

17 Statistische Auffälligkeiten in Sterbedaten für Deutschland

Welche Zahlen soll man heranziehen, um die Schwere der Situation in Deutschland zu beurteilen?

Viele Zahlen, mit denen Politiker argumentieren, sind unsicher bzw. unbrauchbar. Nehmen wir zum Beispiel die Zahl der Coronatoten. Wie soll man mit 100% Genauigkeit sagen, ob eine Person wegen Corona – oder wegen einer anderen Ursache verstorben ist? Das ist meist schlicht unmöglich.

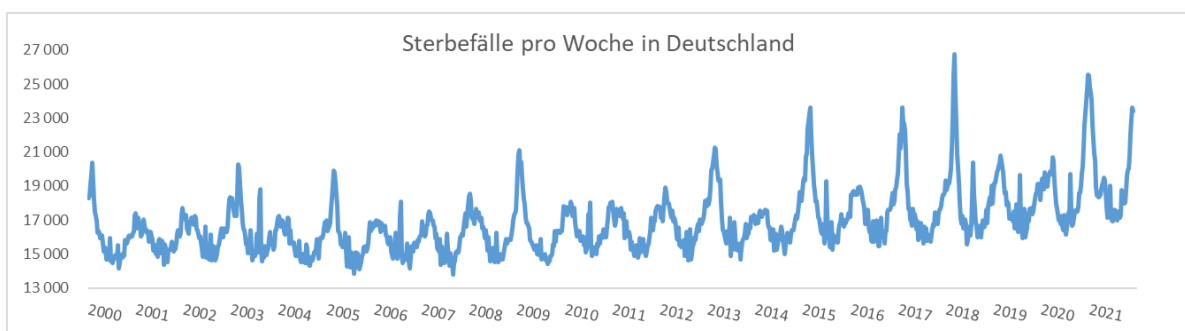
Mit 100% Genauigkeit kann man jedoch feststellen, ob die Person gestorben ist. Dann kann man sich fragen: sind in den Jahren 2020/2021 mehr Personen als üblich gestorben – oder nicht.

Wie definiert man nun, was „üblich“ ist? Ein Anfängerfehler wäre, einfach den Durchschnitt der vergangenen Jahre zu nehmen. So macht es übrigens (leider) das Statistische Bundesamt in seinen Pressemitteilungen.

Warum ist diese Methode schlecht? Damit sind wir bereits bei der ersten statistischen Auffälligkeit:

1. Die Sterbefälle nehmen seit ca. 2005 stetig zu

Die wöchentlichen Sterbefälle (unten z.B. von 2000 – 2021) sind in der folgenden Abbildung dargestellt:



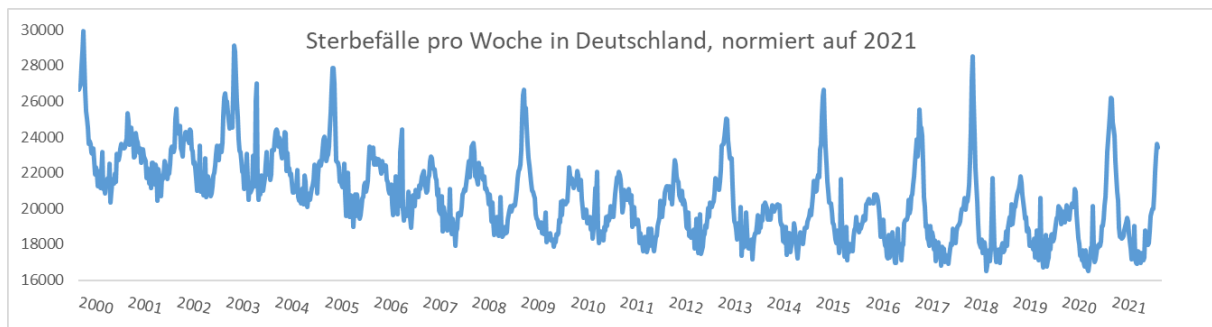
Dem aufmerksamen Betrachter fällt auf, dass die wöchentlichen Sterbefälle seit ca. 2005 zunehmen: Man beobachtet einen Aufwärtstrend. Warum ist das so, was ist besonderes in 2005 passiert? Nun, Karl Lauterbach ist in den Bundestag gewählt worden. Ein Lauterbach-Effekt? Spaß beiseite. Es ist nichts Besonderes in 2005 passiert. Die Bevölkerung in Deutschland verändert sich eben, und wird auch insgesamt älter.

Lebten z.B. im Jahr 2000 ca. 1.6 Millionen Menschen in der Altersgruppe 85+, so waren es im Jahr 2020 bereits ca. 60% mehr, nämlich 2.5 Millionen. Klarerweise sterben dann im Jahr 2020 deutlich mehr Menschen pro Woche als im Jahr 2000.

Vergleichen wir die Sterbezahlen von 2020/2021 mit dem Durchschnitt der vergangenen Jahre, werden wir einen großen Zuwachs sehen, der aber ganz natürlich ist und gegen den man nichts unternehmen kann. Um die vergangenen Sterberaten mit dem Jahr 2021 vergleichen zu können, muss man die demografische Entwicklung berücksichtigen. Damit kommen wir zu der zweiten Auffälligkeit:

2. Die wöchentlichen Sterbezahlen nehmen in Wahrheit seit Jahrzehnten ab

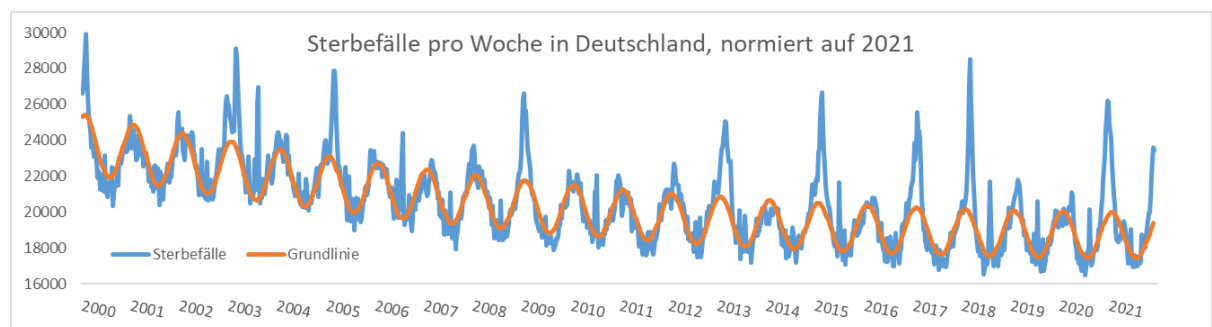
Passen wir die Sterbefälle in verschiedenen Altersgruppen an die Altersstruktur von 2021 an und zählen alles zusammen, so verändert sich das vorige Bild wie folgt:



Die Sterbefälle pro Woche nehmen dann im Schnitt von Jahr zu Jahr ab. Grund ist die längere Lebenserwartung. Jetzt ist kein potentieller Lauterbach Effekt im Jahr 2005 mehr sichtbar. Er kann sich entspannen. Dafür sehen wir einen Effekt in 2021, der den Sterbefallabfall stoppt (Corona oder die Gen-Impfung?, dazu später mehr). Es fällt noch auf, dass die Sterbezahlen eine saisonale Wellenbewegung aufweisen:

3. In den Wintermonaten sterben mehr Menschen als im Sommer

Wir können die Sterbefälle gut mit einem stabilen Trend und einer Sinuskurve modellieren. Diese im Bild orange gefärbte Linie nennen wir auch die „Grundlinie“. Sie beschreibt sehr gut das Sterbegeschehen, wenn gerade keine Grippewellen auftreten (Hintergrundmortalität, den milden Jahren entsprechend):



Es zeigt sich, dass in orangenen Wellenbergen (die den kälteren Jahreshälften entsprechen) ca. 25 Tausend Menschen mehr als im Schnitt sterben. Dafür sterben in den wärmeren Jahreshälften (in den orangenen Tälern) ca. 25 Tausend Menschen weniger als im Schnitt.

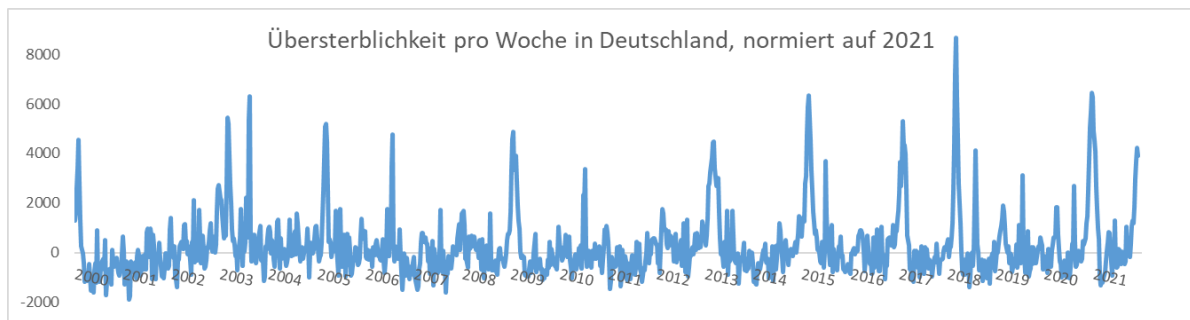
Das kann man auf zwei Arten interpretieren:

- Die Sommermonate entsprechen dem normalen Sterbegeschehen. Im Winter herrscht dagegen eine große Übersterblichkeit mit bis zu 50 000 zusätzlichen Toden.
- Im Winter sterben verstärkt die Schwächeren, die im Sommer nicht mehr sterben.

Die Wahrheit liegt irgendwo in der Mitte. Ich meine, sie liegt sogar mehr an dem zweiten Punkt. Damit sind wir auch bei den nächsten drei Auffälligkeiten, die ähnlich interpretiert werden können.

4. Starke Grippewellen - von der Stärke Coronas - kommen sehr oft vor

Fast jedes zweite Jahr gibt es starke Grippewellen. Hier liegt die Sterblichkeit deutlich über der Grundlinie, also über unserer orangenen Sinuskurve von oben. Um die Grippewellen besser zu sehen, betrachten wir die Differenz zwischen den Sterbefällen und der Grundlinie. Das ist die so genannte Übersterblichkeit, die positiv oder negativ sein kann.



Schauen Sie, wo es die höchsten Ausschläge gibt: Beispieljahre mit starken Grippewellen sind 2000, 2003, 2005, 2009, 2013, 2015, 2017 und 2018.

Zu beachten ist, dass es gegen Grippe Schutzimpfungen gibt (die mehr oder weniger gut ausfallen). Ohne die Grippeimpfung wären die Grippewellen möglicherweise viel stärker gewesen.

Es fällt übrigens auf, dass die Coronawelle in 2020/2021 auf dem Höhepunkt kleiner war als die Grippewelle in 2018.

Die Grippewellen weisen im Gegensatz zur Winter/Sommer-Saisonalität keine starke Regelmäßigkeit auf. Mal kommt eine große oder eine kleine Grippewelle, mal kommt sie nicht. Daher rechnet man sie auch nicht in die orangene Grundlinie ein.

5. Grippe und Corona: verlorene Lebensjahre für viele?

Impfbefürworter träumen von der perfekten Grippeimpfung. Diese würde alle Bergspitzen einebnen. Was aber passiert dabei wirklich? Wie wenn ein großer Eisberg schmilzt, käme es in den Tälern zu einer Überflutung. Was heißt das, auf die Daten bezogen? Die Sterbefälle aus der Grippewelle (dem Berg) würden nicht „verschwinden“, sondern sich auf die Zeit hinter dem Berg verteilen. Das heißt: mancher lebt deutlich länger – das ist das Wasser, das weit fließt – mancher aber lebt nur etwas länger. Die spannende Frage ist: Wie weit fließt das Wasser? Wie viel Lebenszeit gewinnen diejenigen, die nicht im Grippeberg sterben, sondern dank Impfung danach?

