Am Sonntagabend waren kritische Töne zu den Zahlen des Robert Koch-Institutes (RKI) im „ZDF Berlin direkt“ – mit Berufung auf ein Thesenpapier von Wissenschaftlern – und zu der besonderen Belastung von Frauen durch die Maßnahmen in den Tagesthemen zu vernehmen. Siehe unten. Zu beiden wichtigen Themenkomplexen konnten Sie auf den NachDenkSeiten spätestens am 29.4. kritische Anmerkungen lesen. **Anette Sorg**.

Warum es bei den Öffentlich-Rechtlichen länger dauert, bis man bereit ist, auf Mängel oder Verwerfungen hinzuweisen, kann an Personalmangel bei den großen Sendern nicht liegen. An mangelnden finanziellen Ressourcen dürfte es aufgrund der Zwangsgebühren ebenfalls nicht liegen, dass ARD und ZDF so langsam sind. Vielleicht konnte man dort das oben genannte Thesenpapier auch einfach nicht mehr ignorieren? Die darin aufgestellten 23 Thesen (vgl. Anhang) wären es jedenfalls wert, mehr als 5 Minuten darüber zu berichten, in einer oder mehreren Corona-Sondersendungen zum Beispiel.

1. **Zur Sendung von ZDF Berlin Direkt und dem Vorlauf auf den NachDenkSeiten**

   Unter der Überschrift „**Corona-Zahlen: Kritik am RKI**“ berichtete das ZDF Deutschland von einem Thesenpapier einiger Fachleute und ließ einige der Fachleute zu Wort kommen. Es lohnt sich, diesen Teil der Sendung von Minute 0:30 bis 5:48 anzuhören und/oder das 77-seitige Thesenpapier 2.0 mit insgesamt 23 Thesen (vgl. Anhang) anzuschauen. Siehe hier.
   Mit den Inhalten:

   > Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19
   > Datenbasis verbessern
   > Prävention gezielt weiterentwickeln
   > Bürgerrechte wahren

   Wenn Sie jetzt nachlesen, was Sie am 29. April auf den NachDenkSeiten lesen konnten, dann werden Sie verblüfft sein. Das ist nicht als Kritik an den Wissenschaftlern zu verstehen, die ihr Papier immerhin schon am 3. Mai veröffentlicht hatten.

   Auszug aus NachDenkSeiten Corona – Was mich umtreibt, was viele umtreibt: Ein andauerndes Chaos:

   > …“Seriös ist es nicht, wenn man die Sterblichkeit an positiv getesteten

Personen festmacht, ohne zu erwähnen, dass wir die Zahl der tatsächlich Infizierten nicht kennen. Seriös ist es auch nicht, auf eine Zunahme der Infizierten zu schauen, ohne die Anzahl der durchgeführten Tests in Relation zu setzen. Seriös ist es auch nicht, wenn man zunächst die Zahl der Genesenen unterschlägt oder die Todeszahlen der einzelnen Länder als absolute Zahl vergleicht und nicht mit der Einwohnerzahl relativiert. Einem (guten) Journalisten muss so etwas auffallen (vorausgesetzt er möchte, dass es ihm auffällt) und nicht erst einem Statistiker wie Gerd Bosbach… Was mich komplett irritiert hat, waren die verschiedenen Begrifflichkeiten, die verwendet wurden, um die Maßnahmen zu begründen, zu verlängern oder ggf. zu lockern. Zuerst war "flatten the curve" gefühlte 100-mal täglich zu hören. Dabei ging es nicht um die Gefahr für das Leben der Betroffenen, sondern um die Gefahr für das Gesundheitssystem, dessen möglicher Überlastung. Irgendwann verschwand dieser Begriff aus der Berichterstattung und man konzentrierte sich auf die **Verdopplungszeit**. Diese sollte von zwei Tagen auf 10 Tage gesteigert werden… oder 14…. oder 20… oder… Begründung übrigens weitestgehend Fehlanzeige. Wurde jeweils ein Wert erreicht, wurde der nächsthöhere als Ziel verkündet. Als nächstes wurde mit der Reproduktionszahl R jongliert. Die müsse unter 1,0 sein, dann sei die Pandemie beherrschbar und Lockerungen des Lockdown denkbar. Nach noch nicht richtig erfolgten Lockerungen wurden wir mit den Gefahren einer zweiten Welle konfrontiert und wie das Kaninchen vor der Schlange auf die Zahl der Neuinfizierten geschaut. Fühle ich mich bei den gebetsmühlenartigen Wiederholungen der Hygiene- und Abstandsregeln unterfordert und wie ein dummes, unmündiges Kind behandelt, so fühle ich mich bei dieser Art von Wechsel in den Kennzahlen und deren variabler Grenzziehungen tatsächlich überfordert. Auch wenn der hier verlinkte Artikel verzweifelt versucht, diese Vorgehensweise zu begründen, sieht Vertrauen bildende Berichterstattung anders aus… Obduktionen würden erhellend wirken. Gerade wenn es um ein neues Virus geht, sollte der wissenschaftliche Anspruch doch sein, so viel als möglich und so schnell als möglich über dessen Wirkungen im menschlichen Körper zu erfahren. Warum also hat das RKI davon abgeraten? Weil sie frühzeitig die Ergebnisse gebracht hätten, die der Hamburger Pathologe Püschel bei Markus Lanz und an anderen Stellen vorgestellt hat: Kein Versterben an und mit Corona ohne Vorerkrankungen, die Betroffenen wären über kurz oder lang ohnehin gestorben. Das mag für den einen oder anderen zynisch klingen, aber müsste der Mehrzahl doch die Furcht nehmen!

