



Sterblichkeit und Impfung: amtliche britische Zahlen zeigen eine Katastrophe

Nach einer mehr als siebenmonatigen Veröffentlichungspause hat die britische Statistikbehörde nun Zahlen vorgelegt, die erstmals in diesem Umfang zeigen, wie nutzlos und sogar schädlich die Corona-Massenimpfung war. Zu keinem Zeitpunkt und in keiner Altersgruppe finden sich signifikante Belege für eine geringere Gesamtsterblichkeit Geimpfter. Im Gegenteil führte die staatliche Impfkampagne fast von Beginn an zu einer höheren Gesamtsterblichkeit der Geimpften, die zudem mit der Zeit ansteigt und um so höher ausfällt, je jünger die Geimpften sind.

FLORIAN SCHILLING, 10. März 2023, 0 Kommentare

Die britische Statistikbehörde *Office for National Statistics* (ONS) hat Ende Februar ein lange erwartetes Update zur Sterblichkeit in England [veröffentlicht](#). (1) Wesentlich an diesen Daten ist die Darstellung der Sterblichkeit abhängig von Impfstatus, Alter und Todesursache („All-Cause“, d.h. alle Todesursachen und „Covid-related“, also Tod durch/mit Corona). Der Datensatz liefert dabei Erkenntnisse in zwei Richtungen: Zum einen wird von Seiten der Behörden ganz offenbar nach Kräften versucht, die Realität zu Gunsten der Impfung zu verzerren. Zum anderen sind diese Bemühungen, obwohl sehr weitreichend, nicht ausreichend, um das Desaster zu verschleiern, das die Impfkampagne angerichtet hat.

Teil 1: Qualität der Daten

Alle Schwächen des besagten Datensatzes aufzuarbeiten, würde in Umfang und Tiefe eine wissenschaftliche Veröffentlichung erfordern. Es folgt daher lediglich eine Zusammenfassung der wichtigsten Kritikpunkte. Interessierten seien [ein Interview](#) des Mathematikers Norman Fenton (2) sowie [sein Schreiben](#) an die britische Statistikbehörde ONS (3) empfohlen. Er adressiert hier jeweils detailliert, fachlich fundiert und spezifisch die Qualitätsprobleme der ONS-Daten.

Grundsätzliche Limitierungen

Die ONS-Zahlen speisen sich aus Daten des englischen Gesundheitssystems. Erfasst wurden Personen, die im Berichtszeitraum einen Arzt konsultiert haben. Daraus ergibt sich zwar eine beachtliche und grundsätzlich brauchbare Kohorte von über 39 Millionen Menschen – diese lässt aber immer noch 16 Millionen Einwohner unberücksichtigt. Auch ist zu beachten, dass das selektierende Verhaltensmuster („Arztbesuch“) Gesundheitsprobleme (welcher Art und welchen Schweregrades auch immer) impliziert, die nicht-erfasste Kohorte also eventuell gesünder sein könnte. Zudem steht der, nicht gänzlich von der Hand zu weisende, Verdacht im Raum, dass Menschen nach Arztkonsultation eher a) direkt die Impfung empfohlen bekommen und b) in diese auch häufiger als der Durchschnitt einwilligen. Kurz gesagt: Vom nicht-erfassten Bevölkerungsteil ist mit einer gewissen Berechtigung anzunehmen, dass er gesünder und ungeimpfter als die ONS-Kohorte ist.

Kohärenz der Daten

Zunächst fallen **Veränderungen im Vergleich zu früheren Publikationen des ONS** mit identischem Titel und Struktur auf. So wurden die Monate Januar bis März 2021 entfernt – und damit die ersten Monate der Impfkampagne. Das ist insofern bedeutsam, als ein Großteil der tödlichen Nebenwirkungen der Impfung innerhalb der ersten 72 Stunden auftritt (4), Ende März 2021 bereits über 80% der Altersgruppen Ü50 mindestens eine Impfung erhalten hatten (5) und damit potentiell zahlreiche Todesfälle im Zusammenhang mit der Impfkampagne aus dem Gesamtbild verschwinden.

Analog hierzu wurden **alle Daten zu Impfungen unter 18 Jahren aus dem Datensatz entfernt**, was mit Blick auf das umstrittene Risiko-Nutzen-Verhältnis der Impfung bei Kindern und Jugendlichen mindestens bedauerlich ist – und die (bislang nicht befriedigend beantwortete) Frage nach dem Grund dieser Vorgehensweise aufwirft. Es kann aber wohl ausgeschlossen werden, dass die Daten eliminiert wurden, weil sie hervorragende Effektivität bei gleichzeitig hoher Sicherheit anzeigten.

Wenig zur Vertrauensbildung trägt auch der Umstand bei, dass die **Rohdaten für April und Mai 2021 im jetzigen Bericht deutlich von den Werten in früheren Berichten abweichen**, wobei eine Änderung der Kriterien und damit der Zählweise (zumindest offiziell) nicht stattfand. Diese Abweichungen führen zu einer Vervierfachung der Sterblichkeit bei Ungeimpften in Relation zu Geimpften, sind also quantitativ und qualitativ erheblich. Eine Erklärung für diese nachträglichen Veränderungen liefert das ONS nicht.

Suboptimale Zuordnung der Todesfälle

Eine beim deutschen RKI gepflegte Unsitte scheint sich im Übrigen auch in England durchgesetzt zu haben: **Todesfälle mit unklarem Impfstatus** wurden nicht aus dem Datensatz entfernt – sondern pauschal den Ungeimpften zugeschlagen. Gerade in den jüngeren Altersgruppen können bereits kleinste derartige Veränderungen stark auf die berechnete Mortalität durchschlagen.

Zudem muss man davon ausgehen, dass der Impfstatus verstorbener Geimpfter häufig nicht erfasst wurde. Abzulesen ist dies an folgendem Phänomen: Wann immer vermehrt geimpft wurde (Erstzulassung, Zweit- und Drittimpfungskampagne) stieg die Sterblichkeit der Ungeimpften. Sank die Impfquote, starben weniger Ungeimpfte. Dies trifft insbesondere auf die Erstimpfung und damit auf den Zeitraum Dezember 2020 bis März 2021 zu – und damit just jenem, der aus ungeklärten Gründen aus dem Bericht des ONS verschwunden ist. In älteren Versionen lassen sich die Daten aber noch nachlesen.

Wenig hilfreiche Altersstandardisierung

Der nächste Kritikpunkt ist etwas komplexer und erfordert eine Auseinandersetzung mit der Parametrierung, die vom ONS vorgenommen wird. Erfasst wird die Anzahl der Todesfälle, die in einer bestimmten Altersgruppe abhängig vom Impfstatus monatlich aufgetreten sind. Statt der Anzahl der Personen dieser Gruppe werden aber Lebensjahre als Bezugsgröße

verwendet, ein Vorgehen, das grundsätzlich sinnvoll ist. Ein und dieselbe Person kann im Verlauf weniger Monate mehrfach den Impfstatus wechseln (einmal, zweimal, dreimal geimpft). Eine Mehrfachnennung dieser Person in unterschiedlichen Gruppen würde sich verfälschend auf die Grundmenge der erfassten Personen auswirken. Daher ist die Berücksichtigung der Lebenszeit, die im jeweiligen Impfstatus verbracht wurde, ein statistisch solides Vorgehen.

Der Datensatz gibt zunächst an, wie viele Todesfälle pro 100.000 Lebensjahren in den jeweiligen Altersgruppen aufgetreten sind („Count of deaths“). Die Altersgruppen beginnen mit 18-39 Jahren, schlüsseln sich im Weiteren in 10-Jahres-Schritte auf (z.B. 40-49) und enden bei 90+. **Sodann berechnet das ONS die Altersstandardisierte Mortalität („ASM“), ein Schritt, der mit großen Fragezeichen verbunden ist.** Zunächst einmal wäre eine derartige Standardisierung nur für Vergleiche zwischen *verschieden* Altersstufen sinnvoll – nicht aber *innerhalb* definierter und kompakter Altersgruppen. Die Mortalität 56-jähriger unterscheidet sich gemeinhin nicht signifikant von derjenigen 51-jähriger.

Darüber hinaus weicht die vom ONS berechnete *standardisierte* Mortalität erheblich von der „rohen“ Mortalität (Todesfälle pro 100.000 Lebensjahren) ab. Ebenfalls beachtenswert: Durch diesen Rechenschritt (für den das ONS es versäumt, den detaillierten Algorithmus anzugeben) nimmt die Sterblichkeit für Geimpfte ab, während sie für Ungeimpfte steigt. Es stellt sich ein gewisses mathematisches Unbehagen beim ein oder anderen Leser des Berichts ein.