Die Daten zeigen, dass ungefähr die Hälfte der Grippeopfer in den nächsten 6 Monaten sterben würden. Die anderen würden länger leben, aber wahrscheinlich eher nur 1-2 Jahre als 10-20 (da es sich tendenziell um Schwächere handelt).¹

6. Nach einem milden Jahr kommt eher eine starke Grippewelle

Betrachten wir die schweren Grippejahre in der Vergangenheit, so kamen sie meist nach einem milden Jahr ohne Grippe. Das kann man so interpretieren, dass in einem milden Jahr viele Schwache überleben, die dann von der Grippe umso leichter tödlich erwischt werden. Eine Ausnahme war das sehr schwere Grippejahr 2018, welches nach einem sehr schweren Grippejahr 2017 kam (was die Gefährlichkeit der Grippewelle in 2018 unterstreicht. Danach war 2019 mild und Anfang von 2020 ebenfalls mild (trotz der ersten Coronawelle). Da die Grippewellen in Herbst-Frühlingsmonaten vorkommen, macht das 2 milde Jahre in Folge. Deswegen hatte die zweite Coronawelle Ende 2020

¹ Es fällt auf, dass nach großen Ausreißern der Übersterblichkeit, also nach hohen blauen Bergen oben, eine Periode der Untersterblichkeit kommt. Betrachten wir die Grippewelle in 2017. Dort sind ca. 40 000 Menschen mehr als in der orangenen Grundlinie gestorben. Dafür sind im restlichen Jahr 2017 nach der Grippewelle ca. 15 000 Menschen weniger als in der Grundlinie gestorben. Dann kam die Grippewelle in 2018. Dort sind nochmal ca. 40 000 Menschen mehr als in der Grundlinie gestorben. Im restlichen Jahr 2018 sind ca. 17 000 Menschen weniger als in der orangenen Grundlinie gestorben. Die Grippewellen in 2013 und 2015 waren sogar stärker (je ca. 50 000 Tote mehr als in der Grundlinie), und auch kleinerer Untersterblichkeit danach.

eine große Voraussetzung, starke Übersterblichkeit zu erzeugen. Nichts desto trotz ist die Übersterblichkeit nicht „zu groß“ – sondern im erwartbaren Rahmen – ausgefallen:

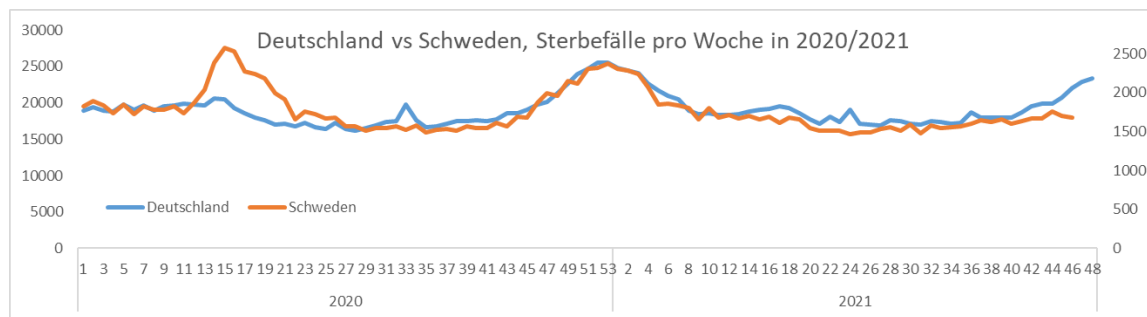
7. Die Sterbezahlen in Coronawellen sind mit den Grippewellen vergleichbar.

Wir haben vorher gesehen, dass in den Grippewellen der vergangenen 10 Jahre die Gesamtübersterblichkeit bis zu 50 000 Tote betrug. Wie war die Übersterblichkeit in der starken zweiten Coronawelle?

Nun hier starben ca. 55 000 Menschen mehr als üblich. Der Mainstream wird auf den Lockdown verweisen, der ein Massensterben verhindert hat. Skaliert man dagegen die Sterbefälle in Schweden (kein Lockdown) auf Deutschland, so sind sie in der zweiten Welle fast deckungsgleich:

8. Die Übersterblichkeit ist deckungsgleich mit der Übersterblichkeit in Schweden in der zweiten Coronawelle

Hier der Beweis (Deutschland linke Skala, Schweden rechte Skala):



Die starken Wellen entsprechen der Übersterblichkeit. Schwedens erste Welle war viel stärker als Deutschlands, dagegen waren die zweiten Wellen gleich stark. Der Lockdown hatte also keinen sichtbaren Effekt.

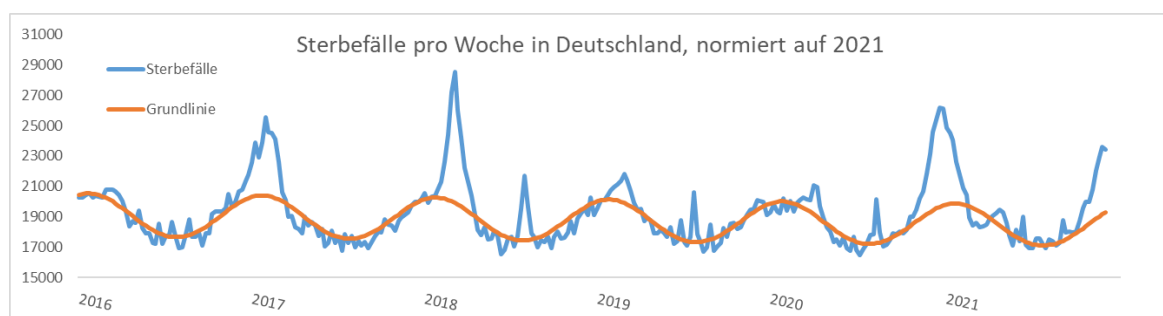
Deutschland erwartet wohl eine starke vierte Welle, die in Schweden noch nicht zu sehen ist.

Natürlich hat Schweden eine geringere Bevölkerungsdichte als Deutschland. Aber die Menschen leben auch in Clustern und nicht gleichverteilt.

9. Der Abwärtstrend in den wöchentlichen Sterbefällen wird in 2021 unterbrochen

Wir haben oben gesehen, dass man die wöchentlichen Sterbedaten der Altersstruktur anpassen muss. Tut man das, so haben wir gesehen, dass die Sterbezahlen pro Jahr immer weiter sinken – Menschen also länger leben. Dennoch wird der aufmerksame Betrachter bemerkt haben können, dass der Abwärtstrend in den normierten Sterbezahlen in 2021 scheinbar aufhört – hören wir auf, länger zu leben? Gibt es Effekte, die das Leben verkürzen?