> Dem Einwand, die Hamburger Ergebnisse seien nicht repräsentativ, könnte man mit eben solchen repräsentativen (vielleicht sogar vom RKI empfohlenen und begleiteten) Obduktionen begegnen. Die Ergebnisse von Dr. Püschel ließen sich bestätigen oder halt nicht.
>
> Ebenso ließen sich weitere repräsentative Untersuchungen vornehmen. Etwa in der Art, wie sie der Virologe Streeck mit seinem Team in Heinsberg vorgenommen hat. Anstatt ihm vorzuwerfen, es sei nicht sauber wissenschaftlich gearbeitet worden, müsste das RKI die Standards für solche repräsentativen Tests festlegen. Warum tut es das nicht?
>
> Und wo bleiben die Antikörpertests? Sie wären so dringend notwendig. Gerade im Pflegebereich und bei anderen systemrelevanten Berufen."

2. **In den Tagesthemen vom 10. Mai gab es ein Stück zu den Machtfragen in der Coronakrise**

   Dort ging es ab Minute 3:45 unter anderem um: Überwiegend Frauen aufgrund von Corona-Beschränkungen zu Hause

   Auf den NachDenkSeiten konnten sie am 29. April diese Passage lesen:

   > „Wir können eine Mehrfachbetroffenheit in dieser Corona-Zeit und deren Beschränkungen bei Familien und insbesondere bei Frauen feststellen. Sie sind Alleinerziehende, Minijobberinnen, systemrelevante (und damit häufig einhergehend schlechtbezahlte) Erwerbspersonen , Kinderbetreuerinnen, Ersatzlehrerinnen, häuslich Pflegende und von häuslicher Gewalt Betroffene. Eine Familienministerin im Krisenstab sucht man dennoch vergeblich, wo doch sonst der Artikel 6 unseres Grundgesetzes so in den Vordergrund gestellt wird, wie auch diese Kommentatorin des BR, Kirstin Girschick, ab Minute 08:20 feststellt."

   Immerhin, das muss mit Freude festgestellt werden, konnten wir damals schon eine Kommentatorin des Bayerischen Rundfunks zitieren, also auch von der ARD.

   Wir brauchen das Lob der Vertreter des öffentlich-rechtlichen Rundfunks nicht – auch wenn wir neben unserer Kritik auch oft auf gute Stücke öffentlich-rechtlicher Sender

aufmerksam machen, diese zitieren und freundlich kommentieren.

Es wäre ja schon ein Anfang, wenn die Öffentlich-Rechtlichen wenigstens die Größe hätten, nicht alle abweichenden Meinungen als Verschwörungstheorien abzuqualifizieren. Aber das ist ja einfacher: Schwups, ein Etikett verteilt, dann muss man sich mit den Inhalten nicht auseinandersetzen.