Der Datensumpf „Ever vaccinated“

Von den Leitmedien in UK wurde vor allem eine Datenauswertung begeistert aufgenommen: **Die Gesamt-Mortalität Geimpfter sei geringer als die Ungeimpfter.** Dies unabhängig davon, wie oft eine Person geimpft wurde (im Original: „ever vaccinated“, also ab der 1. Impfung) und unabhängig von der Todesursache („All Causes“, also alle Todesursachen). Etwas pointierter formuliert: Bereits nach dem ersten „Pieks“ lebt es sich gesünder, da man seltener stirbt.

Das Kriterium „Ever vaccinated“ stellt im Datensatz aber ein Problem dar. Einmal, weil es nicht durchgehend verwendet wird. Es taucht nur in einzelnen Tabellen und ganz am Ende auf. Woraus sich die Summen am Ende ergeben, wird dabei nicht klar. Klar ist nur: Nicht aus den vorher aufgelisteten Rohdaten. Als Beispiel soll die Anzahl von Todesfällen in der Altersgruppe 18-39 Jahre dienen, ausgewertet werden alle Todesursachen („All-Cause“) bei beiden Geschlechtern (das ONS ist hier wenig gendergerecht) im Zeitraum April – Dezember 2021. Dazu stehen uns im Bericht zwei Tabellen zur Verfügung:

- Tabelle 2 „Monthly age-standardised mortality rates by vaccination status by age group for all cause deaths“: Sie führt den Impfstatus detailliert aus (1., 2. und 3. Impfung, jeweils weniger und mehr als 21 Tage her) und listet jeweils die Anzahl der Todesfälle auf. Leider enthält sie als Impfstatus nicht „Ever vaccinated“, also die Summe aller im Datensatz erhaltenen Lebensjahre Geimpfter, unabhängig davon wie oft diese jeweils geimpft sind.
- Tabelle 5 “Monthly counts of all registered deaths for 'unvaccinated' and 'ever vaccinated' by age group“: Sie verwendet zur Unterscheidung nur “ever vaccinated” (also jemals geimpft, egal wie oft) bzw. ungeimpft und gibt die Anzahl der insgesamt registrierten Todesfälle im Zeitraum an. Was fehlt ist die Bezugsgröße – also wie vielen Personen bzw. Lebensjahren die jeweilige Kohorte besteht, es lässt sich also keine Mortalität berechnen.

Leider ist es nun so, dass die Anzahl der Todesfälle aus Tabelle 2 (Ungeimpfte bzw. die Summe der Todesfälle Geimpfter) nicht mit der in Tabelle 5 angegeben übereinstimmt, zwischen beiden Tabellen kommen Tote hinzu. Woher und warum – man weiß es nicht. Das wäre an sich noch verschmerzbar, würden sich beide Kohorten, geimpft und ungeimpft, in etwa gleichem Maß vergrößern. Das tun sie aber nicht. Die folgende Abbildung zeigt das Ausmaß der Veränderung für beide Gruppen. Auf der y-Achse sehen wir die Anzahl der hinzugekommenen Todesfälle, auf der x-Achse den zeitlichen Verlauf:

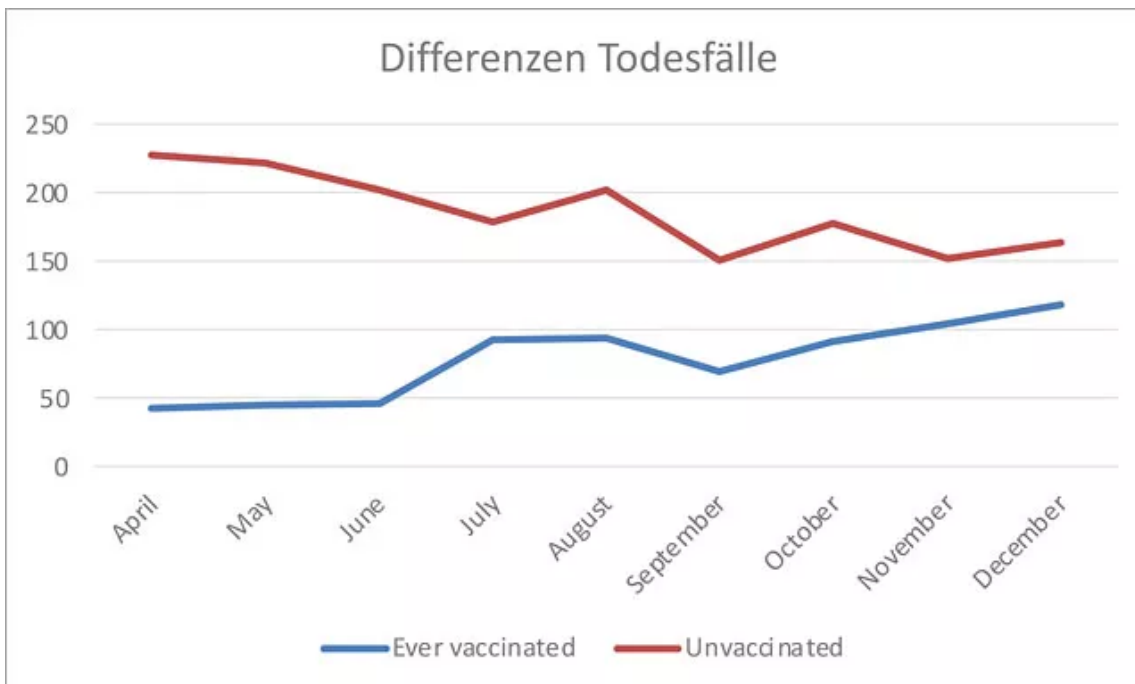


Abbildung 1: Differenzen der Todesfälle innerhalb des Datensatzes für Geimpfte (Blau) und Ungeimpfte (Rot)

Das Ausmaß dieser ominösen Todesfallvermehrung wird deutlich, vergleicht man die prozentuale Zunahme, die sich ergibt:

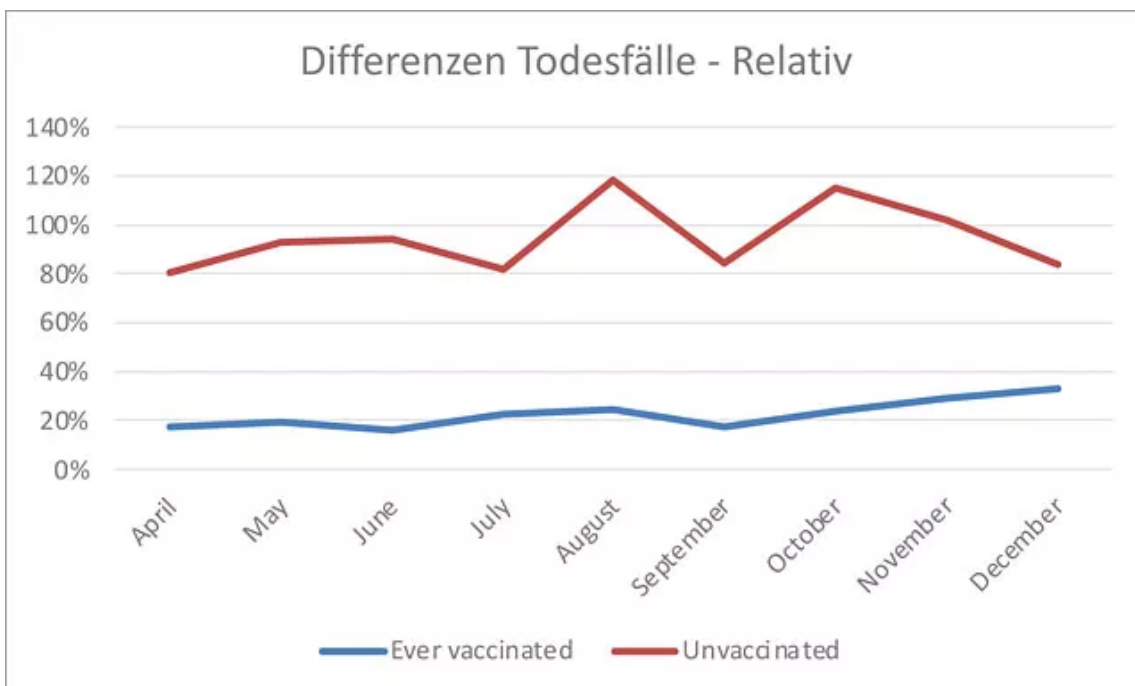


Abbildung 2: Zunahme der Todesfälle in Prozent für Geimpfte (Blau) und Ungeimpfte (Rot)

Aus ungeklärten Gründen steigt die Anzahl von Todesfällen Ungeimpfter um bis zu 140% an, wenn man sie mit den summierten Todesfällen der Geimpften vergleicht. Es gibt Menschen, und der Autor zählt sich hinzu, die es irritierend finden, wenn der monatelang ausgearbeitete Bericht einer Statistikbehörde an einfachen Rechenoperationen wie Summenbildung scheitert. Anders formuliert: Wäre diese Mortalitätsauswertung eine Jahresbilanz – kein Finanzamt der Welt, das etwas auf sich hält, würde diese Zahlen durchgehen lassen.

