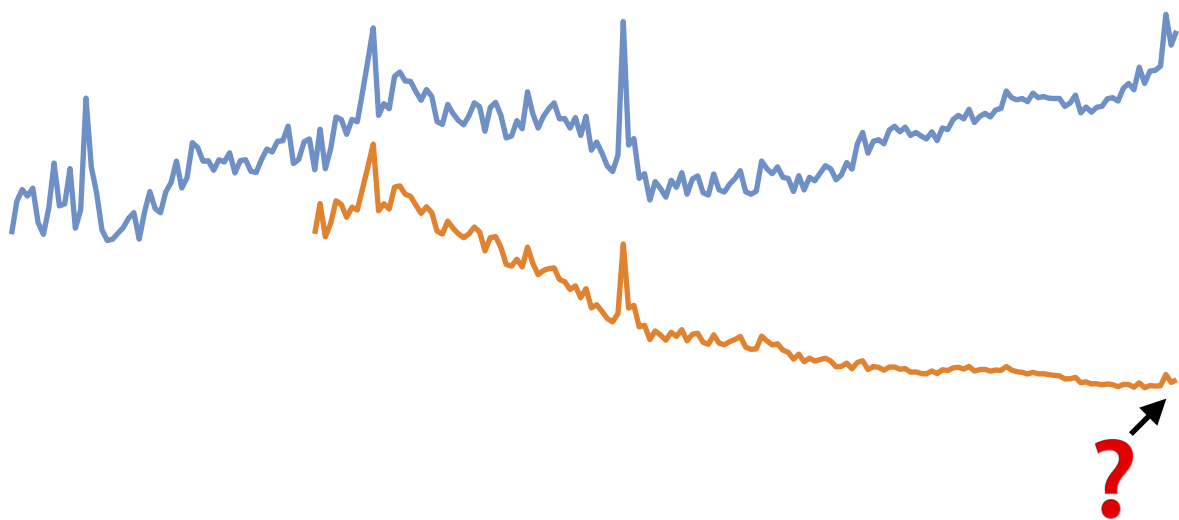
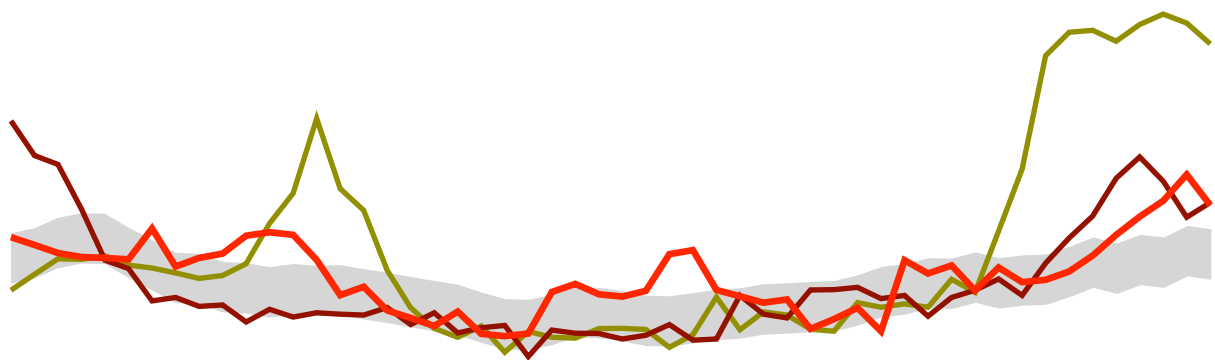


Starke Fakten

Drei Jahre Corona-Pandemie in der Schweiz
(Jahresabschluss 2022)



Mein Dank gilt Dr. Hans-Joachim Kremer für seine Unterstützung und seinen Gastbeitrag sowie Viviane Cuendet für ihre umsichtige Durchsicht und die französische Übersetzung sowie all denen, die sich mit kritischen Einwänden und Vorschlägen sowie einer sorgfältigen Durchsicht an der Finalisierung dieser Arbeit beteiligt haben.

Herrn Prof. Dr. Oliver Hirsch sei gedankt für die anregenden fachlichen Diskussionen und Erörterungen sowie seine Anregungen für diese Arbeit.

Veröffentlicht auf der Website der Initiative für evidenzbasierte Corona Informationen; URL:
*[https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/
Starke_Fakten_Schweiz_Jahresabschluss_2022.pdf](https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/Starke_Fakten_Schweiz_Jahresabschluss_2022.pdf)*

Raimund Hagemann, 26.03.2023

Die Sterblichkeit des Menschen ist ein unausweichliches Faktum

Starke Fakten: Schweiz (Jahresabschluss 2022)

Datenstand: 24.02.2023

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	3
2. Datenlage.....	4
2.1. Quellen	4
2.2. Erläuterung wichtiger methodischer Parameter.....	5
3. Einleitung	9
4. Ist Covid-19 eine „simple“ Grippe?.....	9
5. Drei Jahre Pandemie in der Schweiz	10
5.1. Fallzahlen, Tests und Todesfälle vom 24.02.2020 bis 31.12.2022	10
5.2. Der Pandemieverlauf in kumulierten Zahlen.....	12
6. Virus-Varianten in der Schweiz und weltweit.....	15
7. Covid-19 im Bezug zum allgemeinen Sterbegeschehen	19
7.1. Verstorben mit positivem PCR-Test pro Altersgruppe in der Schweiz	20
7.2. Hospitalisiert mit Covid-19 pro Altersgruppe in der Schweiz	21
7.3. Das Ausbleiben der Grippe.....	22
8. Analyse der Mortalitätsentwicklung.....	27
8.1. Demografische Rahmenbedingungen des Sterbegeschehens	28
8.2. Methodische Ansätze der Mortalitätsanalyse	30
8.3. Altersstandardisierung – Sterbeziffern.....	30
9. Sterblichkeit, Todesursachen – Die statistische Aufbereitung des BFS	32
9.1. Todesfälle und standardisierte Sterberate, Datenstand: 07.03.2023.....	32
9.2. Übersterblichkeit und Erwartungsprognose des BFS Altersgruppe 65+.....	33
9.3. Übersterblichkeit und Erwartungsprognose des BFS Altersgruppe 0-64 Jahre.....	40
9.4. Differenzierte Mortalitätsanalyse in 20er Altersgruppen	44
9.5. Sterberaten im mittel- bis langfristigen Vorjahresvergleich.....	59
9.6. Methodenvergleich zur Übersterblichkeitsberechnung.....	62
10. Analyse des Sterbegeschehens pro Kalenderjahr oder saisonal?.....	64
11. Bewertung von Covid-19 in der Todesursachenstatistik 2020 und 2021	68
12. Fragen zum Verhaltenskodex des Bundesamtes für Statistik.....	70
13. Auslastung der Spitäler	73
13.1. Auslastung der Intensivstationen.....	73
13.2. Auslastung der allgemeinen Betten in den Spitälern	79
14. Dokumentierte Impfnebenwirkungen	81
14.1. Swissmedic: Verdachtsmeldungen der Impfnebenwirkungen in der Schweiz.....	81
14.2. Nimmt Swissmedic seine Verpflichtung zur Sicherheitsüberwachung wahr?.....	83
14.3. Besondere Impfrisiken und ihre Aufarbeitung.....	86
14.4. Vergleiche mit internationalen Meldesystemen	91
14.5. Myokarditis: Vergleich 14 Jahre Grippeimpfstoffe mit 2 Jahren Covid Vakzinen	99
15. Unerwarteter Geburtenrückgang neun Monate nach Impfbeginn	102
15.1. Lebendgeburten und Todesfälle in der Schweiz	102
15.2. Geburtenrückgang 2022 eine Folge der Covid-19 Impfung?	102
15.3. Geburtenrückgang in Korrelation zu den verimpften Dosen Altersgruppe 20-49	105
15.4. Anstieg der Totgeburten 2021.....	106
15.5. Steigendes Krebsrisiko als Folge der Covid-19 Impfung?	107
15.6. Abreissende Datenströme: Erfassung/Nicht-Erfassung des Impfstatus	108
16. Bieten die mRNA Impfstoffe den behaupteten Schutz?	112

2. Datenlage

2.1. Quellen

- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Daten als .csv, Stand: 07.02.2023 *Covid-19 Schweiz*
 1. COVID19Cases_geoRegion_AKL10_w.csv
 2. COVID19Cases_geoRegion.csv
 3. COVID19Cases_vaccpersons_AKL10_w
 4. COVID19Death_geoRegion_AKL10_w
 5. COVID19Death_geoRegion.csv
 6. COVID19Hosp_geoRegion_AKL10_w.csv
 7. COVID19Hosp_geoRegion.csv
 8. COVID19HospCapacity_geoRegion.csv
 9. COVID19Re_geoRegion.csv
 10. COVID19Test_geoRegion_AKL10_w.csv
 11. COVID19Test_geoRegion_all.csv
 12. COVID19Test_geoRegion_PCR_Antigen.csv
 13. COVID19VaccDosesAdministered_AKL10_w.csv
 14. COVID19VaccPersons_AKL10_w_v2.csv
 15. COVID19Variants_wgs.csv
 16. COVID19AdministeredDoses_vaccine.csv
 17. COVID19VaccPersons_vaccine.csv
 18. COVID19VaccSymptoms.csv

- Bundesamt für Statistik (BFS)
 1. *Todesfälle nach Fünf-Jahres-Altersgruppe, Geschlecht, Woche und Kanton, Stand am 23.03.2023*
 2. BFS: *Todesfälle nach Fünf-Jahres-Altersgruppe, Geschlecht, Woche und Kanton, 2000-2019 (3.1.2000-29.12.2019)*
 3. BFS: *Todesfälle nach Fünf-Jahres-Altersgruppe, Geschlecht, Woche und Kanton (30.12.2019-3.1.2021)*
 4. BFS: *Todesfälle nach Fünf-Jahres-Altersgruppe, Geschlecht, Woche und Kanton (4.1.2021-28.11.2021)*
 5. BFS: *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010-2020 (jeweils am 31.12.)*
 6. BFS: *Provisorische Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung 2021 nach Jahr, Kanton, Geschlecht, Alter und Demografische Komponente (Stand: 12.06.2022)*
 7. BFS: *Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, Männer, seit 1970*
 8. BFS: *Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, Frauen, seit 1970*
 9. BFS: *STAT-TAB – interaktive Tabellen: Demografische Bilanz nach Alter (Todesfälle, Einwohner, Geburten)*
 10. BFS: Bundesamt für Statistik: *Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Anzahl Fälle nach Hauptdiagnose, pro Altersklasse und Geschlecht, Stand: 24.11.2022*
 11. BFS: *Wöchentliche Todesfälle, 2010-2023 (Stand: 14.02.2023); URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.assetdetail.24266456.html>*

12. BFS: STAT-TAB – *interaktive Tabellen: Demografische Bilanz nach Alter* (Todesfälle, Einwohner)
13. BFS – Begleiterkrankungen aller Sterbefälle mit COVID-19 als Haupttodesursache, nach Monat, Geschlecht, je-d-14.03.04.01.16; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.23768470.html>, Stand: 20.12.2022 (provisorisch)
14. BFS – COVID-19 Sterbefälle nach Todesursachenstatistik (BFS) und Meldesystem (BAG), nach Monat, Altersgruppen, Geschlecht; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.23768472.html>, Stand: 20.12.2022 (provisorisch)
15. BFS – Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung... Geschlecht und Kanton, 3. Quartal 2022; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.23728333.html>

- Swissmedic

1. Swissmedic – Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update; URL: <http://www.swissmedic.ch/covid-19-vaccines-safety-update-de>

2.2. Erläuterung wichtiger methodischer Parameter

Grundlegende Definitionen gemäss BFS:

Rohe Raten¹

Sie geben an wie viele Personen pro 100'000 Einwohner pro Jahr neu an Krebs erkranken. Sie werden berechnet, indem die Fallzahlen einer Bevölkerungsgruppe (z. B. Männer) durch die entsprechende Bevölkerungszahl dividiert und (wie generell für Raten in diesem Bericht) auf 100'000 Personen umgerechnet werden.

Altersspezifische Rate (Gesundheit)²

„Innerhalb jeder Altersklasse wird die Anzahl Fälle durch die Anzahl Frauen und Männer gleichen Alters in der beobachteten Bevölkerung dividiert, in der Regel pro 100'000 Einwohner. Dieses Mass ermöglicht eine Beurteilung des Einflusses des Alters auf das Erkrankungs- bzw. Sterberisiko.“

Standardisierte Raten¹

Für Vergleiche über die Zeit oder zwischen zwei verschiedenen Bevölkerungen (Geschlechter, Regionen oder Länder) werden altersstandardisierte Raten ausgewiesen. Raten von Neuerkrankungen (Inzidenz) und Todesfällen (Mortalität) variieren mit dem Alter. Sie sind von der Altersstruktur der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt abhängig. Altersstandardisierte Raten beruhen auf der Umrechnung der Raten in der untersuchten Bevölkerung auf die Altersstruktur einer Referenzbevölkerung. Als Referenzbevölkerung wurde der Europastandard 1976 herangezogen.

¹ Quelle der Daten und Definitionen: BFS – Schweizerischer Krebsbericht 2021; URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/19305696>

² BFS: Definitionen; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/definitionen.html>

Altersstandardisierung (Krebsstatistik)²

„Da die zu vergleichenden Bevölkerungen meist eine unterschiedliche Altersstruktur aufweisen und weil Erkrankungs- und Sterberisiken vom Alter abhängen, muss man den Einfluss des Alters herausrechnen. Dazu errechnet man, wie viele Fälle in einer „**Standardbevölkerung**“ zu erwarten wären, und zwar bei den gleichen altersspezifischen Krebsrisiken wie in der jeweils untersuchten Bevölkerung. Als Standardbevölkerung wird hier die sogenannte „europäische“ oder „Welt-“ theoretische Altersstruktur verwendet, die für **internationale Vergleiche von Raten gebräuchlich** ist.“

(Altersstandardisierte Sterberaten = Sterbeziffern)³

Demografische Alterung²

„Steigender Bevölkerungsanteil der älteren Personen und sinkender Anteil der jüngeren Personen, so dass das Medianalter der Bevölkerung (= Alter, welches die Bevölkerung in zwei gleich grosse Gruppen teilt: 50% befinden sich unterhalb und 50% oberhalb dieses Wertes) steigt. Dies tritt bei sinkender Geburtenhäufigkeit, steigender Lebenserwartung in höheren Altersjahren und rückläufigem Wanderungssaldo ein. Umgekehrt führen steigende Geburtenhäufigkeit, sinkende Lebenserwartung und/oder ansteigendes Wanderungssaldo zu einem demografischen Verjüngungsprozess.“

Definitionen und Erläuterungen weiterer Parameter

Impfstoff, Impfung: Wenn im folgenden entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch von einem Impfstoff oder einer Impfung gegen Covid-19 die Rede ist, ist hervorzuheben, dass es sich nicht um eine Impfung mit einem abgeschwächten oder abgetöteten Erreger handelt. Vielmehr handelt es sich um eine mRNA Injektion, die in Körperzellen ein Spikeprotein als Wirkstoff in unbekannter Dosierung, auf unbekannte Zeit und mit ungeklärter Wirkung und Schädigung generiert.

Übersterblichkeit: Der Begriff Übersterblichkeit steht für ein über den Erwartungen liegendes Sterbegeschehen (**unerwartet hohe Sterblichkeit**). Für die Ermittlung des Erwartungswertes gibt es eine Vielzahl methodischer Berechnungs-Ansätze die zu sehr stark abweichenden Resultaten führen und somit mangels methodischer Standards nicht als robust anzusehen sind. Zu fordern ist gemäss WHO Diskussionsstand aus dem Jahre 2001 zwingend die Eliminierung demografisch und alterungsbedingter Entwicklungen mittels der Altersstandardisierung. Besser als eine summarische Betrachtung auffälliger Sterbeentwicklungen über alle Altersgruppen hinweg, ist eine differenzierte Analyse der **prozentualen Sterberaten** einzelner Altersgruppen, um so gezielte Signale ermitteln zu können. Mittels einer Gesamtbilanz des jährlichen, saisonalen Sterbegeschehens über festgelegte Zeitabschnitte, lassen sich die Über- und Unterschreitungen altersbereinigt als Gesamtgeschehen zusammenfassen und im zeitlichen und historischen Kontext bewerten.

³ BFS: Todesfälle und Sterbeziffern; URL: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html#22_1461223460514__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_gesundheitszustand_sterblichkeit-todesursachen_jcr_content_par_tabs

Die **Sterberate** bezeichnet die Anzahl der Todesfälle, bezogen auf die Gesamtanzahl der Individuen oder, bei der spezifischen Sterberate, bezogen auf die Anzahl der betreffenden Population, meist in einem bestimmten Zeitraum.⁴

Zur Berechnung der **rohen Sterbeziffer**⁵ wird die Anzahl der Gestorbenen eines Jahres auf die mittlere Bevölkerung des jeweiligen Jahres bezogen. Diese Ziffer wird in der Regel je 1'000 Einwohner ausgewiesen. Damit hängt die rohe Sterbeziffer nicht nur vom Umfang der Sterbefälle ab, sondern auch von der Grösse und der Altersstruktur der Bevölkerung. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch die Zahl der Sterbefälle.

Standardisierungen sind Rechenverfahren zur Herstellung vergleichbarer epidemiologischer Masszahlen für strukturell verschiedene Gesamtheiten. Der Strukturunterschied der Bevölkerung kann z.B. bezüglich des Alters, des Geschlechts und/oder anderer Merkmale bestehen. Die Standardisierung nach Alter kommt besonders häufig vor, da die Angabe in der Regel verfügbar ist und das Alter bei den meisten Gesundheitsproblemen eine Rolle spielt.

Anwendung: Altersstandardisierungen auf Grundlage einer Standardbevölkerung werden häufig bei Krebsregistern zum Vergleich von Morbiditäts- oder Mortalitätsraten herangezogen. Liegen unterschiedliche Altersstrukturen bei Bevölkerungen verschiedener Regionen oder der Bevölkerung eines Gebietes über die Zeit hinweg vor, sind deren Mortalitäts- oder Morbiditätsraten nur beschränkt vergleichbar. Für interregionale oder intertemporale Vergleiche ist daher eine **Altersstandardisierung** notwendig. Hierbei wird der Bezugsbevölkerung die Altersstruktur einer Referenzpopulation, die so genannte **Standardbevölkerung** unterstellt. Dabei werden die altersspezifischen Mortalitäts- oder Morbiditätsraten der Bezugsbevölkerung entsprechend dem Altersaufbau der Standardbevölkerung gewichtet.

Interpretation: Nach einer Altersstandardisierung können Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen miteinander verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen kommt. Bei der Interpretation altersstandardisierter Morbiditäts- oder Mortalitätsraten ist zu beachten, dass sie keine realen, im Sinne von empirisch beobachtbaren, Angaben darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche, also von altersstrukturbedingten Effekten abstrahiert würde.⁶

Das BFS verwendet zur Altersstandardisierung in seiner Todesursachenstatistik zur Zeit die von der WHO herausgegebene Standardpopulation für Europa und Skandinavien. Diese weist mit einem Anteil von 2% über 80-Jährigen gegenüber 5.3% im Jahr 2020 einen viel geringeren Anteil auf. (vergleiche Tabelle 8-1). Dadurch fliesst das Sterbegeschehen der hohen Altersgruppen bei der Berechnung der Sterbeziffern mit zu geringer Gewichtung ein. Um der aktuellen Altersstruktur und ihrem Anteil am Sterbegeschehen näher zu sein, verwende ich in den Mortalitätsanalysen in den Tabellen 9-18, 9-20 und 10-1 die aktuellsten verfügbaren Einwohnerzahlen vom 31.12.2021 bzw. vom 30.06.2022 – jeweils dem Stand, der in der Mitte des betrachteten Zeitfensters liegt. Statt eine Sterbeziffer als Rate pro 100'000 Einwohner zu berechnen, wird die Sterbeziffer auf die

⁴ Lexas: Sterberate; URL: <https://weltbevoelkerung.info/statistiken/sterberate.aspx>

⁵ BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung): Rohe Sterbeziffer; URL: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S01-Gestorbene-Sterbeziffer-ab-1841.html>

⁶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Altersstandardisierung; https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=88212510&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=6&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=

Einwohnerzahl des Jahres 2021 umgerechnet nach der Kernfrage: Wieviel Menschen wären beispielsweise 2015 mit den damaligen prozentualen Sterberaten in den Altersgruppen verstorben, wenn die Schweiz damals dieselben Einwohnerzahlen wie 2021 gehabt hätte. Dies wird für alle Jahre berechnet. Die auf eine gemeinsame Bevölkerungsstruktur berechneten Sterbeziffern werden dann in eine Rangfolge gebracht und können so verglichen werden.

3. Einleitung

Anfang Februar 2020 trat das Coronavirus erstmals in der Schweiz auf. Am 11. März 2020 stufte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ausbruchsgeschehen des Coronavirus als Pandemie ein.

Am 16. März 2020 wurde vom Bundesrat die „ausserordentliche Lage“ gemäss Epidemien-Gesetz bis zum 19. April 2020 erklärt. Mit der neuen Verordnung schränkte er das öffentliche Leben massiv ein; sämtliche nicht lebensnotwendigen Geschäfte und Dienstleistungen mussten per sofort schliessen. Am 8. April 2020 verlängerte der Bundesrat die „ausserordentliche Lage“ bis zum 26. April 2020.

Trotz der scharfen Massnahmen setzte gemäss Bundesamt für Statistik und öffentlicher Wahrnehmung kurz darauf und bis Ende Januar 2021, das „grösste Sterbegeschehen“ seit 2012 ein. Weder die Massnahmen noch die Impfung konnten dies verhindern. Wie jedoch auf Seite 24 gezeigt wird, trifft dies im Gesamtkontext des Jahres nicht zu und basiert primär auf statistischen „Tricks“. Ab dem 20. Dezember 2020 wurde in der Schweiz die Impfkampagne mit mRNA-Impfstoffen ausgerollt. Es galten verschärfte Massnahmen. Zu Innenräumen von Restaurants, Kultur-, Sport- und Freizeitbetrieben sowie zu Veranstaltungen im Innern hatten nur noch geimpfte und genesene Personen Zugang (2G).

Auch im Jahr 2021 blieben Massnahmen zur Bekämpfung einer Pandemie bestehen. Seit dem 1. April 2022 sind die letzten Massnahmen in der Covid-19-Verordnung aufgehoben. Bundesrat und Parlament haben jedoch das Covid-19-Gesetz am 21. Dezember 2022 bis Mitte 2024 verlängert. Somit bleiben das Ausstellen und der Einsatz des Zertifikats zum Nachweis einer Genesung oder Impfung gegen das Coronavirus möglich. Erachtet der Bundesrat dies für notwendig, können die Massnahmen jederzeit reaktiviert werden.

4. Ist Covid-19 eine „simple“ Grippe?

Die Unterscheidung der grippeähnlichen Symptome einer Covid-19 „Erkrankung“ von einer „normalen“ Grippe führt bis heute zu einiger Verwirrung auch in der Fachwelt. So stellt die Internet-Plattform Onmeda fest: *„Wer Fieber, Gliederschmerzen und Husten bekommt, stellt sich außerdem die Frage: Grippe (Influenza) oder Covid-19? Sicher lässt sich diese Frage nur durch einen Corona-Schnelltest beantworten. Denn beide Erkrankungen ähneln sich von den Symptomen her.“*⁷

Wer die nachfolgende Gegenüberstellung der charakteristischen Symptome betrachtet, wird die Aussage von Onmeda bestätigen, dass der Corona-Schnelltest den Unterschied macht. Wiederum Verwirrung stiften die Hersteller sowohl der Schnelltests als auch der PCR-Tests, dass diese keine Erkrankung nachweisen können. Diesbezüglich gibt es sehr gründliche Analysen, die angeben, dass insbesondere PCR-Tests mit über 40 Verdopplungszyklen (ct-Wert) diagnostisch verworfen werden müssen, welche aber nicht nur in der Schweiz bei Corona-Tests gebräuchlich waren.

⁷ Onmeda: Grippe (Influenza): Symptome, Verlauf und Dauer; URL: <https://www.onmeda.de/krankheiten/influenza-id200265/>

Zum Vergleich mit einer Grippe habe ich die Aussagen der Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) aus ihren Factsheets zur Grippe, sowie Informationen aus den FAQ des BAG zur Covid-19 Erkrankung in folgender Tabelle zusammengestellt.⁸

Grippe (Influenza)	Covid-19
Die saisonale Grippe ist nicht mit einer einfachen Erkältung (Schnupfen, Niesen und Halsschmerzen) gleichzusetzen. Sie kann zu schwerwiegenden Komplikationen bis hin zum Tod führen	Die Krankheitssymptome sind unterschiedlich stark und können je nach Virusvariante variieren. Sie können auch leicht sein. Bereits ein Schnupfen kann eine Infektion bedeuten.
plötzlich auftretendes Fieber in der Regel über 38°C	Fieber
Kopfschmerzen, Hustenanfälle (trockener Reizhusten), Atembeschwerden, Schwächegefühl	Kopfschmerzen, Allgemeine Schwäche, Unwohlsein Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (Halsschmerzen, Husten (meist trocken), Kurzatmigkeit, Brustschmerzen), Schnupfen
Der teilweise oder vollständige Verlust des Geschmacks- und Geruchsinns ist als Komplikation einer Virusgrippe bekannt. Ausschlag ist kein typisches Symptom einer Grippe (Influenza). Trotzdem haben manche Menschen im Rahmen einer solchen Virusgrippe mit auffälligen Hauterscheinungen zu kämpfen.	Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Hautausschläge
Muskel- und Gelenkschmerzen	Muskelschmerzen
In seltenen Fällen kann ein Guillain-Barré-Syndrom (neurologische Störung)	The U.S. Food and Drug Administration (FDA) recently issued a warning that the single-dose vaccine is associated with an increased risk of developing Guillain-Barré syndrome
Bei Kindern können die Hauptsymptome Durchfall und Bauchschmerzen sein	Magen-Darm-Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen)
Eine Grippe kann rund zehn Tage dauern	Bei einem schweren Verlauf dauert die Erkrankung in der Regel zwei bis vier Wochen.
Doch der Husten und das Schwächegefühl können länger andauern	Allgemeine Schwäche, Unwohlsein
Bei älteren Menschen, Säuglingen, Personen mit chronischen Erkrankungen und schwangeren Frauen kann sie zu Komplikationen führen	Manche Menschen haben keine Symptome oder merken kaum, dass sie krank sind. Andere erkranken schwer und benötigen eine intensive Behandlung im Spital.
Die häufigsten Komplikationen sind Atembeschwerden, Lungenentzündungen und Mittelohrentzündungen	Ebenfalls möglich sind Komplikationen wie eine Lungenentzündung.
Meningitis (Hirnhautentzündung) oder Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann Myokarditiden verursachen

Ich konnte bei meiner Recherche kein einziges „charakteristisches“ Covid-19 Symptom finden, das nicht auch der Grippe zugeschrieben wird. So bleibt tatsächlich nur der Test als äusserst fragwürdiges Unterscheidungskriterium. Unterschiede im Krankheitsverlauf lassen sich sicherlich auch mit unterschiedlichen Behandlungsversuchen – insbesondere die exzessive Beatmung von Covid-19 Patienten – u.v.a. begründen. Dass die Grippe wie auch Covid-19 keinesfalls eine „simple“ sondern auch lebensgefährliche Erkrankung ist, will ich hervorheben. Eine detaillierte Untersuchung der statistischen Aussagen, die sich aus dem umfangreichen Datenmaterial gewinnen lassen, sollen Schwerpunkt dieser „Starke Fakten“ genannten Arbeit sein.

5. Drei Jahre Pandemie in der Schweiz

5.1. Fallzahlen, Tests und Todesfälle vom 24.02.2020 bis 31.12.2022

Der weltweite Ausbruch des Coronavirus veranlasste die Weltgesundheitsorganisation WHO am 11. März 2020, das Geschehen als Pandemie einzustufen. Mit diesem Datum begann die Phase in der Fallzahlen, positive Tests, Hospitalisierungen und Sterbefälle mit positivem Test, nunmehr im dritten Jahr gesammelt werden und zu gigantischen Zahlenbergen heranwachsen. Dies vermittelt den Eindruck einer immer bedrohlicheren Lage, deren Ende noch immer nicht absehbar zu sein

⁸ BAG: Factsheet Saisonale Grippe, S. 1; URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/factsheets-impfungen/saisonale-grippe.pdf.download.pdf/saisonale-grippe-de.pdf>

scheint. Korrekterweise hätte die Zählung der „Fallzahlen“ und „Sterbefälle“ jedes Jahr wieder bei Null beginnen müssen. Bisherige Todesursachen-Statistiken schliessen deshalb jeweils mit dem Jahresende und lassen so im Jahresvergleich Entwicklungen sichtbar werden. So können Fortschritte, Rückschläge und auch Fehler erkannt und bewertet werden.

Die Quellenlage: In den Informationen zur aktuellen Lage „Covid-19 Schweiz“ veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wöchentlich die detaillierten statistischen Daten in Diagrammen und als csv-Datei zum Download. Dabei wurden die Beprobungs- und Meldekriterien des BAG bis Januar 2023 insgesamt unglaubliche zwölf Mal angepasst und zumeist inhaltlich erweitert, wodurch viele unterschiedliche Testregimes entstanden sind. Um die Auswirkungen dieser Methodenwechsel evaluieren zu können, hätte jedesmal die Zählung wieder bei Null begonnen werden müssen. Zur Anzahl der Genesenen werden keine Angaben gemacht. Diese Zahlen können wie folgt definiert werden: Genesen ist die Anzahl der positiven Tests bis 31.12.2022 abzüglich der 13'902 bis zum 17.01.2023 Verstorbenen.