Es lohnt sich, in die Jahre 2016 bis 2021 herein zu zoomen und die Grundlinie auf diesem Abschnitt neu zu berechnen (ohne 2020 und 2021 für den Fit zu verwenden):

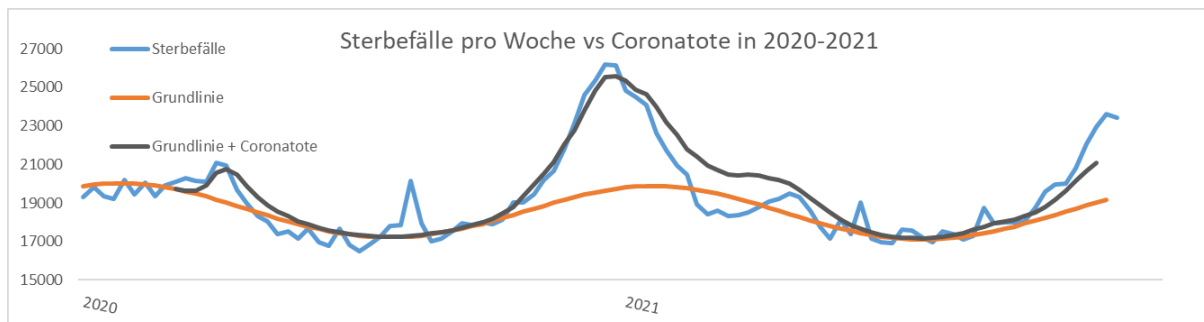


Man sieht in 2021 ganz deutlich, dass die erwartete lange Periode der Untersterblichkeit (gut beobachtbar in 2017 und 2018) nach der zweiten Coronawelle ausbleibt! Auf den Berg folgte also kein Tal – es gab keine erwartbare Untersterblichkeit.

Was könnte die Ursache dafür sein, dass nach der zweiten Coronawelle wieder mehr Menschen pro Woche sterben? In Frage kommen: weitere Coronatote, der negative Lockdown Effekt (mangelnde Bewegung, Vereinsamung, abgesagte OPs), Maskenzwang und Massenimpfung.

10. Die Coronatoten erklären die Sterbedaten nicht gut

Wir zählen zu der orangenen Grundlinie die Zahl der Coronatoten hinzu, und schauen, ob sie die Übersterblichkeit erklären können:



Wir sehen, dass in der zweiten Hälfte der Welle 1 und 2, die schwarze Linie (Grundlinie + Zahl der Coronatoten) über den tatsächlichen Sterbefällen (blau) liegt. Dafür gibt es zwei mögliche Erklärungen.

- Die Zahl der Coronatoten enthält jeweils in der zweiten Hälfte der Welle viele Fälle, bei denen die Menschen MIT und nicht AN Corona verstorben sind. Corona war also nicht ursächlich für den Tod verantwortlich. Sie wären in der entsprechenden Kalenderwoche ohnehin gestorben (z.B. Krebspatient im Endstadium, positiv auf Corona getestet)
- Oder: Es sterben so viele Schwache in der Coronawelle, dass die Grundlinie mit der Zeit die erwartete Sterblichkeit deutlich überzeichnet. Die Grundlinie müsste durch die vielen vorgezogenen Todesfälle abgesenkt werden. Wenn wir die Grundlinie gedanklich in der Welle und danach absenken, trifft die schwarze Linie die blaue besser, jedoch hätte man dann zu wenig Coronatote, um die Gesamtübersterblichkeit zu erklären.

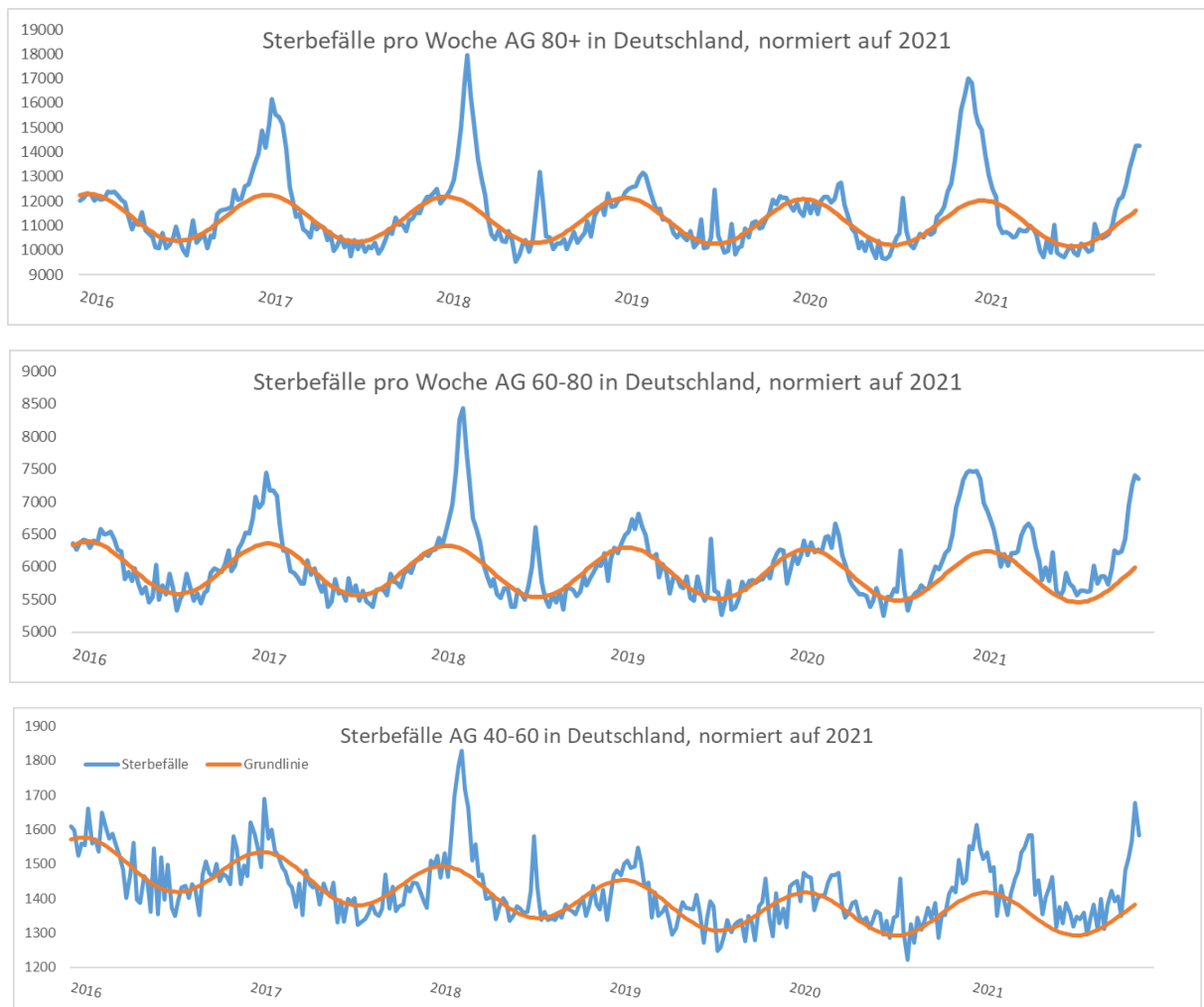
Wieder liegt die Wahrheit wahrscheinlich irgendwo in der Mitte.