Schwachpunkt Impfquote

Der letzte Kritikpunkt, der hier erwähnt werden soll, ist zugleich der wahrscheinlich gravierendste: Das ONS unterschätzt den Anteil Ungeimpfter in der Bevölkerung fulminant. Zu dieser Erkenntnis gelangt man, wenn man die Impfraten und Impfquoten

der englischen Gesundheitsbehörden (5) (NHS, UKSHA, NIMS) mit den Angaben des ONS vergleicht. Während erstere auf der Meldung verabreichter Impfungen beruhen, basieren letztere auf Schätzungen. Die beiden Größen weichen erheblich voneinander ab (z.B. 18% Ungeimpfte laut ONS und 29% laut NIMS):

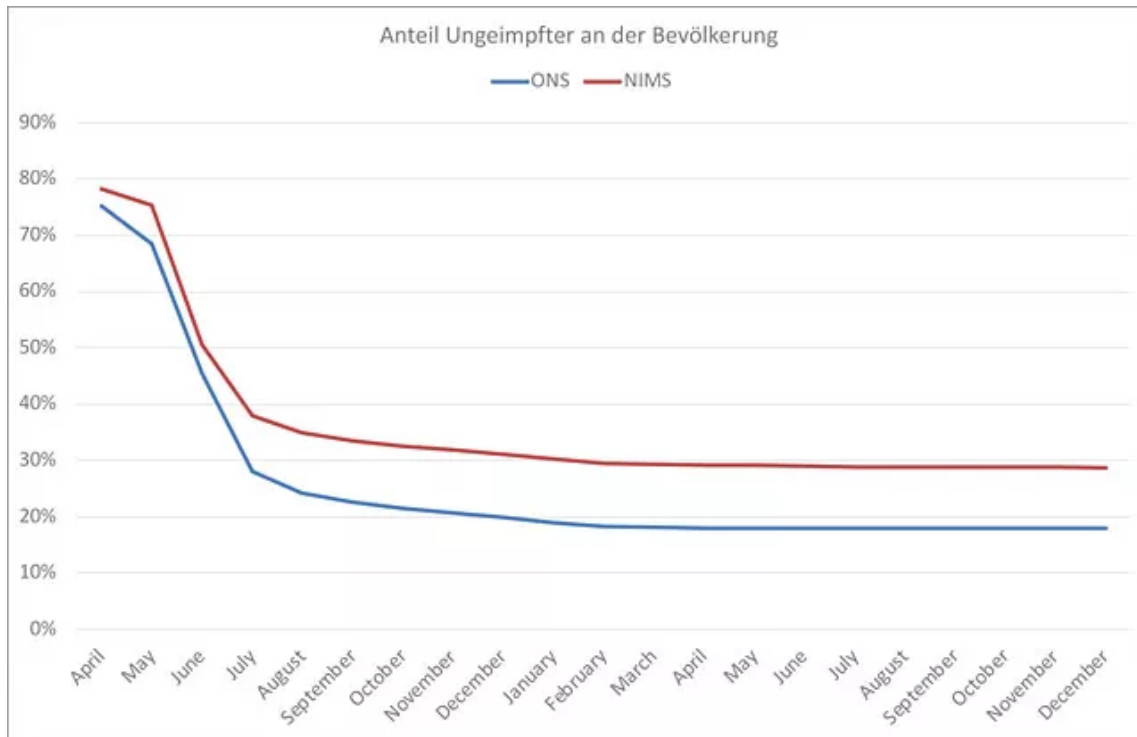


Abbildung 3: Impfquoten laut unterschiedlichen Regierungsbehörden in der Altersgruppe 18-39 Jahre

Die Folgen liegen auf der Hand. Die Mortalität berechnet sich vereinfacht gesprochen aus Todesfällen/Menschen (respektive Lebensjahre). Verdoppelt man die Anzahl der Menschen (oder Lebensjahre), ergibt sich eine halb so hohe Mortalität. Umgekehrt: Durch Halbierung des Nenners (Menschen, Lebensjahre) verdoppelt sich der Wert des Bruchs (Mortalität). Man kann grafisch darstellen, wie viele der laut Gesundheitsbehörden Ungeimpften vom ONS erfasst werden – im Mittel um 50-60%, womit sich die Mortalität der Ungeimpften *im Bericht* fast verdoppeln würde:

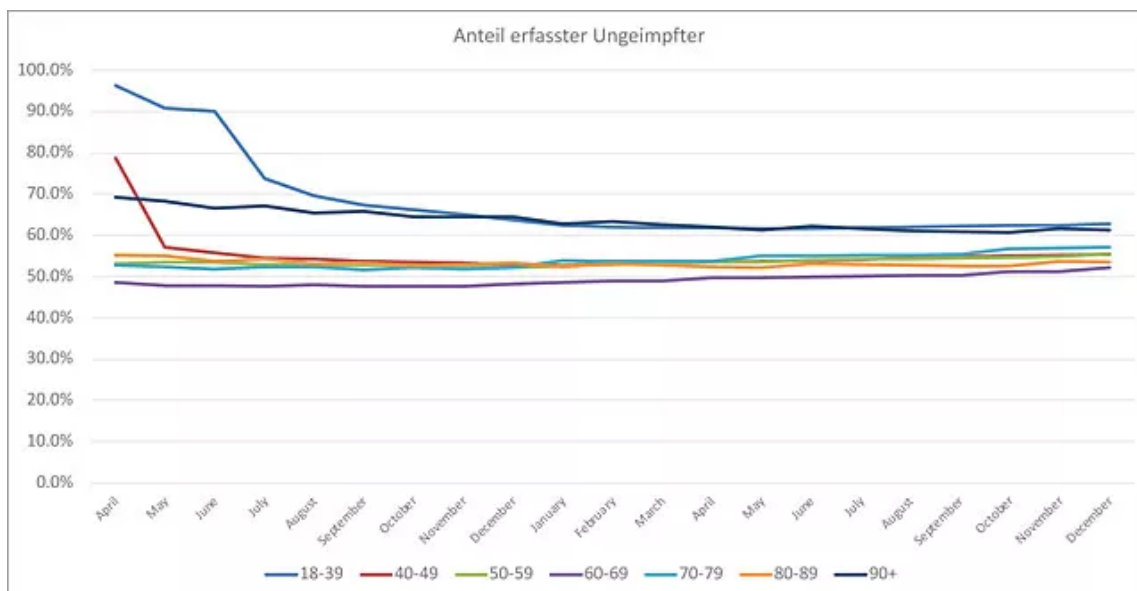


Abbildung 4: Anteil der vom ONS erfassten Ungeimpften (laut Angaben von UKHSA/NIMS)

Als Erklärung für diese Diskrepanz stehen nur wenige und durchgehend mäßig beruhigende Hypothesen im Raum: Stimmen die Daten der Gesundheitsbehörden, ist das ONS entweder nicht fähig oder nicht willens realistische Impfquoten zu erheben. Stimmen die Daten des ONS, treffen diese Defizite auf die Gesundheitsbehörden zu. Dritte Möglichkeit: Die impfenden und

meldenden Ärzte betreiben Abrechnungsbetrug in erheblichem Ausmaß. Letztlich werden wohl traurigerweise alle drei Faktoren etwas zum Gesamtbild beisteuern. Berücksichtigt man statistische Qualität und Plausibilität der Daten, Erfassungsmethoden, Stichproben und Ländervergleiche, dürften die Impfdaten des ONS wohl am wenigsten stimmig sein und am meisten zu einer Verzerrung beitragen.

Teil 2: Auswertung der Daten

Im ersten Teil wurde gezeigt, dass die Qualität der Daten erhebliche Fragen aufwirft. Die daraus erwachsenden Bedenken sollen aber nun ausgeblendet werden, um die Daten, so wie sie sind, einer Auswertung zu unterziehen. Das schließt mit ein, erneut der Diskussion „An/Mit Corona“ auszuweichen und pauschal zu unterstellen, dass jeweils Kausalität vorlag.