Abhängigkeit zwischen Fallzahlen, Todesfällen, und Testquote in der Schweiz

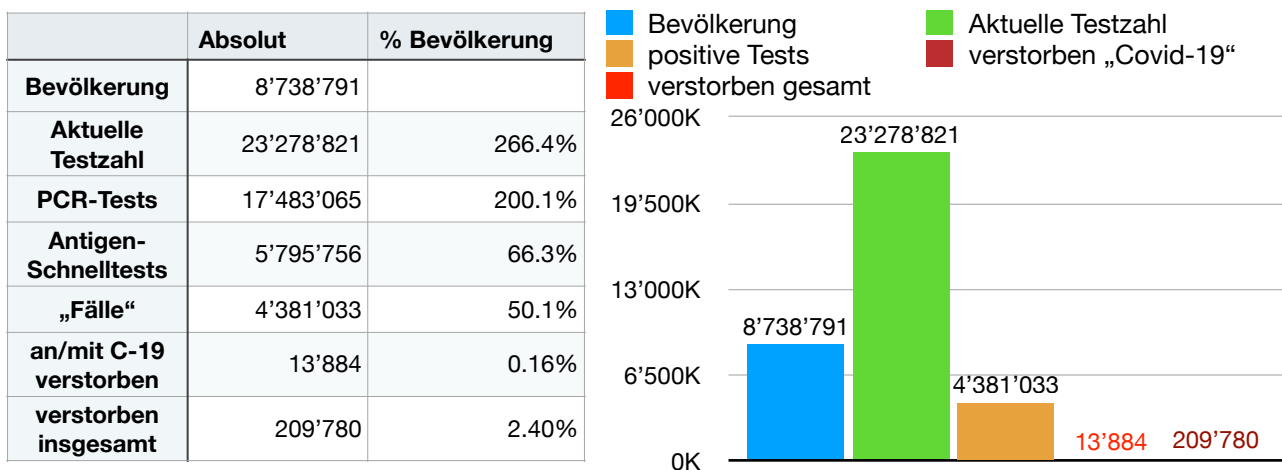
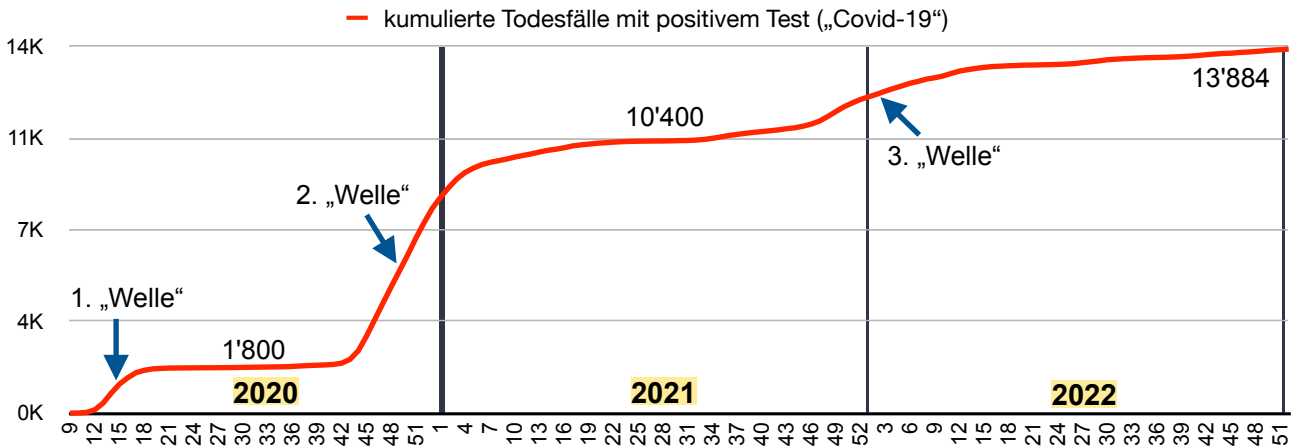


Tabelle 5-1; Grafik 5-1; (Quellen BAG 2, 3, 5, 11 – Stand 31.12.2022)

Tabelle 5-1 und Grafik 5-1 veranschaulichen die Grössenverhältnisse, der absoluten Zahl aller Sterbefälle in Relation zu den positiven Test und der Gesamtzahl der durchgeführten Tests jeweils für den Zeitraum zwischen dem 24. Februar 2020 und dem 31. Dezember 2022 bezogen auf die gesamte Schweizer Bevölkerung. Mit 23.3 Millionen durchgeführten Tests, wäre rechnerisch die gesamte Schweizer Bevölkerung 2.6 Mal getestet worden. Bei 4.4 Millionen positiven Tests („Fällen“, inkl. Mehrfachtestungen) und 8.7 Millionen Einwohnern ist offensichtlich bisher weniger als die Hälfte der Bevölkerung positiv getestet worden. Dies überrascht zum Ende des dritten Pandemie-Jahres für diese als potentiell sehr infektiös geltende Erkrankung. Auch der innerhalb des gesamten Zeitraums verstorbene Bevölkerungsanteil von 0.16% ist gering, denn dies stellt bereits die kumulierte Summe aus drei Kalenderjahren dar. An den kumulierten Gesamt-Todesfällen dieses Zeitraums beläuft sich der Anteil der Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle auf 6.6%.

5.2. Der Pandemieverlauf in kumulierten Zahlen

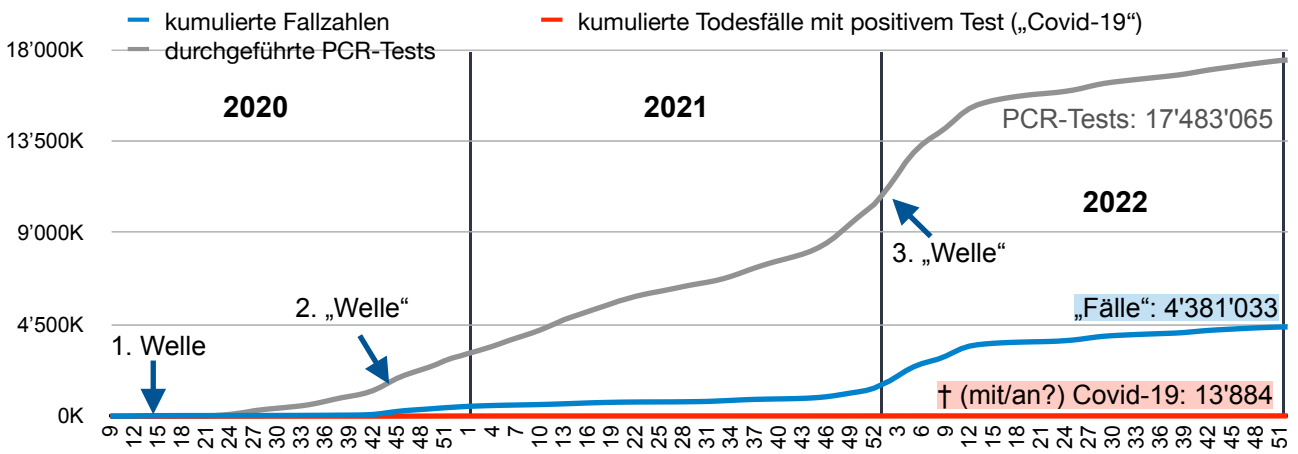
Die kumulierte Entwicklung der Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle



Grafik 5-2; (Quellen BAG 5 – Zeitraum bis KW 52/2022)

Betrachtet man den kumulierten Anstieg der Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle, erkennt man zwischen den flachen Kurvenabschnitten dreimal einen stufenweisen Anstieg, der die drei „Wellen“ erkennen lässt. Die Zählung orientiert sich entgegen der Zählung beispielsweise des SRF ausschliesslich an den auffälligen Anstiegen der Sterbefälle (rote Kurve). Während die erste Welle März/April 2020, die nur die Westschweizer Kantone und das Tessin betraf, einen Anstieg auf 1'800 Todesfälle bedingt, ergibt die zweite Welle von Oktober 2020 bis Januar 2021 ein Plus von 8'600 Sterbefällen, die aufgrund positiver Tests Covid-19 zugeschrieben werden. Weitere 3'500 Todesfälle werden im Herbst/Winter 2021/22 ohne geklärte Kausalität ebenfalls Covid-19 zugerechnet.

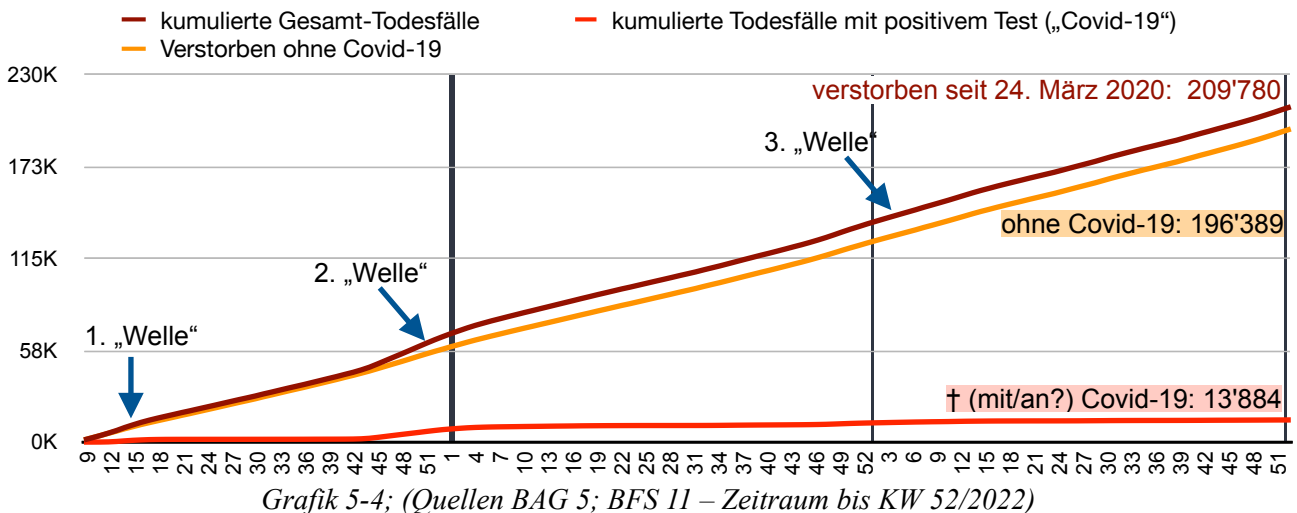
Die kumulierte Entwicklung von Covid-19 in Bezug zu den durchgeführten Tests



Grafik 5-3; (Quellen BAG 2, 5, 12 – Zeitraum bis KW 52/2022)

Die 13'884 „Covid-19-Todesfälle (rote Kurve) sind in der Gegenüberstellung zu den „Fallzahlen“ positiver Tests (blaue Kurve) mit einem Anteil von nur 0.312% nahezu nicht wahrzunehmen. Stellt man die graue Kurve der 17.5 Millionen durchgeführten Test dagegen, wird deutlich, wie sinnlos die ziellose Testung der gesamten Bevölkerung war. Hier stehen der Nutzen einer eventuellen Erkennung von Krankheitsverläufen und der völlig unverhältnismässige Aufwand in einem groben Missverhältnis mit unglaublich hohem wirtschaftlichen Schaden für die gesamte Bevölkerung. Vergleicht man in Grafik 5-2 den vergleichsweise bescheidenen Anstieg, so muss konstatiert werden, dass über eskalierende „Fallzahlen“ auch Covid-19 Todesfälle „herbeigetestet“ wurden und ein fiktives Bild einer real nicht vorliegenden Bedrohungslage erzeugen.

Das kumulierte Sterbegeschehen mit und ohne Covid-19



Nur die zweite „Welle“ lässt im kumulierten Verlauf der Gesamtsterbefälle tatsächlich ein erhöhtes Sterbegeschehen erkennen. Bringt man in der orangefarbenen Kurve die Covid-19 Sterbefälle von dem Gesamtsterbeverlauf (braune Kurve) in Abzug, will uns dies glauben machen, dass Covid-19 für den Anstieg verantwortlich sei. Ohne eine klare kausale Aufschlüsselung auch der Sterbeanteile, die auf falschen therapeutischen Ansätzen, mangelnder pflegerischer Versorgung, psychischen Schäden durch soziale Isolation in Folge der Massnahmen sowie ohne pathologisch-medizinische Abklärung ob Covid-19 tatsächlich die ursächliche Todesursache war, führt die diesbezügliche Einseitigkeit der Argumentation zu keinem kausalen Nachweis.

Die folgenden Aufstellungen zeigen einen Überblick über die Entwicklung der Zahlen in den drei Pandemie Jahren von 2020 bis 2022.

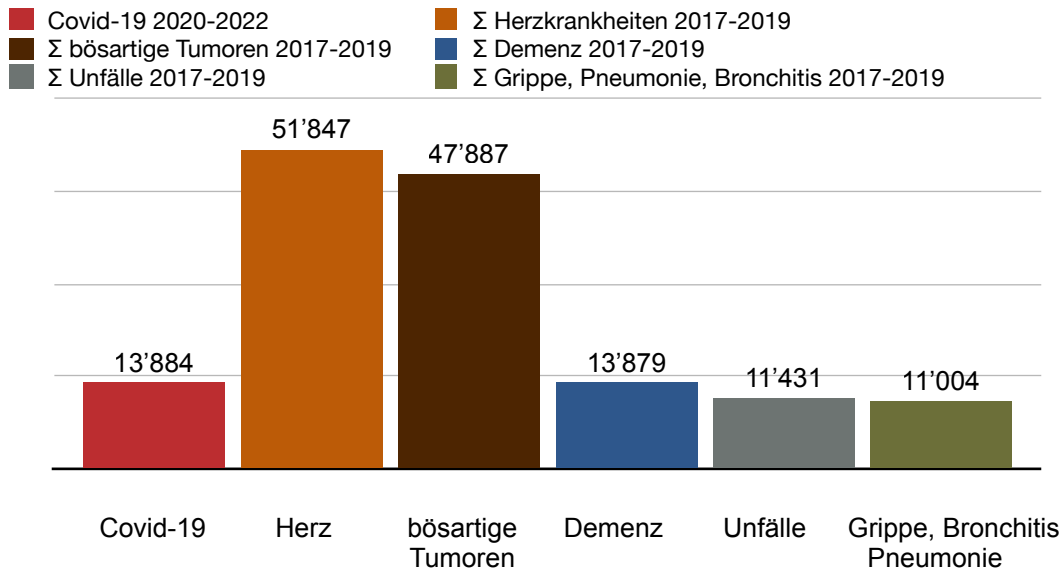
Entwicklung von Tests, Fallzahlen und Sterbefällen

	Tests	positive Tests	Positivquote	Covid-19 Todesfälle	Fallsterblichkeitsrate (case fatality rate)
2020	3'322'612	456'091	13.7%	7'610	1.669%
2021	11'117'538	1'025'725	9.2%	4'335	0.423%
2022	8'838'639	3'403'341	38.5%	1'939	0.057%
Summe	23'278'789	4'885'157	21.0%	13'884	0.284%

Tabelle 5-2; (Quelle BAG 12)

Von 2020 nach 2021 hat sich die Anzahl der Tests um den Faktor 3.3 mehr als verdreifacht, wogegen die Zahl der Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle deutlich gesunken ist. Die Fallsterblichkeitsrate sank 2021 auf ein Viertel des Vorjahres und 2022 nochmal auf ein Dreissigstel der ursprünglichen Sterblichkeit, was allgemein den „milden“ Eigenschaften der „Omicron-Variante“ zugeschrieben wird.

Über drei Jahre kumulierte Todesursachen im Vergleich

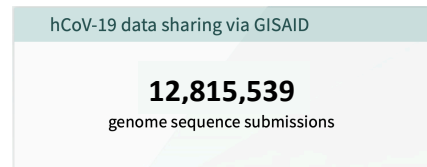


Grafik 5-5; (Quellen BAG 5, BFS 10)

Die Covid-19 Sterbefälle wurden in den drei „Pandemiejahren“ über die Jahresgrenzen kumuliert weitergezählt, wodurch die Situation vermeintlich immer bedrohlicher wurde. Dies täuschte über sinkende „Infektions-“ und Sterbezahlen hinweg. Kumuliert man auch andere in der Grafik angegebene Todesursachen über denselben Zeitraum, wird Covid-19 zu einer Todesursache unter vielen, der nur beständig ein Ausnahmestatus vergeben wurde. Dass dadurch nachweislich insbesondere weitere medizinische und pflegerische Aufgabenfelder massiv vernachlässigt wurden, wird bis heute von Journalisten, Analysten und insbesondere Politikern ignoriert.

6. Virus-Varianten in der Schweiz und weltweit

Weltweit aufgetretene Covid-19-Virus-Varianten gemäss GISAID Datenbank: 12'815'539 (Stand: 31.12.2022)⁹



In der Schweiz sind elf Virus-Varianten aufgetreten, die mittels Sequenzierung nachgewiesen wurden. (Stand: 16.10.2022). Zuletzt wurden am 07.10.2022 fünfzehn Sequenzierungen auf Omicron gemeldet, und am 23.5.2022 wurde die letzte Sequenzierung auf Delta eingetragen. Die Dokumentation des BAG reicht aktuell nur bis zum 16.10.2022, seither werden keine der bisherigen Virustypen mehr publiziert.

Bisher in der Schweiz mittels Sequenzierung nachgewiesene Virus-Varianten

Name	Variante	Anzahl	seit Datum	bis Datum
GR (UK)	B.1.1.318	208		
Omicron	B.1.1.529	38'553	22.11.2021	08.02.2022
Alpha	B.1.1.7	19'810	07.12.2020	05.09.2021
Beta	B.1.351	299	04.01.2021	05.02.2022
Eta	B.1.525	48	15.03.2021	06.05.2021
Iota	B.1.526	11		
Kappa	B.1.617.1	9	28.04.2021	28.04.2021
Delta	B.1.617.2	46'771	05.05.2021	13.02.2022
Lambda	C.37	29		
Gamma	P.1	231	29.01.2021	05.02.2022
Zeta	P.2	21	16.02.2021	31.03.2021
Summe sequenziert		105'990	4.62%	
Summe positiv		2'294'321		
nicht sequenziert		2'188'331	95.38%	

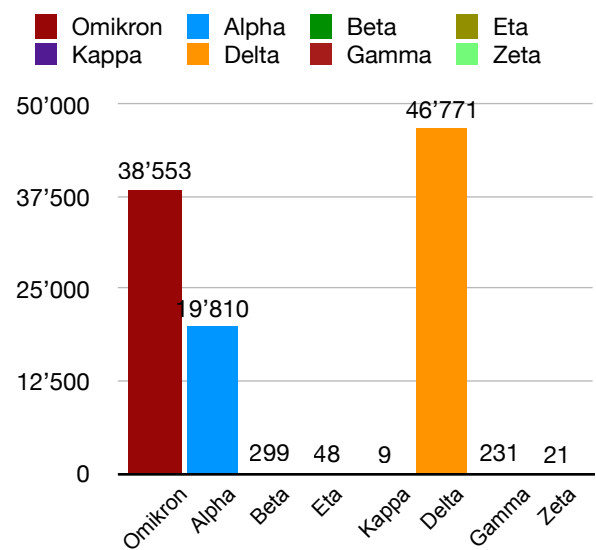
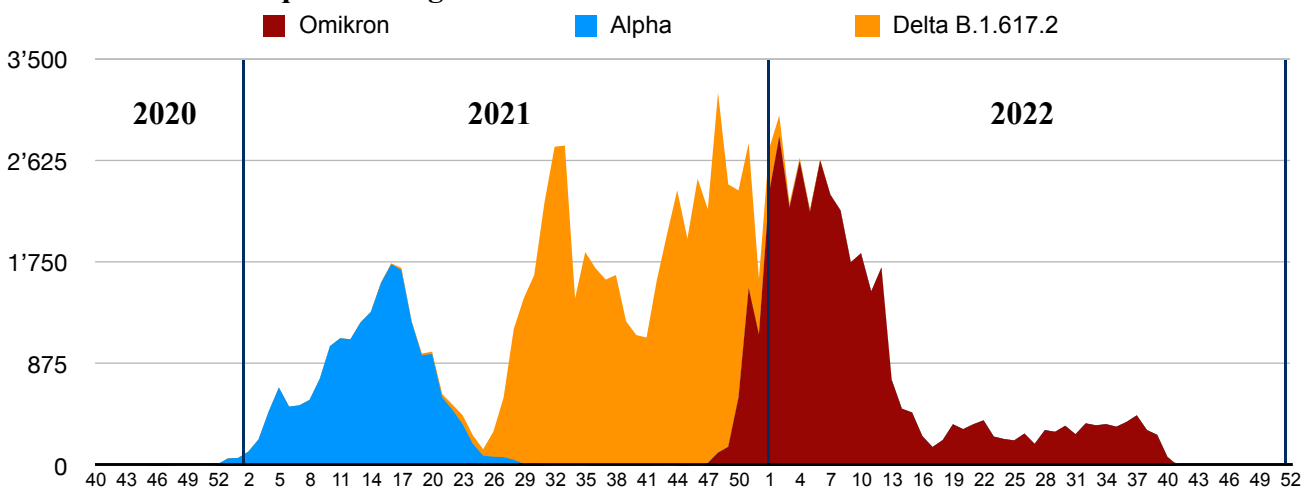


Tabelle 6-1; Grafik 6-1; (Quelle BAG 15)

Virus-Sequenzierungen in der Schweiz von KW 40/2020 bis KW 40/2022

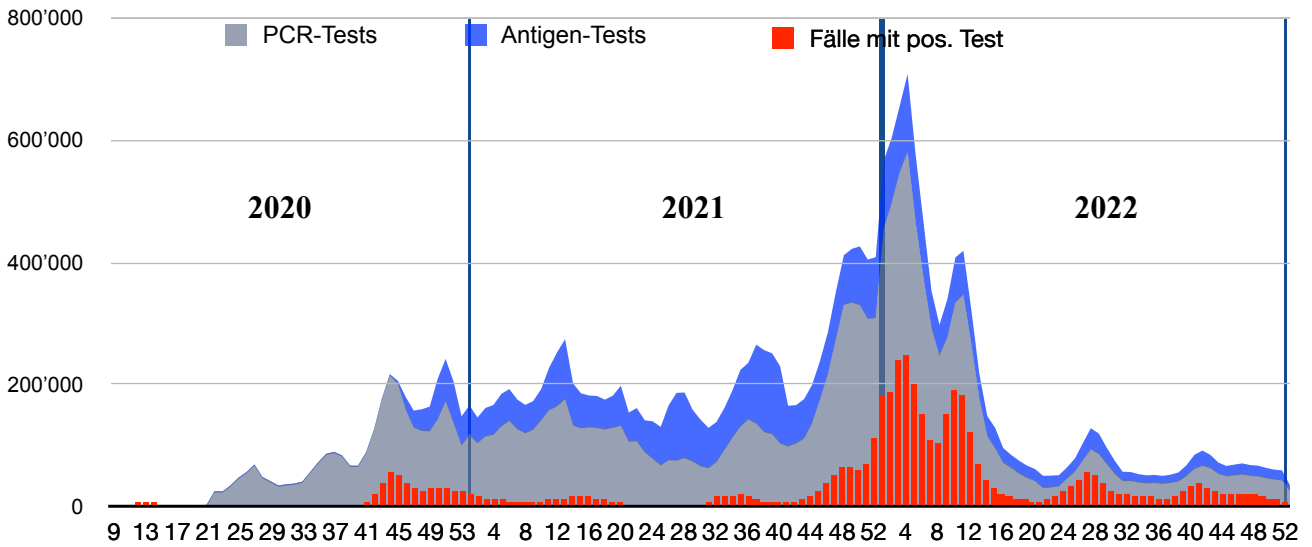


Grafik 6-2; (Quelle BAG 15)

Von 17'482'985 positiven Tests wurden 248'838 (1.42%) mittels Sequenzierung einem Virustyp zugeordnet. 98.6% wurden nicht sequenziert.

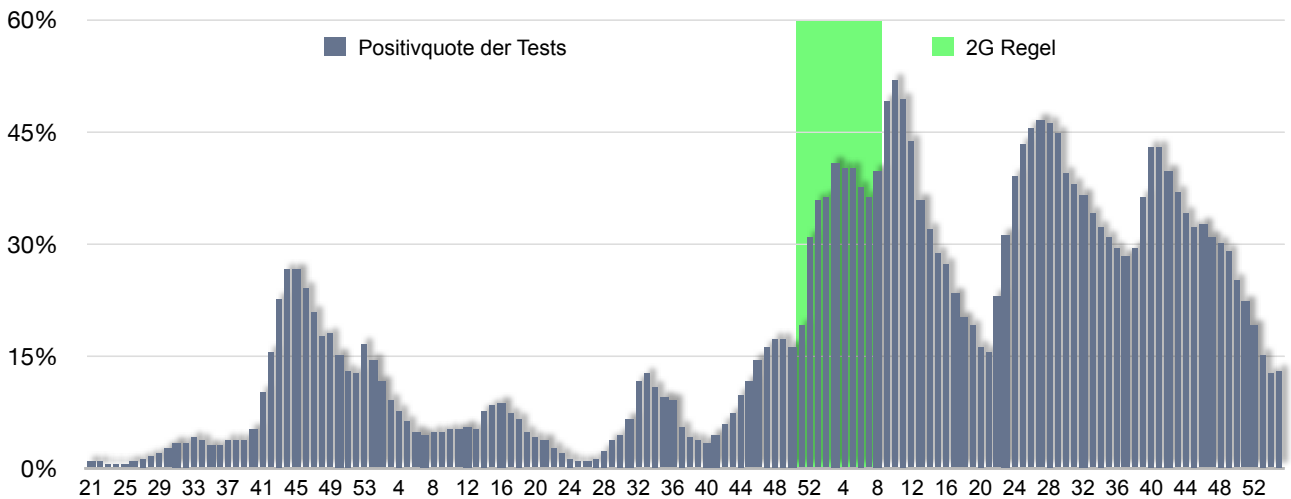
⁹ GISAID: Virus variants; URL: <https://gisaid.org>

„Fallzahlen“ in Relation zu allen durchgeführten Tests in der Schweiz von 2020 bis 2022



Grafik 6-3; (Quelle BAG 12)

Positivrate der durchgeführten Tests



Grafik 6-4; (Quelle BAG 12)

Die beiden Grafiken zeigen einen sehr deutlichen Zusammenhang zwischen Testanzahlen und Fallzahlen. Mit der Einführung der 2G-Regel am 20. Dezember 2021 beginnt ein offensichtlicher „Sturmflug“ auf die Tests, deren Positivrate sich pünktlich zum „Erwerb“ eines Zertifikats auf 40-50% erhöht. So liefert jeder zweite durchgeführte PCR-Test ein verlässliches Genesenen-Zertifikat. Ein befreundeter Schweizer Arzt kommentierte dies mit den Worten: „Die Leute kamen in Scharen in die Praxis, um einen Test durchführen zu lassen. Dabei hatten die Ungeimpften praktisch durchweg keine Symptome. Die Geimpften und Geboosterten hingegen waren richtig krank.“ Wer als Geimpfter aber einen positiven Test mit Symptomen als willkommene Immunantwort nach der Impfung sehen will, der die Immunitätsantwort gegen das Corona-Virus komplettieren soll – wie es namhafte Virologen in den Medien verbreiteten – der tut wohl eher gut daran, die Wirksamkeit der Impfstoffe in Frage zu stellen. Für die Positivitätsraten steht den Laboren die Anhebung der Virusanreicherung in nicht diagnostisch verwertbare Höhe (ct-Wert von 40-45) quasi als Manipulationsmittel zur Generierung unsinniger positiver Tests zur Verfügung. Aber auch der Disclaimer des BAG „Da pro Person mehrere Tests gemacht werden können, liegt

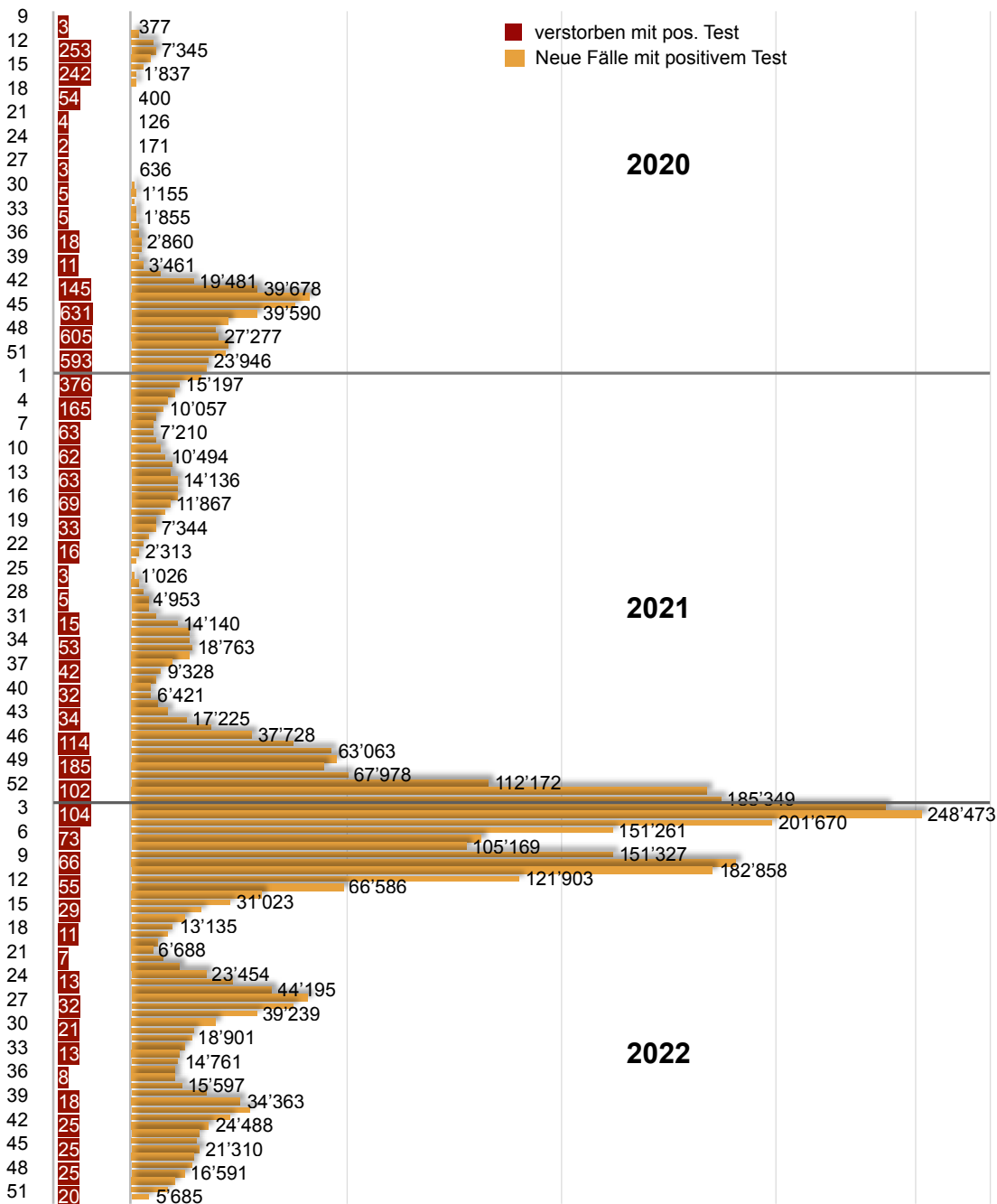
die Anzahl positiver Tests über der Anzahl positiv getesteter Personen“¹⁰ muss als Trick angesehen werden: Wenn Mehrfachtestung einer Person zu mehreren Fällen führt, treibt dies zwangsweise die Positivitätsrate in die Höhe. Doppelzählung von positiven PCR- und Antigen-Tests sowie die Nicht-Berücksichtigung von negativen Testergebnissen lassen die Positivitätsrate zu einem beliebigen Spielball werden, um gewünschte Massnahmen ohne jeden evidenten Nachweis einer tatsächlichen Gefahrenlage durchsetzen zu können. Diese unsinnige und verfälschende Meldestrategie ist deshalb besonders brisant, da der Bundesrat im Februar 2021 weitere Öffnungsschritte (unter anderem) von einer tiefen Positivitätsrate abhängig gemacht hat.¹¹

Die Berechnung von einzelnen möglichen Korrelationen zwischen Tests, Fallzahlen, Covid-19 Sterbefällen und Positivitätsraten bestärkte die Unsinnigkeit der durchgeführten Testmethodik, da alle Parameter miteinander korrelierten, nicht aber mit der Positivitätsrate, was zeigt, wie sinnlos ein Testen ohne Anlass ist und wie die Resultate manipuliert werden.

