

CARE REVOLUTION – Chancen und Risiken für die Care Ökonomie durch den digitalen Wandel

Die sogenannte *Care Ökonomie* bezieht sich auf alle Tätigkeiten, bei denen Menschen und Einrichtungen (Unternehmen, Institutionen, etc.) für die alltägliche Versorgung anderer Menschen Verantwortung übernehmen. Also vom Aufziehen von Kindern, über die Pflege von Menschen und sonstigen Arbeitsfeldern in medizinischen und therapeutischen Berufen, bis hin zu den vielfältigen Formen intensiver Beziehungsarbeit in den diversen sozialen Berufen. Und all diese Tätigkeiten und die Art und Weise, wie dort agiert wird, unterliegen (auch jenseits des viel zitierten Pflegeroboters) zunehmend stark der Technisierung und Digitalisierung. Damit einhergehend stellen sich entsprechend viele neue, genuin digitalpolitische Fragen und Regulierungsbedarfe: Von Bürger- und Persönlichkeitsrechten (Totalüberwachung durch medizinisch/pflegerische Geräte & Datenvernetzung) über neue Geschäftsmodelle und Pflege/Versorgungs-Chancen über neue Berufe & Ausbildungsinhalte, bis zu den großen gesellschaftspolitischen Themen (Freiheit, Gleichheit/Gerechtigkeit, Solidarität und Vernunft/Nachhaltigkeit) und die immanenten ethischen Fragen (Mensch-Maschine, KI/Algorithmen-Ethik, etc.) und Antworten/Lösungen.

Bisher war gerade der Bereich Care von Menschen für Menschen geprägt. Heute beginnend und in wenigen Jahren überflutet von Geräten, Daten, Algorithmen wird gerade hier „spürbar“ werden, wie Digitales und Menschliches miteinander auskommen lernen müssen ... und wie Politik das alles Gemeinwohl förderlich und *humanistisch2.0* gestalten muss, statt „Bedenken second“ alles laufen zu lassen und abzuwarten, ob die schöne neue Welt noch lebenswert und unser Zusammenleben noch frei, gleich, brüderlich und nachhaltig sein wird. Insbesondere folgende Entwicklungen und Themen sind hier aus unserer Sicht relevant und sollten Gegenstand politischer Debatte und gesellschaftlicher Gestaltung rund um die CARE REVOLUTION sein:

Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland

Die DAA-Stiftung Bildung und Beruf hat 2017 eine Studie veröffentlicht, die hier einen guten Einblick gewährt (Identifikation und Deskription der Trends der Digitalisierung und Technisierung sowie die Beschreibung und Evaluation der Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung.): [Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland](#)

Dabei wird festgehalten (S. 47): „Die Digitalisierung der Arbeitswelt gilt allgemein hin als unausweichlich, dies betrifft auch die Bereiche der Pflege und Rehabilitation. Im Gesundheitswesen selbst, aber vor allem für viele politische und wirtschaftliche Akteure wird die Digitalisierung häufig als ein Lösungsansatz für die existenten und bevorstehenden Herausforderungen und Probleme dargestellt, denen sich moderne Gesellschaften insbesondere durch den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel und die Finanzierungsproblematik stellen müssen. Digitale Arbeitsmethoden und Technologien sollen den künftig noch weiter steigenden Arbeitskräftebedarf abmildern, die Arbeit erleichtern und die allgemeine medizinische und pflegerische Versorgungsqualität steigern. So zumindest ist

die Hoffnung seitens der Politik und der Unternehmensleitungen im Gesundheitswesen. Offen bleibt dabei stets die Frage, welche Folgewirkungen die Digitalisierung und Technisierung für die Beschäftigten in der Pflege haben wird“

Die Grundfragen sind also: Inwiefern verbessert der Einsatz von digitaler Technologie und Technik die Versorgungsqualität und/oder zumindest die Effizienz im Krankenhaus und in der stationären wie auch ambulanten Pflege?