Ein erster Blick auf den Schutz vor Tod

Betrachten wir zunächst nur die Sterblichkeit an/mit Covid-19. **Der Schutz vor schwerer Krankheit und Tod** ist aktuell eine der letzten Rückzugslinien der Impfbefürworter, nachdem sich Fremdschutz, Herdenimmunität, Schutz vor Ansteckung sowie symptomatischer Erkrankung nicht mehr halten lassen. Man kann bezüglich der Impfeffektivität zunächst einmal die Probe aufs Exempel machen, ohne jede statistische Absicherung. Das ist zwar mathematisch nicht zufriedenstellend, aber mit Hausverstand nachvollziehbar –für einen ersten Eindruck und weil die allermeisten spontan ohnehin diesen Gedankenweg wählen, wollen wir diese Perspektive einmal einnehmen. Bei behauptetem nahezu hundertprozentigem Schutz vor Tod, dürften so gut wie nie Geimpften an Corona versterben. Wenn überhaupt, dürften Geimpfte nur einen verschwindend geringen Anteil der Coronatoten ausmachen. Das Gegenteil ist der Fall, insbesondere seit Auftreten von Omikron stellen die Geimpften 90-100% der Coronatoten:

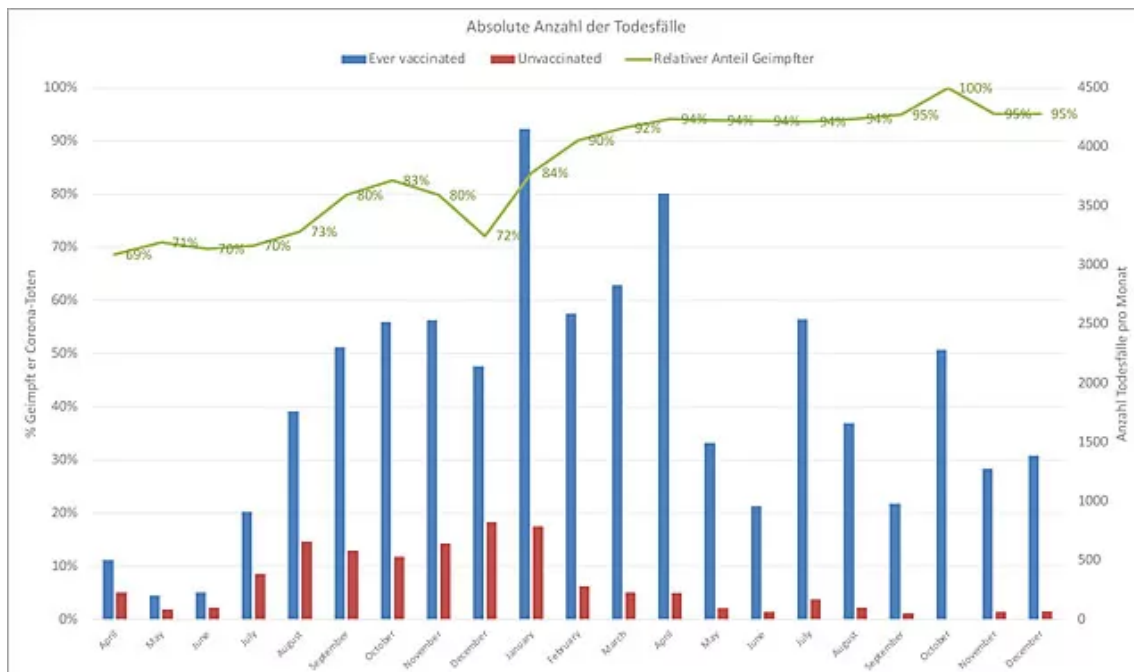


Abbildung 5: (für größere Darstellung Bild anklicken) Absolute Anzahl der Todesfälle Geimpfter (Blau) und Ungeimpfter (Rot) sowie der Anteil der Geimpften an den Corona-assoziierten Todesfällen

Die statistische Impfeffektivität

Nun wollen wir unsere Vorgehensweise verfeinern, da ohne Kenntnis von Kohortengröße, Alter und Impfquote eine Auswertung wie oben unsauber und nicht haltbar ist. Laut ONS weisen Ungeimpfte eine signifikant höhere Covid-Mortalität auf – in allen Altersgruppen. Wir machen uns nun die Farrington-Methodik (die Behörden wie RKI und NHS nutzen) zu eigen,

mit deren Hilfe sich bei bekanntem Anteil einer spezifischen Gruppe an Bevölkerung (z.B. Geimpfte) und Krankheitslast (z.B. Todesfälle durch Covid-19) die Effektivität der Impfung errechnen lässt (6). Die Formel selbst ist relativ einfach, an Grunddaten werden benötigt: Wie viel Prozent der Bevölkerung und wie viel Prozent der Coronatoten sind geimpft? Ich selbst halte diese Methode nicht für die Geeignetste, aber da sie von offizieller Seite als Standard verwendet wurde und wird, soll hier auf sie zurückgegriffen werden.

$$VE = 1 - \frac{PCV}{(1 - PCV)} \times \frac{(1 - PPV)}{PPV}$$

VE = Impfeffektivität
PCV = Anteil der Geimpften an den Kranken/Verstorbenen
PPV = Anteil der Geimpften an der Grundgesamtheit (Bevölkerung)

Abbildung 6: Farrington-Methode zur Berechnung der Impfeffektivität

Nimmt man die Todesfälle laut ONS sowie die Impfquoten laut Gesundheitsbehörden, startet die Impfung in der Kategorie „Schutz vor Tod durch Covid-19“ mit traumhaften Effektivitätswerten von 90% aufwärts. Diese nehmen aber im Jahresverlauf stetig ab und fallen mit dem Auftreten von Omikron in allen Altersgruppen unter die Schallmauer von 50% (Ab diesem Wert spricht man einer Impfung gemeinhin eine signifikante Effektivität ab). Schlimmer noch: Ab Februar 2022 wird die VE (Vaccine efficacy) vielfach negativ – was nichts anderes bedeutet, als dass Geimpfte häufiger an/mit Corona versterben als Ungeimpfte:

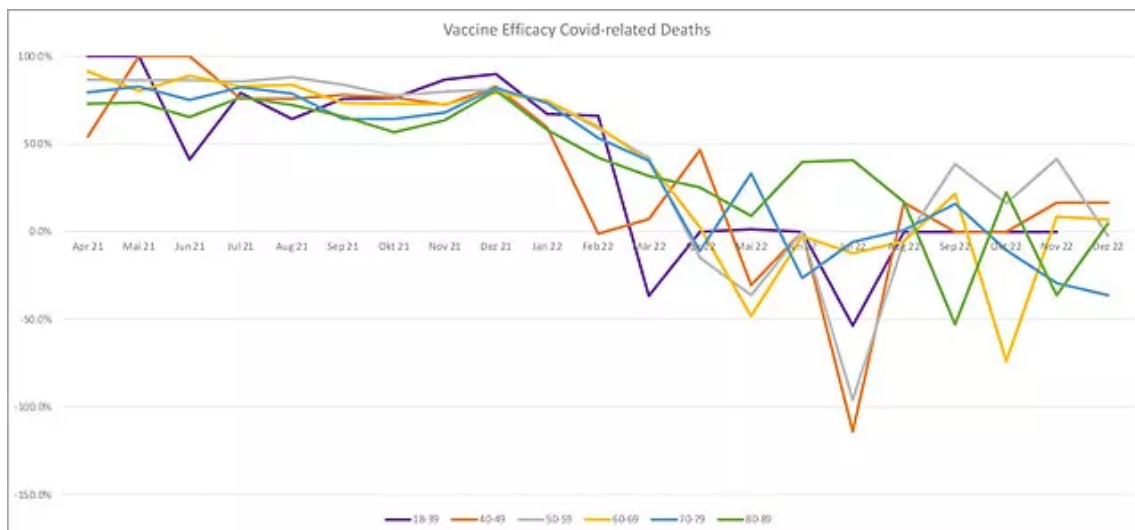


Abbildung 7: (für größere Darstellung Bild anklicken) Impfeffektivität „Schutz vor Tod durch/mit Corona“ 2021-2022

Zu berücksichtigen ist zudem, dass der Jahresverlauf 2022 zwei Ansätze abbildet, mit denen versucht wurde, der stark abnehmenden Schutzwirkung zu begegnen: Erneute Auffrischungsimpfung (also Wiederholung des „Boosters“) bzw. die Einführung der an Omikron angepassten Impfstoffe (bivalente „Booster“). Auf Bevölkerungsebene und bezüglich Tod im Kontext Corona haben offensichtlich beide Ansätze versagt.