¹⁰ BAG, Tests und Anteil positive Tests, 04.05.2022, <https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/test?time=total&rel=abs>

¹¹ Bundesrat, Coronavirus: Bundesrat beschliesst ersten, vorsichtigen Öffnungsschritt ab 1. März, 24.02.2021, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-82462.html> und BAG, Richtwerte für Öffnungen, 12.04.2021, https://web.archive.org/web/20210414190733if_/https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/richtwerte-oeffnungsschritt-april-2021.pdf.download.pdf/Aktuelle_Richtwerte_f%C3%BCr_%C3%96ffnungen_und_Versch%C3%A4rfungen.pdf.download.pdf/Aktuelle_Richtwerte_f%C3%BCr_%C3%96ffnungen_und_Versch%C3%A4rfungen.pdf, Die «14-Tages-Inzidenz der Fälle» basiert auf der Positivitätsrate. Bundesversammlung, Frage 21.7028, 01.03.2021, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20217028>.

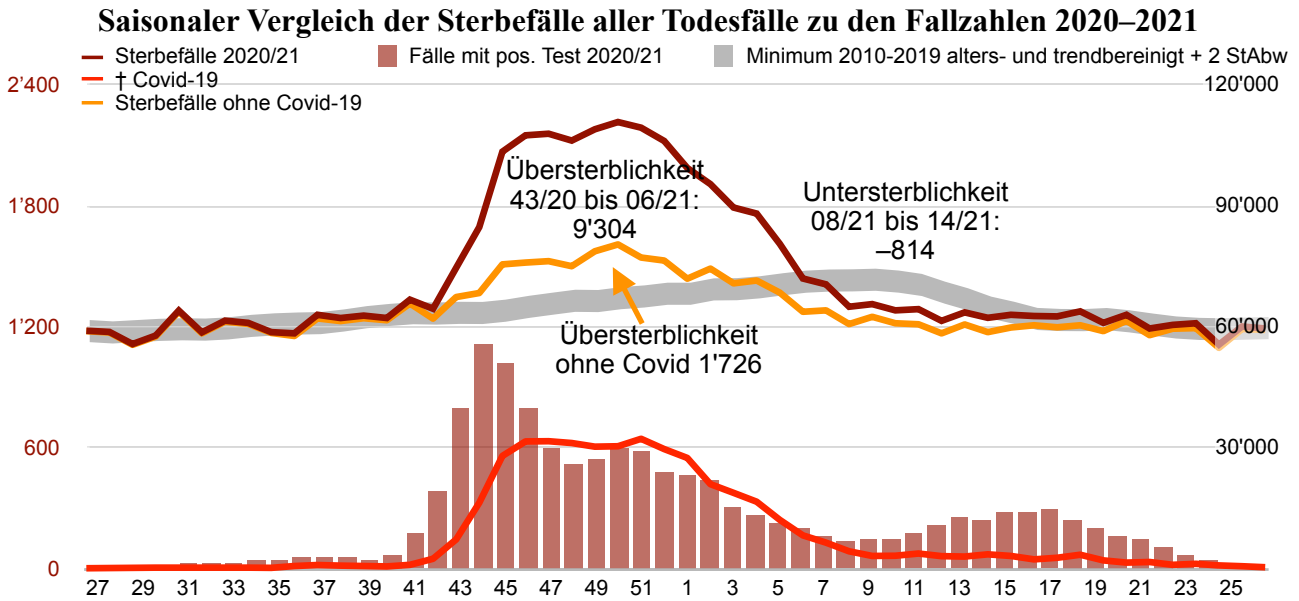
Relation zwischen Covid-19 Todesfällen und „Fallzahlen“ von 2020 bis 2022



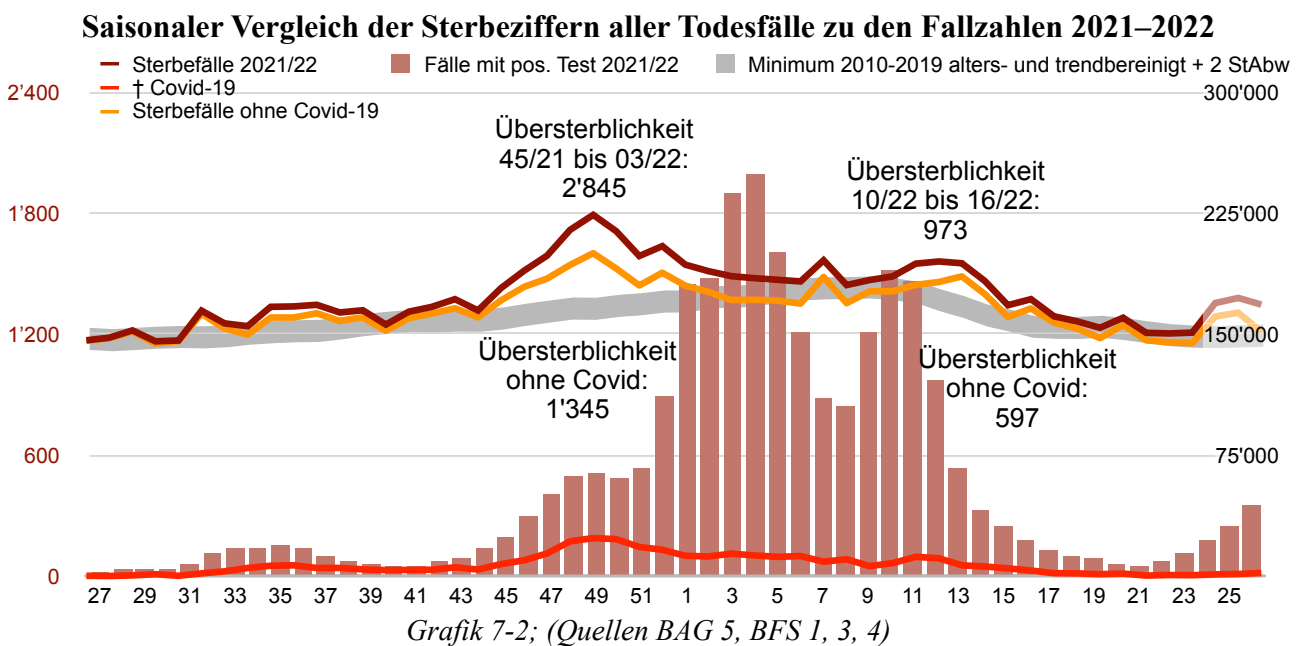
Grafik 6-5 (Quellen BAG 2, 5)

Der Anteil der Verstorbenen ist in Relation zu den „Fallzahlen“ so gering, dass er im Balkendiagramm verschwindet. Stattdessen sind, rot hinterlegt, die absoluten wöchentlichen Zahlen angegeben. Der Anteil der Verstorbenen mit positivem Test an den Fallzahlen insgesamt, wandelt sich von „Welle“ zu „Welle“ und zeigt bei höchsten Fallzahlen im Winter/Frühjahr 2021/2022 ein deutlich milderes Sterbegeschehen als in erster und zweiter Welle. Während die Fallzahlen 2022 weiterhin im Einklang mit den Tests deutliche Wellenbewegungen auf niedrigerem Niveau zeigen, pendeln die Todesfälle mit positivem Test, relativ gleichbleibend, in einem Bereich zwischen unter 20 und bis zu 40 Todesfällen. Die eigentliche Todesursache dieser Fälle wird nicht abgeklärt.

7. Covid-19 im Bezug zum allgemeinen Sterbegeschehen

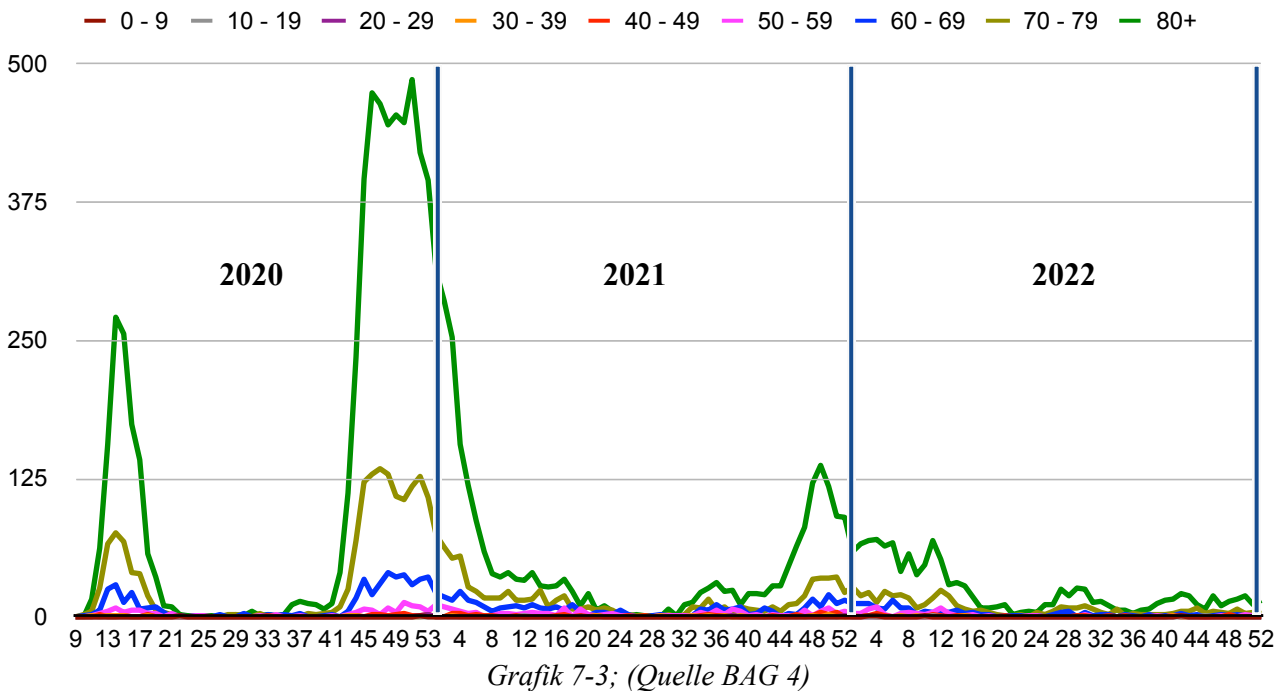


Grafik 7-1 zeigt die absoluten Sterbefallzahlen (braune Kurve) in Bezug zu den Fallzahlen positiver Tests (rotbraune Säulen) und den Covid-19 zugeordneten Sterbefällen (rote Kurve). Das graue Band im Hintergrund orientiert sich an den altersstandardisierten minimalen Sterbefällen der Jahre 2010 bis 2019 und deutet so, als Orientierungsmarke, einen idealistischen Wunschbereich an. Der hohen Übersterblichkeit von KW 43/2020 bis 06/2021 mit 9'304 Todesfällen über dem mittleren Wunschbereich folgt eine Untersterblichkeitsphase mit einem Minus von 814 Todesfällen. Es gibt einen sehr deutlichen Zusammenhang zwischen den Gesamt-Sterbefällen und den Covid-19-Sterbefällen. Zieht man allerdings die gemeldeten Covid-19-Sterbefälle von den Gesamt-Sterbefällen ab, so bleibt ein Fünftel der Übersterblichkeit, der nicht durch Covid-19 abgedeckt wird und allenfalls als Folge der Massnahmen anzusehen ist, was nie genauer untersucht wurde.



In der Saison 2021/2022 bleibt etwa die Hälfte der Übersterblichkeit ohne plausible Erklärung. Die Fallzahlen hängen überwiegend von den Testzahlen ab. Die zweite Phase 2022 korreliert perfekt zur Grippewelle mit Höhepunkt vom 14. bis 27. März 2022.

7.1. Verstorben mit positivem PCR-Test pro Altersgruppe in der Schweiz



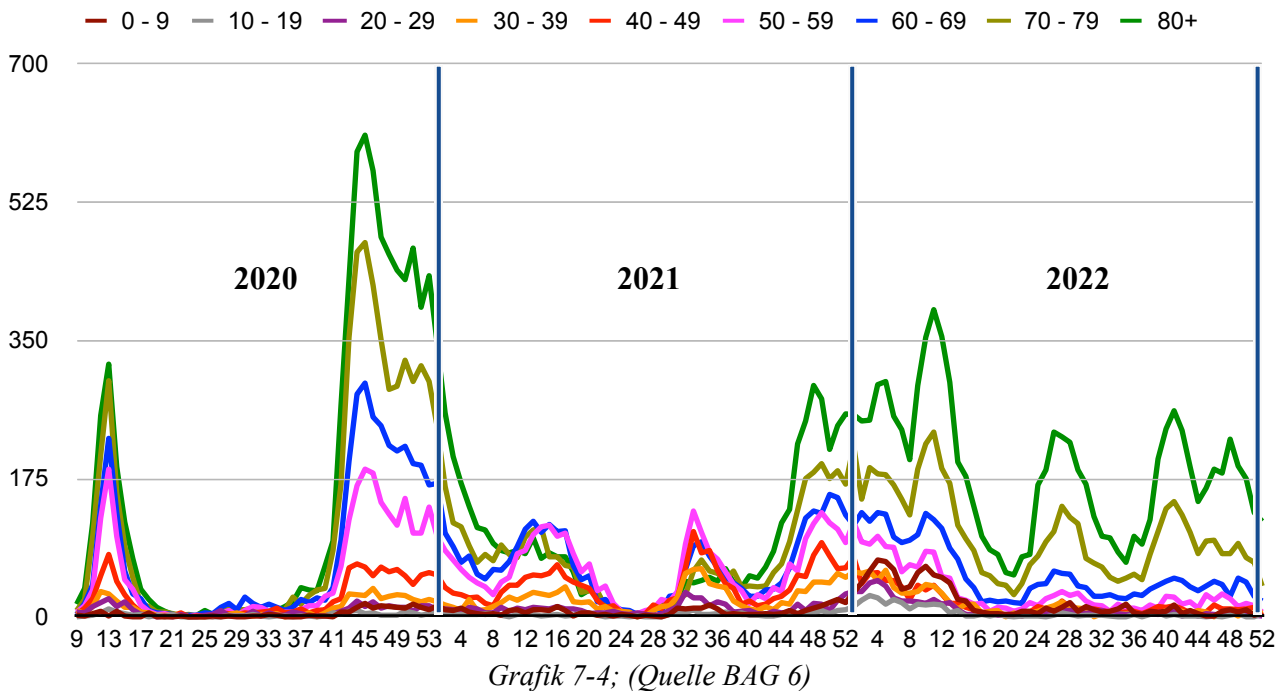
Anteil der Altersgruppen an den Covid-19 Todesfällen der vier „Wellen“ in obiger Grafik

Altersgruppe	1. Welle KW 09-21/2020	Anteil	2. Welle KW 37/20-24/21	Anteil	3. Welle KW 28/21-16/22	Anteil	4. Welle KW 24-52/22	Anteil
0 - 9	0	0.0%	1	0.0%	3	0.1%	1	0.2%
10 - 19	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	1	0.2%
20 - 29	0	0.0%	3	0.0%	2	0.1%	1	0.2%
30 - 39	5	0.3%	5	0.1%	13	0.5%	1	0.2%
40 - 49	5	0.3%	32	0.4%	29	1.0%	8	1.4%
50 - 59	42	2.4%	158	1.8%	121	4.3%	11	1.9%
60 - 69	126	7.3%	553	6.4%	271	9.5%	41	7.0%
70 - 79	353	20.5%	1'724	20.1%	562	19.8%	131	22.4%
80+	1'189	69.1%	6'114	71.2%	1'841	64.8%	391	66.7%
	1'720		8'591		2'843		586	

Tabelle 7-1; (Quelle BAG 4)

Die Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle verschieben sich ab dem Start der Impfkampagne seit Mitte 2021 zu jüngeren Altersgruppen. Eine ernsthafte Überwachung von Sicherheitsrisiken der Impfstoffe durch Swissmedic findet nicht statt. Das Meldesystem ist extrem zeitaufwändig und fehlerbehaftet. Ein kausaler Beleg für Covid-19 als Todesursache wird nicht nachgewiesen.

7.2. Hospitalisiert mit Covid-19 pro Altersgruppe in der Schweiz



Grafik 7-4; (Quelle BAG 6)

Anteil der Altersgruppen an den Covid-19 Todesfällen der vier „Wellen“ in obiger Grafik

Altersgruppe	1. Welle KW 09-21/2020	Anteil	2. Welle KW 37/20-24/21	Anteil	3. Welle KW 28/21-16/22	Anteil	4. Welle KW 24-52/22	Anteil
0 - 9	28	0.7%	293	1.2%	926	4.1%	225	2.3%
10 - 19	38	0.9%	122	0.5%	328	1.4%	48	0.5%
20 - 29	113	2.8%	367	1.5%	678	3.0%	128	1.3%
30 - 39	147	3.6%	767	3.0%	1'337	5.9%	192	1.9%
40 - 49	268	6.6%	1'538	6.1%	1'747	7.7%	265	2.7%
50 - 59	580	14.3%	3'284	13.0%	2'736	12.0%	534	5.4%
60 - 69	690	17.0%	4'475	17.8%	3'373	14.8%	1'089	11.0%
70 - 79	979	24.2%	6'167	24.5%	4'679	20.6%	2'541	25.7%
80+	1'209	29.8%	8'169	32.4%	6'932	30.5%	4'859	49.2%
	4'052		25'182		22'736		9'881	

Tabelle 7-2; (Quelle BAG 6)

Die Covid-19 zugeschriebenen Hospitalisierungen verschieben sich ab dem Start der Impfkampagne seit Mitte 2021 merklich zu jüngeren Altersgruppen (0-49 Jahre). Die obligatorischen Tests in den Spitälern sorgen für hohe „Fallzahlen“. Sonderabrechnungs-Positionen verschleiern ein realistisches Meldeverhalten der Spitäler.

Anteil der hospitalisierten „Fälle“

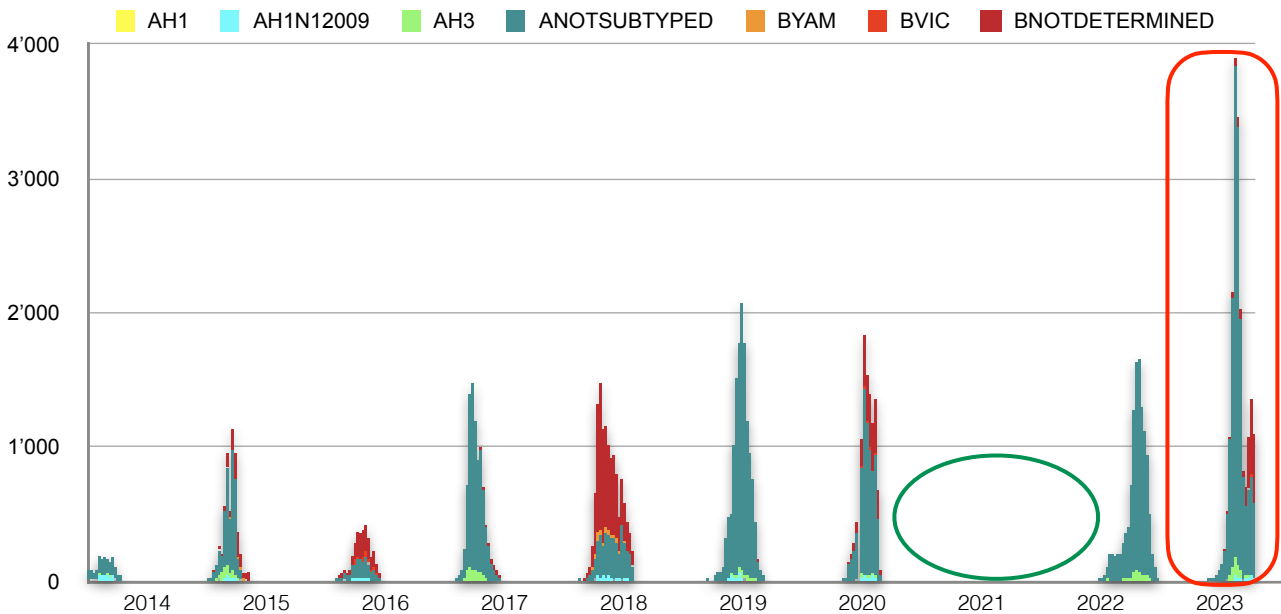
Altersgruppe	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80
hospitalisiert	1'527	560	1'362	2'515	3'927	7'325	9'982	14'899	22'050
„Fälle“	277'363	525'247	682'103	800'686	710'125	639'631	366'536	220'341	163'851
Anteil hospitalisiert	0.55%	0.11%	0.20%	0.31%	0.55%	1.15%	2.72%	6.76%	13.46%

Tabelle 7-3; (Quelle BAG 6)

Die Patienten mit positiven Tests, die im Spital behandelt wurden, liegen in nennenswerter Zahl in der Altersgruppe 70+, wobei Patienten, die mit positivem Test aber nicht im Zusammenhang mit Covid-19 behandelt wurden, nicht herausgerechnet werden. So entsteht eine völlig verzerrte Aussage.

7.3. Das Ausbleiben der Influenza

Influenza in der Schweiz 2014 bis 2023, an das Überwachungsnetz der WHO gemeldet



Grafik 7-5 (Eigendarstellung, Quelle: WHO: Flu-Net)

Influenza: Jährliche Fallmeldungen und Inzidenzen bis KW 07/2023¹²

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Fallmeldungen	1'580	5'868	5'310	9'098	13'986	13'768	11'344	467	23'195	7'101
Inzidenz pro 100'000	19.09	68.84	62.79	106.76	162.95	159.26	127.79	5.32	264.24	600.95
Rang	9	7	8	6	3	4	5	10	2	1

Tabelle 7-4; (Quelle BAG 6)

* aktuelles Jahr mit annualisierter Inzidenz bis Woche 8/2023

- Die Meldung von Grippe-Fällen (Influenza) an die WHO endete mit Kalenderwoche 13/2020 – nicht nur in der Schweiz, sondern auf der gesamten Welt zeitgleich, unabhängig von der Jahreszeit, genau zum Zeitpunkt, ab welchem nurmehr Covid-19 „Fälle“ gemeldet wurden (grüne Ellipse). Seit Jahresbeginn 2022 zeichnet sich die normale Wiederaufnahme der saisonalen Überwachung und Meldung von Grippe-Fällen an die WHO ab. Seit KW 49/2022 eskaliert die Anzahl der von der Schweiz an die WHO gemeldeten Fälle auf einen Maximalwert von 3'902, was mehr als eine Verdopplung des bisherigen Höchstwertes von 1'823 im Jahr 2019 ist. In den bisher erfassten sieben Wochen im Jahr 2023 ist die Inzidenz vom bisherigen Höchstwert 2022 um das 2.3-fache gestiegen (rote Ellipse).
- Die These, das Ausbleiben der Grippe als einen Erfolg der Massnahmen anzusehen, muss als widerlegt angesehen werden. Im Vergleich zu 2020 und 2021 wurden 2022 die grundlegenden Hygienekonzepte nicht wesentlich verändert, was einen solchen Wechsel von Null auf über 1'000 wöchentliche Influenza-Fälle erklären würde.

¹² BAG: Zahlen zu Infektionskrankheiten; URL: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html/aHR0cHM6Ly9tZWxkZXN5c3RlbWUuYmFnYXBwcy5jaC9pbmZyZX/BvcnRpbmVZGF0ZW5kZXRhaWxzL2QvaW5mbHVlbnphX3NhaXNv/bmFsLmh0bWw_d2ViZ3JhYj1pZ25vcU=.html

- Betrachtet man das verfrühte Auftreten der Grippe ab Mitte November 2022 – in den Vorjahren traten Grippeviren erst ab Ende Dezember auf – sowie die eskalierende Inzidenz im Winter 2022/23, muss von einer allgemeinen Schwächung des Immunsystems ausgegangen werden. Die möglichen Gründe, wie evtl. übertriebene Schutzmassnahmen, Covid-19 Infektionen, aber insbesondere auch die Massenimpfungen, müssten diesbezüglich untersucht werden. Eine Unwirksamkeit bzw. massives Impfversagen der intensiv beworbenen Grippeimpfungen deutet sich an. Zudem führen die bis zu vier Mal verabreichten mRNA-Injektionen keineswegs zu einer allgemeinen Immunstärkung. Im Gegenteil, die Covid-19 „Impfung“ evtl. auch in der Kombination mit dem Grippeimpfstoff scheint zu einer allgemeinen Schwächung des Immunsystems zu führen, was ggf. im Winter 2022/23 die sehr hohen Grippefallzahlen begründen dürfte.
- Die Covid-Hygieneregeln konnten offensichtlich Covid-19 nicht zum Verschwinden bringen. Wenn diese nun aber bei Covid-19 nicht (zu 100%) gewirkt haben, weshalb sollten sie dann bei der Influenza (zu 100%) gewirkt haben? Beide Erkrankungen basieren schliesslich auf „Erkältungsviren“. Auch die RS-Viren waren gemäss „Medizinischer Statistik der Krankenhäuser“ des BFS bereits im Jahr 2021 mit Langzeitrekord zurück. Im Jahr 2021 lagen die RSV-Fälle 35% über dem 5-Jahresschnitt von 2015-2019 (2'850 Fälle p.a.), was die These eines geschwächten Immunsystems stützt.