Neben Großprojekten wie der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) in Verbindung mit mobilen Endgeräten gewinnen – laut der Studie – „vernetzte Hilfs- und Monitoringsysteme zur Überwachung von Vitalparametern und der Mobilität von Demenzkranken sowohl in der Intensivpflege als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege zunehmend an Relevanz. Obwohl die Robotertechnologien und deren Einsatz in der Pflege in den Medien breites Echo finden, steht der flächendeckende Einsatz von Robotern in den Krankenhäusern und Altenpflegeheimen noch aus“. Ganz zu schweigen von der vorgelagerten Frage: Wollen wir in Zukunft durch Maschinen und Roboter gepflegt werden? Sollen anstatt von Menschen vermehrt Emotionsroboter zur Aktivierung von pflegebedürftigen Menschen eingesetzt werden?

Aus Sicht der Beschäftigten sind Fragen bedeutend wie: Welche Veränderungen der qualifikatorischen Anforderungen an die Pflegekräfte, insbesondere im Bereich der Anwenderkompetenz, wird der Einsatz digitaler Technologien zur Folge haben? Und besteht durch den Einsatz digitaler Technologien in der Pflege Substitutionspotenzial für pflegerisches Fachpersonal? Allseits begrüßt – bei Personal wie Betreibern und Politik – wird der durch neue Technologien zunehmend mögliche Einsatz von Geräten, Robotern und Prozessen im Bereich Transport, Medikamenten- und Verpflegungsmanagement (Verteilung von Speisen/Getränken) oder auch den Zeit raubenden Hygiene und Reinigungsarbeiten aller Art. Ängste oder mindestens Bedenken bestehen in Bezug auf technische Überforderung des Personals, zunehmender Überwachung der Pflegearbeiten und Reduzierung der Fachkräfte, statt deren Entlastung zu Gunsten von mehr Zeit für und beim Menschen.

Mit Zunahme der Kommerzialisierung des Pflegesektors ist dabei in der Tat damit zu rechnen, dass Effizienz- und nicht Qualitätsfortschritte bei der CARE REVOLUTION im Vordergrund stehen. Aus Sicht des Gemeinwohls sollte es dagegen umgekehrt sein: Hier gilt es für eine verantwortungsvolle Politik, mit den Kostenträgern und durch gesellschaftliche Meinungsbildung einen Konsens herzustellen, was uns Qualität hier wert ist und dann Regeln und Kontrollen zu finden, die diesen Konsens tragen und die Care Ökonomie hier entsprechend regulieren.

Sensible Daten

Wie bei allen datengetriebenen **Geschäfts-** und Arbeitswelten stellt sich die Gretchenfrage: Wer hat Zugriff auf die Daten, wer darf was damit machen, wie werden sie gesichert und wie wird wo die Abwägung zwischen informationeller Selbstbestimmung und medizinisch-pflegerischer Notwendigkeit (Patientenwohl) getroffen? Und da es um Daten geht, die

genauso intim sind, wie (bei Weitergabe wie Nichtweitergabe) folgenreich, ja lebenswichtig sein können, ist die Zugriffsberechtigung und Datenschutzregulierung etwa in Bezug auf so etwas wie eine elektronische Patientenakte oder auch nur die Gesundheitskarte, hoch sensibel und juristisch wie ethisch komplex.

Noch hat man dazu keine Antworten: "Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der Heilberufler¹ und der gesetzlichen Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen im § 291a Sozialgesetzbuch (SGB) V damit beauftragt, ein sicheres digitales Gesundheitsnetz – die sogenannte Telematikinfrastuktur – in Deutschland aufzubauen". Und man will erreichen (Zielvorgabe), dass der Versicherte mit der eGK selbst kontrolliert, wer auf seine Daten zu welchem Zeitpunkt zugreifen kann. ([Quelle](#))

Im Whitepaper ist die Sicherheitsarchitektur beschrieben, das wirkt erstmal durchdacht. Die Telematikinfrastuktur alleine zu schützen, ist aber – soviel wissen wir aus diversen anderen IT-Großprojekten – noch nicht ausreichend. Denn der Gebrauch von Pflegerobotern, Künstlicher Intelligenz oder allein schon von elektronischer Einsatzplanung enthält sensible Patientendaten, die zumindest indirekt auf die einzelnen Personen Rückschlüsse zulassen. Macht es auch Sinn so etwas gesetzlich zu schützen, wie (digitale) Anonymität bei der Bestellung von "Heilmitteln" bei Amazon oder bei der Informationssuche nach Diagnosen bei Google? Gibt es da Ansätze oder sollte man diese untersuchen, ob und wie man Datenspuren im Gesundheitswesen und in dessen Umfeld schützt bzw. reguliert? Hier muss sich Politik kümmern, mit den Beteiligten sinnvolle und praxistaugliche Regeln erarbeiten und dann verbindlich machen.