Die Übersterblichkeit: Der Elefant im Raum

Mittlerweile kommt man auch an berufener Stelle nicht mehr darum herum, die massive Übersterblichkeit in Europa zumindest zur Kenntnis zu nehmen (Deutschland Dezember 2022: 37%). (7) Das ist in Bezug auf das bislang praktizierte Ignorieren dieses Sachverhalts vorsichtig als Fortschritt zu werten, allerdings machen die im selben Atemzug angeführten möglichen Gründe für die Übersterblichkeit die Hoffnung auf eine ehrliche Aufarbeitung derselben umgehend wieder zunichte.

Von Hitzetoten ist da die Rede, von Überalterung der Bevölkerung und Nachholeffekten durch versäumte medizinische Vorsorgemaßnahmen während der Lockdownphase.

Dazu ist zu sagen: Weder waren die Sommer 2021/2022 besonders heiß, noch hat sich die üblicherweise sterbende Bevölkerungsgruppe (80+) um zweistellige Prozentzahlen vergrößert. Auch beschränkt sich die Übersterblichkeit nicht auf Altersgruppen, in denen sich versäumte Vorsorgeuntersuchungen erfahrungsgemäß binnen zweier Jahre durch Tod rächen. Betrachtet man die Krankheiten, gegen die üblicherweise Vorsorge betrieben wird (Herzkrankungen, Krebs, Diabetes), so sind dies Pathologien, die laut Lehrbuch und im Regelfall nicht binnen einiger Monate zum Tod führen, sondern über viele Jahre und Jahrzehnte.

Die Übersterblichkeit ergibt sich zudem in Bezug zu 2020, also dem ersten Jahr der „schlimmsten Pandemie der Neuzeit“ – in dem noch keine rettende Impfung verfügbar war. Die Übersterblichkeit beginnt im Jahr 2021 und weist seitdem eine steigende Tendenz auf. Ihre Ursache ist offiziell „nicht abschließend geklärt“. Geklärt scheint nur, dass es mit Sicherheit nicht an der hundertmillionenfachen Verabreichung einer neuartigen, unerforschten und hastig entwickelten Gentherapie liegen kann.

All-Cause Mortality: Operation erfolgreich, Patient tot?

Für den einzelnen ist zunächst entscheidend, ob man stirbt – woran ist für die meisten eher sekundär. So ist es durchaus erfreulich, wenn mich eine Impfung vor dem Tod durch Corona bewahrt. Wenn mir besagte Impfung aber gleichzeitig eine tödliche Nebenwirkung in Form eines Herzinfarkts beschert, trübt dies die Freude nachhaltig. Deswegen ist nicht nur entscheidend, ob die Impfung Todesfälle durch Covid verhindert – sondern wie sich die Gesundheit für die Geimpften allgemein entwickelt.

Die einfachste, wenn auch brachialste und am wenigsten sensitive Methode, um diese Entwicklung nachzuvollziehen, ist die Analyse der All-Cause Mortality, also der Gesamtsterblichkeit – unabhängig von der Ursache. Man könnte z.B. 10.000 Menschen nehmen, in etwa gleich alt, gleich (un)gesund und paritätisch geschlechterverteilt. Die Hälfte wird geimpft, die andere Hälfte geht leer aus. Anschließend sieht man jährlich nach, wie viele Personen in der jeweiligen Gruppe noch am Leben sind. Schützt die Impfung effektiv vor einer signifikant häufig auftretenden und gefährlichen Krankheit und ist gleichzeitig gut verträglich, überleben mehr Geimpfte. Ist die Krankheit sehr selten oder der Impfschutz unzureichend, ergibt sich kein Unterschied. Sind die Nebenwirkung der Impfung gesundheitsschädlicher als die Krankheit, gegen die geimpft wird, überleben weniger Geimpfte.

Zwar taucht die All-Cause Mortality in den Zulassungsstudien der Impfersteller auf – allerdings ist mittlerweile klar, dass diese recht kreativ mit Erfassung und Zuordnung von Todesfällen waren (8). So gibt es Verstorbene, die laut Studiendaten gar nicht tot, sondern nur verschwunden sind. Es gibt Verstorbene, die zwar tot sind – aber aus Gründen, die keinesfalls mit der Impfung in Zusammenhang stehen können (Schlaganfälle und Herzinfarkte zum Beispiel). Und es gibt Studienteilnehmer, die während der Studie verstarben, deren Tod aber erst nach zwei Jahren bemerkt wurde. Dadurch hat ihr Tod keinen Eingang in die Veröffentlichung der Studien gefunden. Kurzum: In den klinischen Studien von Pfizer beispielsweise sind insgesamt mehr Geimpfte als Ungeimpfte gestorben (9).

Die All-Cause Mortality in der Praxis: Man stirbt nur einmal

Die Studien der Hersteller wurden mittlerweile abgebrochen, Langzeiterkenntnisse sind so unmöglich geworden. Aber die ONS-Daten erlauben uns – so zweifelhaft sie qualitativ sein mögen – einen Blick auf die Gesamtsterblichkeit von Geimpften und Ungeimpften im Zeitverlauf. Wertet man die Angaben des ONS zur *altersstandardisierten* All-Cause Mortalität (ACM) aus, sind die Ergebnisse für Geimpfte wenig erfreulich und sie offenbaren einige klare Trends. Grundsätzlich gilt: zu keinem Zeitpunkt und in keiner Altersgruppe finden sich signifikante Belege für eine *geringere Gesamt-Mortalität* Geimpfter („Ever vaccinated“). Beunruhigender sind aber andere Entwicklungen, beispielhaft hier drei Altersgruppen, eine jüngere außerhalb (40-49 Jahre) und zwei ältere innerhalb des Altersrisikoprofils (70-79 und 80-89 Jahre):

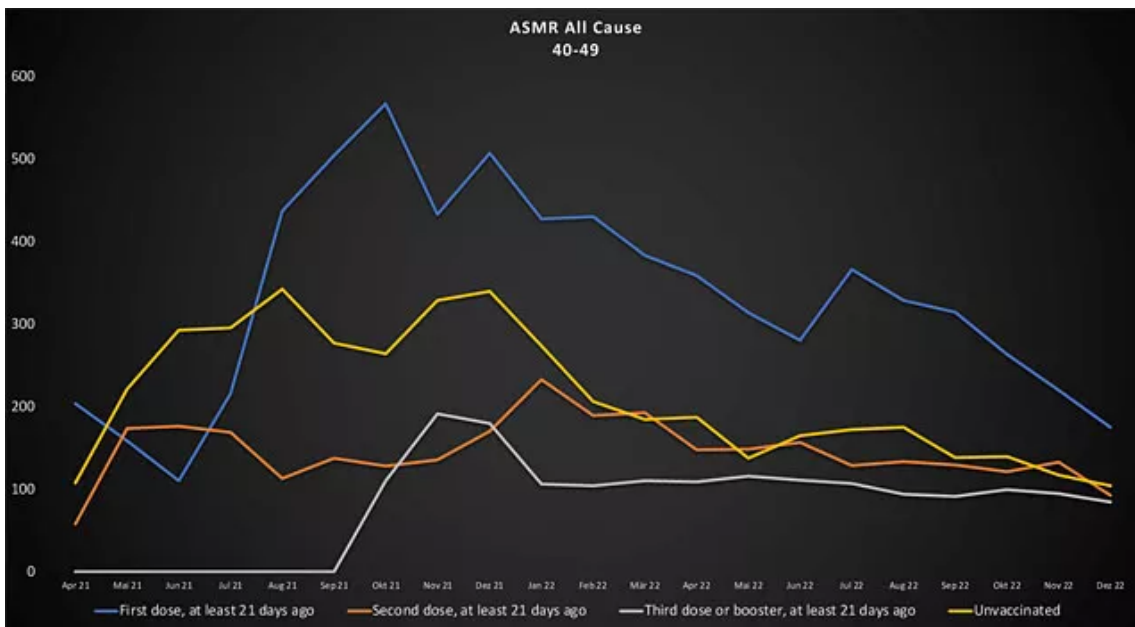


Abbildung 8: (für größere Darstellung Bild anklicken) All-Cause Mortality 2021 & 2022 nach Impfstatus, Altersgruppe 40-49 Jahre; Einfach geimpft vor >21 Tagen (Blau), Zweifach geimpft vor > 21 Tagen (Orange), Dreifach geimpft vor > 21 Tagen (Grau) und Ungeimpft (Gelb)