Medizinische Statistik der Krankenhäuser – Auszug¹³

Code	Diagnose	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
J121	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	244	279	389	461	567	388	400
J205	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	437	505	454	530	562	303	752
J210	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	1'759	1'969	1'788	1'958	2'349	1'256	2'710

Tabelle 7-5; (Quelle BFS 10)

¹³ BAG: Zahlen zu Infektionskrankheiten; URL: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html/aHR0cHM6Ly9tZWxkZXN5c3RibWUuYmFnYXBwcy5jaC9pbmZyZX/BvcnRpbmVZGF0ZW5kZXRhaWxzL2QvaW5mbHVlbnphX3NhaXNv/bmFsLmh0bWw_d2ViZ3JhYj1pZ25vcmlU=.html

Hospitalisierungen aufgrund von Atemwegsinfektionen 2015 bis 2021

		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Sepsis (ICD10-017)	2015	70	53	105	142	368	816	1'649	2'478	3'088
	2016	68	41	88	140	363	638	1'474	2'232	2'993
	2017	71	56	68	159	303	714	1'506	2'367	3'319
	2018	79	61	83	186	411	800	1'253	2'584	3'491
	2019	63	64	159	272	397	1'098	2'086	3'652	4'105
	2020	76	66	113	207	403	1'050	2'018	3'423	4'320
	2021	55	42	107	222	436	1'109	1'974	3'247	3'958
akute obere Atemwegs- Infektionen (ICD10-167)	2015	1'527	151	170	191	134	228	200	305	383
	2016	1'717	144	166	190	180	177	210	314	342
	2017	1'653	134	169	163	171	181	239	337	456
	2018	1'650	137	180	196	159	238	218	304	441
	2019	1'621	166	164	178	150	234	249	307	347
	2020	1'145	107	137	188	144	209	212	257	384
	2021	1'561	137	111	113	112	129	127	162	211
Grippe (ICD10-168)	2015	309	65	56	103	160	245	387	578	1'040
	2016	410	75	123	129	139	168	324	500	564
	2017	241	47	61	93	149	297	577	1'150	2'187
	2018	549	74	108	213	308	586	656	1'503	2'397
	2019	506	68	126	162	239	486	792	1'290	1'614
	2020	527	88	127	172	182	305	423	622	760
	2021	19	7	10	14	9	4	15	18	18
Pneumonie (ICD10-169)	2015	1'403	272	390	615	990	1'653	3'044	5'106	8'795
	2016	1'514	292	397	623	981	1'353	2'959	4'822	8'157
	2017	1'176	253	286	540	845	1'673	2'939	5'135	8'779
	2018	1'486	254	396	618	1'007	1'702	2'379	5'504	8'980
	2019	1'538	273	377	665	864	1'598	3'000	5'464	7'529
	2020	911	197	399	942	2'032	4'656	6'652	9'535	12'655
	2021	1'402	151	553	1'777	3'277	5'841	7'347	8'662	10'414
akute Bronchitis (ICD10-170)	2015	6'058	40	24	43	76	131	196	342	659
	2016	6'891	52	48	63	72	90	194	331	654
	2017	5'739	49	51	53	80	144	213	363	792
	2018	6'286	45	52	54	80	139	192	389	713
	2019	6'568	32	27	71	80	145	212	391	520
	2020	4'180	32	37	35	63	87	121	211	407
	2021	7'122	28	26	26	44	67	99	138	229
Summe ICD 017, 167, 168, 169, 170	2015	9'367	581	745	1'094	1'728	3'073	5'476	8'809	13'965
	2016	10'600	604	822	1'145	1'735	2'426	5'161	8'199	12'710
	2017	8'880	539	635	1'008	1'548	3'009	5'474	9'352	15'533
	2018	10'050	571	819	1'267	1'965	3'465	4'698	10'284	16'022
	2019	10'296	603	853	1'348	1'730	3'561	6'339	11'104	14'115
	2020	6'839	490	813	1'544	2'824	6'307	9'426	14'048	18'526
	2021	10'159	365	807	2'152	3'878	7'150	9'562	12'227	14'830
Covid-19 (2020 gesamt)		181	107	320	496	1'031	2'367	3'530	5'335	7'203
Covid-19 (2021 gesamt)		357	164	528	1'216	2'017	3'229	3'540	3'955	5'048

Tabelle 7-6; (Quellen BFS 10)

Die vorstehende Tabelle stellt die Hospitalisierungen mit Atemwegsinfekten der Jahre 2015 bis 2021 den unten rot hinterlegten Covid-19-Hospitalisierungen pro Altersgruppe gegenüber. Es zeigt zum einen, dass die Hospitalisierungen mit positivem Test in den Altersgruppen bis 69 Jahren keinerlei Überlastung der Spitäler zu verantworten haben. Es ist von vielen Doppelerfassungen mit zwei überlappenden ICD-Abrechnungs-codes auszugehen, was sich beispielsweise am Anstieg der Pneumonie im Jahr 2020 zeigt, die ja eine häufige Komplikation von Covid-19 darstellt.

Umrechnung der Hospitalisierungen mit Atemwegsinfekten auf 100'000 Einwohner

		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Anzahl der Hosp. – absolute Zahlen	2015	9'367	581	745	1'094	1'728	3'073	5'476	8'809	13'965
	2016	10'600	604	822	1'145	1'735	2'426	5'161	8'199	12'710
	2017	8'880	539	635	1'008	1'548	3'009	5'474	9'352	15'533
	2018	10'050	571	819	1'267	1'965	3'465	4'698	10'284	16'022
	2019	10'296	603	853	1'348	1'730	3'561	6'339	11'104	14'115
	2020	6'839	490	813	1'544	2'824	6'307	9'426	14'048	18'526
Covid-19	2020	181	107	320	496	1'031	2'367	3'530	5'335	7'203
Hosp. abs.	2021	10'159	365	807	2'152	3'878	7'150	9'562	12'227	14'830
Covid-19	2021	357	164	528	1'216	2'017	3'229	3'540	3'955	5'048
Einwohner je Altersgruppe	2015	829'671	839'957	1'053'196	1'158'831	1'252'136	1'202'065	898'307	635'450	412'784
	2016	843'430	840'055	1'060'376	1'177'467	1'236'661	1'231'452	906'824	655'366	421'710
	2017	855'399	840'581	1'062'821	1'193'031	1'222'338	1'254'918	915'971	676'338	430'444
	2018	864'206	840'771	1'057'130	1'207'409	1'210'100	1'273'431	926'195	696'095	438'994
	2019	870'614	842'715	1'049'042	1'222'186	1'201'379	1'287'358	939'742	713'586	448'661
	2020	874'923	846'827	1'041'742	1'236'203	1'199'901	1'295'973	957'626	728'993	455'980
	2021	880'354	854'246	1'032'933	1'249'094	1'203'508	1'299'561	979'255	740'458	465'138
Hosp. pro 100'000	2015	1'129.0	69.2	70.7	94.4	138.0	255.6	609.6	1'386.3	3'383.1
	2016	1'256.8	71.9	77.5	97.2	140.3	197.0	569.1	1'251.1	3'013.9
	2017	1'038.1	64.1	59.7	84.5	126.6	239.8	597.6	1'382.7	3'608.6
	2018	1'162.9	67.9	77.5	104.9	162.4	272.1	507.2	1'477.4	3'649.7
	2019	1'182.6	71.6	81.3	110.3	144.0	276.6	674.5	1'556.1	3'146.0
	2020	781.7	57.9	78.0	124.9	235.4	486.7	984.3	1'927.0	4'062.9
Covid-19/100Ts	2020	20.7	12.6	30.7	40.1	85.9	182.6	368.6	731.8	1'579.7
Hosp. /100'000	2021	1'154.0	42.7	78.1	172.3	322.2	550.2	976.5	1'651.3	3'188.3
Covid-19/100Ts	2021	40.6	19.2	51.1	97.4	167.6	248.5	361.5	534.1	1'085.3

Tabelle 7-7 (Auswertung zu Tabelle 7-6)

Für den von der Bevölkerungsentwicklung unabhängigen Vergleich der Zahlen sind die absoluten Zahlen im unteren Drittel auf 100'000 Einwohner umgerechnet. Die Hospitalisierungen mit Atemwegsinfekten und mit positivem Test dominieren in den höchsten Altersgruppen. 2020 bricht die Hospitalisierung mit Atemwegsinfekten bei den 0-19-Jährigen deutlich ein, dagegen steigen sie in den übrigen Altersgruppen an. Covid-19 muss hierbei merklich überzählt sein, denn geht man davon aus, dass sie in den übrigen Diagnosecodes der Atemwegssymptome* mit enthalten sind, bliebe nach Abzug eine Quote der Atemwegsinfekte, die weit unter den Vorjahren liegen würde: In der Altersgruppe 80+ blieben pro 100'000 ohne Covid-19 2'483.2 Hospitalisierungen gegenüber dem Mittelwert der Vorjahre von 3'360.3, was einem unrealistischen Rückgang der Atemwegsinfekte um 26% (umdeklarierte Fälle?) entspricht. 2021 steigen die Atemwegsinfektionen in den Altersgruppen 30 bis 59 auf neue Höchststände (orangefarben hinterlegt) bei ebenfalls steigenden Hospitalisierungen mit positivem Covid-19 Test. Hier ist ein weiteres starkes Signal für eine Korrelation zum Impfeschehen zu sehen, dessen vermeintlicher „Schutz“ offenbar zu höheren „Infektionszahlen“ und darüberhinaus zu einer allgemeinen Schwächung des Immunsystems gegen Atemwegsinfekte führt. Jüngere Altersgruppen wurden ohne Risikoindikation geimpft. Im gleichen Jahr stiegen die infektionsbedingten Hospitalisierungen deutlich an. Von einem negativen Effekt der Impfung ist folglich auszugehen. Auch die am stärksten geimpften oberen Altersgruppen liegen bzgl. Hospitalisierungen mit positivem Test weiterhin in einem auffällig hohen Bereich.

* Covid-19 ist ja kein Krankheitssymptom sondern lediglich ein positiver Test, der sich aufgrund charakteristischer Atemwegssymptomatik in Kategorien wie z. B. Pneumonie, Sepsis u.a. wiederfinden muss.

Anzahl aller Hospitalisierungsfälle pro Kalenderjahr und Altersgruppe pro 1'000

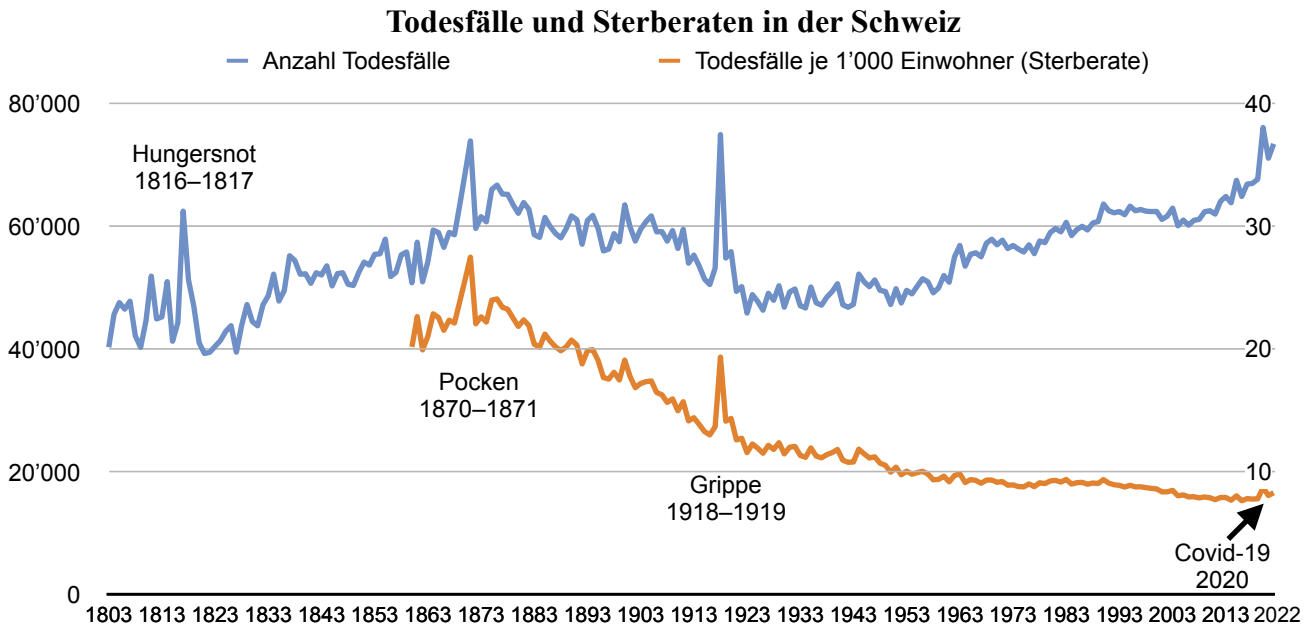
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
alle Hospitalisierungen	2015	138'032	48'506	107'553	149'612	135'164	176'840	200'616	226'016	222'736
	2016	142'004	49'392	109'733	152'904	134'590	143'111	205'616	233'451	230'137
	2017	140'135	49'683	107'852	152'739	130'327	182'487	204'315	239'837	234'106
	2018	141'027	49'376	104'527	151'026	125'090	179'798	158'862	246'902	242'270
	2019	139'794	48'240	101'630	150'523	120'333	179'681	202'605	252'927	202'569
	2020	128'616	45'390	94'022	144'419	112'141	171'214	195'240	242'883	237'573
	2021	138'987	48'981	98'782	154'285	117'886	178'535	205'357	251'689	245'686
pro 1'000	2015	166.4	57.7	102.1	129.1	107.9	147.1	223.3	355.7	539.6
	2016	168.4	58.8	103.5	129.9	108.8	116.2	226.7	356.2	545.7
	2017	163.8	59.1	101.5	128.0	106.6	145.4	223.1	354.6	543.9
	2018	163.2	58.7	98.9	125.1	103.4	141.2	171.5	354.7	551.9
	2019	160.6	57.2	96.9	123.2	100.2	139.6	215.6	354.4	451.5
	2020	147.0	53.6	90.3	116.8	93.5	132.1	203.9	333.2	521.0
	2021	157.9	57.3	95.6	123.5	98.0	137.4	209.7	339.9	528.2

Tabelle 7-8; (Quelle BFS 10)

Zur Frage einer eventuellen Überlastung der Spitäler gibt die Gesamtzahl der Hospitalisierungen Auskunft:

- Hohe Belegzahlen und -quoten, die aus den wirtschaftlichen Interessen der Spitalbetreiber resultieren, sind in den Jahren von 2015 bis 2019 auf recht gleichbleibendem Niveau nachweisbar.
- In keiner Altersgruppe findet sich in den Jahren 2020 und 2021 die höchste Gesamtzahl der Hospitalisierungsfälle pro 1'000, wie man es in einer Pandemie bzw. bei Überlastung der Spitäler erwarten würde.
- Im Jahr 2020 zeigt sich in den Altersgruppen von 0 bis 79 Jahren minimale Belegzahlen (50-59 und 60-69 Jahre mit zweitniedrigstem Rang), die auf ausgesetzte Behandlungen hinweisen und hinsichtlich eventuell unterlassener Hilfeleistung in vielen Fällen sicherlich einer Überprüfung bedürfen und der wohl auch nachfolgende vermeidbare Todesfälle anzulasten sind.

8. Analyse der Mortalitätsentwicklung



Grafik 8-1; (Quelle BFS 9)

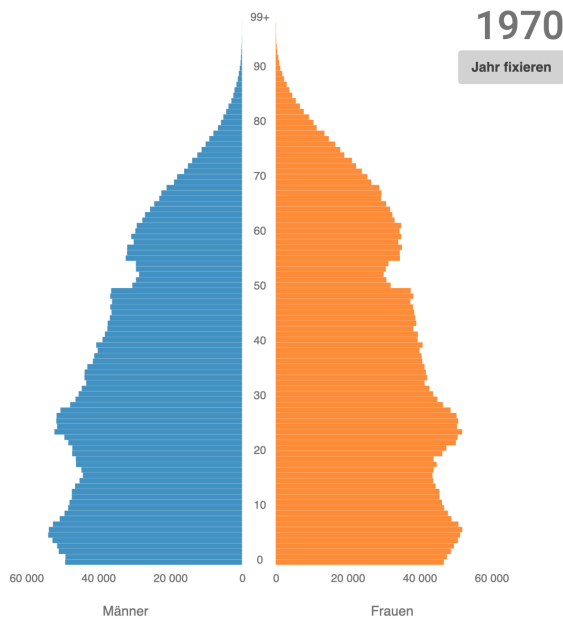
Der Begriff Übersterblichkeit wird ohne klare Definition in sehr unterschiedlichem Kontext verwendet. Letztlich geht es um die Überschreitungen eines Erwartungsbereiches, die sich z. B. durch aussergewöhnliche Ausschläge in den Sterbekurven darstellen. Diese heben sich von den schwankenden Wellenbewegungen der blauen Kurve der Todesfälle ab. Noch deutlicher werden sie in den bevölkerungsbereinigten Sterberaten (orangefarbene Kurve), die seit der Einführung der jährlichen eidgenössischen Volkszählung 1850 den Anteil der Verstorbenen an der aktuellen Bevölkerung des jeweiligen Jahres zeigt. Nach der Hungersnot 1816-1817, für die keine gesicherten Bevölkerungszahlen vorliegen, zeichnen sich in der orangefarbenen Kurve die folgenden historischen Katastrophen ab, die 1870-1871 den Pocken und 1918-1919 der Grippe zugeschrieben werden. Im Vergleich dazu zeigt der Ausschlag 2020, der auf Covid-19 bezogen wird, nur eine geringe Abweichung von den Sterberaten der Vorjahre. Bei den grossen Katastrophen erkennt man, dass man sich generell auf eine vermeintlich ausschlaggebende Ursache fokussiert hat. Andere Faktoren wie Hunger, Impfnebenwirkungen oder Mobilmachung werden komplett ausgeblendet. Das erste „Pandemiejahr“ 2020 weist im Vergleich mit den Jahren 2010-2013 und 2015 ganz ähnliche Sterberaten auf. Setzt man den „Tsunami“ an Massnahmen in Bezug zur Auffälligkeit des Sterbegeschehens dieser Jahre, so war dieses 2010-2013 wie auch 2015 ohne jedes Eingreifen in die Freiheitsrechte der Menschen beherrschbar. Die Schäden der Massnahmen selbst, die sich 2020 insbesondere auf die Entwicklung der Kinder und die Versorgungssituation der Alten, aber infolge einer grossen Vernachlässigung der medizinischen Versorgung auch auf das Sterbegeschehen insgesamt merklich auswirkten, bleiben bis heute ohne nennenswerte Beachtung.

Die entscheidende Erkenntnis aus der Gegenüberstellung der absoluten Todesfallzahlen und der Sterberaten in Grafik 8-1 muss lauten, dass angesichts der erheblichen Abweichungen der Einwohnerzahlen und auch der sich wandelnden Altersstruktur, nur **Sterberaten** ein realistisches Bild zur Entwicklung der Sterberisiken liefern können. Dieses soll im Folgenden für vier Altersgruppen in der langfristigen Entwicklung der letzten 52 Jahre und hinsichtlich der Entwicklung der vergangenen 13 Jahre untersucht werden. Hierbei wird auch jeweils der Anteil der Covid-19 zugeschriebenen Sterbefälle näher betrachtet.

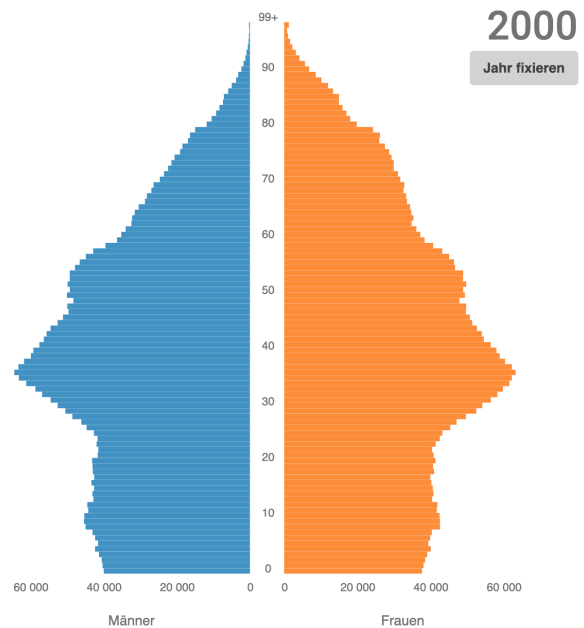
8.1. Demografische Rahmenbedingungen des Sterbegeschehens

Entwicklung der Alterspyramide der Bevölkerung in der Schweiz 1970 – 2050¹⁴

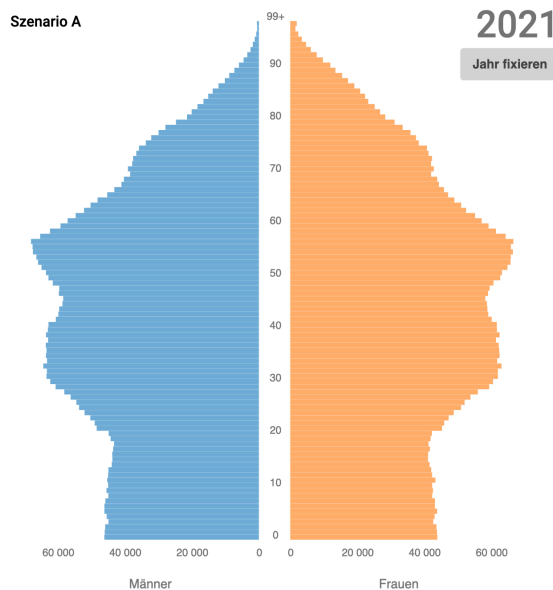
Alterspyramide der Schweiz, 1860 - 2050



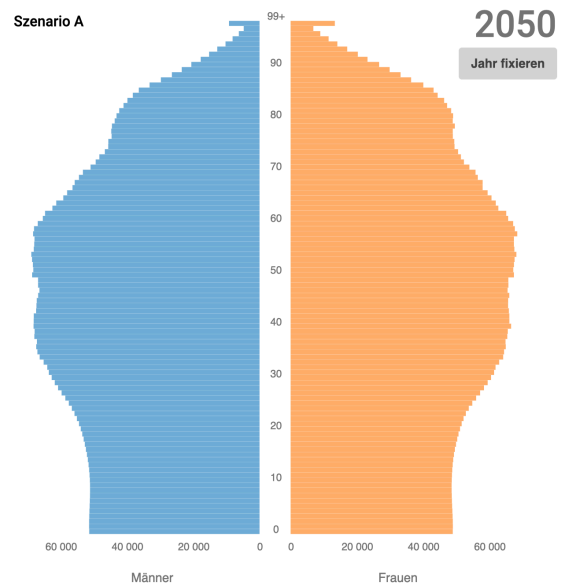
Alterspyramide der Schweiz, 1860 - 2050



Alterspyramide der Schweiz, 1860 - 2050



Alterspyramide der Schweiz, 1860 - 2050



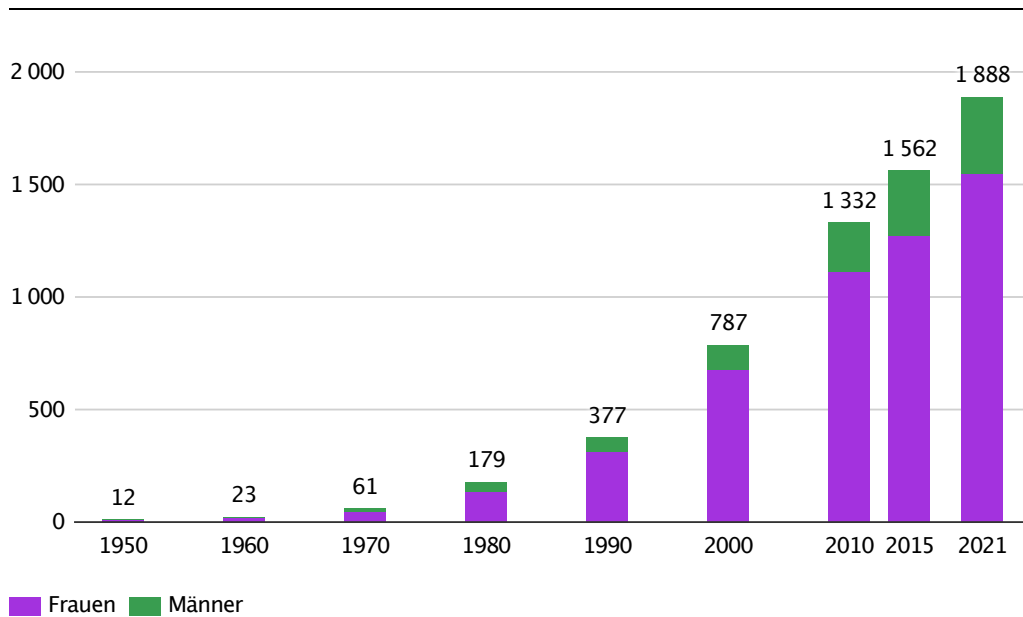
Grafik 8-2 bis 8-5, Modellierung des BFS für 2050 (Referenzszenario A)

Die vom BFS ausgearbeiteten Szenarien der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung zeigen, dass aktuell die Phase beginnt, in der sich die „Babyboomerjahre“ allmählich in die Altersgruppen mit hohen Sterberaten schieben. So stehen deutliche weitere Erhöhungen der Sterbefallzahlen in den kommenden Jahren bevor. Für 2050 müssen starke Migrationsbewegungen eingeplant worden sein. Auf Basis dieser Berechnungen lassen sich Prognosen mit demografischer Entwicklung ermitteln. Umso unverständlicher, dass das BFS in den letzten drei Jahren diese Kalkulationsgrundlagen ignoriert und auf willkürlichen Annahmen beruhende Sterbeprognozen erstellt hat.

¹⁴ BFS: STAT-TAB - <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>

Anzahl 100-Jähriger in der Schweiz¹⁵

Anzahl Hundertjähriger und Älterer nach Geschlecht



Quellen: BFS - VZ, STATPOP

© BFS 2022

Grafik 8-6

Kommentar des BFS zur vorherigen Grafik: „Von 1950 bis 2010 hat sich die Zahl der hundertjährigen und älteren Personen in der Schweiz alle zehn Jahre nahezu verdoppelt. Zwischen 2012 und 2018 ist die Zahl stabil. Ab 2018 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen und es werden jedes Jahr durchschnittlich fast Einhundert Hundertjährige hinzugewonnen, darunter mehr als 80% Frauen.“

Ende 2021 lag die Zahl der Hunderjährigen bei 1'888 Personen, was einem Anstieg von 9.4 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.“

Diese Entwicklung ist im Hinblick auf das unerwartet hohe Sterbegeschehen der „Alten“ in den Pandemie Jahren von grossem Interesse, zeigt aber weder in dieser Einzelauswertung des BFS noch in den jährlichen STATPOP Daten bisher eine Trendwende bezüglich der wachsenden Zahlen.

¹⁵ BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung/hundertjaehrige.html>

8.2. Methodische Ansätze der Mortalitätsanalyse

Aus der in Grafik 8-1 gezeigten **Entwicklung absoluter Todesfallzahlen** ergibt sich, dass eine vergleichende Gegenüberstellung einzelner absoluter Zahlen unsinnig ist, da diese Zahlen sehr verschiedenen **Trends** unterliegen. Ein erster zielführender Ansatz besteht darin, in begrenzten Zeitabschnitten Trends aufzuzeigen und auf Veränderungen zu untersuchen. Eine grosse Problematik besteht darin, dass diese Trends erheblichen Schwankungen und Veränderungen unterliegen und sich keine längerfristigen Entwicklungen aufzeigen lassen.

Die orangefarbene Kurve der **rohen Sterberaten** zeigt dagegen sehr viel konstantere und langfristige Trendverläufe auf, so dass ein Ausscheren aus solch langfristigen **Trends der Sterberisiken** sehr deutliche Signale problematischer Veränderungen aufzeigen kann. Dieser zweite Ansatz ist der Trendanalyse absoluter Zahlen deutlich überlegen.

Der dritte Ansatz liefert durch **Differenzierung nach Altersgruppen**, detaillierte Erkenntnisse über konkrete Altersgruppen in denen sich Änderungen des Sterbegeschehens abzeichnen. Hierzu bieten sich **altersspezifische Sterberaten** an, die mit **Rangstufen** zu Vorjahren in Beziehung gesetzt werden können.

Das von der WHO 2001 im Diskussionspapier zur Analyse von Sterberaten vorgeschlagene Verfahren der **Altersstandardisierung** ermöglicht die gewichtete Zusammenfassung der einzelnen altersspezifischen Sterberaten zu **Sterbeziffern**. Diese liefern ähnlich wie rohe Sterberaten einen Gesamtüberblick, der nicht nur das Bevölkerungswachstum sondern auch die demografischen Veränderungen in der Zusammensetzung der Altersgruppen durch Altersstandardisierung berücksichtigt.

8.3. Altersstandardisierung – Sterbeziffern

Die WHO erläutert in dem genannten Referenz-Diskussionspapier No. 31¹⁶ aus dem Jahre 2001: *„Die direkte Standardisierung führt zu einer standardisierten oder altersbereinigten Sterbeziffer, die ein gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Raten für jede der zu vergleichenden Jahrespopulationen ist. Die angewendeten Gewichte repräsentieren die relative Altersverteilung der Standardpopulation (die Norm). Auf diese Weise erhält man für jede Population eine einzige zusammengefasste Rate, die die Anzahl der Ereignisse widerspiegelt, die zu erwarten gewesen wäre, wenn die zu vergleichenden Populationen eine identische Altersverteilung gehabt hätten. Die Berechnung erfolgt mathematisch nach dem Verfahren:*

$$DSR_a = \sum r_{ia} \frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}}$$

DSR = directly standardized mortality rate (direkt standardisierte Sterblichkeitsrate)

r_{ia} = death rate in age group i in population A (Sterberate der Altersgruppe i in der Bevölkerung A)

n_{is} = is the mid-year population in the ith age group of the standard population (ist die Bevölkerung in der Mitte des Jahres in der i-ten Altersgruppe der Standardbevölkerung)“

Zusammengefasst werden die prozentualen Sterberaten berechnet, üblicherweise von 5er-Altersgruppen, und mit der Einwohnerzahl der jeweiligen Altersgruppe der Standardbevölkerung multipliziert. Hierdurch wird die Rate zum Anteil in der Standardbevölkerung „gewichtet“. In der

¹⁶ WHO – Ahmad et al: Age standardization of rates: A NEW WHO STANDARD, URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf

Summe ergibt sich die (altersstandardisierte) Sterbeziffer, die für den Vergleich auf 100'000 Einwohner umgerechnet wird. Das BFS verwendet dabei die von der WHO 2001 vorgeschlagene, sehr veraltete Standardbevölkerung für Europa/Skandinavien aus dem Jahre 1976.