Man sieht auch, dass auch in der dritten Welle viel mehr Coronatote als die Übersterblichkeit da sind (aus denselben Gründen oben). Wenn man, wie oben, den Vorsterbeeffekt berücksichtigt, dann kehrt sich die Sachlage um, dann sterben eher mehr Menschen als es Coronatote gibt.

In der vierten Welle ist die Übersterblichkeit größer als die Zahl der Coronatoten (mögliche Erklärungen: Nachmeldungen bei Coronatoten, nicht alle Coronatoten werden auf Corona getestet, andere Sterbeursachen). Auch sieht man einen weiteren Effekt:

11. Die Impfung scheint kurz nach der zweiten Welle positiv gewirkt zu haben

Kurz nach der 2. kam die 3. Coronawelle. Die Altersgruppe (AG) 80+ wurde als erstes ab der 2. Welle durchgeimpft, gefolgt von der AG 60-80 und schließlich der AG 40-60. Betrachten wir die Übersterblichkeit in der dritten Welle, so ist sie für die AG 40-60 am deutlichsten ausgeprägt:

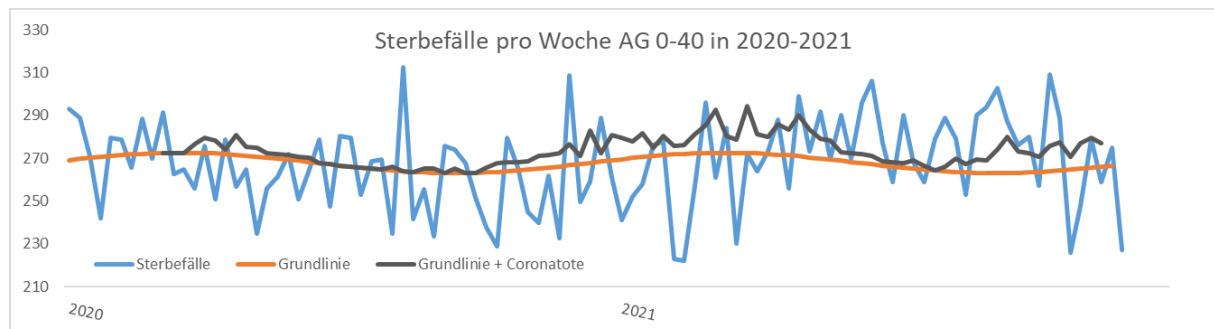
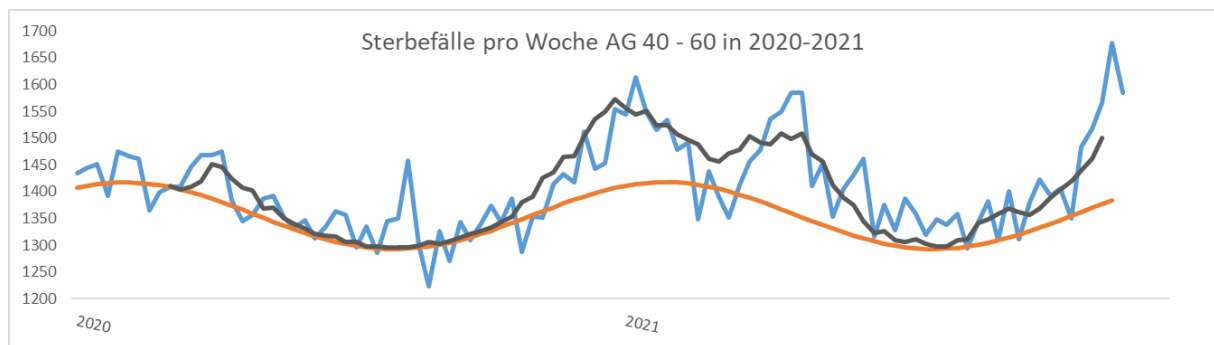
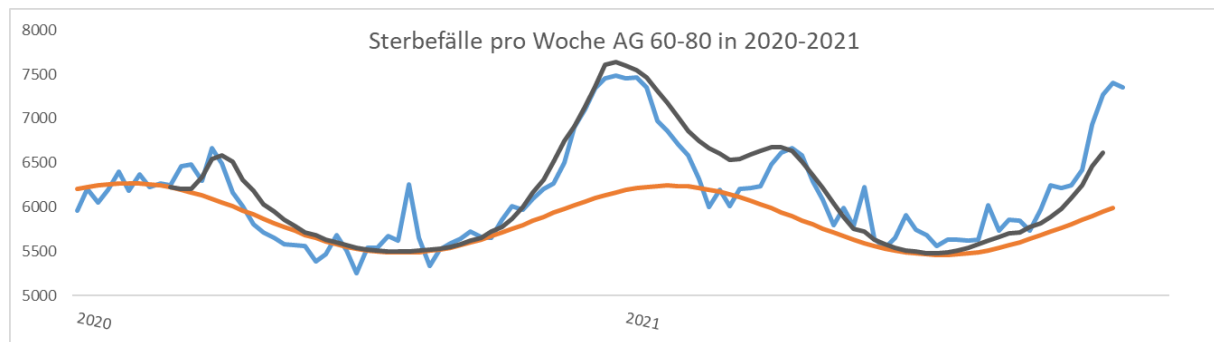
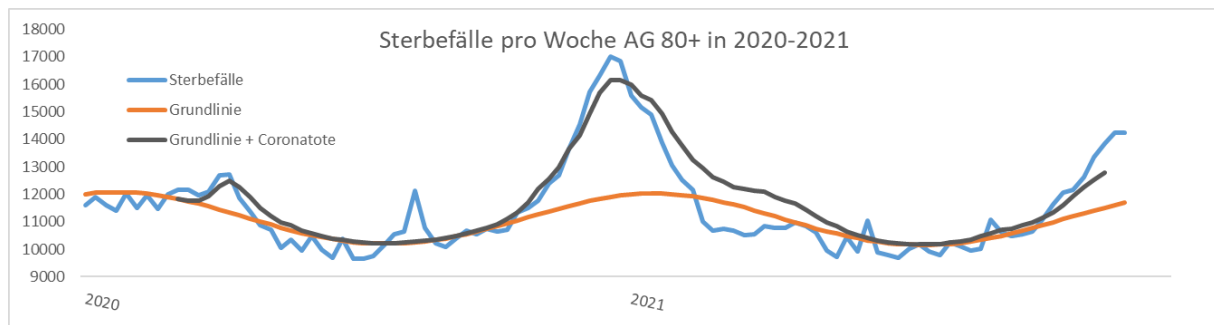