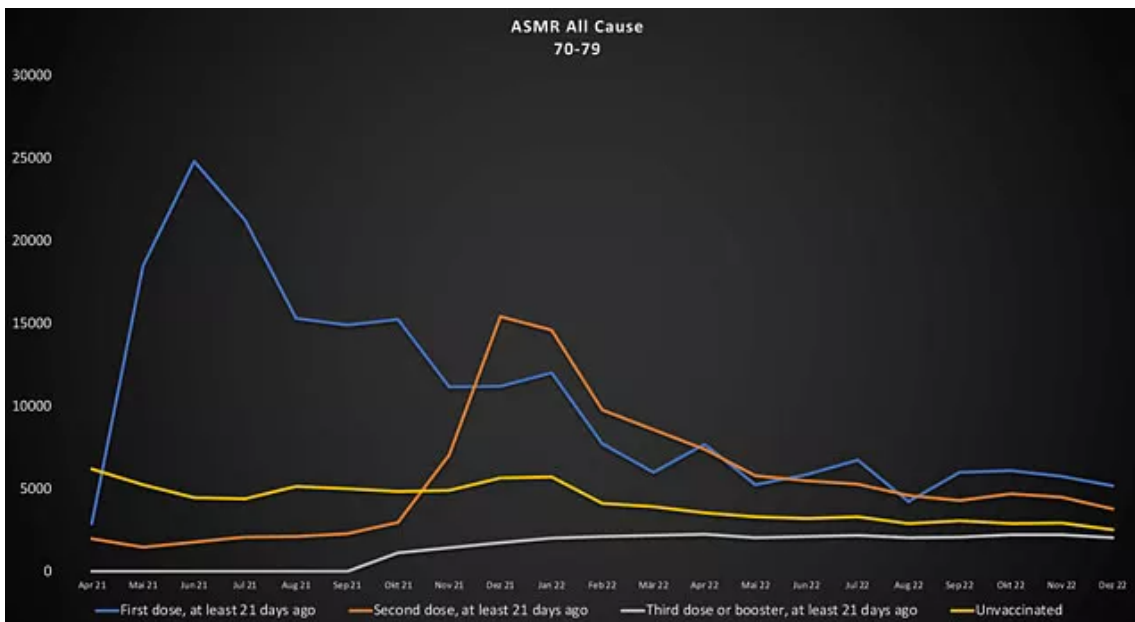


Abbildung 9: (für größere Darstellung Bild anklicken) All-Cause Mortality 2021 & 2022 nach Impfstatus, Altersgruppe 70-79 Jahre; Einfach geimpft vor >21 Tagen (Blau), Zweifach geimpft vor > 21 Tagen (Orange), Dreifach geimpft vor > 21 Tagen (Grau) und Ungeimpft (Gelb)

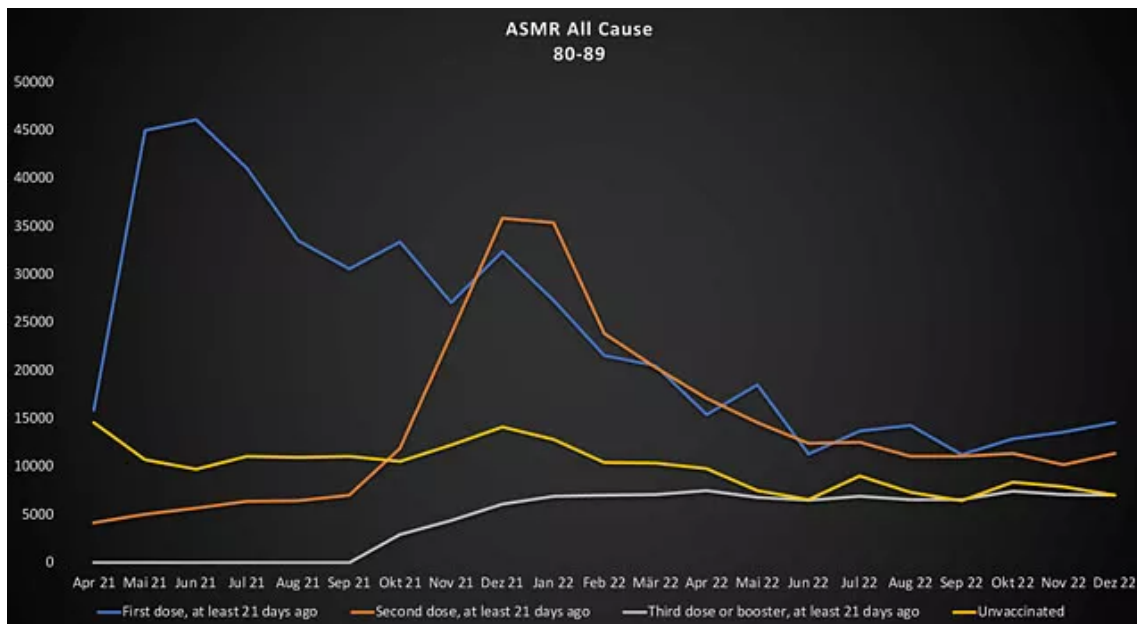


Abbildung 10: (für größere Darstellung Bild anklicken) All-Cause Mortality 2021 & 2022 nach Impfstatus, Altersgruppe 80-89 Jahre; ; Einfach geimpft vor >21 Tagen (Blau), Zweifach geimpft vor > 21 Tagen (Orange), Dreifach geimpft vor > 21 Tagen (Grau) und Ungeimpft (Gelb)

In allen Altersgruppen weisen insbesondere Menschen nach der ersten Impfung eine dramatisch höhere Mortalität auf als Ungeimpfte. Dieser Effekt ist bei der zweiten Impfung schwächer ausgeprägt und verliert sich mit der dritten Impfung. Die mögliche Erklärung dafür ist nicht frei von Zynismus: Die klassischen und akuten Nebenwirkungen der Impfung (vor allem Gerinnselbildung, Herzschädigung, Schlaganfälle, etc.) werden primär bei entsprechend gesundheitlich vorbelasteten Personen tödlich enden. Jeder Durchgang der Impfung ist ein „Survival of the fittest“, oder, um es mit einem hierzulande stark vorbelasteten, aber dennoch zutreffenden Begriff zu beschreiben: Jede Wiederholung der Impfung stellt eine Selektion dar, es überleben jeweils die gesündesten. Dadurch treten bei der jeweils nächsten Wiederholung relativ gesehen weniger Todesfälle auf.

Auffallend in den Risikoaltersgruppen ist zudem, dass die Gesamtsterblichkeit der Ungeimpften relativ konstant bleibt, während die der Geimpften erheblich schwankt. Ersteres deutet darauf hin, dass Corona insgesamt wenig zum Sterbegeschehen beiträgt, letzteres dass entweder die Datenqualität niedrig oder die Impfung gesundheitsschädlich ist. Es könnte auch beides zutreffen.

Auswertung bei realistischen Impfquoten

Die bisher gezeigten Analysen basierten zum einen auf den unrealistischen Annahmen des ONS zur Impfquote (vgl. Teil 1: Schwachpunkt Impfquote) sowie der, in ihrer Entstehung unklaren und von den Rohdaten abweichenden, altersstandardisierten Mortalität. Beides wirkt sich verzerrend und zu Gunsten der Impfung aus. In unserem letzten Auswertungsansatz können wir nun versuchen, für diese beiden Größen realistischere Werten zu verwenden. Zu diesem Zweck kann man auf weitere offizielle Daten zurückgreifen, die in punkto Legitimität mindestens gleichwertig zu den ONS-Daten sind. Grundlage der folgenden Auswertungen sind konkret folgende Datensätze:

- Einmal die *rohe Mortalität* des ONS als Todesfälle („Counts of death“) pro 100.000 Lebensjahren („Person years“) – getrennt nach Altersgruppe und Todesursache (All-Cause/Gesamtmortalität bzw. Corona-related/an oder mit Corona), entnommen aus Table 2 des ONS-Berichts.
 - Zum anderen die Impfquoten laut Impfmonitoring der englischen Gesundheitsbehörden. Dieses wird vom NIMS (National Immunisation Management Service) gepflegt, die historischen Zahlen können per Datenbankabfrage gewonnen werden.
- (5)