Standardpopulationen im Vergleich

	WHO 1976 Basis der BFS Standardisierung	Proposed EU-27 + EFTA standard pop.	Schweiz 2020	Schweiz 2020 pro 100:000
Altersgruppe	Scandinavian („European“) standard	Eurostat – European Commission	Bevölkerung zur Jahresmitte	
(0 Jahre)		1'000	84'437	977
0-4 (1-4 Jahre)	8'000	4'000	352'970	4'086
5-9	7'000	5'500	437'517	5'065
10-14	7'000	5'500	425'672	4'928
15-19	7'000	5'500	421'155	4'876
20-24	7'000	6'000	478'842	5'543
25-29	7'000	6'000	562'900	6'516
30-34	7'000	6'500	616'270	7'134
35-39	7'000	7'000	619'933	7'177
40-44	7'000	7'000	593'887	6'875
45-49	7'000	7'000	606'014	7'016
50-54	7'000	7'000	658'713	7'626
55-59	6'000	6'500	637'260	7'377
60-64	5'000	6'000	524'863	6'076
65-69	4'000	5'500	432'763	5'010
70-74	3'000	5'000	401'153	4'644
75-79	2'000	4'000	327'840	3'795
80-84	1'000	2'500	225'800	2'614
85+ (85-89)	1'000	1'500	146'726	1'699
90+		1'000	83'454	966
Total	100'000	100'000	8'638'167	100'000
Anteil 65+	11.0%	19.5%	18.7%	18.7%
Anteil 80+	2.0%	5.0%	5.3%	5.3%

Tabelle 8-1

Berechnung der Sterbeziffern für 3 Standardpopulationen im Vergleich

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90	
†20	359	30	38	87	165	169	204	327	399	736	1'311	2'056	2'907	3'897	6'185	8'638	11'386	5'707	22K	
Ew20	437K	438K	426K	421K	479K	563K	616K	620K	594K	606K	659K	637K	525K	433K	401K	328K	226K	147K	83K	
C(%)	0.08%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.03%	0.03%	0.05%	0.07%	0.12%	0.20%	0.32%	0.55%	0.90%	1.54%	2.63%	5.04%	10.7%	25.9%	
WHO	8'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	7'000	6'000	5'000	4'000	3'000	2'000	1'000	1'000		
EU	4'000	5'500	5'500	5'500	6'000	6'000	6'500	7'000	7'000	7'000	7'000	6'500	6'000	5'500	5'000	4'000	2'500	1'500	1'000	
CH	4'086	5'065	4'928	4'876	5'543	6'516	7'134	7'177	6'875	7'016	7'626	7'377	6'076	5'010	4'644	3'795	2'614	1'699	966	
WHO	441.3	Sterbeziffer gemäss WHO 1976 pro 100'000																		
EU	882.6	Sterbeziffer gemäss EU+EFTA 2013 pro 100'000																		
CH	890.0	Sterbeziffer gemäss CH 2020 Jahresmitte pro 100'000																		

Tabelle 8-2

(Legende: † 20: verstorben 2020, Ew20: Einwohner 2020, C(%): Anteil Covid-19, Standardpopulationen)

Die Gegenüberstellung der für drei unterschiedliche Standardpopulationen berechneten Sterbeziffern verdeutlicht, dass die vom BFS angewandte veraltete Population aus dem Jahre 1976 in der Gewichtung der Altersgruppen bei nur 11% Anteil über 65 und 2% Anteil über 80 Jahren das Sterbegeschehen der hohen Altersgruppen untergewichtet. Es bleibt abzuwarten, welche Verschiebungen sich in den Todesursachenstatistiken 2021 und 2022 gegenüber der von mir

gewählten Gewichtung auf die Bevölkerungsverteilung zur Jahresmitte 2022 in der Schweiz ergeben werden (vgl. Tabellen 9-18, 9-20 und 10-1). Die aktuellen Bevölkerungsdaten vom 30.06.2022 wurden vom BFS herausgegeben. Unklar ist, weshalb das BFS für seine Standardisierung nicht die deutlich aktuellere Standardpopulation der „Eurostat Taskforce“ von 2013 verwendet, welche beispielsweise Statistik Austria einsetzt.

9. Sterblichkeit, Todesursachen – Die statistische Aufbereitung des BFS

9.1. Todesfälle und standardisierte Sterberate, Datenstand: 07.03.2023¹⁷

Der Verlaufsbericht des BFS zu den Phasen der Sterblichkeitsstatistik beginnt mit einer tabellarischen Aufstellung zur Sterblichkeit der Jahre 2014 bis 2020 (ohne 2021 und 2022)

Jahr	Anzahl Todesfälle				Standardisierte Sterberate ¹			
	Männer	Frauen	Rang* Männer	Rang Frauen	Männer	Frauen	Rang* Männer	Rang Frauen
2020	37'624	38'571	1	1	543	365	2	2
2019	32'756	35'024	2	2	488	342	7	7
2018	32'398	34'690	5	4	498	347	6	6
2017	32'406	34'565	4	5	513	349	4	5
2016	31'283	33'681	6	6	508	352	5	4
2015	32'646	34'960	3	3	547	367	1	1
2014	30'950	32'988	7	7	534	356	3	3

¹ Altersstandardisierte Sterberate pro 100'000 Einwohner

* Die Rangfolge wurde ergänzt: 1 = schlechtester, 7 = bester Rang

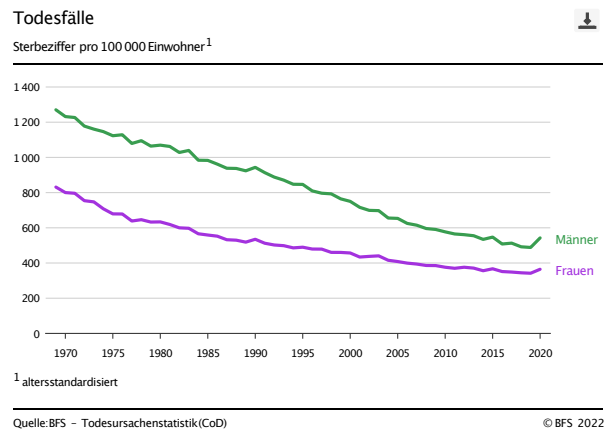
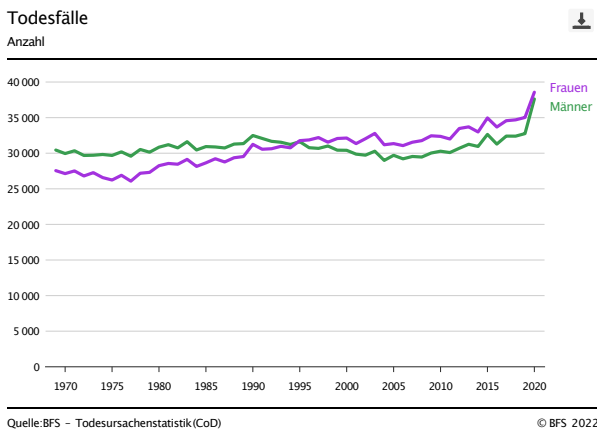
Tabelle 9-1 (Eigendarstellung)

Das BFS kommentiert die Tabelle wie folgt: „Die standardisierte Sterberate sank von 1970 bis 2019 kontinuierlich ab und hat sich in diesem Zeitraum mehr als halbiert. Im Jahr 2020 ist die standardisierte Sterberate aufgrund der Covid-19 Pandemie wieder angestiegen. Sie war zuletzt in 2015 aufgrund der saisonalen Grippe und einer Hitzewelle im Juli aussergewöhnlich hoch.“

Hierbei bleibt unkommentiert, dass die höchste Anzahl der Sterbefälle der Männer und Frauen 2020 altersstandardisiert im Jahresvergleich nur auf dem zweiten Rang liegt – ein erster Hinweis, dass trotz der zweiten Welle das wesentliche Kriterium eines aussergewöhnlichen, nie dagewesenen Sterbegeschehens nicht erfüllt ist! Die im Bericht fehlenden Rangstufen sowie die fehlende Erläuterung, dass bei einer stark alternden Bevölkerung nicht die absolute Zahl der Todesfälle, sondern der Rang der altersstandardisierten Sterberate ausschlaggebend für die Bewertung ist, eröffnet die Türen für die beständige unberechtigt überdramatisierende mediale Berichterstattung.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, warum die beiden Kurven 9-1 und 9-2, auch unter der Überschrift „Todesfälle“, sehr weit nach unten auf der Webseite verbannt sind. Die nach Alter standardisierte Kurve würde mehr Erläuterungen und Beachtung verdienen. Auch kann man sich berechtigterweise fragen, warum 2021 mit seiner Abflachung in der Darstellung im Jahr 2023 immer noch fehlt.

¹⁷ BFS: Sterblichkeit, Todesursachen; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html>



Grafik 9-1 und 9-2; (Quelle BFS 12)

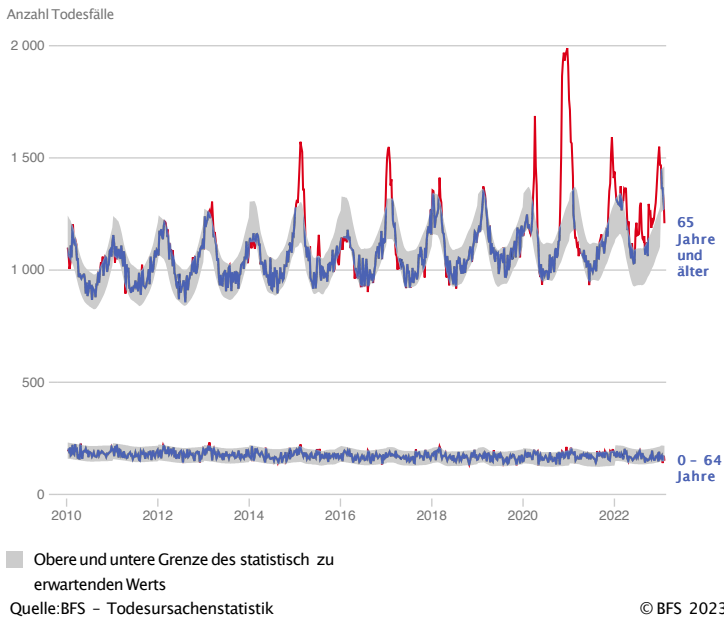
Erläuterung des BFS: „Bei den altersstandardisierten Sterberaten (Sterbeziffer) ist seit 1970 ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, mit Ausnahmen in den Jahren 1990 und 2015. Im Jahr 2020 sind durch die Corona Pandemie die altersstandardisierten Sterberaten bei Männern und Frauen erneut auf das Niveau von 2015 angestiegen.“

Hier ist zwar der fallende Verlauf der altersstandardisierten Kurve korrekt beschrieben, aber es bleibt völlig offen, was unter der Altersstandardisierung sowie unter dem Begriff Sterbeziffer überhaupt zu verstehen ist. Auch fehlt die Einordnung, dass die Sterbeziffern ausschlaggebend für die Beurteilung sind und nicht die Anzahl der absoluten Todesfälle in der links dargestellten Kurve. Die Altersstandardisierung erläutert das BFS lediglich im Kontext der Krebsstatistik als rechnerische „Eliminierung“ des Alterseinflusses aus dem Sterbegeschehen durch Umrechnung auf eine „Standardbevölkerung“. Ein blosser Hinweis darauf, dass diese Kurve altersstandardisiert wurde reicht m. E. als methodische Erläuterung nicht aus (s. Definition Altersstandardisierung, S. 3).

9.2. Übersterblichkeit und Erwartungsprognose des BFS Altersgruppe 65+

Der Kern des BFS Berichts zu Sterblichkeit und Todesursachen stützt sich auf die folgende Kurve der wöchentlichen Todesfälle mit den rot hervorgehobenen sogenannten Übersterblichkeitsphasen. Die Darstellung basiert auf der Eigenberechnung des BFS „Wöchentliche Todesfälle, 2010-2023“ (BFS Nr.: ts-d-14.03.04.03-wr), die das wöchentliche Sterbegeschehen vom 4.1.2010 bis 5.2.2023 den prognostizierten Erwartungswerten gegenüber stellt. Die Modellierung beruht nicht auf Sterberaten sondern auf einer Trendmodellierung der Sterbefälle der letzten 5 Jahre in den Altersklassen. Die demografisch bedingten Anteile werden nur indirekt über die Änderung der absoluten Sterbefallzahlen berücksichtigt und vermischen sich unmittelbar mit saisonal besonderen Entwicklungen. Der Fokus dieser Darstellung liegt eindeutig auf der Altersgruppe 65+. Die 0-64-Jährigen verschwinden in der Grafik 9-3 beinahe. Die Tabelle 9-2 zeigt zur besseren Orientierung zusätzlich die jährlichen Summen der Erwartungswerte und der Differenzwerte zwischen Erwartungswerten und Sterbefallzahlen.

Wöchentliche Todesfälle, 2010 - 2023



Jahr	Erwartung 65+	Diff 65+	Erwartung 0-64	Diff 0-64
2010	51'719	288	9'623	40
2011	52'591	99	9'501	
2012	52'670	480	9'242	
2013	54'109	566	9'144	50
2014	55'526		9'047	35
2015	56'621	2'770	8'981	122
2016	57'298	205	8'785	
2017	57'073	1'468	8'648	74
2018	57'583	615	8'562	38
2019	57'741	297	8'530	39
2020	59'899	8'739	8'542	51
2021	58'678	3'570	8'380	215
2022	57'372	6'076	8'985	
2023	62'848		8'945	

Grafik 9-3, Tabelle 9-2; (Quelle BFS 11)

Die zugrundeliegende csv-Datei enthält für 2 Altersgruppen (0-64 und 65+ Jahre) folgende Basisdaten, die im Kurvenverlauf dargestellt werden. Negative Differenzen im Sinne von Untersterblichkeit sieht das BFS nicht vor und rechnet sie auch nicht gegen die Überschreitung auf:

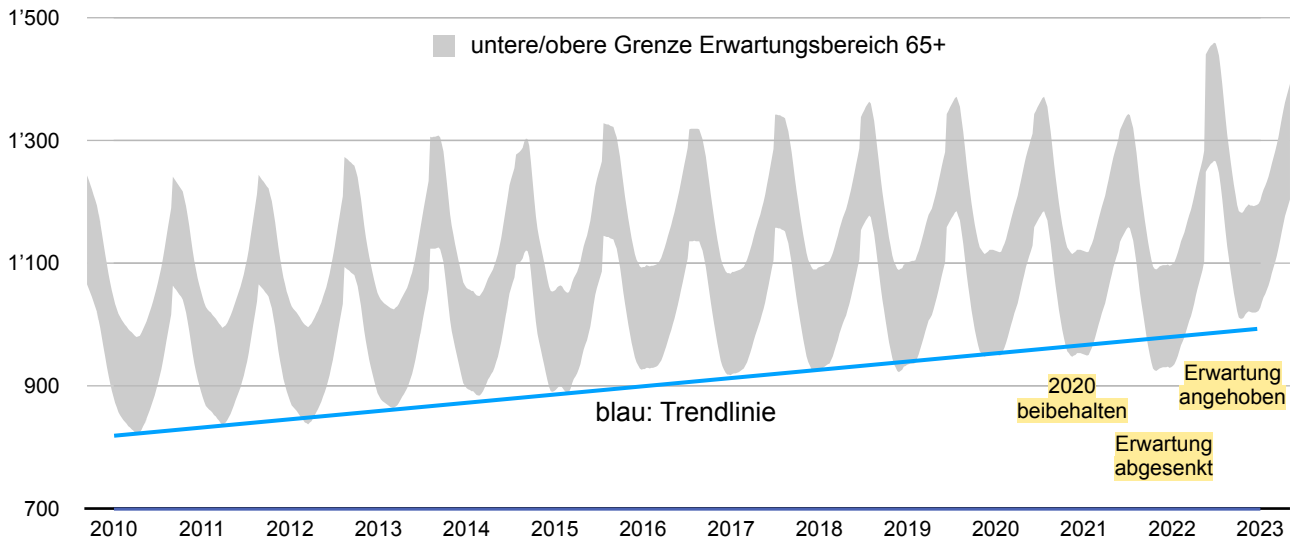
Jahr	Woche	endend	Alter	AnzTF_HR	Erwartung	untGrenze	obeGrenze	Diff
2021	42	24.10.2021	65	1'146	1'107	1'021	1'192	.
2021	43	31.10.2021	65	1'190	1'115	1'029	1'201	.
2021	44	07.11.2021	65	1'152	1'124	1'037	1'210	.
2021	45	14.11.2021	65	1'272	1'136	1'049	1'223	136
2021	46	21.11.2021	65	1'353	1'148	1'061	1'235	205
2021	47	28.11.2021	65	1'385	1'161	1'073	1'248	224

Tabelle 9-3; (Quelle BFS 11, Beispieldaten nur auszugsweise)

Der Hochrechnungswert (AnzTF_HR) rechnet die erwartete Anzahl der Fallzahlen pro Altersgruppe anhand der Entwicklung der letzten fünf Jahre hoch. Für das Jahr 2021 wurden aufgrund der hohen Sterbefallzahlen 2020 die für das Jahr 2020 ermittelten Zahlen erneut verwendet. Untere und obere Grenze markieren das graue Erwartungsband im Hintergrund der Kurve, der Erwartungswert stellt den mittleren Wert dieses grauen Bandes dar, und „Diff“ berechnet immer dann, wenn die Obergrenze überschritten wird die Differenz zum mittleren Erwartungswert. Dies wird ohne nähere begriffliche Klärung in den medialen Berichten mit „Übersterblichkeit“ gleichgesetzt: „Die Übersterblichkeit im Jahr 2022 konnte bisher keiner eindeutigen Todesursache zugeordnet werden.“

Die Analysen des BFS machen seine Eigenprognose zum Mass für die Übersterblichkeit: Das graue Erwartungsband der über 65-Jährigen folgt herausgelöst bis 2020 mit einer einzigen Abweichung im Jahr 2016 einem linear aufsteigenden Trend. Hier hat wohl die Grippe 2015 eine erste Unsicherheit für die Prognose im Folgejahr bedingt. Der Trend ist angesichts steigender Bevölkerungszahlen folgerichtig und zeichnet die auch demografisch erwartete Zunahme indirekt aus dem Anstieg der Todesfälle nach.

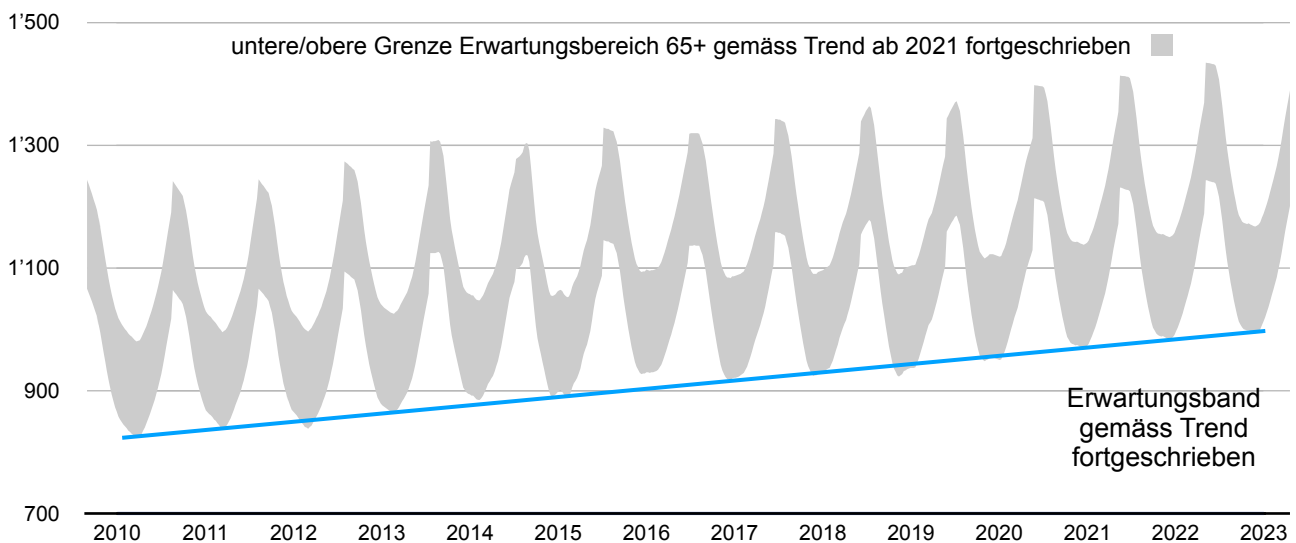
Erwartungsband 65+ gemäss Prognose des BFS



Grafik 9-4; (Quelle BFS 11)

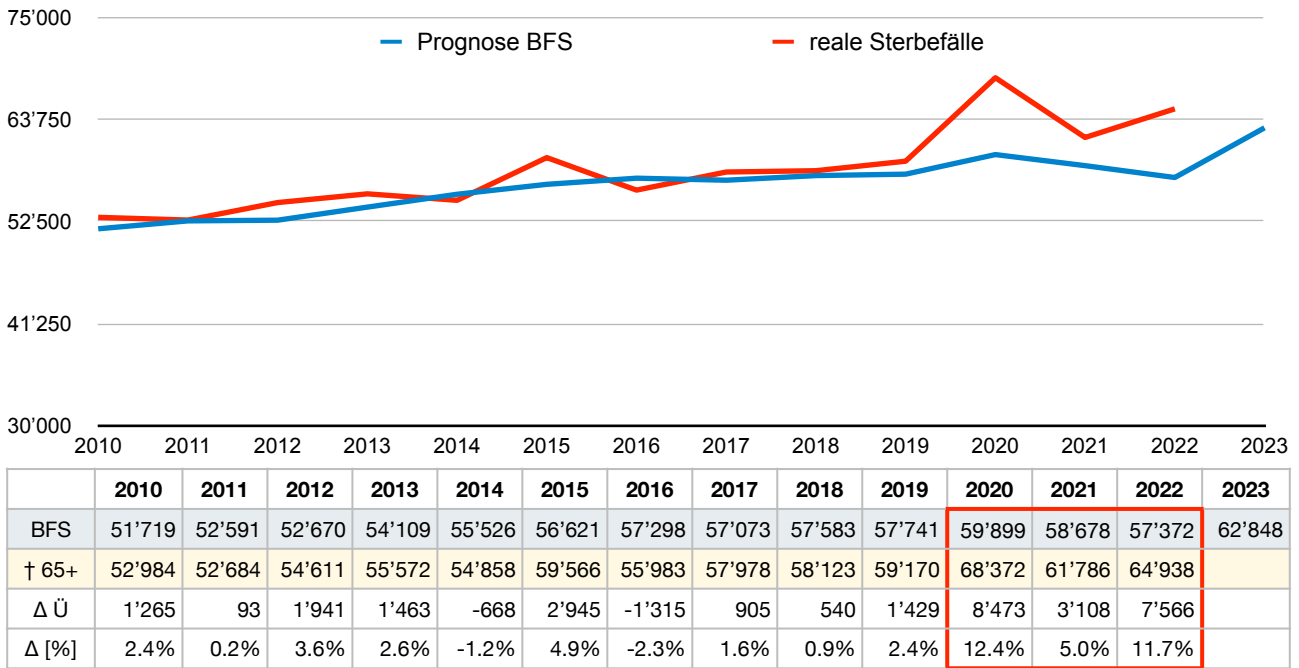
Während die Erwartungsprognose des BFS von 2010 bis 2019 bei einer maximalen Überschreitung im Jahr 2015 um 4.9% durchschnittlich um 1.5% unter dem realen Sterbegeschehen lag, stehen die Unterschreitungen von Prognosen gegenüber dem realen Sterbegeschehen um 12.4% im Jahr 2020 und 11.7% Abweichung 2022 hervor. Dies erklärt sich durch die zweimalige Absenkung des Erwartungswertes für die Jahre 2021 und 2022. Dem folgt nun im Jahr 2023 eine einschneidende Anhebung des Prognosewertes, was einem dreimaligen fragwürdigen Methodenwechsel des BFS zu seinen bisherigen am Trend orientierten Berechnungen entspricht.

Erwartungsband 65+ gemäss Prognosetrend des BFS fortgeschrieben



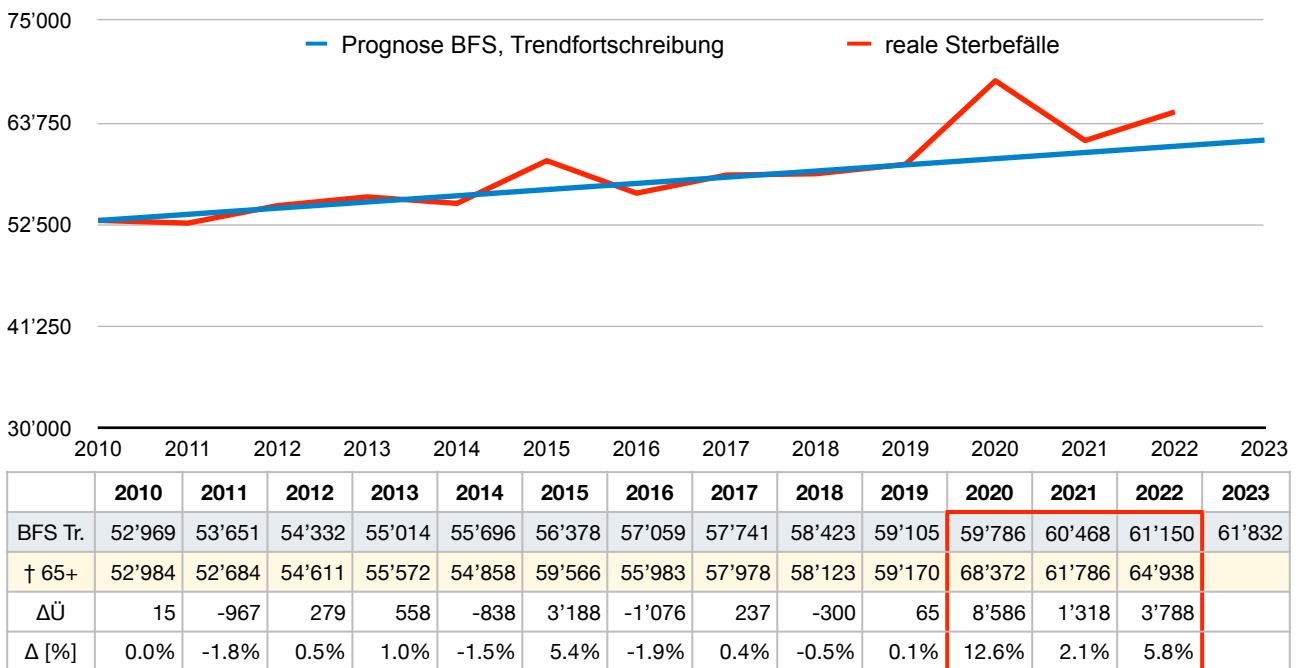
Grafik 9-5; (Quelle BFS 11)

Abweichungen zwischen BFS Prognose und realem Sterbegeschehen, Altersgruppe 65+



Grafik 9-6, Tabelle 9-4; (Quelle BFS 1, 2, 3,4, 11)

Abweichungen zwischen fortgeschriebenem BFS-Trend (+1.5%) und realem Sterbegeschehen



Grafik 9-7, Tabelle 9-5; (Quelle BFS 1, 2, 3,4, 11)

Die abweichenden Prognoseschätzungen des BFS (Tabelle 9-5) ergeben von 2010 bis 2022 eine kumulierte Gesamt-Unterschätzung des realen Sterbegeschehens um 44.1%. Beachtet man die Abweichung zwischen 2010 und 2019 von 1.5%, bietet sich für 2023 folgende einfache alternative Prognoseberechnung zum Vergleich an, die **nur auf Trendfortschreibung basiert**: Die aus den BFS-Prognosen nach bisheriger Methodik ermittelte Schätzung wird zum bisherigen Trend um +1.5% fehlerkorrigiert und ergibt so die blaue Trendlinie. Die Summe der prozentualen Differenzen halbiert sich auf 22.1% und **ist somit im Ergebnis der komplexen BFS Methode überlegen**. Die Übersterblichkeitssumme $[\Sigma(\Delta\ddot{U})]$ reduziert sich von 27'745 auf 14'853. Alle Pandemiejahre in Folge zeigen trotz Massnahmen und Impfung ein auffälliges Sterbegeschehen.

Das BFS kommentiert den dreimaligen Methodenwechsel wie folgt.