Das spricht dafür, dass es ausreicht, Risikogruppen (80+, Vorerkrankte...) zu impfen, ohne dabei alle anderen mitzuimpfen. Denn hier wurden die Alten durchgeimpft und die jüngeren nicht, und trotzdem haben die jüngeren die Infektion an die durchgeimpften Alten nicht weitergereicht (Stichwort Pandemie der Ungeimpften).

12. In der „coronafreien“ Sommer-Zeit in 2021 sterben mehr Menschen als erwartet

Wie schon erwähnt, in 2021 nach der zweiten/dritten Welle müsste eine große lange Periode der Untersterblichkeit herrschen, analog zu Grippewellen in 2017 und 2018. Sie bleibt aber aus. Die Untersterblichkeit scheint nur in der AG 80+ vorhanden zu sein². Andere AG zeigen hier eine Übersterblichkeit. In dieser Zeit gibt es jedoch kaum Coronatote. Diese können also für diesen Effekt nicht verantwortlich sein. Zählen wir die Coronatoten zu der Grundlinie dazu, so sieht es für die verschiedenen Altersgruppen folgendermaßen aus:

² Die Grundlinie ist jedoch nach der Anpassung mit Altersstrukturdaten für die AG 80+ etwas zu hoch angesetzt, denn in 2021 hat diese AG einen enormen Zuwachs an Personen erhalten. Diese sind aber gerade die jüngeren in der AG 80+, und haben somit eine kleinere Sterbewahrscheinlichkeit als die älteren in der AG 80+.



Wenn Coronatote die Übersterblichkeit nicht erklären können – wer dann? Sind es Menschen, die an den Corona-Maßnahmen sterben? Oder Opfer der Impfung?

13. Die Sterbezahlen der AG 40- sind von Corona nicht betroffen

Wie im letzten Diagramm zu sehen, scheint Corona für die AG 0-40 überhaupt nicht tödlich zu sein. Jedenfalls sieht man keine Übersterblichkeit. Im Gegenteil, während der zweiten Coronawelle herrscht in dieser AG Untersterblichkeit und die Coronatoten passen nicht dazu. Das spricht dafür, dass hier viele Menschen eher MIT und nicht AN Corona gestorben sind. Die Untersterblichkeitsperiode hört mit dem Beginn der Impfkampagne in dieser Altersgruppe auf.

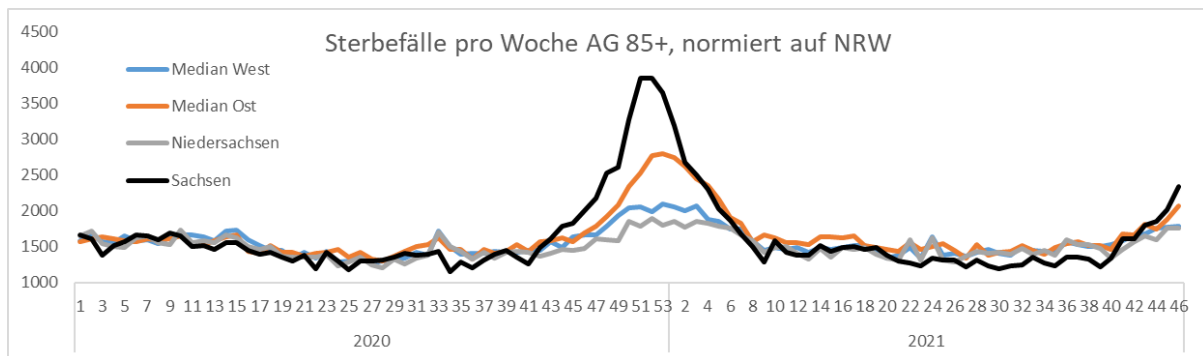
14. Die Impfwirkung scheint schnell nachzulassen

In allen AG ab 40 steigen die Sterbefälle in der vierten Welle wieder stark an. Dabei weisen diese Altersgruppen hohe Impfquoten auf. Die Coronatoten erklären nicht die ganze Übersterblichkeit in

der vierten Welle (entweder andere zusätzliche Sterbeursachen, oder es werden nicht alle Durchgeimpften nach dem Tod auf Corona getestet).