Zuletzt hat der Gesetzgeber die Vorgaben im E-Health-Gesetz, das Ende 2015 in Kraft getreten ist, aktualisiert: „Die Pflichtanwendungen sind für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen verbindlich. Dazu zählen der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, das elektronische Empfangen und Einlösen einer Verordnung (eVerordnung) mit der Karte sowie die Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) auf der Rückseite. Ob Versicherte das Angebot der freiwilligen Anwendungen nutzen wollen, entscheiden sie ganz allein. Nur mit ihrer Zustimmung können beispielsweise Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt oder eine versichertenbezogene Arzneimitteldokumentation angelegt werden. Die Hoheit über seine Daten liegt allein beim Patienten. Zu den freiwilligen Anwendungen gehören:

- Notfalldaten-Management
- Elektronischer Medikationsplan & Datenmanagement zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Anwendung der Versicherten
- Elektronische Patientenakte
- Elektronisches Patientenfach“

(<https://www.gematik.de/telematikinfrastuktur/>)

Wenn man auf den Fachmessen sieht, was inzwischen mit immer neuen Geräten und Schnittstellen an Datenerhebung und -vernetzung mit jedem Gesundheits- und/oder

Pflegezusammenhang erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden und zukünftig werden können, wird klar, dass diese Gesetzgebung hier schon heute nicht mehr ausreicht.

Angreifbare Technik – Risikomanagement

Neben dem wichtigen Bereich des Datenschutzes müssen wir uns auch Gedanken über die Zuverlässigkeit/Betriebssicherheit sowie den Schutz vor Manipulationen von vernetzten Geräten machen, etwa bei der Überwachung von Vitalfunktionen, die im Notfall einen Notruf absenden sollen oder aber entsprechend ihrer Messungen andere „Aktionen“ auslösen.

Bei implantierten Herzschrittmachern mussten in den USA z. B. mehr als 465.000 Patienten eine neue Firmware aufspielen lassen, weil eine Schwachstelle es Angreifern ermöglicht hätte, das Tempo des Signalgebers zu beeinflussen.

Wer muss eigentlich in welchen Abständen und mit welchem Aufwand die Integrität und Sicherheit all der neuen Geräte und Vernetzungsinfrastruktur überprüfen? Wie lange muss ein Hersteller für solche sensiblen/lebenswichtige Geräte Updates bereitstellen und Abwärtskompatibilität sicherstellen? Wie weit kann man trotz Wettbewerb Interoperationalität, offene Software und Standards/Schnittstellen verlangen? Was geschieht, wenn der Hersteller, dessen Produkt Sicherheitslücken aufweist nicht mehr existiert?

Und für den Fall eines Angriffs oder technischer Defekte muss geregelt werden, wie Mindeststandards der medizinischen und pflegerischen Qualität auch bei ausgefallenen Systemen noch gewährleistet werden können. Und solche Notfallpläne müssen ständig aktualisiert und die Pflegekräfte darin geschult werden, denn die Technik ändert sich fast genauso schnell wie das Personal.

Grundlegende politische Forderungen aus GRÜNER Sicht wären hier:

- Sicherheit vor einer schnellen Markteinführung
- langfristige Update-Strategie
- Strategien für (mindest-) Interoperabilität und Systemöffnung (Open Source).
- regelmäßige Prüfungen auf Betriebssicherheit und Sicherheitslücken
- Aufstellung von Notfallplänen und Schulungsplänen

Online Sprechstunden und Co

Können Plattformen wie z.B. <https://www.patientus.de> eine Chance für ländliche Regionen mit schlechter ärztlicher Versorgung, für Menschen mit beschränkter Mobilität oder für Anfragen an Spezialisten, etc. bieten?