1. Beibehaltung der Erwartungswerte aus 2020 in 2021: *„Da die Anzahl der beobachteten Todesfälle im Jahr 2020 ausserordentlich hoch war, wurde für die Berechnung der Erwartungswerte für das Jahr 2021 weiterhin die statistisch erwartete Zahl der Todesfälle für das Jahr 2020 verwendet – und zwar sowohl für die Altersgruppe der 65-Jährigen und älter als auch für die Altersgruppe der 0- bis 64-Jährigen.“*

Warum es dem BFS 2021 nicht möglich erschien, eine Prognose für die weitere Entwicklung abzugeben, muss angesichts vorliegender demografischer Daten und einem bisher erprobten Modell mit einem grossen Fragezeichen versehen werden. Die folgenden Erwartungswerte 60'468 für 2021, 61'150 für 2022 und 61'832 für 2023 lassen sich aus dem Trend der Prognosen von 2016 bis 2019 ermitteln, was zumindest auch die demografische Entwicklung annähernd berücksichtigt. Hierdurch reduziert sich die vermeintliche „Übersterblichkeit“ zu den willkürlichen Festlegungen der Erwartungswerte durch das BFS seit 2021.

2. Absenkung des Erwartungswertes 2022: *„Für die Berechnung der Erwartungswerte für das Jahr 2022 hingegen wurden für die Altersgruppe der 65-Jährigen und älter einzig die drei Zeiträume mit Übersterblichkeit in den Jahren 2020 und 2021 durch den jeweiligen statistisch erwarteten Wert für das Jahr 2020 ersetzt. Von den übrigen Zeiträumen in den Jahren 2020 und 2021 flossen die beobachteten Todesfälle in die Berechnung des Erwartungswertes für das Jahr 2022 ein.“*

Als Kalkulationsgrundlage für 2022 ignoriert der statistisch erwartete Wert für 2020 zwei Jahre demografischer Entwicklung, was als methodisch höchst problematisch anzusehen ist. Die Mischkalkulation aus veraltetem Erwartungswert und beobachteten Fällen in niedrigen Sterbephasen führt zu einer konstruierten Einschätzung, die alle kalkulierbaren Faktoren ausser Acht lässt und zu einer vermeintlichen „Dauerübersterblichkeit“ in 2022 geführt hat.

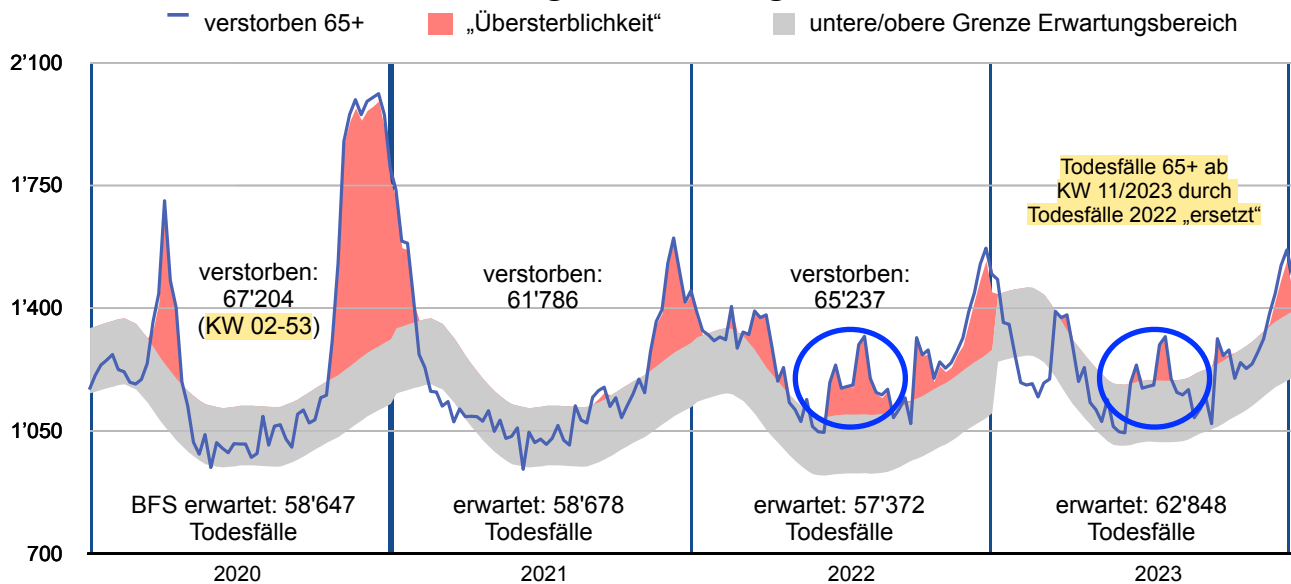
3. Anhebung des Erwartungswertes 2023 deutlich über die Trendberechnung der Vorjahre bis 2020: *„Die Übersterblichkeit im Jahr 2022 konnte bisher keiner eindeutigen Todesursache zugeordnet werden. Deshalb wurden für die Berechnung der Erwartungswerte für das Jahr 2023 in der Altersgruppe der 65-Jährigen und älter die drei Zeiträume mit Übersterblichkeit in den Jahren 2020 und 2021 wiederum durch den jeweiligen statistisch erwarteten Wert für das Jahr 2020 ersetzt, das Jahr 2022 aber wurde vollumfänglich mit der beobachteten Anzahl Todesfälle berücksichtigt.“*

Diese Mischkalkulation: Ersetzung von realen Werten durch die veralteten Prognosewerte aus 2020, ergänzt von realen Todesfällen 2022 ist nicht nachvollziehbar und ignoriert evidente demografische Entwicklungen. Das Sterbegeschehen wurde 2022 gemäss BFS Prognose noch als erhöht angesehen. In der Prognose 2023 wurden eben diese Todesfälle aus 2022 vollumfänglich berücksichtigt, was sie nach dem Prognosemodell 2023 nun als „normal“ im grauen Erwartungsband verschwinden lässt (s. Grafik 9-8). So werden Wunschbilder erzeugt, die die Medien bereits dankbar aufgreifen und als vermeintliches Ende der „Übersterblichkeit“ berichten; Kommentar des SRF:¹⁸ *„Da in den letzten drei Jahren deutlich mehr Menschen über 65 Jahren gestorben sind, als statistisch erwartet, fliessen diese Informationen neu auch in die Erwartungen für 2023 ein. So rechnet das BFS für 2023 mit mehr Toten als in den Vorjahren, allerdings wird dies nicht mehr als Übersterblichkeit deklariert – sondern als statistisch*

¹⁸ SRF: Erläuterung zur Grafik Übersterblichkeit

erwartbar.“ Solch sprunghaft gegensätzliche Einzelfestlegungen sind methodisch abenteuerlich. Dass die einfache bisher vom BFS praktizierte Modellierung auf Basis von Trendbereinigung zu besseren Resultaten führt, sollte hier zu denken geben. Die anvertraute Aufgabe, im Rahmen des Mortalitätsmonitoring Sicherheitssignale zu erkennen und zu analysieren ignoriert das BFS so nicht nur vollständig, sondern verschleiert sie letztlich auf manipulative Weise.

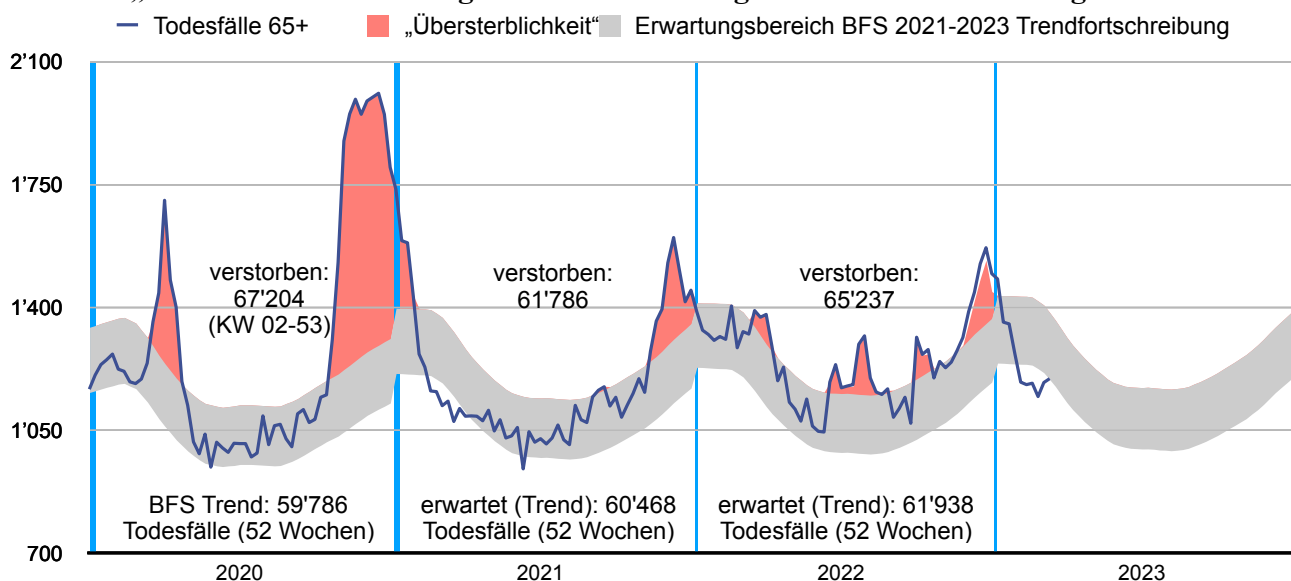
„Übersterblichkeit“ gemäss BFS Prognose 2020 bis 2022



Grafik 9-8; (Quelle BFS 11, Stand: 21.03.2023)

Da das BFS die Todesfälle jeweils wöchentlich zusammenfasst, wurden für 2020 nur die Wochen 2 bis 53 berücksichtigt, um jeweils gleiche Zeiträume vergleichen zu können. 2021 steigt die blaue Sterbefallkurve ab Jahresmitte (Boosterimpfkampagne) kontinuierlich zur Obergrenze der Vorjahresberechnung. Als dann 2022 der Erwartungswert abgesenkt wird, bildet sich die vermeintliche „Dauerübersterblichkeit“ heraus. Überträgt man nun die „vollumfänglich berücksichtigten“ Sterbefälle aus 2022 vor das vom BFS 2023 höher gesetzte Erwartungsband, verschwindet die „Übersterblichkeit“ nun bis auf wenige Spitzen im „Normalbereich“ des grauen Bandes (s. Ellipse rechts), was offensichtlich diese vollständig willkürliche Festlegung bezweckt.

„Übersterblichkeit“ dargestellt vor dem fortgeschriebenen Erwartungstrend



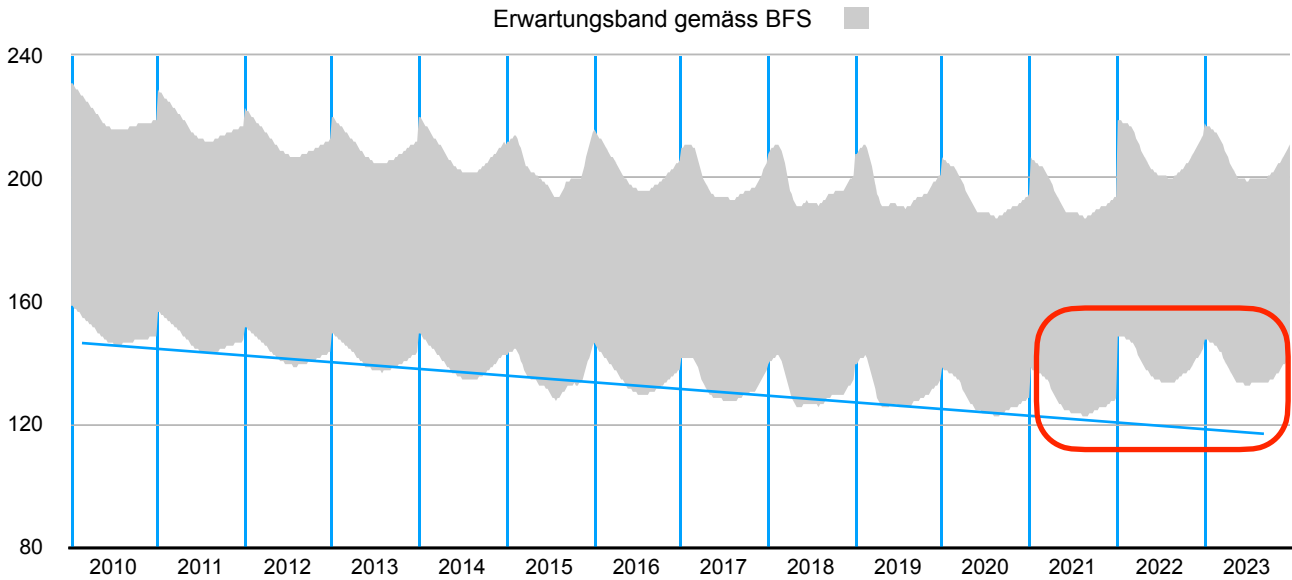
Grafik 9-9; (Quelle BFS 11, Stand: 21.03.2023)

Führt man das Erwartungsband dagegen von 2021 bis 2023 gemäss Vorjahrestrend fort (s. Grafik 9-9), so präsentiert sich das Sterbegeschehen nach der 4-fachen Impfkampagne dauerhaft erhöht im oberen Bereich des grauen Bandes. Die Problematik dieses Signals, lässt aber der Erwartungswert des BFS im grauen „Nebelband“ verschwinden. Ebenso verlieren die „Übersterblichkeitsspitzen“ so nun einen erheblichen Teil ihres noch im Vorjahr mit Achselzucken („*Experten rätseln*“) kommentierten dauerhaft dramatischen Potentials.

9.3. Übersterblichkeit und Erwartungsprognose des BFS Altersgruppe 0-64 Jahre

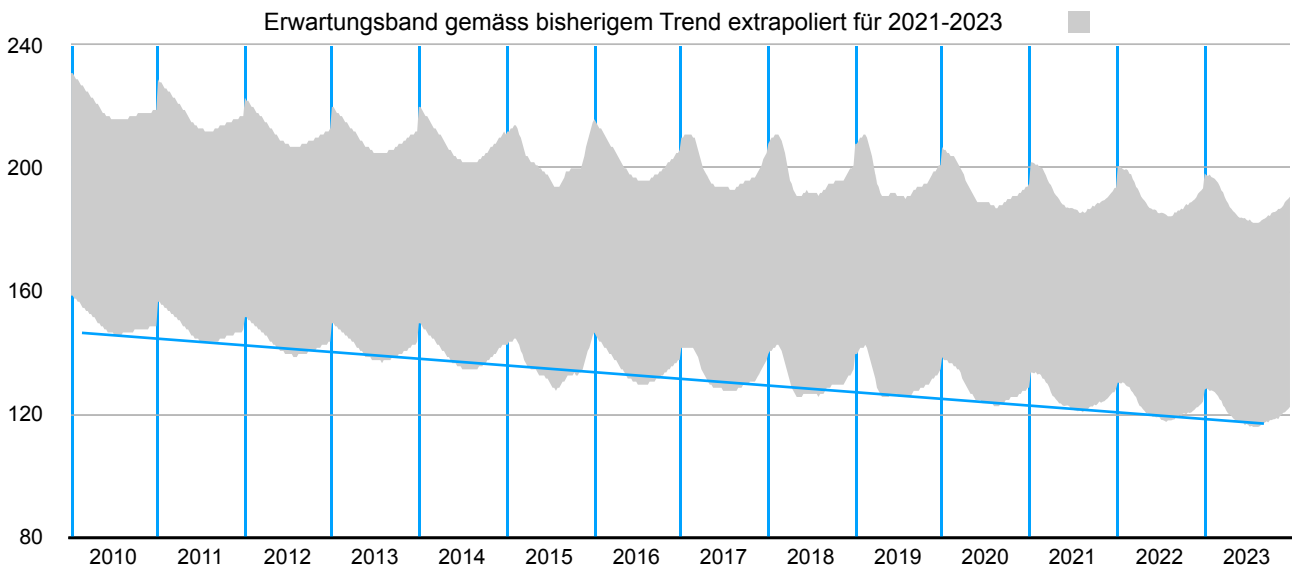
Fragwürdige Festlegungen der Erwartungswerte finden sich auch in der Altersgruppe von 0-64 Jahren, wie sie die folgende Grafik mit der Beibehaltung der Werte aus 2020 in 2021 und den methodisch völlig aus dem bisherigen Modellierungsband springenden Erwartungswerten 2022 und 2023 verdeutlicht. Diese wirken als wären sie willkürlich angehoben worden.

Erwartungsband des BFS für die Altersgruppe 0-64 Jahre



Grafik 9-10; (Quelle BFS 11)

Erwartungsband des BFS für die Altersgruppe 0-64 Jahre mit Trendfortschreibung

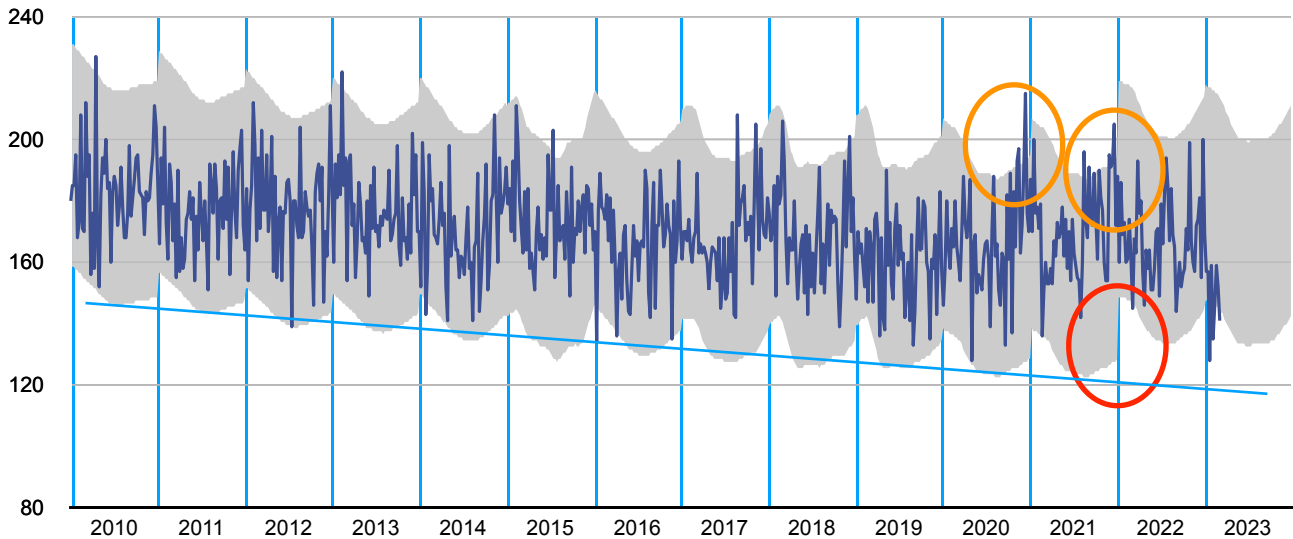


Grafik 9-11; (Quelle BFS 11)

Dass die rot umrandeten Einzelanpassungen in der BFS Erwartungsprognose scheinbar willkürlich angehoben wurden, verdeutlicht der Vergleich des Erwartungsbandes in Grafik 9-10, wie sie vom BFS veröffentlicht wurde, mit dem abgewandelten Erwartungsband in Grafik 9-11, das ab 2021 gemäss der bisherigen trendorientierten Prognosemodellierung des BFS fortgeschrieben wurde.

Eine weitere Detailbeobachtung gibt es im Sommer 2015. Hier springt die Modellierung auch aus dem bisherigen Konzept und signalisiert plötzlich niedrigere Sterbeerwartungen, wobei das erhöhte Sterbe geschehen ja gerade in diesem Grippejahr auch die jüngeren Jahrgänge betraf. Welche „strategischen“ Überlegungen verursachen solche spontanen Korrekturen an dem Trendmodell.

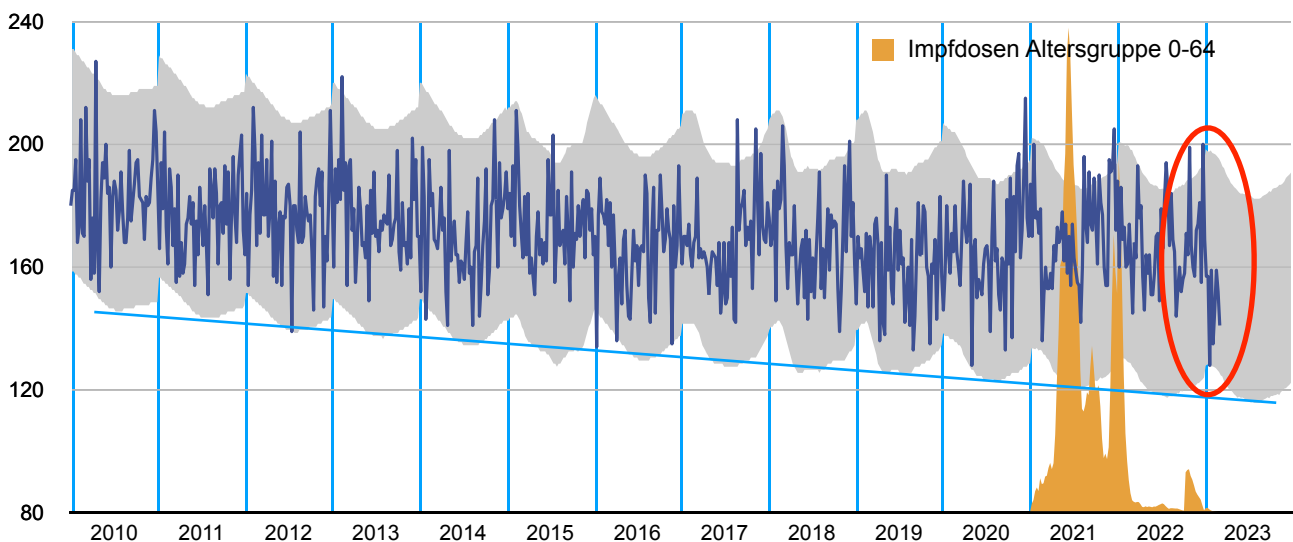
Sterbefälle 0-64 Jahre im Erwartungsband des BFS



Grafik 9-12; (Quelle BFS 11)

Die Fragwürdigkeit des einschneidenden Methodenwechsels 2022 verdeutlicht die obige Grafik. Diese wird durch die hohen Sterberaten der über 50-Jährigen dominiert, so dass sich keine Rückschlüsse für tiefere Altersgruppen ziehen lassen. Nachdem im Winter 2020/21 in der grossen „Übersterblichkeitswelle“ die über 60-Jährigen betroffen waren, gerieten die Sterbefälle ab Sommer 2022 auch für die unter 65-Jährigen längerfristig an die Obergrenze des sehr breit gewählten Erwartungsbandes (s. zwei orangefarbene Ellipsen). Durch die sprunghafte Anhebung des Erwartungsbandes 2022 (rote Ellipse) scheinen sie dagegen an der Untergrenze anzustossen.

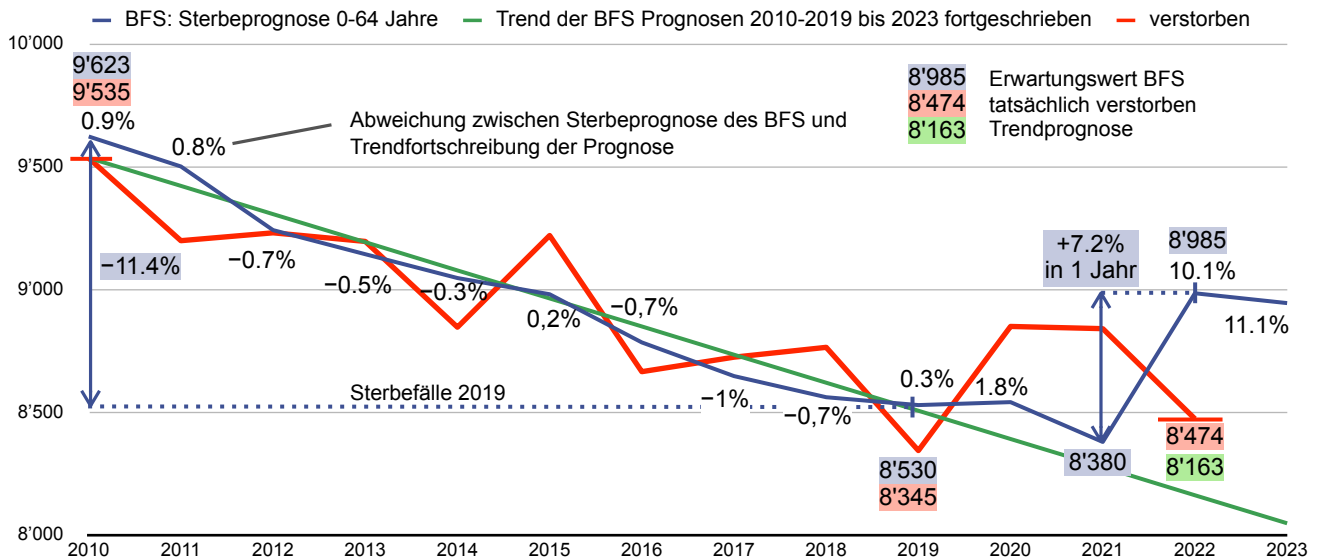
Sterbefälle 0-64 Jahre im durch Trendfortschreibung fortgeführten Erwartungsband



Grafik 9-13; (Quelle BFS 11)

Betrachtet man den Sterbeverlauf vor dem trendbereinigt fortgeführten Erwartungsband, wird deutlich, dass die abrupte Anhebung den Anschein erweckt, als wäre das Sterbegeschehen in den jüngeren Altersgruppen nicht auffällig. Dies könnte als ein Manöver betrachtet werden, das von der Tatsache ablenkt, dass das Sterbegeschehen in diesen Altersgruppen während der gesamten Impfkampagne dauerhaft zum bisherigen Trend erhöht war, nun aber im unteren Bereich des bisherigen Trends liegt. Da die Covid-19 zugeschriebenen Sterbefälle dieses Phänomen hingegen nicht erklären können, ist eine besondere Untersuchung angezeigt.