Anhang
23 Thesen aus diesem Papier

These 1: Das Virus SARS-CoV-2 und die davon verursachte Erkrankung Covid-19 weisen die Charakteristika einer typischen Infektionskrankheit auf. Die mittlere Inkubationszeit beträgt 5 Tage, es besteht eine ca. 2 Tage währende präsymptomatische Phase mit hoher Infektiosität, der oligo- bzw. asymptomatische Verlauf ist häufig, hohes Alter und bestehende Vorerkrankungen bedingen eine schlechte Prognose und die Letalität liegt insgesamt unter 1%. Bei lokaler Überlastung von Gesundheits- oder Pflegeeinrichtungen durch herdförmige Ausbreitung (z.B. große Veranstaltungen) oder mangelnde Organisation bzw. Ausstattung (z.B. Schutzkleidung) kann es zu schweren nosokomialen und herdförmigen Ausbrüchen kommen.

These 2: Die Aussagekraft der täglich gemeldeten Neuinfektionen in der jetzigen Form ist (sehr) gering. Sie sollte dringend um die Zahl der im gleichen Zeitraum getesteten Personen ergänzt werden, damit sich die informierte Öffentlichkeit ein zutreffendes Bild über die Situation machen kann. Außerdem ist zu überlegen, ob die gegenwärtig täglich berichteten Zahlen bei einem inhomogen ablaufenden Infektionsgeschehen für die Beurteilung des Verlaufs aussagefähig sind.

These 3: Es ist zu fordern, dass der tägliche Bericht zusätzlich die Zahl der asymptomatischen Infizierten und die neu gestellten Indikationen zur Intensivtherapie umfasst bzw. diese mehr in den Vordergrund stellt. Diese Angaben können der Öffentlichkeit die realistische Beurteilung der Situation enorm erleichtern.

These 4: die Zahl der „Genesenen“ muss auf die Zahl der symptomatisch Erkrankten bezogen und entsprechend berichtet werden.

These 5: Das RKI muss die Grundgesamtheit, auf die sich die Sterblichkeit bezieht, in seiner täglichen Berichterstattung genauso nennen wie die zurechenbare Letalität (*attributable mortality*). Der Bezug auf die gemeldeten Fälle ist wegen der Dunkelziffer

durch nicht gemeldete Fälle methodisch unzulässig. Die Obduktion der im Zusammenhang mit COVID-19 gestorbenen Patienten muss verpflichtend eingeführt werden, um diesen zentralen medizinischen und epidemiologischen Zusammenhang aufzuklären und außerdem Informationen für die Behandlung (und Diagnostik) zu gewinnen (gem. §25(4) Infektionsschutzgesetz). Mögliche methodische Probleme weisen eine hohe Dringlichkeit auf, eventuell kann mit vorläufigen Scoresystemen gearbeitet werden.

These 6: Prävalenzuntersuchungen sind vielleicht zu Beginn einer Epidemie nicht zu vermeiden, aber problematisch. Es kommen dabei mehrere Effekte zusammen, die alle zu einer Überschätzung der Problematik führen:

- Grundsätzlich überschätzen Prävalenzuntersuchungen die Häufigkeit im Vergleich zur Inzidenz.
- Anlass-bezogene Testungen überschätzen die Häufigkeit.
- Prävalenzuntersuchungen überschätzen die Bedeutung von Patienten mit schweren Verläufen, soweit man davon ausgeht, dass die Merkmalsdauer ein Surrogat für die Krankheitsschwere darstellt.

These 7: Umso weiter die vorhandenen Testkapazitäten ausgebaut werden, desto größer wird das zahlenmäßige Problem mit falsch-positiven Testergebnissen, bei denen die PCR ein positives Ergebnis erbringt, obwohl keine Infektiosität (mehr) besteht. Es ist daher zu empfehlen, die PCR mit einer Methode zu kombinieren, die aus der Gruppe der PCR-positiven Fälle, die die Symptome überwunden haben, diejenigen identifiziert, die nicht mehr infektiös sind (z.B. mit einem positiven IgMAntikörpernachweis).Bei diesen Personen könnte die Quarantänedauer reduziert werden.