Neben den oben angesprochenen Daten- und Technikschutzaspekten gibt es hier viele juristische und fachliche Unklarheiten: Ab wann kann man virtuelle Sprechstunden oder gar Behandlungen juristisch und fachlich der lebensweltlich-realen gleichsetzen und wo bleiben Unterschiede, die einen Unterschied ausmachen? Natürlich können allgemeine

Beratungsgespräche insbesondere über Video-Chat-Systeme durchaus auch virtuell hohe Qualität erreichen. Aber schon beim Versuch, körperlicher Befunde zu sammeln, wird es schwierig, denn weder ist es dem Patienten zuzumuten, fachlich angemessene Urteile zu fällen oder gar Geräte zu bedienen, noch kann man via Bildschirm Körperteile betasten etc.

Politisch gilt es hier, klare Unterscheidungen zu treffen und Grenzen zu ziehen. Wir müssen mit den Ärztekammern und den medizinischen Ausbildungsstädten den Berufsethos und Kodex genauso wie die juristischen Implikationen bezüglich dieser neuen Fernbeziehungen zum Patienten aktualisieren, *updates auf die Version digitale Fernbehandlung*. Was für echte telemedizinische Eingriffe (Operationen via Internet mit Operateuren, die nicht vor Ort sind etc.) natürlich umso mehr gilt.

Smart Home für Oma

Unter dieser treffenden Überschrift kann man hier wunderbar nachlesen, was an Assistenzsystemen im häuslichen Bereich droht ... oder auch endlich möglich wird: [Smart Home für Oma](#). Und auch die WELT meint [Smarte Technik hilft im Alter beim Leben im Haus](#): Die Branche wirbt oft mit dem Begriff „alltagstaugliche Assistenzlösungen“, abgekürzt AAL. „Das ist etwas für ältere oder körperlich eingeschränkte Personen, die zum Beispiel kein Smartphone nutzen“. Dazu gehört auch der Notfallknopf, den manche Ältere mit sich tragen. Für alle Älteren ist Sicherheit ein ganz großes Thema, so können Sensoren Alarm schlagen, wenn man das Haus verlässt und Fenster stehen noch offen. Aber dazu gehört auch die Lichtsteuerung im Haus, um sicherer gehen zu können, so gehen etwa im Flur Leuchten automatisch an, wenn man ihn betritt. Auch mancher Schrank macht inzwischen selbstständig Licht, öffnet man seine Tür. „Das ist hilfreich, denn im Alter erkennen die Augen die Kontraste nicht mehr so gut“. Viele solcher Kleinigkeiten helfen dabei, dass man viel länger zu Hause wohnen und selbstständig bleiben kann.

Smarte Technologien übernehmen auch das Erinnern an so manche Tätigkeit: Viele moderne Herde haben Hitzesensoren, die die Kochfelder bei Gefahr selbstständig abschalten. Für die Pflege von Demenzpatienten gibt es Anwesenheitskontrollen, die etwa zeigen, wo der Vater im Haus ist etc. oder schlaue Badezimmerspiegel mit eingebauten Bildschirmen, die Bewohner zum Beispiel an die Einnahme von Tabletten erinnern können. Es gibt Sensorböden, die feststellen, ob jemand normal über den Boden läuft oder darauf stürzt, das ist nicht preisgünstig, aber es kann dafür sorgen, dass Ältere lange zu Hause wohnen können. Man kann von Preisen um 100 Euro pro Quadratmeter ausgehen. Künftig wird sich das gesamte Haus so mit Sensoren bestücken lassen, dass ein Individualitätsmonitoring möglich ist, dann kann jeder Mensch – passend zu seinen Gewohnheiten und Krankheiten – zu Hause unterstützt werden. Es gibt z.B. schon jetzt für das Badezimmer diverse Speziallösungen wie etwa höhenverstellbare Toiletten, die ihren Nutzer erkennen und sich auf ihn einstellen.