Vergleich der BFS-Prognose mit dem Prognosetrend und den realen Sterbefällen



Grafik 9-14; (Quelle BFS II)

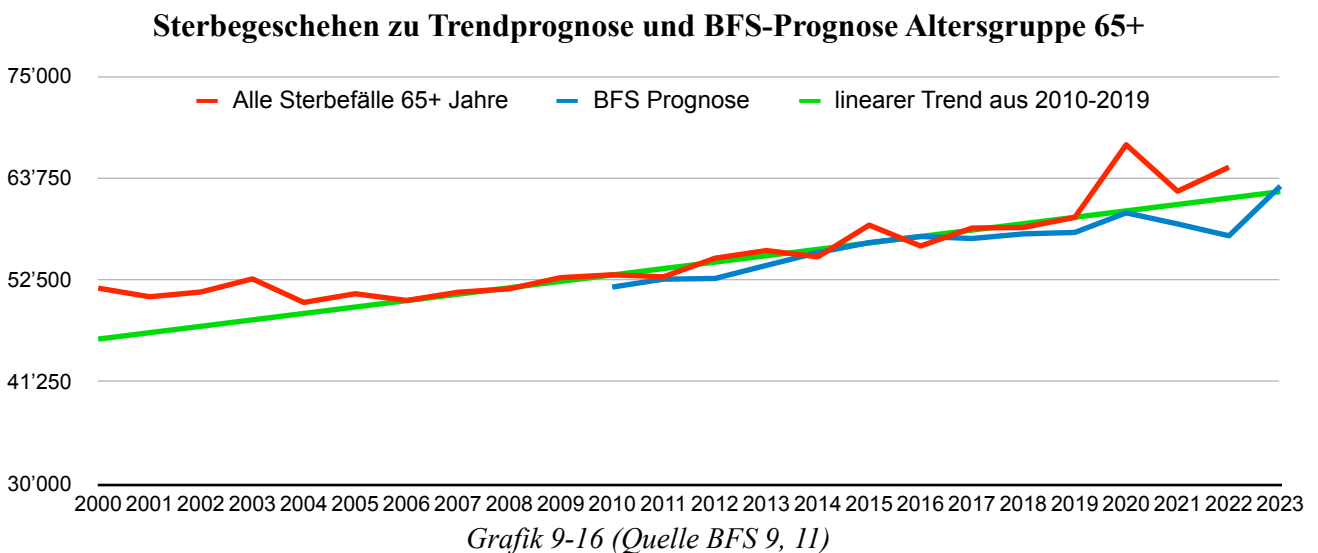
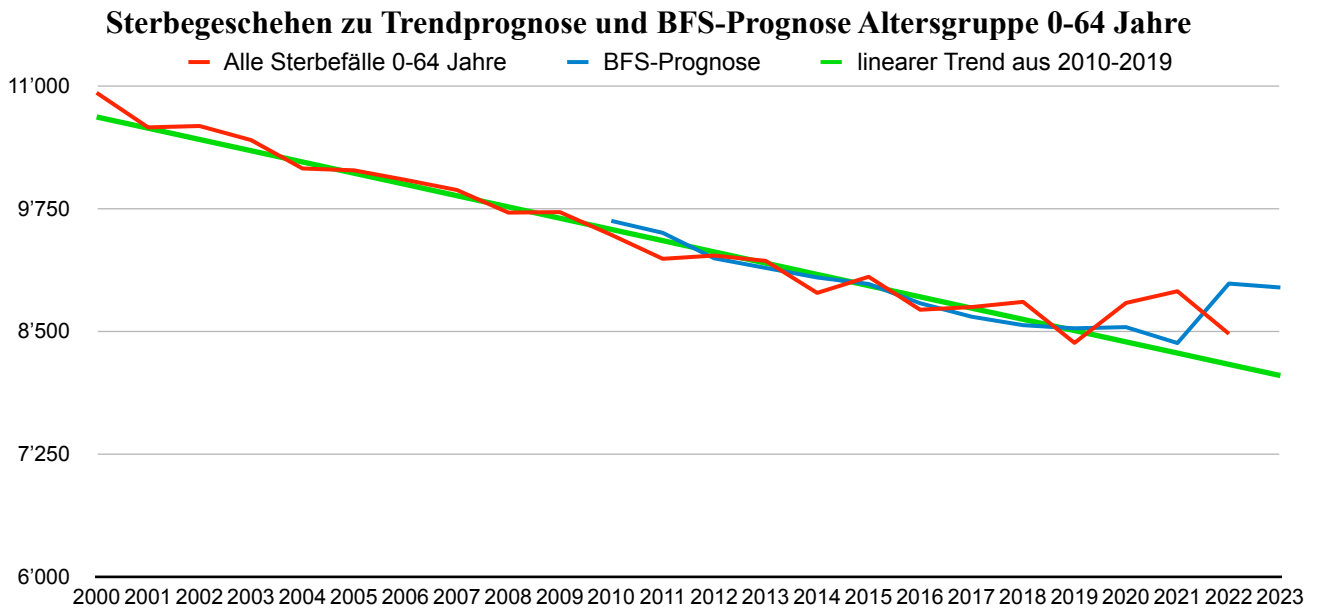
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Erwartung BFS	9'623	9'501	9'242	9'144	9'047	8'981	8'785	8'648	8'562	8'530	8'542	8'380	8'985	8'945
Trendprognose BFS	9'536	9'422	9'307	9'193	9'078	8'964	8'850	8'735	8'621	8'507	8'392	8'278	8'163	8'049
Diff. Erw. – Trend	0.9%	0.8%	-0.7%	-0.5%	-0.3%	0.2%	-0.7%	-1.0%	-0.7%	0.3%	1.8%	1.2%	10.1%	11.1%
Verstorben real	9'535	9'199	9'231	9'196	8'847	9'220	8'666	8'725	8'765	8'345	8'850	8'841	8'474	

Tabelle 9-6; (Quelle BFS II)

Die Grafik 9-14 veranschaulicht die jährlichen Erwartungsprognosen für die „jüngere“ Altersgruppe von 0-64 Jahren (blaue Kurve) mit dem fortgeschriebenen Trend der Jahressummen von 2010 bis 2019. Nachdem die blaue Kurve 2021 durch Beibehaltung des Vorjahreswertes (2021 hat eine Woche weniger, daher unter dem Wert von 2020) noch in der Nähe des Trendverlaufes liegt, springt dieser völlig unerwartet 2022 um 13.8%. Nach zwei Jahren Unterschätzung der realen Entwicklung des Sterbegeschehens in den Jahren 2020 und 2021 ist diese sprunghafte Anhebung 2022 nur als Versuch anzusehen, den höheren Sterbefallzahlen der Vorjahre „hinterher zu laufen“, ohne dass es eine kalkulierbare dauerhafte Veränderung der Sterberisiken gäbe. Der Effekt ist nur – bewusst geplant oder unbeabsichtigt, – unerwartet hohe Sterbefallzahlen künftig im erwarteten Bereich verschwinden zu lassen. Seien es die Auswirkungen von Covid-19, wie sie 2020 deutlich wurden oder der Impfkampagne, die vermutlich 2021 das Bild bestimmen. Letztlich liegt die einfachste Form der Festlegung eines Erwartungswertes durch Trendfortschreibung (grüne Kurve) in dieser Altersgruppe im Resultat gleichwertig zu den mit komplexen Methoden ermittelten Einzelwerten für jedes Kalenderjahr. Sollte sich für die kommenden Jahre eine Trendwende abzeichnen, müssten die Hintergründe für einen Methodenwechsel nachvollziehbar erläutert werden. Stattdessen nimmt das BFS aber 2022 und 2023 den Sprung um über 600 Todesfälle in einer solchen Grössenordnung vor, wie er nur als strategisch statistische Manipulation verstanden werden kann.

Wenn das BFS zum Mortalitätsmonitoring angibt,¹⁹ dass „die Sterblichkeitsraten ein wichtiger Indikator der Gesundheitsstatistik und von grundlegender Bedeutung für die öffentliche Gesundheit sind,“ dann kann natürlich diese Zielsetzung nicht mehr gewährleistet werden, wenn einfach Grenzwerte nach oben oder unten verschoben werden.

¹⁹ BFS: Mortalitätsmonitoring; URL: <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/de/home/projekte/momo.html>

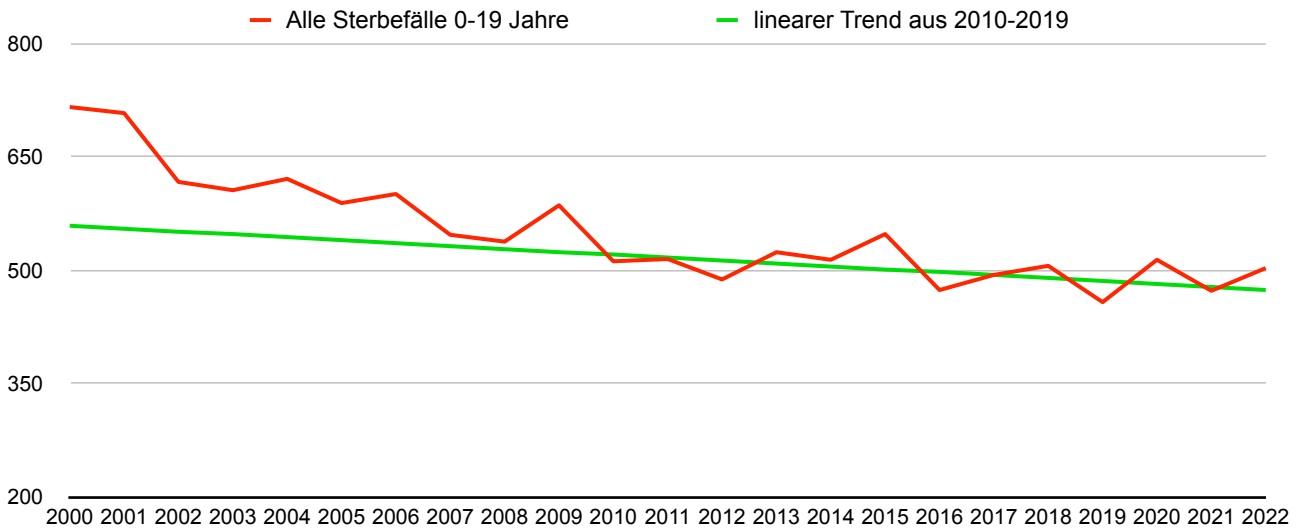


Zusammenfassend illustrieren die Kurvenverläufe von Sterbefällen und Jahresprognose der beiden vom BFS grob differenzierten Altersgruppen folgende Sachverhalte:

- Die Sterbefälle (rot) der 0-64-Jährigen folgen von 2004 bis 2019 mit einzelnen Abweichungen in den Jahren 2011, 2014 und 2018 einem linear fallenden Trend.
- Von 2020 bis 2022 weicht das reale Sterbegeschehen erheblich vom bisherigen Trend ab.
- Die Anhebung der Prognosewerte des BFS 2022 und 2023 zeichnen dieses Phänomen deutlich verspätet nach und verleihen damit insbesondere den Höchstwerten 2021 grundlos eine indirekte Plausibilisierung.
- Die Altersgruppe 65+ zeigt von 2006 bis 2019 einen deutlich steigenden linearen Trend, der einer starken Zunahme der höchsten Altersgruppen geschuldet ist.
- Der Prognosetrend des BFS folgt dem linearen Trend mit einer gleichbleibenden Unterschätzung.
- Die fehlende Anpassung an die Entwicklung 2021 und die deutliche Absenkung der Erwartungswerte 2022 stehen in Gegensatz zur Entwicklung des Sterbegeschehens und zum bisherigen Prognosetrend und sind als Fehlprognose anzusehen. Sie lassen sich deshalb nicht zu einer Beurteilung von Übersterblichkeit heranziehen.

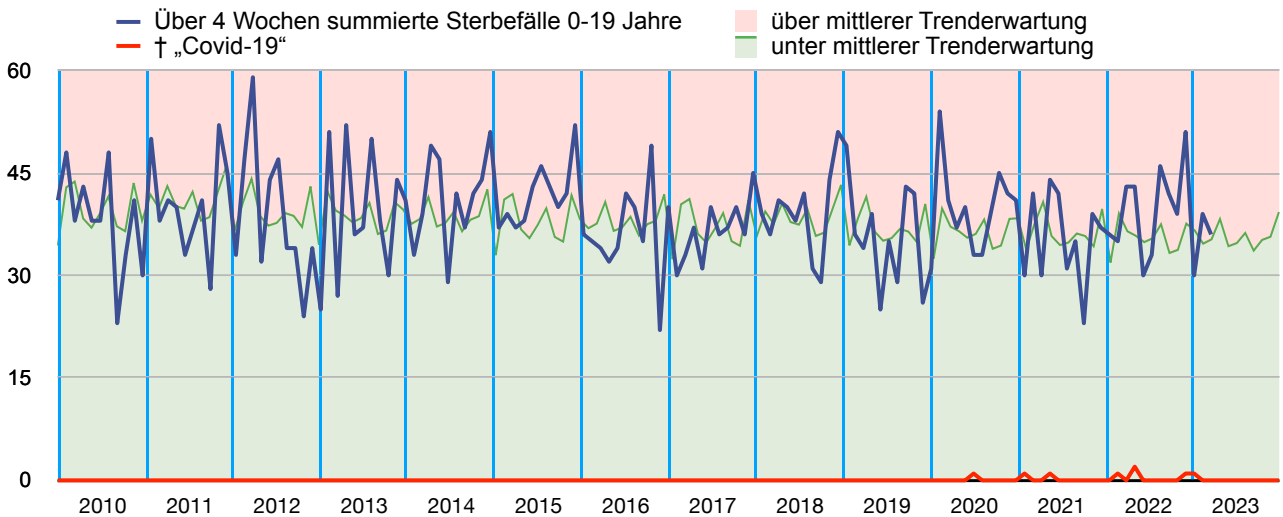
9.4. Differenzierte Mortalitätsanalyse in 20er Altersgruppen

Bezug zwischen Sterbegeschehen und Trendprognose der Altersgruppe 0-19 Jahre



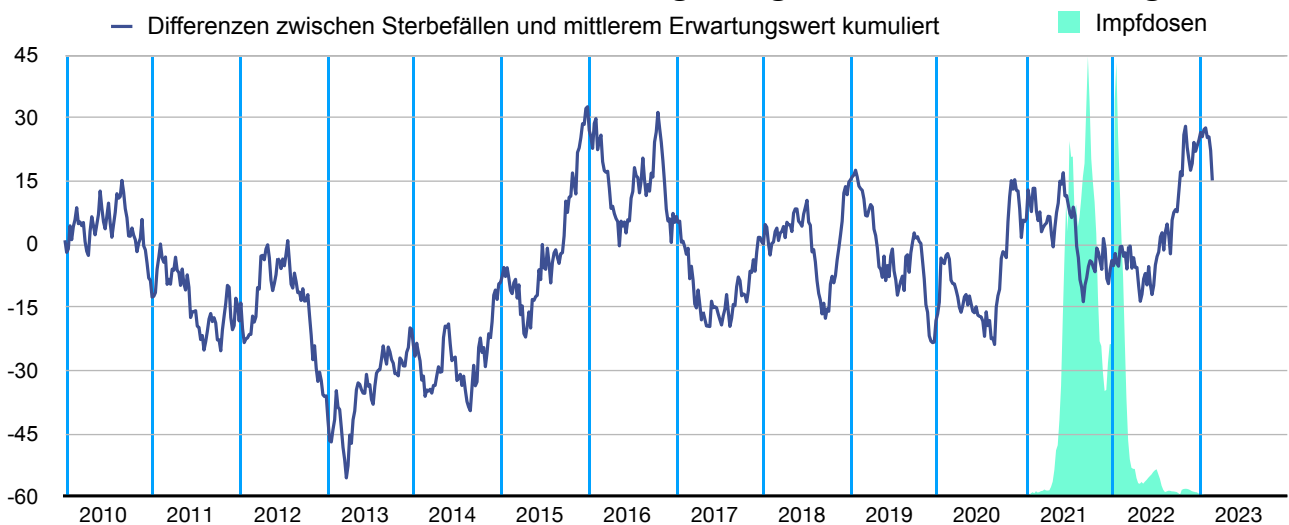
Grafik 9-17 (Quelle BFS 9, 11)

Das Sterbegeschehen Altersgruppe 0-19 Jahre zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet



Grafik 9-18 (Quelle BFS 9, 11, BAG 4)

Kumulierte Differenzen zum Erwartungswert gemäss Trendfortschreibung



Grafik 9-19 (Quelle BFS 9, 11, BAG 13, Eigenberechnung)

Der Sterbeverlauf der Altersgruppe von 0 bis 19 Jahren (Grafik 9-17) lässt sich zwischen 2010 und 2019 bedingt als linear leicht fallend betrachten, bei grösseren Abweichungen in den Jahren 2015 und 2019. Der vorherige Trendverlauf zwischen 2000 und 2010 fiel deutlich steiler ab.

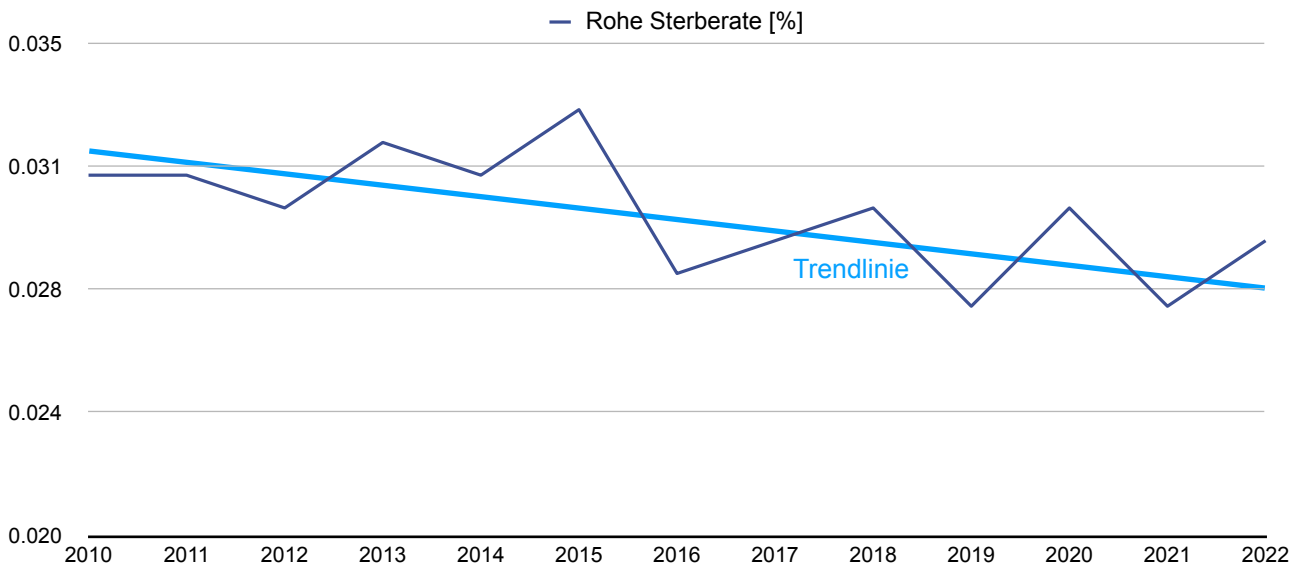
Differenz zwischen jährlichen Sterbefällen (rot) und Trendprognose (grün) 0-19 Jahre

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einw.	1'639K	1'642K	1'643K	1'648K	1'659K	1'670K	1'683K	1'696K	1'705K	1'713K	1'722K	1'735K	1'744K
†	512	515	488	524	514	548	474	494	506	458	514	473	503
Rate [%]	0.031	0.031	0.03	0.032	0.031	0.033	0.028	0.029	0.03	0.027	0.03	0.027	0.029
Trend	521	517	513	509	505	501	498	494	490	486	482	478	474
Δ	-1.7%	-0.3%	-5.1%	2.8%	1.7%	8.5%	-5.0%	0.1%	3.2%	-6.1%	6.2%	-1.1%	5.7%

Tabelle 9-7; (Quelle BFS 9, 11, Bezug: Grafik 9-17)

Der in Grafik 9-18 blau dargestellte Sterbeverlauf liegt nach Spitzen 2011 und 2013 im Jahr 2015, Ende 2020, Mitte 2021 und 2022 nahezu dauerhaft im rot hinterlegten Bereich über der Trenderwartung. In der Tabelle 9-7 zeigt sich dies mit Ausnahme von 2021 (nur kurzzeitiger Anstieg) in hohen prozentualen Steigerungswerten. 2021 liegen die Sterbefälle lange Zeit unterhalb der Trenderwartung im grün hinterlegten Bereich. Dies führt zu dem anhaltenden Abfall der kumulierten Kurve in Grafik 9-19 bis in den Herbst 2020. Zum Trend ergibt sich eine Abweichung in Höhe von -6.1%, was den Gegensatz zu 2020 umso auffälliger erscheinen lässt, aber letztlich zum vorherigen Niveau zurückführt. Der Anstieg 2022 folgt der Impfkampagne.

Entwicklung der rohen Sterberaten Altersgruppe 0-19 Jahre Männer und Frauen



Grafik 9-20 (Quelle BFS 9, 11, Eigenberechnung)

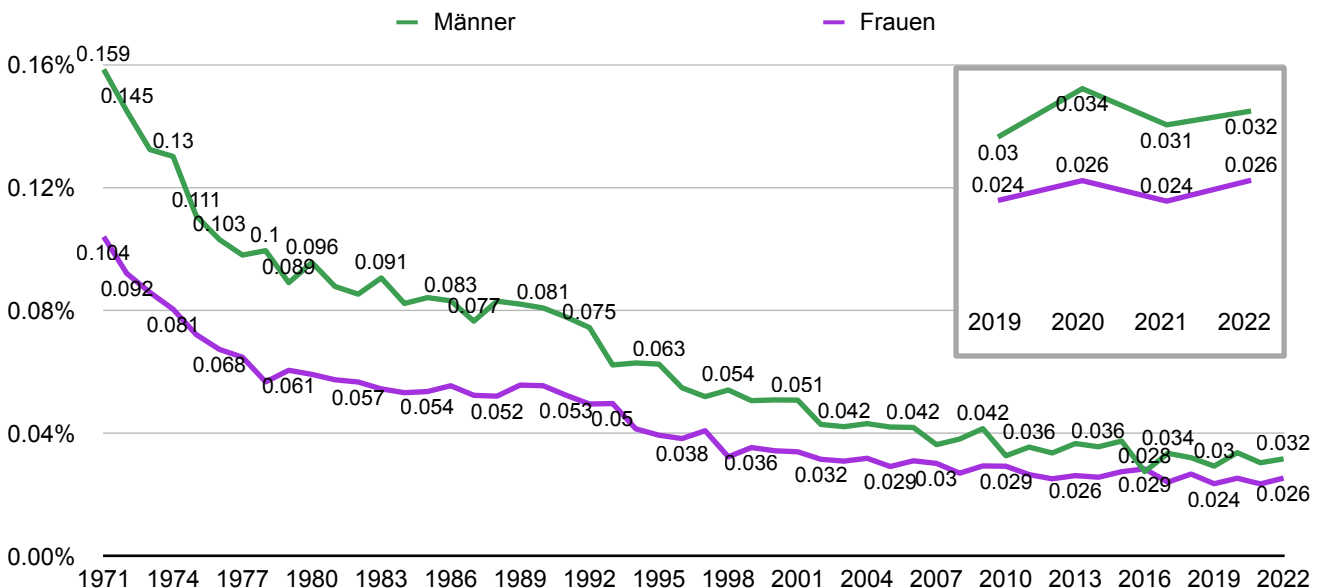
Ebenso wie der kumulierte Verlauf der Abweichungen zwischen Sterbefällen und Trenderwartung, mit Ausnahme des langanhaltenden Anstiegs von Mitte 2014 bis Ende 2015, ein normales Sterbegeschehen aufzeigt, bestätigt dies der unauffällige Verlauf der rohen Sterberaten. Hier zeigt der auffälligste Wert 2015, dass die jüngste Altersgruppe von der schweren Grippe in diesem Jahr betroffen war, was sich in der Corona-Pandemie nicht zeigt. Die Impfquote liegt in der Altersgruppe 0-9 Jahre in KW 10/2023 mit 3.7% und bei den 10-19 Jährigen mit 50.4% niedrig, so dass sich im Sterbegeschehen dieser Altersgruppe keine unmittelbaren Effekte der Impfung zeigen lassen.

Sterberate pro Jahr 0-19 Jahre

Jahr	0-19 Jahre Männer				0-19 Jahre Frauen				männlich + weiblich	
	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Covid-19	Anteil Covid-19
2010	842'170	277	0.033%	8	797'111	235	0.029%	1		
2011	842'787	301	0.036%	4	799'702	214	0.027%	5		
2012	843'247	285	0.034%	6	799'678	203	0.025%	10		
2013	846'314	312	0.037%	2	802'095	212	0.026%	6		
2014	851'658	305	0.036%	3	806'974	209	0.026%	7		
2015	857'499	323	0.038%	1	812'129	225	0.028%	3		
2016	865'662	240	0.028%	13	817'823	234	0.029%	2		
2017	872'845	294	0.034%	7	823'135	200	0.024%	11		
2018	877'051	283	0.032%	9	827'926	223	0.027%	4		
2019	880'871	260	0.030%	12	832'457	198	0.024%	12		
2020	885'090	300	0.034%	5	836'660	214	0.026%	9	2	0.00012%
2021	891'599	273	0.031%	11	843'001	200	0.024%	13	1	0.00006%
2022	897'329	286	0.032%	10	847'168	217	0.026%	8	6	0.00034%

Tabelle 9-8; (Quelle BFS 9)

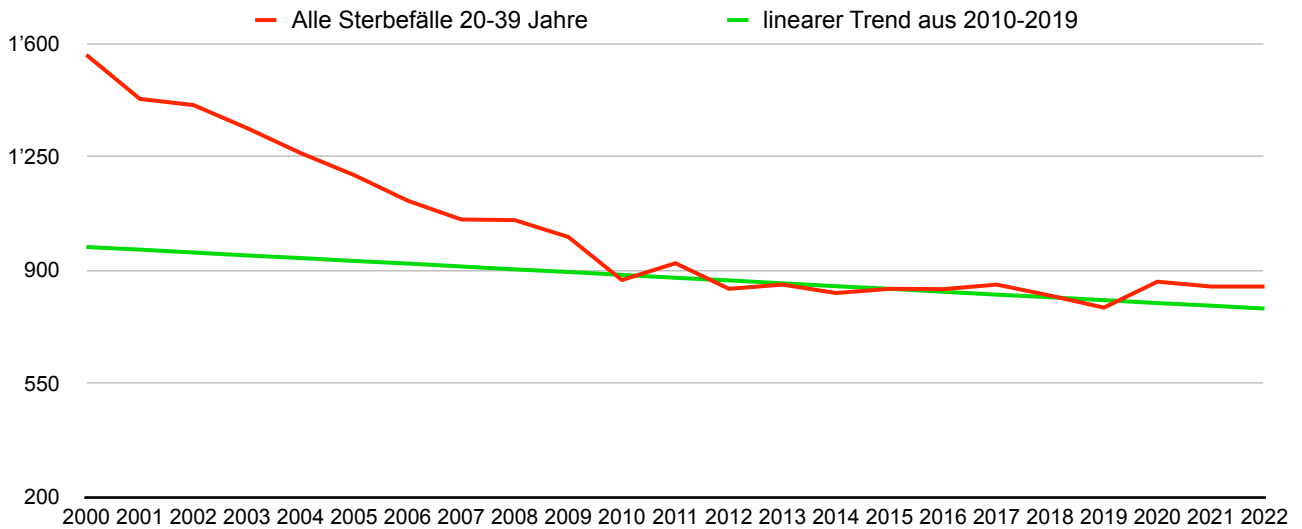
Langfristige Entwicklung der Sterberaten 0-19 Jahre



Grafik 9-21; (Quelle BFS 9)

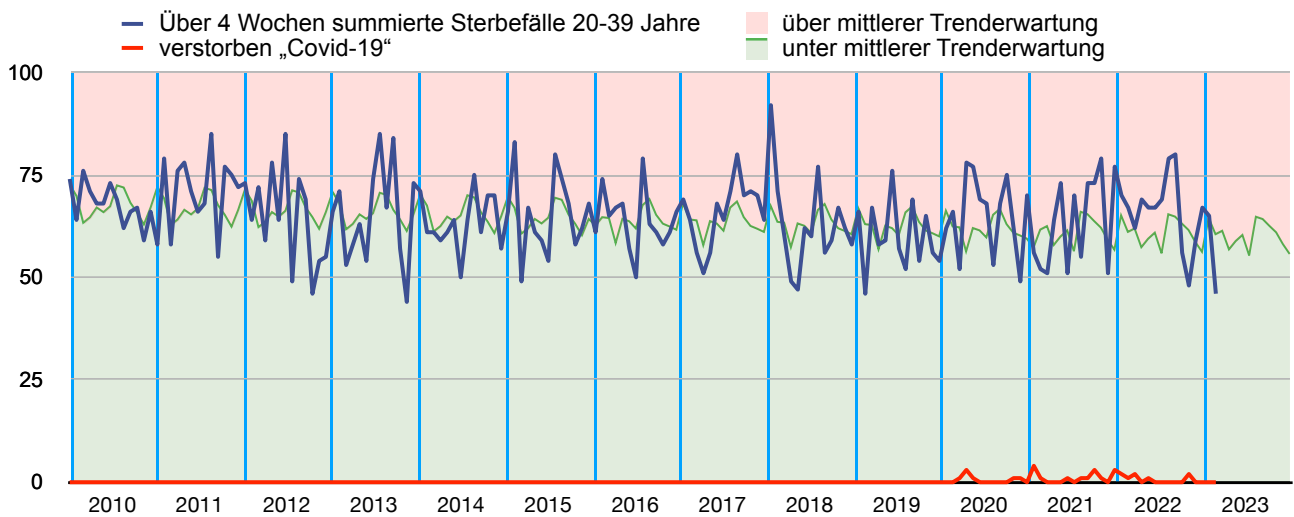
Die differenzierte Betrachtung der Männer und Frauen zeigt in Grafik 9-21 seit 1971 einen deutlich fallenden langfristigen Trend, wobei sich die Sterberaten auf ein Viertel sehr stark verringert haben. Seit 2010 sind die Sterberaten nur noch leicht gesunken. In der Rangeinteilung vom schlechtesten Wert 1 bis zum besten Rang 13 seit 2010, sind die grössten „Ausbrecher“ Rang 1 bei den Männern 2015 und bei den Frauen nach dem ersten Rang 2010 die Ränge 2 und 3 in den Jahren 2015 und 2016. In den Pandemiezeiten kann man als Auffälligkeit Rang 5 bei den Männern 2020 ansehen, was angesichts von nur 2 Todesfällen mit positivem Test nicht Covid-19 anzulasten ist. Es stellt sich die Frage nach anderen Einflüssen. Das Sterbegeschehen in der Pandemiezeit ist als unauffällig zu bezeichnen und widerlegt in dieser Altersgruppe eine allgemeine Bedrohungslage.

Bezug zwischen Sterbegeschehen und Trendprognose der Altersgruppe 20-39 Jahre



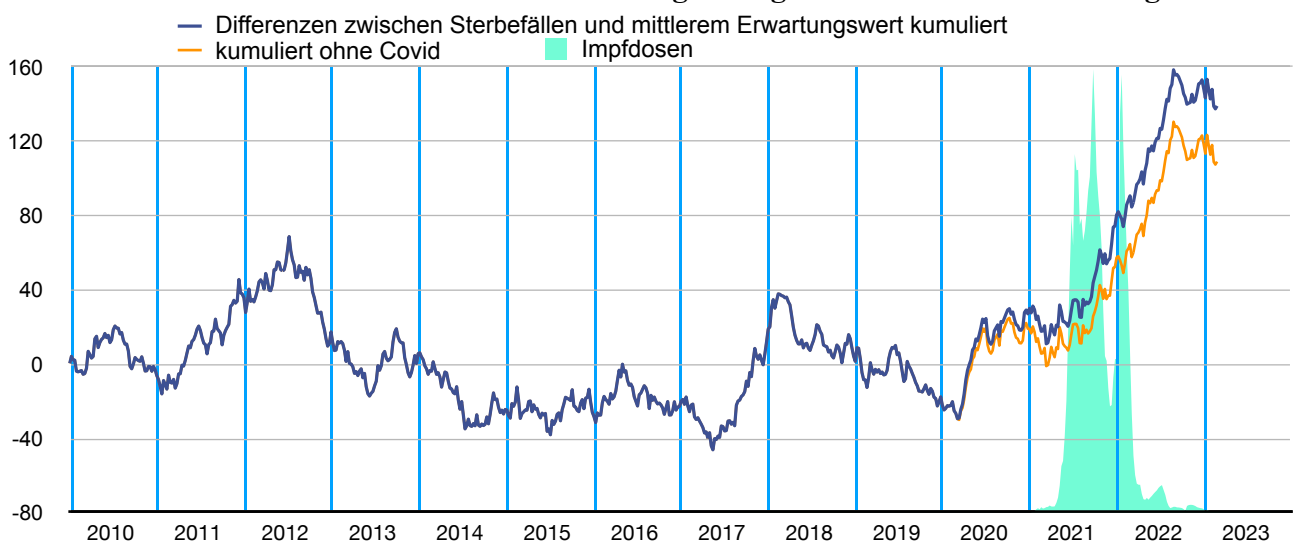
Grafik 9-22 (Quelle BFS 9, 11)

Das Sterbegeschehen Altersgruppe 20-39 Jahre zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet



Grafik 9-23 (Quelle BFS 9, 11, BAG 4)

Kumulierte Differenzen zum Erwartungswert gemäss Trendfortschreibung



Grafik 9-24 (Quelle BFS 9, 11, BAG 13)

Der Sterbeverlauf der Altersgruppe von 20 bis 39 Jahren fällt zwischen 2000 und 2010 sehr steil ab, folgt dann aber zwischen 2010 und 2019 deutlich einem linear leicht fallend Trend, bei einer maximalen Trendabweichung 2011 um 4.9% (s. Tabelle 9-9). Der Abfall 2019 lässt den Anstieg 2020 bis 2022 zum Trend sehr deutlich erscheinen.