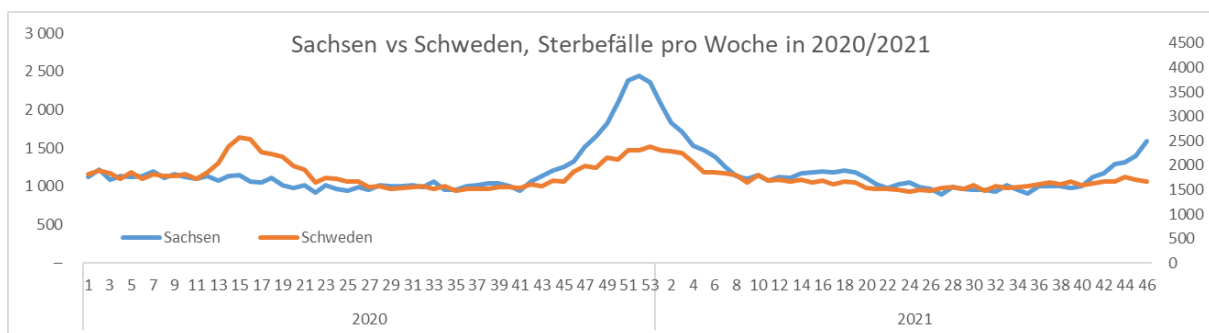
15. Es gibt starke regionale Unterschiede bei der Übersterblichkeit

Das statistische Bundesamt stellt die Sterbedaten für verschiedene Bundesländer zur Verfügung. Um sie zu miteinander zu vergleichen, normieren wir sie auf die Sterbezahlen von NRW (einfach so, weil es hier eine große Bevölkerungszahl gibt). Dabei sollen die ersten 10 Wochen von 2020 im Schnitt übereinstimmen. Insgesamt fällt die zweite Coronawelle im Osten demnach relativ stärker aus als im Westen. Wir stellen repräsentativ das Ergebnis für die Altersgruppe 85+ dar (für jüngere AG sieht es ähnlich aus):



Im Westen und im Osten liegen die Sterblichkeiten nah am jeweiligen Median. Das Bundesland Niedersachsen hat eine der niedrigsten Sterberaten im Vergleich zu den West-Ländern (noch unterboten von Bremen, aber Bremen hat insgesamt eine sehr kleine Bevölkerung, deswegen wurde es nicht aufgeführt). Sachsen hat die höchste Sterblichkeit in der zweiten Coronawelle und ist ein klarer Outlier. Irgendetwas ist dort schiefgelaufen, was aufgearbeitet werden muss. Ob es an der schlechten Behandlung lag oder an ausländischen Pflegern, die im Ausland geblieben sind? In 2018 lagen die Sterblichkeiten in Sachsen und Niedersachsen, skaliert, sehr nah beieinander (was für eine vergleichbare Behandlungsqualität in Krankenhäusern spricht).

Man kann auch Sachsen (in blau, linke Skala) mit Schweden (in orange, rechte Skala) vergleichen, und dabei sehen, dass Schweden viel besser als Sachsen abschneidet:



16. Führt die Impfung zu vielen Impftoten?

Zum Schluss untersuchen wir den negativen Impfeffekt im Rahmen unserer Möglichkeiten. Was wir hier feststellen können sind kurzfristige Effekte (Zeitspanne einige Kalenderwochen). Langfristige Folgen können allein mit den Rohsterbedaten nicht ermittelt werden, weil sich die potentiellen Impftoten-Zahlen dann über einen langen Zeitraum verteilen und so im Rauschen untergehen.

Was auffällt, ist die erhöhte Sterblichkeit in der „coronafreien“ Sommerzeit bei allen Altersgruppen. Neben der Impfung könnten dies auch unentdeckte Coronatote sein (auch an potentiellen Spätfolgen Verstorbene) und auch Maßnahmentote (wenig Bewegung, weniger Vorsorgeuntersuchungen,

Masken). Es kann auch sein, dass die Altersstrukturdaten vom statistischen Bundesamt noch aktualisiert werden und der kleine Shift dann verschwindet. Wir stellen jedoch fest, dass die erhöhte Sterblichkeit mit dem Beginn der Impfkampagne korreliert.

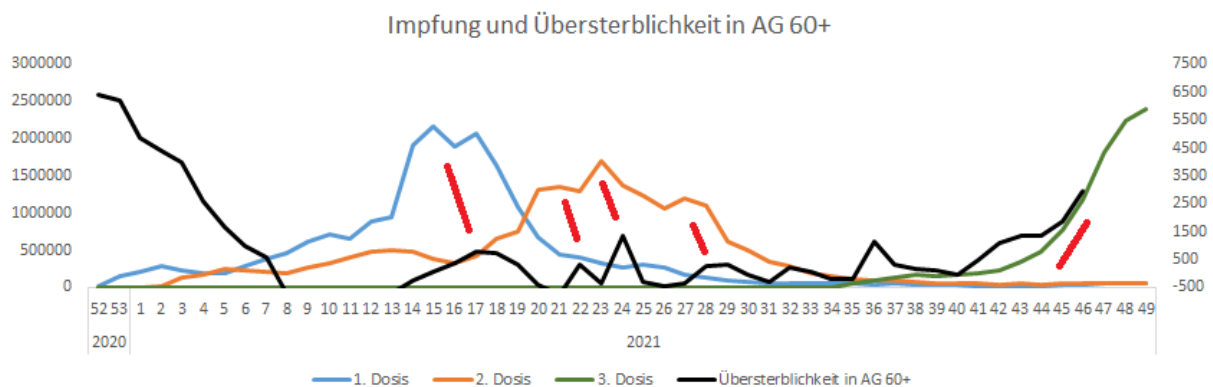
Wie wären die Obergrenzen für die Impftoten, falls man die Übersterblichkeit abzüglich der Coronatoten komplett der Impfung zurechnet? Bei einer sehr großzügigen Rechnung „gegen“ die Impfung erhält man folgende Werte: Altersgruppe 80+ ca. 25 000 Tote zu viel in 2021. Bei einer Impfquote von ca. 90% und ca. 6 Millionen Populationsgröße erhalten wir eine Mortalitätsrate von ca. **0.5%** nach der Impfung innerhalb der nächsten 6-10 Monate (im Vergleich: Mortalitätsrate bei Coronainfektion (alte Varianten) ca. 5-10%). Hier scheint sich die Impfung zu lohnen, wenn viel Corona umgeht.