Wer das Gebäude altersgerecht umbaut – und die Möglichkeit hat, unter die Wände und an die Elektroinstallation zu gehen, kann den Fachmann auch einen zentralen Aus-Schalter nahe der Haustür installieren lassen. Über ihn lassen sich beim Verlassen des Hauses alle Geräte ausschalten. Auch Rasenmäh- oder Saugroboter als smarte Helfer im Alltag. Und auch Möbel

haben immer öfter *schlaue* Funktionen: Betten mit elektrischen Aufstehhilfen zum Beispiel. An so manchem Fernsehsessel lässt sich nicht nur die Lehne und Sitzhöhe verstellen, sie helfen den Sitzenden auch beim Aufstehen mit einer kleinen Bewegung aus dem Sitz. Einen Überblick über verfügbare Techniken findet man hier: <https://www.smart-wohnen.de/smart-home-senioren/>

Klar ist: Was technisch alles möglich ist, ist das eine. Wer sich das leisten kann und wie es mit der Praxistauglichkeit aussieht, eine ganz andere. Und wie bei allen technischen Produkten kann sich die Politik nicht allein darauf verlassen, dass Angebot und Nachfrage schon sinnvolle von unsinnigen oder gar gefährlichen smarten Helferlein trennen werde. Vielmehr ist – neben den Daten- und Techniksicherheitsaspekten – hier auch wieder eine gesellschaftliche Debatte zu führen, was morgen gemeinschaftsfinanziert (Kranken-/Pflegekasse) zu einem guten Leben dazugehören sollte und wo individueller Luxus anfängt. Und natürlich müssen solche Entwicklungen auch in Bezug auf die Planung von Kapazitäten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser einfließen, denn mit einer Hand voll Innovationen, die den Massenmarkt erreichen, werden sich schnell große Verschiebungen bei Bedarfen an Fachpersonal (nun ambulant statt stationär) und Räumlichkeiten ergeben, die politisch und gesellschaftlich antizipiert werden müssen.

Grundsätzliches - GRÜNE Position zu Robotik und künstlicher Intelligenz

Natürlich kann und muss man den Einzug von Robotik und künstlicher Intelligenz im Bereich CARE grundsätzlich gleich sehen wie in den anderen gesellschaftlichen Bereichen. Und hierzu hat die Arbeitsgruppe Digitales der Fraktion der Grünen/EFA des Europaparlaments bereits im November 2016 ein [umfassendes Positionspapier](#) erarbeitet, dass GRÜNE Politik natürlich auch in Bezug auf die Chancen und Risiken von Robotik und künstliche Intelligenz in der Care Ökonomie leiten sollte.

Dies umfasst im Einzelnen die Aspekte (Fragen/Antworten) rund um ...

- Ethische Normen
- Soziale Standards
- Eigentum an Erweiterungen des menschlichen Körpers
- Verantwortung für die Umwelt
- Haftung/Verantwortung
- Sicherheitsstandards
- Marktstandards

Das Papier gibt es auch als [Minibroschüre](#) und mindestens die sechs Grundsätze dort und die ethischen Kernaussagen sollten hier festgehalten werden:

Grundsätze

1. Roboter sind multifunktionale Werkzeuge. Roboter sollten nicht dafür entwickelt werden, Menschen zu töten oder ihnen zu schaden. Der Einsatz und die Umsetzung aufkommender Technologien muss gemäß garantierter individueller Rechte und Grundfreiheiten sowie insbesondere auf Grundlage der menschlichen Unversehrtheit (körperliche und geistige Unversehrtheit), der Menschenwürde und der menschlichen Identität erfolgen. Der Mensch hat Vorrang vor den ausschließlichen Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.
2. Menschen sind die verantwortlichen Agenten, nicht Roboter. Der Gesetzgeber sollte sicherstellen, dass die Entwicklung und kommerzielle Verwendung aufkommender Technologien den bestehenden Gesetzen und Grundrechten entsprechen, auch dem Grundsatz des eingebauten Datenschutzes. Der Entwicklungsprozess sollte den Grundsätzen der Datensparsamkeit folgen. Werden personenbezogene Daten verwendet, so sind diese dem Zweck angemessen und erheblich, sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß zu beschränken. Beispielsweise könnten im Entwurfsprozess Ausschalter vorgesehen werden, erhobene Daten sollten nicht länger als erforderlich gespeichert werden und weniger in die Privatsphäre eingreifende Technologien sollten in Erwägung gezogen werden.
3. Roboter sollten als Produkte so entwickelt werden, dass sie wie andere Produkte auch sicher sind und ihren Zweck erfüllen.
4. Roboter sind hergestellte Artefakte. Sie sollten nicht so gestaltet werden, dass sie schutzbedürftige Nutzer hinters Licht führen und ausbeuten; vielmehr sollten sie eindeutig als Maschinen zu erkennen sein.
5. Dem Roboter sollte eine Person mit der gesetzlichen Verantwortung zugewiesen sein. In Bezug auf die Sicherheit tragen Hersteller*innen trotz eines eventuell bestehenden Haftungsausschlusses in der Benutzervereinbarung die Verantwortung.
6. Gemäß der verantwortungsvollen Forschung und Innovation ist die Anwendung des Vorsorgeprinzips und die Beurteilung der langfristigen ethischen Auswirkungen der neuen Technologien zu einer frühen Phase ihrer Entwicklung unabdingbar. Wir fordern die Achtung der menschlichen Autonomie, des Auskunftsrechts (in Verbindung mit dem Einwilligungsrecht), die Anforderung einer freien und sachkundigen Einwilligung mit einer umfassenden Definition des „Eingriffs“, einschließlich der vorbeugenden Pflege, Diagnose (auch invasive Diagnoseverfahren), Behandlung, Rehabilitation und Forschung sowie den Schutz von Personen, die selbst nicht in der Lage sind, ihre Einwilligung zu erteilen. In einigen Fällen können Eingriffe nur erfolgreich zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem eine Person nicht in der Lage ist, ihre Einwilligung zu erteilen (beispielsweise die Implantation eines Cochlea-Implantats in jungem Alter). In solchen Fällen sollte die Entscheidung gegen einen Eingriff nicht automatisch erfolgen, sondern es sollten potenzielle Risiken und potenzielle Nutzen sowie die Auffassung der Eltern und des gesetzlichen Vormunds Berücksichtigung finden.

Ethische Normen

- Ethiker*innen und Ingenieur*innen erwägen seit Jahrzehnten eine „Roboterethik“ und eine „Maschinenethik“. Als einer der ersten Staaten hat Südkorea eine sogenannte „Robot Ethics Charter“³ (Charta der Roboterethik) erarbeitet. Diese Charta folgt dem „Do-no-harm-Prinzip“ (Richte keinen Schaden an), eines der wichtigsten Prinzipien der Bioethik. Er lautet: „Der Roboter gehorcht dem Menschen als Freund, Helfer und Partner und verletzt den Menschen nicht.“ Andererseits wird in der Charta die „Herstellerethik“ wie folgt beschrieben: „Die Hersteller von Robotern stellen Roboter her, um die Menschenwürde zu schützen, und sind auch für das Recycling der Roboter verantwortlich sowie zum Informationsschutz verpflichtet.“
- Eine wichtige ethische Frage stellt sich in Bezug auf die Kontrolle einer Einzelperson über ihre personenbezogenen Daten. Der in diesem Zusammenhang manchmal verwendete Begriff „Dateneigentum“ ist recht irreführend: Selbst wenn man personenbezogene Daten verwenden kann, um für eine Dienstleistung zu bezahlen, sollte eine Einzelperson nicht von der Kontrolle über ihre personenbezogenen Daten ausgeschlossen werden. Wir betonen, dass die Privatsphäre ein unveräußerliches Menschenrecht ist und daher nicht zum Verkauf stehen oder aufs Spiel gesetzt werden kann. Daher lehnen wir das Konzept des „Dateneigentums“ als neue Form des Eigentumsrechts ab. Eine Einzelperson sollte stets über das Recht verfügen, auf in der Verarbeitung befindliche Daten zuzugreifen, diese zu korrigieren oder zu löschen. Durch häufig genutzte interoperable Schnittstellen kann dieser Prozess vereinfacht werden. Zu diesem Zweck fordern wir, dass die Software und ihr Quellcode frei zugänglich und nutzbar sein müssen, zumindest für den Eigentümer eines Geräts und dessen Stellvertreter.