Bezüglich der Impfquoten werden wir das Kriterium „Ever vaccinated“ (also geimpft – egal wie oft) verwenden. Dabei ist zu beachten: Die ONS-Sterbefälle sind monatlich angegeben, das NIMS hingegen liefert tagesgenaue Impfquoten. Die Impfquoten am Anfang und Ende jeden Monats weichen also voneinander ab. Um ein möglichst realistisches Szenario zu erhalten, geben wir daher für jeden Monat die Bandbreite der möglichen Impfquote an (niedrigster und höchster in diesem Monat registrierter Wert). Die Daten geben wir folgendermaßen aus:

- prozentualer Anteil der Geimpften an der Gesamtkohorte (Impfquote)
- prozentualer Anteil der Geimpften an der Gesamt-Mortalität
- prozentualer Anteil der Geimpften an der Corona-Mortalität

Dem offiziellen Narrativ zu Folge haben wir es mit einer gefährlichen und verbreiteten Krankheit sowie einer sicheren und effektiven Impfung zu tun. Demzufolge müsste der Anteil der Geimpften an der Corona-Mortalität sehr viel kleiner sein als die Impfquote (effektiver Schutz), der Anteil der Geimpften an der Gesamtmortalität ebenso (Corona als häufige und schwere Erkrankung). Die Daten aber legen einen völlig anderen Sachverhalt nahe, beispielhaft hier für die Ränder der Altersverteilung zu sehen:

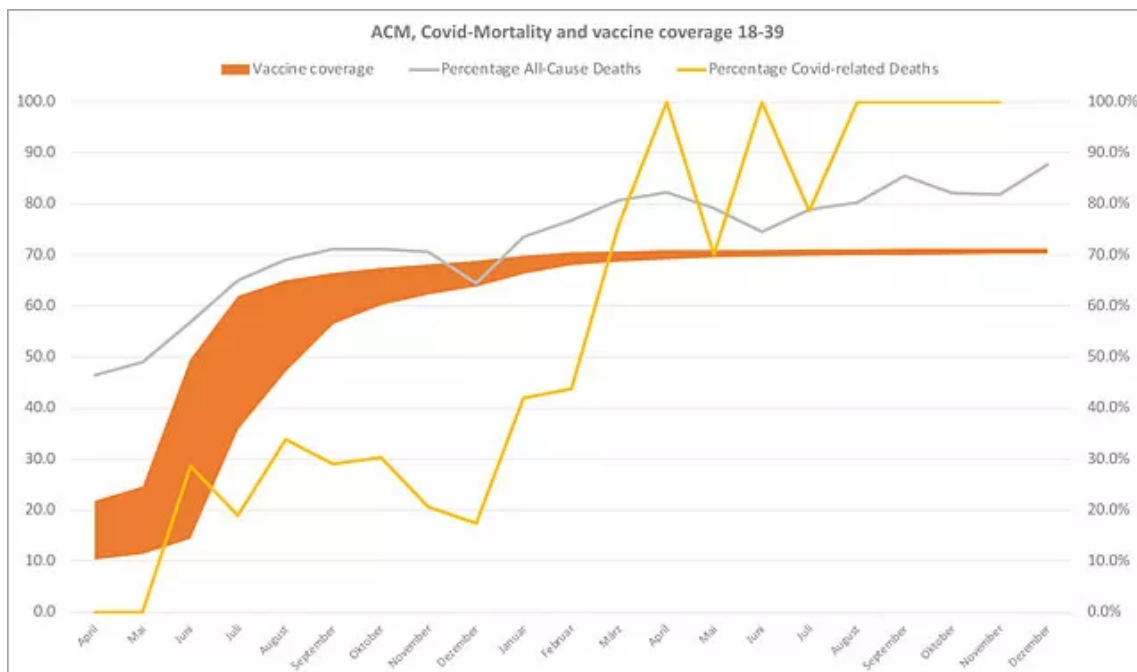


Abbildung 11: (für größere Darstellung Bild anklicken) Bevölkerungsanteil Geimpfter (Orange) sowie deren Anteil an Gesamtmortalität (Grau) und Covid-Mortalität (Gelb); Altersgruppe 18-39

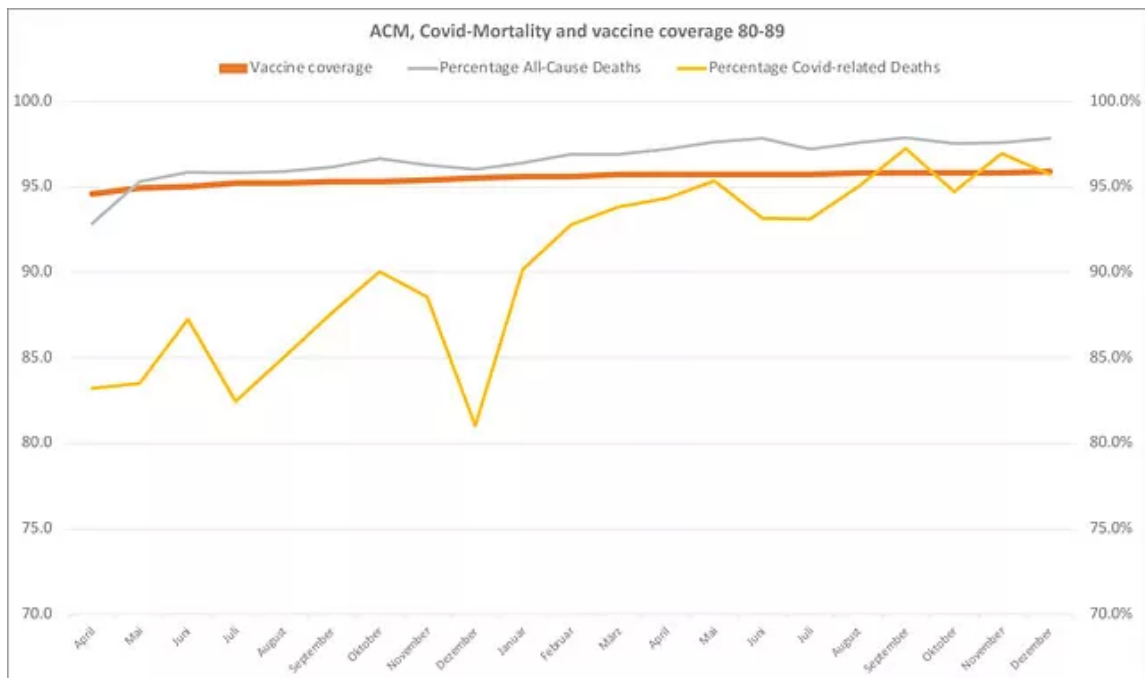


Abbildung 12: (für größere Darstellung Bild anklicken) Bevölkerungsanteil Geimpfter (Orange) sowie deren Anteil an Gesamtmortalität (Grau) und Covid-Mortalität (Gelb); Altersgruppe 80-89

In beiden Fällen werden die gleichen Trends deutlich:

- Der Anteil der Geimpften an der Corona-Mortalität ist zunächst niedriger als ihr Bevölkerungsanteil (Schutzwirkung), das ändert sich aber mit Aufkommen von Omikron im Frühjahr 2022: Der Anteil Geimpfter an den Coronatoten entspricht ihrem Bevölkerungsanteil (keine Schutzwirkung) oder liegt sogar über diesem (Schadwirkung)
- Der Anteil der Geimpften an der Gesamtmortalität liegt über ihrem Bevölkerungsanteil, sie tragen überproportional zur Gesamtsterblichkeit bei. Ein etwaiger Schutz vor Tod durch Corona wird durch (wie auch immer geartete) gesundheitliche Schadefekte übertroffen

Die Impfkampagne hat also mehrfach versagt: Weder konnte die Gesamtsterblichkeit auf Bevölkerungsebene reduziert werden, noch die spezifische Corona-Sterblichkeit. Nicht in den Altersgruppen, die das Hauptrisiko tragen – und schon gar nicht bei Jüngeren. Tatsächlich trifft das Gegenteil zu: In allen Altersgruppen

- tragen die Geimpften überproportional zum Gesamt-Sterbegeschehen bei
- ist der Schutz vor Tod durch Corona seit Omikron nicht mehr gegeben oder negativ

Dies wird auch deutlich, wenn man die Farrington-Methode auf die All-Cause Mortality anwendet, wiederum beispielhaft bei einer jüngeren und einer älteren Kohorte:

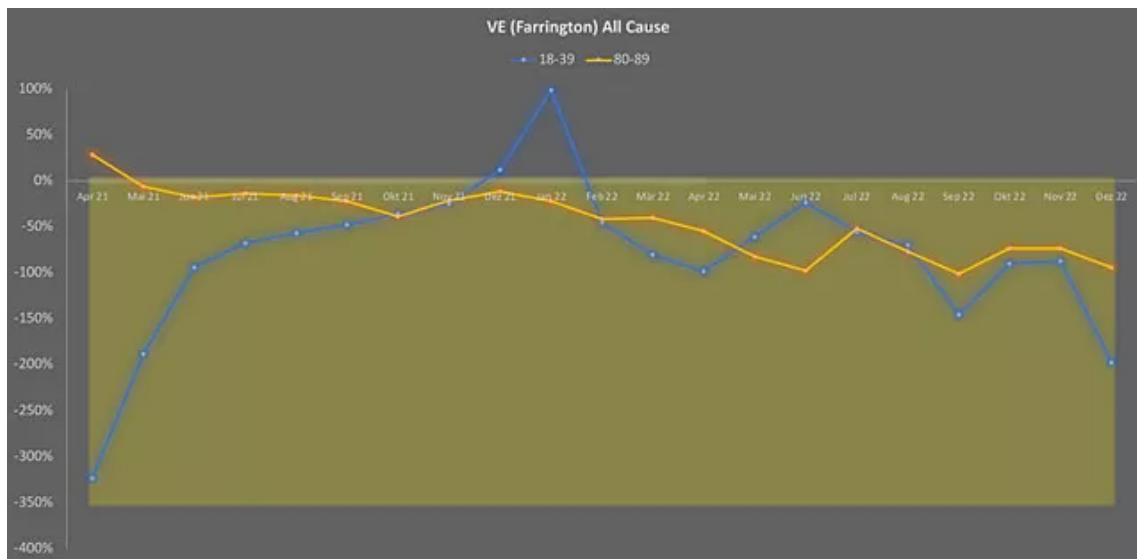


Abbildung 13: (für größere Darstellung Bild anklicken) Effektivität der Impfung (VE) in Bezug auf die Gesamtsterblichkeit; 18-39 Jahre (Blau) und 80-89 Jahre (Orange)

Die Impfung führt fast von Anfang an zu einer höheren Gesamtsterblichkeit der Geimpften – die zudem mit der Zeit ansteigt und höher ausfällt, je jünger die Geimpften sind.

Fazit

Was bleibt zu sagen? Das optimistischste Fazit lautet: Das ONS war über zwei Jahre nicht fähig, aussagekräftige Daten zu erheben; das vorliegende Zahlenmaterial erlaubt daher keine sicheren Rückschlüsse über Sicherheit und Effektivität der Impfung. Die pessimistische Deutung der Zahlen sieht düsterer aus: Milliardenbeträge, über Jahrzehnte bewährte Qualitätsstandards und sicher geglaubte Grundrechte wurden nicht nur vergebens geopfert, sondern haben zu einer insgesamt kränkeren Bevölkerung geführt. Nach Meinung des Autors wird wohl beides zutreffen: Die Impfkampagne hat zu historisch beispiellosen Gesundheitsschäden geführt, die verfügbaren Zahlen bilden diese aber aufgrund der geradezu verzweifelten Bemühungen der Behörden, das wahre Ausmaß des Desasters zu verbergen, nicht realistisch ab. Einfacher formuliert: Die Lage ist schlechter als sie selbst bei pessimistischer Deutung der Zahlen aussieht.

Zu bedenken ist außerdem: Wir haben im Rahmen der hier vorliegenden Ausarbeitung „nur“ die Sterblichkeit analysiert. Diese ist der härteste Realitätscheck und der mitunter signifikanteste Belastungsparameter – aber beileibe nicht der sensitivste. Nicht-tödliche oder zumindest nicht kurzfristig tödliche Gesundheitsschäden sind an dieser Stelle noch gar nicht eingepreist, die Palette der möglichen „impfassozierten Gesundheitsfolgen“ ist aber inzwischen riesig und wächst stetig weiter. Seien sie neurologisch (z.B. ALS, Guillain-Barre, Bells-Parese, MS, Paraplegien, Neuropathien), kardiovaskulär (Herzinfarkte, Myokarditis, Schlaganfälle, Lungenembolien, allgemein Gerinnselbildung), immunologisch (Autoimmunerkrankungen, Mastzellsyndrome, reaktivierte Infektionen, Immunsuppression) oder onkologisch (Turbokrebs).

Es wäre dringend geboten, ab sofort bei der Stellung entsprechender Diagnosen den Impfstatus der Betroffenen mitzuerfassen. Zumindest in Deutschland scheint das, laut Standpunkt der Behörden, aus „datenschutzrechtlichen“ Gründen nicht möglich zu sein. Was in 2G-Zeiten Kellnern im Restaurant erlaubt und geboten war, nämlich den Impfstatus abzufragen, soll Ärzten und Pathologen nun wegen Datenschutz nicht möglich sein. Der Autor kann diesen Sachverhalt nicht juristisch beurteilen, nur praktisch und ethisch: Staatsversagen ist noch das günstigste und wohlmeinendste Urteil, zu dem man kommen kann.

Über den Autor: *Florian Schilling*, Jahrgang 1981, 2001-2004 Studium der Medizin (Vorklinik) an der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2004-2006 Ausbildung zum Heilpraktiker am Zentrum für Naturheilkunde München, 2006-2017 in eigener Praxis tätig mit dem Schwerpunkt Onkologie und Neuroinflammation, 2018-2019 Projektmanager am Bumrungrad Hospital

Weitere Artikel zum Thema:

- **Bedingt wirksam mit negativen Folgen** (Karsten Montag, 1.3.2023)
- **KBV-Daten und Geburtenrückgang: Über echte und falsche Risikosignale** (Christof Kuhbandner, 6.2.2023)
- **Offizielle Zahlen: Hohe Impfquote korreliert mit hoher Sterblichkeit** (Stefan Homburg, 19.1.2023)
- **Sicherheitsdaten zu mRNA-Präparaten bleiben unter Verschluss** (Susan Bonath, 20.10.2022)
- **Post-Vakzin-Syndrom: "Wir brauchen eine massive Schulungsoffensive"** (Interview mit Florian Schilling, 30.5.2022)
- **Kriminelles Behördenversagen: STIKO und Paul-Ehrlich-Institut ignorieren Nachweis der Schädigung von Kindern und Jugendlichen** (Karsten Montag, 19.3.2022)
- **Der Anstieg der Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit den Impfungen: Ein Sicherheitssignal wird ignoriert** (Christof Kuhbandner, 21.2.2022)

Anmerkungen

- (1) OFFICE FOR NATIONAL, S. (2023) ‚Deaths by vaccination status, England - Office for National Statistics‘, *ONS.GOV.UK* [Online]. Available: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland> (Accessed 22.02.2023).
- (2) CAMPBELL, J. & FANTON, N. 2023. ONS sample group discussion. YouTube.
- (3) FENTON, N., NEIL, M., CRAIG, C. & MCLACHLAN, S. 2022. *What the ONS Mortality Covid-19 Surveillance Data can tell us about Vaccine Safety and Efficacy*. Available: https://osr.statisticsauthority.gov.uk/wp-content/uploads/2023/01/What_ONS_Mortality_Surveillance_Data_can_tell_us_about_Covid-19_Vaccine_Safety_Efficacy.pdf (Accessed 10.03.2023)
- (4) OPEN, V. (2023) ‚Deaths Reported to VAERS after Covid vaccination‘, Available: <https://www.openvaers.com/covid-data/mortality> (Accessed 25.02.2023).
- (5) UK Gov (2023), ‚Vaccination First Dose Uptake By Vaccination Date Percentage‘, Available: <https://api.coronavirus.data.gov.uk/v2/data?areaType=nation&areaCode=E92000001&metric=vaccinationsAgeDemographics&format=csv> (Accessed 25.02.2023)
- (6) FARRINGTON, C. P. (1993). ‚Estimation of vaccine effectiveness using the screening method‘. *Int J Epidemiol*, 22, 742-6.
- (7) DESTATIS (2023) ‚Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020 bis 2023‘, *Destatis* [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html> (Accessed 01.03.2023).
- (8) DAILY CLOUD LLC 2023. *War Room / DailyClout Pfizer Documents Analysis Volunteers‘ Reports eBook: Find Out What Pfizer, FDA Tried to Conceal*.
- (9) CLASSEN, B. ‚US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint,“All Cause Severe Morbidity“‘. *Trends Int Med*. 2021; 1 (1): 1-6‘. Correspondence: J. Bart Classen, MD, Classen Immunotherapies, Inc, 3637. Available: <https://www.scivisionpub.com/pdfs/us-covid19-vaccines-proven-to-cause-more-harm-than-good-based-on-pivotal-clinical-trial-data-analyzed-using-the-proper-scientific-1811.pdf> (Accessed 10.03.2023)