These 8: Bei der Planung der zukünftigen Teststrategien sind zwei Ziele zu unterscheiden. Auf der einen Seite steht (1) die Planung von repräsentativen Stichproben mit optimal eingestellten Messinstrumenten (PCR zusammen mit Antigentest (zukünftig) und Antikörper-Serologie). Diese Zielrichtung ist sinnvoll und sollte mit Nachdruck priorisiert werden. Sinnvoll ist (2) ebenso die Nachverfolgung von Infektionsketten (Abb. 5 Option A). Problematisch ist jedoch eine massive Ausweitung der Testung, denn unter Alltagsbedingungen ist dringend vor einer Überlastung durch falsch-positive Ergebnisse zu warnen, die jeweils nachverfolgt werden müssen und weitere Kontaktuntersuchungen auslösen (Abb. 5 Option B). Stattdessen sollte der (quantitative) Testumfang vorsichtig und anlassbezogen ausgeweitet werden. Allerdings sind diese anlassbezogenen Testungen nicht

oder nur unter größten Vorsichtsmaßnahmen als Häufigkeitsmaße zu verwenden.

These 9: Die derzeit zur Steuerung und Außenkommunikation verwendete Begriff der effektiven Reproduktionszahl R_{eff} vergleicht zwei gemittelte Prävalenzstichproben, die im Abstand der gemittelten Generationszeit von vier Tagen erhoben werden. Diese Annäherung an die Dynamik der Entwicklung ist stark von den Testumfängen der beiden verglichenen Intervalle abhängig und wird sich vorhersehbar durch die geplante massive Ausdehnung der Testung in den nächsten Wochen wieder auf einen Wert über 1 erhöhen. Die Kommunikation dieses Wertes ist in Deutschland und in der Schweiz sehr verzögert erfolgt; es gibt deutliche Anhaltspunkte für die Annahme, dass die einfachen Maßnahmen wie Verbot von Großveranstaltungen bereits ausgereicht hätten. Auf jeden Fall reichen die beschriebenen Werte aus, um eine weitere Öffnung der Maßnahmen offen zu diskutieren.

These 10: Da es deutliche Hinweise auf eine relevante Zahl von asymptomatisch Infizierten und auf eine hohe Dunkelziffer gibt (sowohl punktuell als auch über die Dauer der gesamten Infektion hinweg), muss der Aufwand zur Planung und Umsetzung von aussagekräftigen Kohortenstudien verstärkt werden. Die Ergebnisse werden allerdings dazu führen, dass die in der Kommunikation des RKI verwendeten Zahlen (Anteil Genesener, Anteil Intensivpflichtiger, Sterblichkeit) deutlich absinken. Daher muss die Problematik der asymptomatisch Infizierten offensiv und verständlich kommuniziert werden.

These 11: Kinder scheinen in zweierlei Hinsicht eine besondere Rolle zu spielen, denn sie werden zum einen deutlich seltener infiziert, und zum anderen werden sie nicht schwer krank. Einer Öffnung der Betreuungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder steht aus wissenschaftlicher Sicht keine begründbare Erkenntnis entgegen.
Sinnvoll wäre eine epidemiologische Betreuung der anstehenden Öffnung, die der Frage nachgeht, ob Infektionen bzw. Erkrankungen auftreten (repräsentative Stichprobe).

These 12: Die nosokomiale Ausbreitung im institutionellen Rahmen und das herdförmige Auftreten muss als ein für die Zukunft wahrscheinlich entscheidendes Momentum angesehen werden. Dieser Ausbreitungstyp gehorcht keinen linearen Mustern, sondern tritt zufällig und ungesteuert auf (Emergenz). Dieser Umstand stellt hohe Anforderungen an die Strukturen und die institutionelle Reaktionsfähigkeit der Krankenversorgungs-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

These 13: Die SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie wird die weitere Entwicklung der nationalen Gesundheitssysteme prägen. Bereits jetzt sind Unterschiede in der Bewältigung der Problematik sichtbar, die durch Erreger- oder Wirtseigenschaften kaum erklärbar erscheinen. Es wird notwendig sein, gezielt über die Steigerung der Resilienz der Systeme

nachzudenken.

