der SAMW, Thun, Intensivmedizin
Dr. sc. med. Manya Hendriks, SAMW, Bern (ex officio), Ethik
Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter, Mitglied ZEK der SAMW, Bern, Delegierte FMH
Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Bern, Alterspsychiatrie
Prof. Dr. med. Tanja Kronen, Zürich, Ethik
Bianca Schaffert-Witvliet, Vizepräsidentin der ZEK der SAMW, Schlieren, ANP Medizin, Langzeitpflege

Zusätzlich beigezogene Expertinnen und Experten

Prof. Dr. Alfred Angerer, Winterthur, Digital Health
Dr. med. Tosca Bizzozzero, Morges, Geriatrie/Langzeitpflege
Michael Döring, Luzern, Intensivpflege
Prof. Dr. rer. medic. Manuela Eicher, Lausanne, Pflege- und Versorgungswissenschaften
Barbara Fischer & Ursina Baumgartner, Liebefeld, Schweizerischer Seniorenrat
PD Dr. Wolfgang Hasemann, Basel, Geriatrie/Pflegewissenschaften
Anna Jörger & Dr. phil. Reka Schweighoffer, Bern, Artiset Föderation der Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOUVITA
Prof. Dr. med. Dagmar Keller, Samedan, Notfallmedizin
Prof. Dr. med. Matthias Kopp, Bern, Pädiatrie
Prof. Michael Lehmann, Bern, Medizininformatik
Prof. Dr. med. Christian Lovis, Genève, Medizininformatik
lic. iur. Natascha Ofner, Luzern, Recht
Dr. phil. Simone Romagnoli, Genève, Ethik/Langzeitpflege,
Dr. med. Marco Rusca, Lausanne, Intensivmedizin
Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Luzern, Recht
Daniel Spichty, MSc, Luzern, IT
Dr. Jean-Daniel Strub, Zürich/Zollikerberg, Ethik/Digitalisierung,
Prof. Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel, Basel, Psychiatrie/Ethik
Pierre-André Wagner, LL.M., Bern, Recht/Pflege