Bei den AG 60 – 80 haben wir ca. 10 000 Tote zu viel, bei einer Impfquote von ca. 80% und der Population von ca. 18 Millionen ergibt das eine Mortalität von ca. **0.07%** (im Vergleich: Mortalitätsrate bei Coronainfektion (alte Varianten) ca. 1%). Auch hier scheint sich eine Impfung zu lohnen, wenn man allein die Todeszahlen betrachtet.

Für die Altersgruppe 40-60 haben wir ca. 2500 Tote zu viel, bei einer Impfquote von ca. 70% und der Population von ca. 23 Millionen erhalten wir eine Mortalität von **0.02%** (im Vergleich: Mortalitätsrate bei Coronainfektion ca. 0.05%). Hier sind die Mortalitäten erstmals vergleichbar groß.

Und schließlich in der AG 0-40 haben wir ca. 700 Tote zu viel. Bei einer Impfquote von 70% und der Population von ca. 36 Millionen ergibt das eine Mortalität von **0.003%** (im Vergleich: Mortalitätsrate bei Coronainfektion ca. 0.0003%) – hier scheint die Impfung gefährlicher als die Infektion.

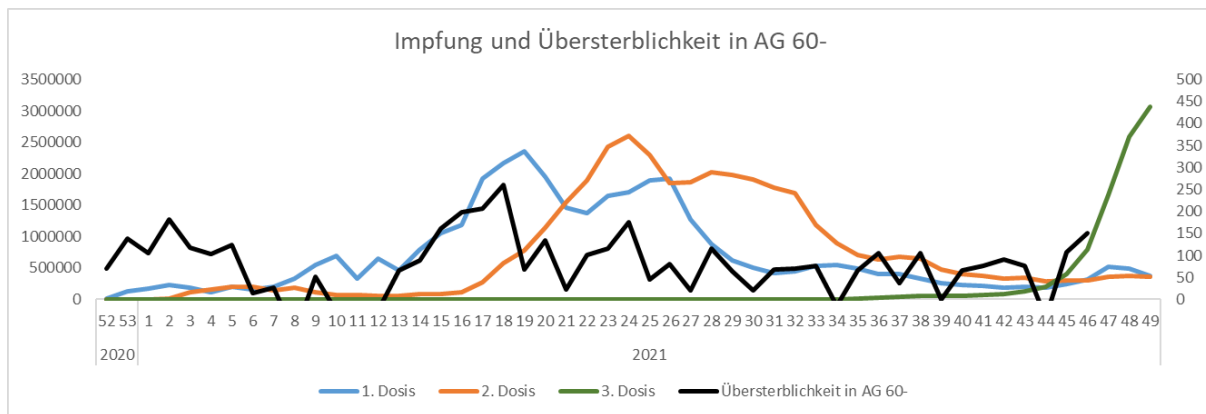
Einen direkten statistischen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Impfungen je KW und der Übersterblichkeit kann man für die AG 60+ erkennen, wenn man will (s. rote Linien, die die statistische Korrelation mit einem zeitlichen Verzug von einigen Wochen anzeigen):



Die Impfungen haben die Skala auf der linken Seite, die Übersterblichkeit auf der rechten.

Zu beachten ist, dass die Übersterblichkeit ausgeprägter wird, wenn man den Vorsterbeeffect berücksichtigt (die schwarze Linie rutscht nach oben).

Für die AG 60- ist dagegen schwieriger einen Zusammenhang einer Korrelation zwischen der Impfrate und der Übersterblichkeit herzustellen (was einen Zusammenhang jedoch nicht ausschließt, denn der Tod muss nicht in einem kurzen Abstand nach der Impfung auftreten, wie es tendenziell eher bei der AG 60+ der Fall zu sein scheint):



Schlussbemerkung: hier haben wir eine Obergrenze von ca. 40.000 möglichen Impftoten errechnet. Der größte Teil kommt aus der AG 60+. Das Paul Ehrlich Institut, das die Sicherheit von Impfstoffen analysiert, kommt auf einen Wert, der ca. um einen Faktor 25 kleiner ist. Hier gibt es ca. 1500 Verdachtsfälle für den tödlichen Impfausgang. Diese argumentiert das PEI zum größten Teil weg, und sagt, diese Zahlen seien ohnehin viel zu klein im Vergleich zu der Zahl der Toten aus anderen Gründen. Mit diesem Verfahren wird das PEI die potentielle Gefahr nicht erkennen und für die möglichen Impftoten eine andere Todesursache finden. Im Grunde müsste man zwei repräsentative Gruppen bilden - Geimpfte und Ungeimpfte – und in diesen zwei Gruppen die Anzahl der Sterbefälle beobachten. Wenn die Impfung die Sterbewahrscheinlichkeit leicht erhöht, wird man einen Unterschied feststellen. Schaut man hingegen nur auf die Verdachtsmeldungen, die erstmal dem Arzt verdächtig vorkommen müssen, hat man eine hohe Dunkelziffer an unentdeckten Impftoten. Diese Schwäche im Verfahren zeigte sich auch an anderer Stelle, nämlich bei den Grippetoten:

17. Die Grippetote sind in der Todesursachenstatistik unterrepräsentiert.

Wir haben gesehen, dass im Jahr 2017 und 2018 in der Grippewelle jeweils ca. 40 Tausend Menschen zu viel starben.

Schaut man sich die Todesursachenstatistik für das Jahr 2017 bzw. 2018 an, so findet man dort nur ca. 1000 bzw. 3000 Grippetote, d.h. die Mehrheit der Grippetoten (bis zu Faktor 40!) blieb unentdeckt. Diese verstecken sich unter anderen Todesursachen wie andere Erkrankungen des Atemsystems, Diabetes und Krebs. Warum sind die Grippetoten den Ärzten nicht aufgefallen? Weil vermutlich sehr viele Gebrechliche gestorben sind, bei denen eine andere Todesursache festgehalten wurde.

Genauso schwer ist es für die untersuchenden Ärzte, direkt einen tödlichen Zusammenhang mit der Impfung beim Vorliegen verschiedener Vorerkrankungen festzustellen. Nur ein Bruchteil wird festgestellt und davon nur ein Bruchteil an PEI weitergemeldet, und selbst dieser Bruchteil wird dann vom PEI auseinandergerissen und relativiert. Seltsamerweise ist es bei Coronatoten anders. Hier wird jeder, bei dem Coronaspuren entdeckt wurden, als Coronatoter gezählt.