These 14: Die allgemeinen Präventionskonzepte weisen weiterhin das Paradoxon auf, dass sie umso länger andauern müssen, desto erfolgreicher sie sind. Daher ist der „Ausstiegspunkt" schwer zu bestimmen, an dem sie in Zielgruppen-spezifische Programme überführt werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der Zeithorizont mehrere Jahre umfasst, auch wenn im kommenden Jahr eine Impfung zur Verfügung stehen sollte. Die Gesellschaft würde einen irreparablen Schaden erleiden, müsste man einen allgemeinen *Lockdown* über einen so langen Zeitraum aufrechterhalten. Daher ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, die Präventionsstrategie grundlegend zu überdenken.

These 15: Nach dem *Throughput*-Modell der Versorgungsforschung muss man die Kontext-Bedingtheit von Präventionsmaßnahmen mit einbeziehen, um paradoxe oder gar gegenläufige Effekte zu vermeiden. Die Auslastung des Gesundheitssystems oder Infektionsraten sind zunächst Output-Faktoren, die zur Steuerung eingesetzt werden können, sich aber erst in ein Patienten- und Populations-wirksames *Outcome* entwickeln müssen. Weiterhin sind als Outcome neben der Ebene der Patienten und Populationen auch Gesellschaft und Wirtschaft mitzudenken.

These 16: Die Auswirkungen des *Lockdown* auf den Verlauf der Epidemie sind schwer abzuschätzen, sichere Hinweise auf eine Wirkung der verschiedenen Ausprägungen existieren bislang nicht. Einfache unkontrollierte Beobachtungen reichen nicht aus. Schließt man die unerwünschten Nebeneffekte mit ein, ist zunächst ein Zurückdrängen von nicht durch SARS-CoV-2/Covid-19 bedingten Erkrankungen zu beobachten. Weiterhin und sicherlich nicht weniger bedeutend sind die psychosozialen Folgen der Präventionsmaßnahmen, vor allem soweit sie die Einschränkungen der Freizügigkeit betreffen. Diese Folgen reichen von einer Verschlechterung der sozialen Situation über die zunehmende Gewalt im häuslichen Bereich bis hin zu Erkrankungen und Tod.

These 17: Die sog. Corona-Apps setzen auf einem Technik-zentrierten Verständnis von Prävention auf. Ein solches monodimensionales Konzept gibt jedoch nicht den Stand der Praxis und Wissenschaft wieder, denn nach den Entwicklungen der letzten Jahre (*Improvement Science*, Implementierungsforschung) sind sog komplexe Mehrfachinterventionen (*Complex Multicomponent Interventions*, CMCI) als weitaus wirksamer erkannt. Hier werden in zeitlicher Abstimmung mehrere Ebenen der Intervention miteinander kombiniert, wobei organisatorische und Patienten-zentrierte Teilinterventionen im Vordergrund stehen. Die Erfahrungen auf dem Gebiet Patientensicherheit und *infection control* haben gezeigt, dass diese Konzepte insbesondere bei Ereignissen wirkungsvoll sind, bei denen komplexeProzesse und emergente, d.h. nicht vorhersehbare und nicht nach einem

nachvollziehbaren Muster auftretende Ereignisse im Mittelpunkt stehen.

These 18: Zielgruppen-orientierte Präventionsmaßnahmen bedürfen eines positiven *framing*, der ohne die Assoziation Isolation und Zwang bzw. Sanktion auskommt und ganz auf Förderung, Autonomie und Würde der Person ausgerichtet ist. Unter diesen Bedingungen kann man die Diskussion anstoßen, wie Risikogruppen zu definieren sind. Zielführend sind hier mehrdimensionale Scores, die die Eigenschaften Alter, Komorbidität, nosokomiales Risiko und Cluster-Zugehörigkeit kombinieren. Die Autorengruppe legt einen vorläufigen und nur der Illustration der möglichen Diskussionsrichtung dienenden Vorschlag vor. Für die Risikogruppen muss aus dem daran geknüpften Vorgehen ein Vorteil erwachsen, z.B. durch bevorzugte und geschützte Nutzung des öffentlichen Raumes oder durch besondere Unterstützung bei der Pflege. Ohne dies empirisch oder modellhaft begründen zu können, wird der Gedanke ins Spiel gebracht, dass gesellschaftliche Investitionen in dieser Richtung auch einen positiven Beitrag zu ökonomischen Überwindung der Krise leisten können, soweit man als Vergleich den Zustand eines fortgesetzten allgemeinen *Shutdown* mit den damit verbundenen Kosten hinzuzieht.

These 19: Im Zusammenhang mit den epidemiologischen Studien kann also sowohl vor dem Hintergrund der negativen Auswirkungen der unspezifischen Präventionsmaßnahmen auf die Verstärkung der sozialen Benachteiligung als auch vor dem Hintergrund der mangelnden Wirksamkeit für den Verlauf der Epidemie nur die Empfehlung ausgesprochen werden, im Bereich der Kindergärten und Schulen die rasche Rückkehr zu einer möglichst weitgehenden Normalisierung zu beschreiten.

These 20: Organisationen unterschiedlicher Differenzierung stehen im Mittelpunkt gezielter präventiver Maßnahmen. Technische und ausrüstungstechnische Systeme sind zwar notwendig aber nicht hinreichend, damit die Institutionen (Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, Pflegeeinrichtungen und Betreuungseinrichtungen) mit der Bedrohung durch SARS-CoV-2/Covid-19 umzugehen lernen. Da die Bedrohung in Zeitpunkt, Ort und Art des Auftretens nicht bekannt ist und auch nicht in Erfahrung gebracht werden kann, müssen die Organisationen mittel- und langfristig in ihrer Widerstandskraft gestärkt werden (Resilienz). Unter Maßgabe des engen Zeithorizontes sind folgende Ebenen von Bedeutung: Führung (Krisenkommunikation, Mitarbeiterführung in Bezug auf Epidemie, Entlastung von Schuldzuweisung), Organisationskultur (Leitbild) und Teamkompetenz (z.B. in den Aufnahmeeinrichtungen, auf den Stationen). Zusätzlich sollten die Außenbedingungen angepasst werden: die Organisationen müssen sich sicher sein, dass sie nötigenfalls sofort Hilfe erhalten, und sanktionsbewehrte Maßnahmen gegen Einrichtungen sollten nicht im Vordergrund stehen. Kritisch für den Erfolg der Maßnahmen ist ein positives und Kompetenz-orientiertes *framing*.

These 21: Eine wirkungsvolle spezifische Präventionsmaßnahme, die sich besonders zur Prävention von emergenten Ereignissen und deren Folgen eignet, ist die Einrichtung einer regionalen Corona-*Task Force*. Eine solche Einrichtung sollte in der Lage sein, kurzfristig Institutionen zur Seite zu springen, die ein Problem mit einem vorher unbekannten Corona-Fall entweder bei Mitarbeitern oder bei Patienten/Bewohnern haben. Die *Task Force* kann mit technischer, ablaufbezogener und personeller Unterstützung die Organisation dabei unterstützen, einen drohenden Ausbruch rechtzeitig unter Kontrolle zu bringen. Wichtig ist auch hier das positive *framing*.

These 22: Transparenz, Sprache und Kommunikation sind in Zeiten gesellschaftlicher Verunsicherung äußerst wichtige Instrumente zur Steuerung von Verhalten und gesellschaftlichen Prozessen. Es ist dringend geboten, dass alle Verantwortungsträger sich dieser Verantwortung stärker im Sinne einer abwägenden Risikokommunikation bewusst werden. Ein Kommunikationsrahmen (*framing*), der auf einer dauerhaften, unabänderlichen Bedrohungssituation beruht, kann nur kurzfristig aufrechterhalten werden und muss durch positive Botschaften, die auf die Lösungskompetenz der Bürger und Bürgerinnen Bezug nehmen, ergänzt oder besser abgelöst werden.

These 23: Die deutsche Verfassung kennt für den Fall einer Pandemie keinen Ausnahmezustand, der eine Abweichung von Aufgabenzuordnungen und Kompetenzen des föderalen Staatsaufbaus und der demokratischen Gewaltenteilung erlauben würde. Zwar kann in Grundrechte auch der gesamten Bevölkerung eingegriffen werden, doch bedürfen Eingriffe stets einer legitimen Rechtfertigung und eines transparenten Abwägungsprozesses zwischen konkurrierenden Grundrechten sowie zwischen Grundrechten und Schutzpflichten des Staates. Je länger Beschränkungen andauern, desto stärker ist der Zwang zu kontinuierlicher Evaluation speziell in Bezug auf die Beachtung der Verhältnismäßigkeit ausgeprägt.