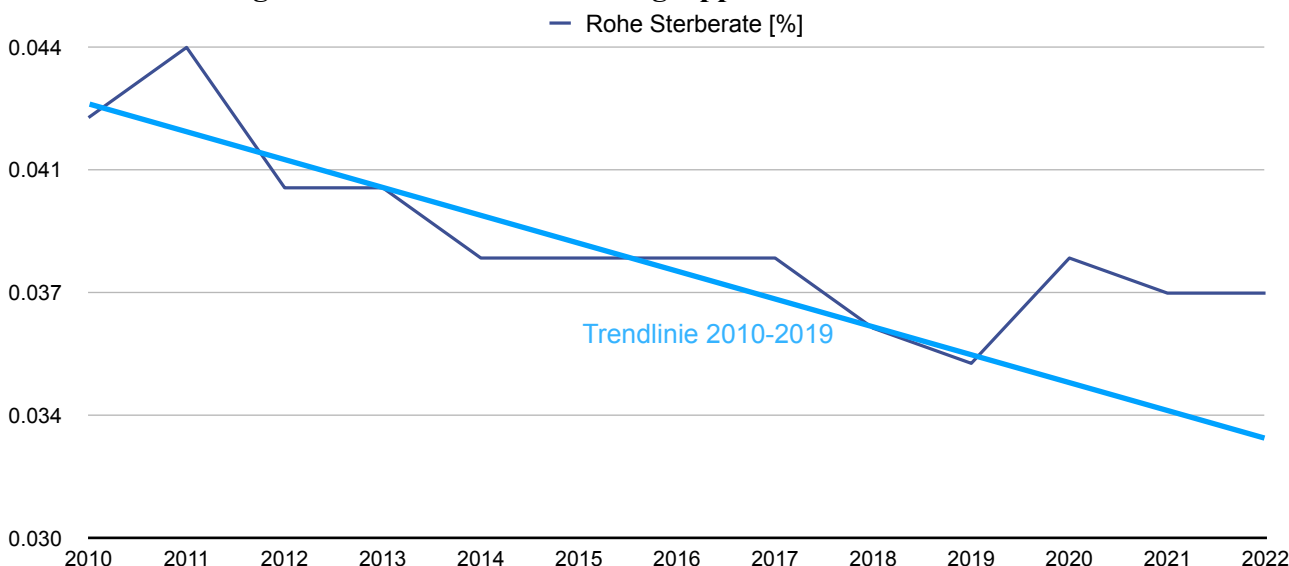
Differenz zwischen jährlichen Sterbefällen (rot) und Trendprognose (grün) 20-39 Jahre

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einw.	2'087K	2'110K	2'132K	2'158K	2'186K	2'212K	2'238K	2'256K	2'265K	2'271K	2'278K	2'282K	2'284K
†	870	922	843	856	830	843	842	856	822	785	865	850	850
Rate [%]	0.042	0.044	0.04	0.04	0.038	0.038	0.038	0.038	0.036	0.035	0.038	0.037	0.037
Trend 10-19	886	877	869	860	851	843	834	825	817	808	799	791	782
Δ	-1.8%	4.9%	-3.0%	-0.5%	-2.6%	0.1%	1.0%	3.6%	0.7%	-2.9%	7.6%	7.0%	8.0%
Covid-19											11	12	7
Rate ohne Covid-19 (%)											0.037	0.037	0.037

Tabelle 9-9 (Quelle BFS 9, 11)

Der Kurvenverlauf der altersspezifischen Sterberaten in Grafik 9-25 zeigt den deutlich erkennbaren Trend und die anhaltend sehr auffällige Abweichung seit 2020. In Grafik 9-24 deuten sich zeitliche Zusammenhänge zur 1. Welle 2020 und zur Impfkation 2021 an, wobei die 11 Covid-19 zugeordneten Todesfälle 2020 keine Erklärung für den Anstieg in der 1. Welle liefern können. Die Gesamtbilanz von 865 Todesfällen liegt 2020 (s. Tabelle 9-9) etwas erhöht, befindet sich dagegen 2021 und 2022 auf dem Niveau von 2014 bis 2017. Der sehr auffällige Anstieg zum bisherigen Trend ab 2020 lässt sich keineswegs mit Covid-19 erklären, so dass alle Zusammenhänge – auch zur Impfung – einer klärenden Untersuchung bedürfen.

Entwicklung der rohen Sterberate Altersgruppe 20-39 Jahre Männer und Frauen



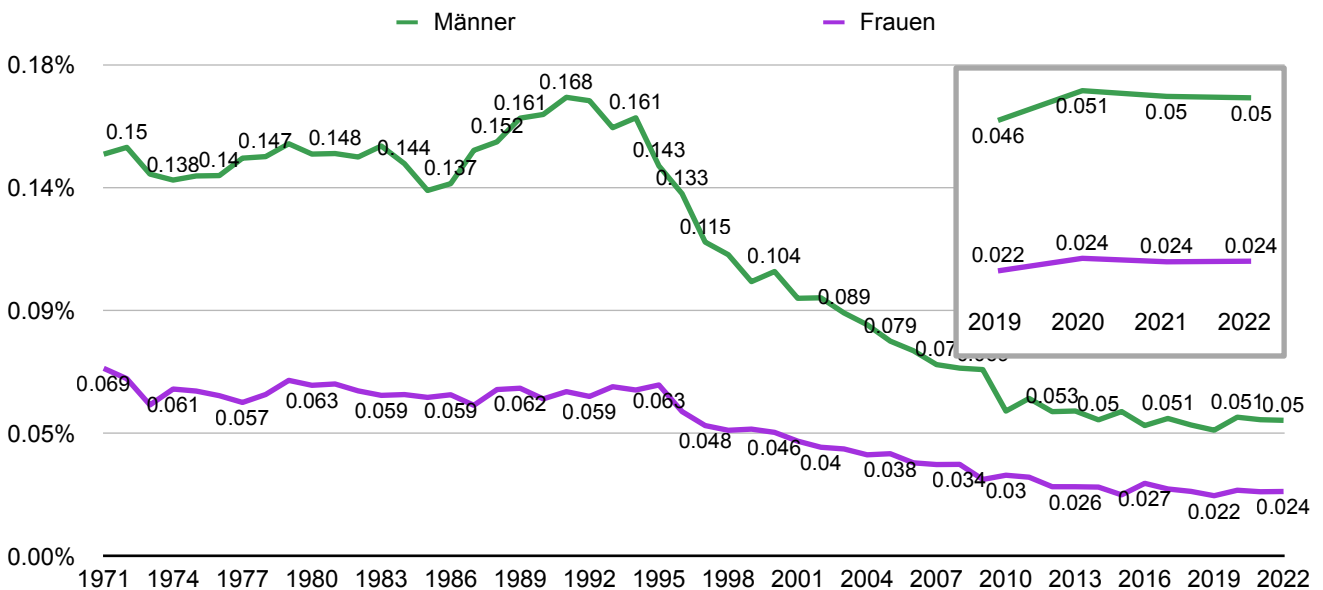
Grafik 9-25 (Quelle BFS 9, 11)

Sterberate pro Jahr 20-39 Jahre

Jahr	20-39 Jahre Männer				20-39 Jahre Frauen				männlich + weiblich	
	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Covid-19	Anteil Covid-19
2010	1'049'341	560	0.053%	3	1'037'778	310	0.030%	1		
2011	1'063'919	617	0.058%	1	1'046'169	305	0.029%	2		
2012	1'075'983	572	0.053%	5	1'055'871	271	0.026%	4		
2013	1'090'049	582	0.053%	2	1'067'984	274	0.026%	5		
2014	1'104'570	554	0.050%	9	1'081'130	276	0.026%	6		
2015	1'118'678	595	0.053%	4	1'093'349	248	0.023%	12		
2016	1'133'828	545	0.048%	12	1'104'015	297	0.027%	3		
2017	1'144'793	580	0.051%	7	1'111'059	276	0.025%	7		
2018	1'149'666	555	0.048%	11	1'114'873	267	0.024%	9		
2019	1'153'666	535	0.046%	13	1'117'562	250	0.022%	13		
2020	1'157'963	592	0.051%	6	1'119'982	273	0.024%	8	11	0.00048%
2021	1'161'151	583	0.050%	8	1'120'876	267	0.024%	11	12	0.00053%
2022	1'164'388	582	0.050%	10	1'120'589	268	0.024%	10	7	0.00031%

Tabelle 9-10; (Quelle BFS 9, 11)

Langfristige Entwicklung der Sterberaten 20-39 Jahre

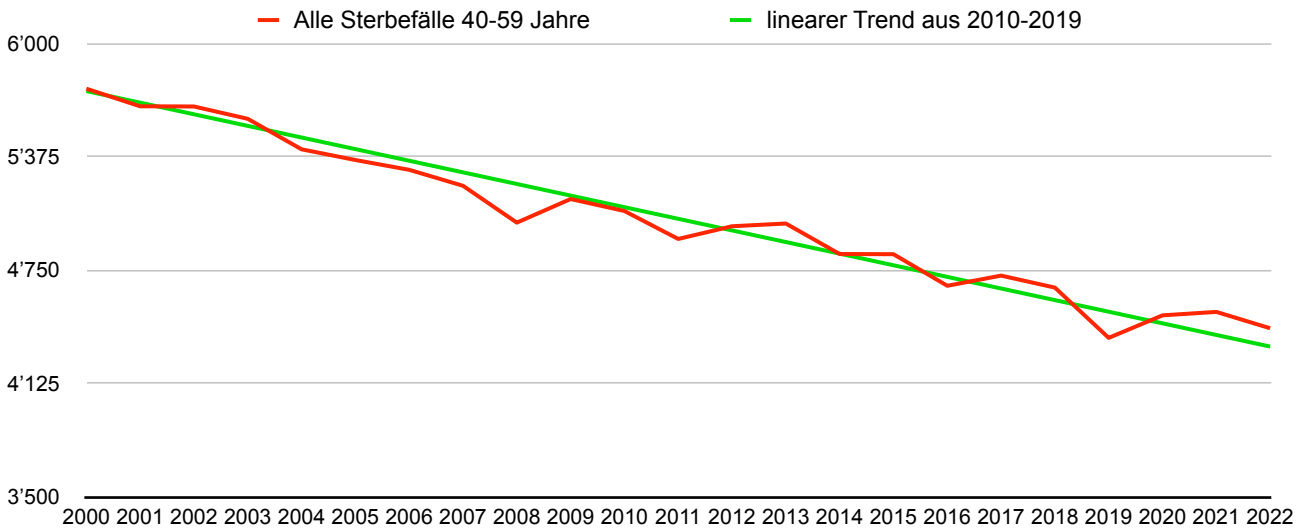


Grafik 9-26 (Quelle BFS 9, 11)

Für die sehr auffällige Entwicklung bei den Männern zwischen 1986 und 1995 findet sich im historischen Lexikon der Schweiz zu Aids hierfür folgende plausible Erklärung:²⁰ „In der Schweiz wurden die ersten Fälle 1982 beobachtet. [...] Die Zahlen nahmen daraufhin rasch zu. Bis zum 31. Dezember 2010 waren 9'157 Erkrankungen registriert worden, von denen zu diesem Zeitpunkt 5841 zum Tod geführt hatten (Höhepunkt 1994 mit 686 Todesfällen). Am meisten betroffen waren homo- und bisexuelle Männer (3095) sowie drogeninjizierende Personen (2'121 Männer; 1'055 Frauen).“ In den Pandemie Jahren ist die Situation als völlig entspannt anzusehen.

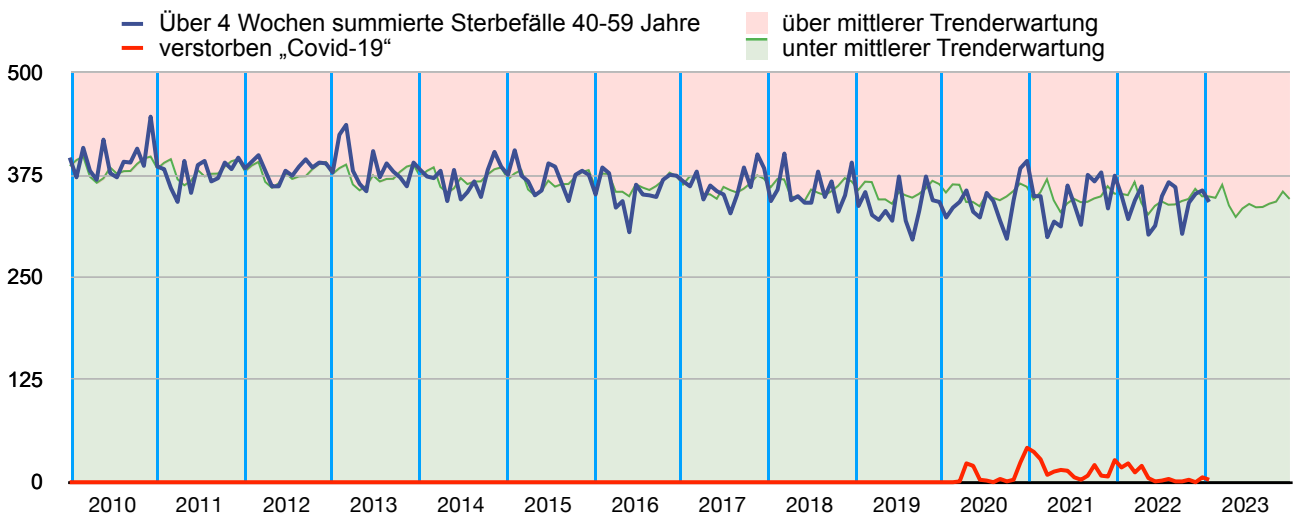
²⁰ Historisches Lexikon der Schweiz: Aids; URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/025625/2015-07-08/>

Bezug zwischen Sterbegeschehen und Trendprognose der Altersgruppe 40-59 Jahre



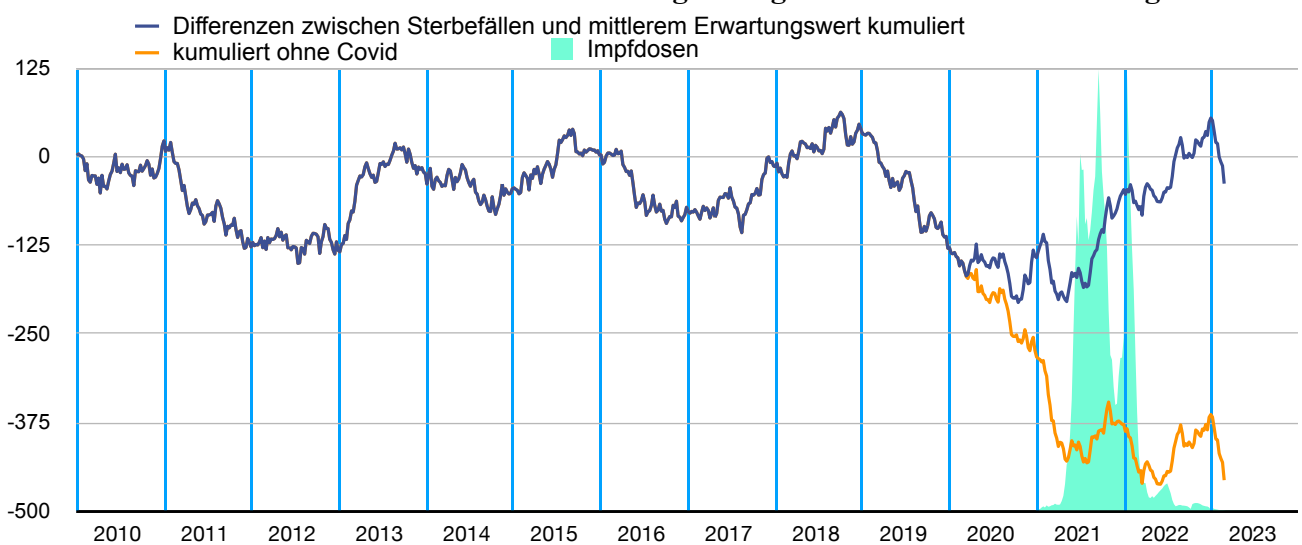
Grafik 9-27 (Quelle BFS 9, 11)

Das Sterbegeschehen Altersgruppe 40-59 Jahre zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet



Grafik 9-28 (Quelle BFS 9, 11, BAG 4)

Kumulierte Differenzen zum Erwartungswert gemäss Trendfortschreibung



Grafik 9-29 (Quelle BFS 9, 11, BAG 13)

Der Sterbeverlauf der Altersgruppe von 40 bis 59 Jahren folgt einem fallenden Trend. Hiervon scheren zwei Ausschläge in den Jahren 2008 und 2019 deutlich nach unten ab. Die Abweichung nach oben 2021 ist höher als im 1. Pandemiejahr 2020 und liegt in ähnlicher Grössenordnung wie 2013.

Differenz zwischen jährlichen Sterbefällen (rot) und Trendprognose (grün) 40-59 Jahre

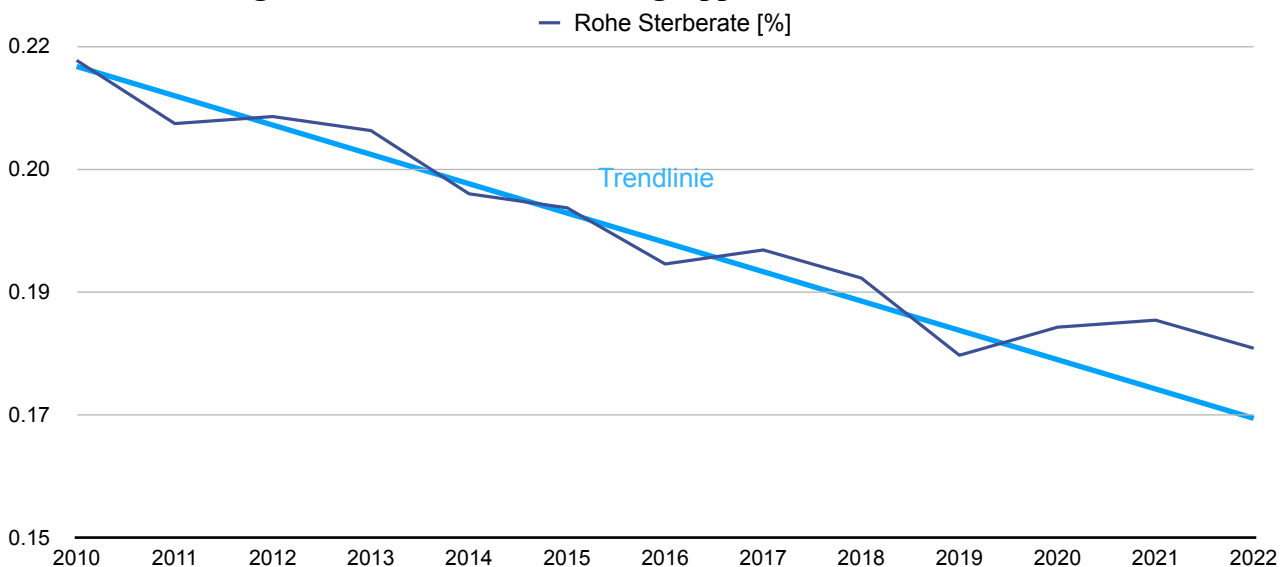
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einw.	2'324K	2'354K	2'382K	2'409K	2'434K	2'454K	2'468K	2'477K	2'484K	2'489K	2'496K	2'503K	2'508K
†	5'077	4'923	4'993	5'008	4'840	4'839	4'665	4'721	4'655	4'378	4'502	4'521	4'431
Rate %	0.218	0.209	0.21	0.208	0.199	0.197	0.189	0.191	0.187	0.176	0.18	0.181	0.177
Trend	5'098	5'034	4'970	4'906	4'842	4'778	4'714	4'650	4'586	4'522	4'458	4'394	4'330
Δ	-0.4%	-2.3%	0.5%	2.0%	-0.0%	1.3%	-1.0%	1.5%	1.5%	-3.3%	1.0%	2.8%	2.3%
Covid-19											140	191	87
Rate ohne Covid-19 (%)											0.175	0.173	0.173

Tabelle 9-11; (Quelle BFS 9, 11)

Wie die kumulierte Kurve (Grafik 9-29) zeigt, gibt es nach kontinuierlichem Abfall in 2019 und einer gleichbleibenden Entwicklung 2020 einen Anstieg ab 2021, der zeitlich signifikant mit der Impfkampagne zusammentrifft. Er hat in der Summe dieselbe Grössenordnung wie der Abfall von 2019 bis Mitte 2020. Was sich als völlig unsinnig offenbart ist, Sterbefälle mit positivem Covid-19 Test als zusätzliches Sterbe geschehen zu betrachten, wie es die orangefarbene Kurve andeutet. Sie bringt Covid-19 vom allgemeinen Sterbe geschehen in Abzug. So wird deutlich, dass hier in das allgemeine saisonale Sterbe geschehen eingegriffen wird, dem Covid-19 offenbar zu grossen Anteilen entlehnt ist.

Die kumulierten wöchentlichen Trendabweichungen über die gesamte Pandemie von 2020 bis 2022 ergeben eine Differenz von +272 Sterbefällen. Im Vergleich hierzu sind die 418 Covid-19 Todesfälle als überhöhte Anzahl positiver Tests und nicht als zusätzliches Sterbe geschehen zu betrachten. Auch die Sterberaten liegen in den Pandemie jahren trotz Covid-19 hinter 2019 auf den niedrigsten Rängen so dass der Abzug von Covid-19 ein Zerrbild ergeben würde.

Entwicklung der rohen Sterberate Altersgruppe 40-59 Jahre Männer und Frauen



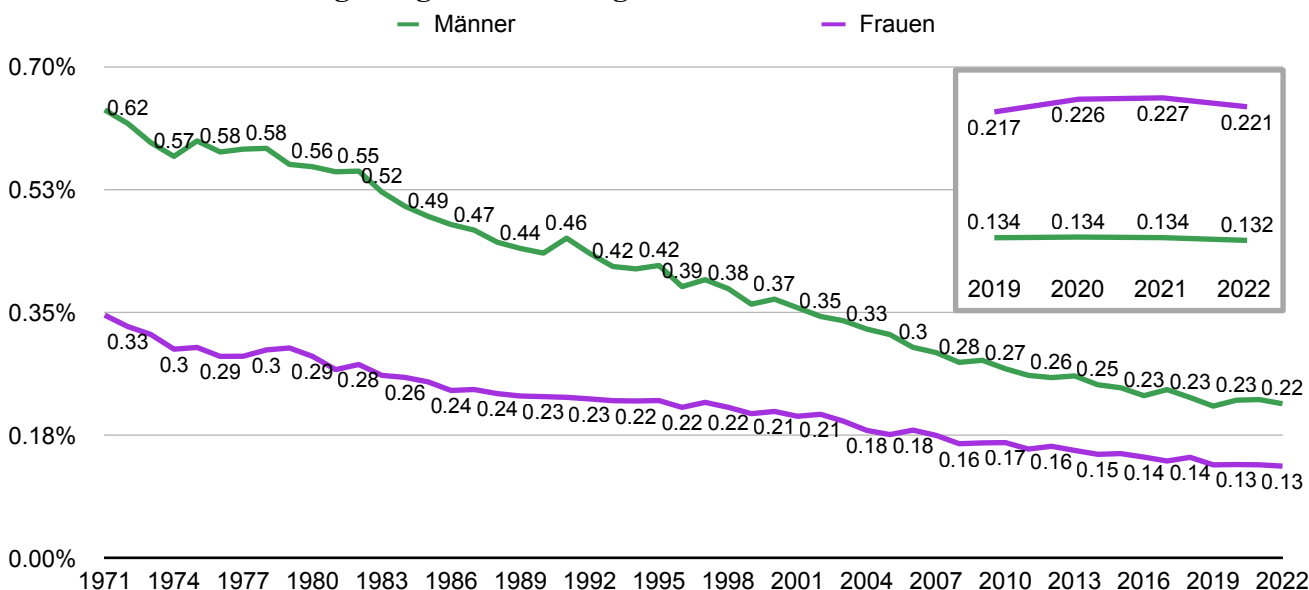
Grafik 9-30 (Quelle BFS 9, 11)

Sterberate pro Jahr 40-59 Jahre

Jahr	40-59 Jahre Männer				40-59 Jahre Frauen				männlich + weiblich	
	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Covid-19	Anteil Covid-19
2010	1'170'818	3'169	0.271%	1	1'152'892	1'908	0.165%	1		
2011	1'186'057	3'098	0.261%	2	1'167'761	1'825	0.156%	3		
2012	1'201'138	3'100	0.258%	4	1'181'272	1'893	0.160%	2		
2013	1'215'472	3'166	0.260%	3	1'193'281	1'842	0.154%	4		
2014	1'229'157	3'047	0.248%	5	1'204'906	1'793	0.149%	6		
2015	1'239'496	3'019	0.244%	6	1'214'705	1'820	0.150%	5		
2016	1'245'642	2'894	0.232%	8	1'222'471	1'771	0.145%	7		
2017	1'249'020	3'010	0.241%	7	1'228'237	1'711	0.139%	9		
2018	1'251'242	2'874	0.230%	9	1'232'289	1'781	0.145%	8		
2019	1'253'185	2'725	0.217%	13	1'235'552	1'653	0.134%	12		
2020	1'256'401	2'838	0.226%	11	1'239'473	1'664	0.134%	10	140	0.0056%
2021	1'259'869	2'857	0.227%	10	1'243'200	1'664	0.134%	11	191	0.0076%
2022	1'262'367	2'788	0.221%	12	1'244'506	1'643	0.132%	13	87	0.0035%

Tabelle 9-12; (Quelle BFS 9, 11)

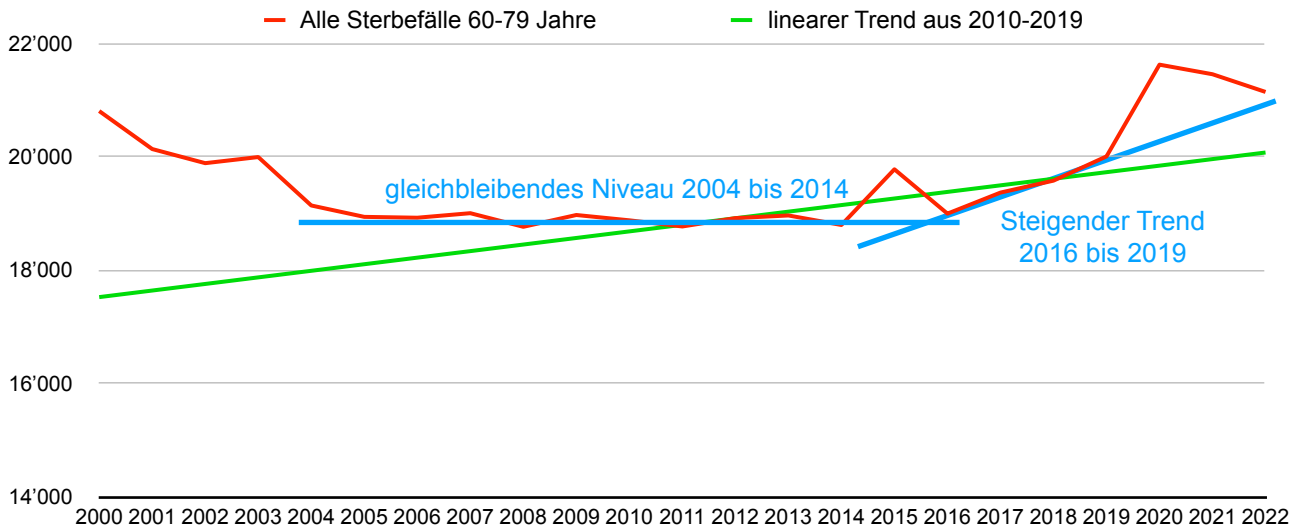
Langfristige Entwicklung der Sterberaten 40-59 Jahre



Grafik 9-31 (Quelle BFS 9, 11)

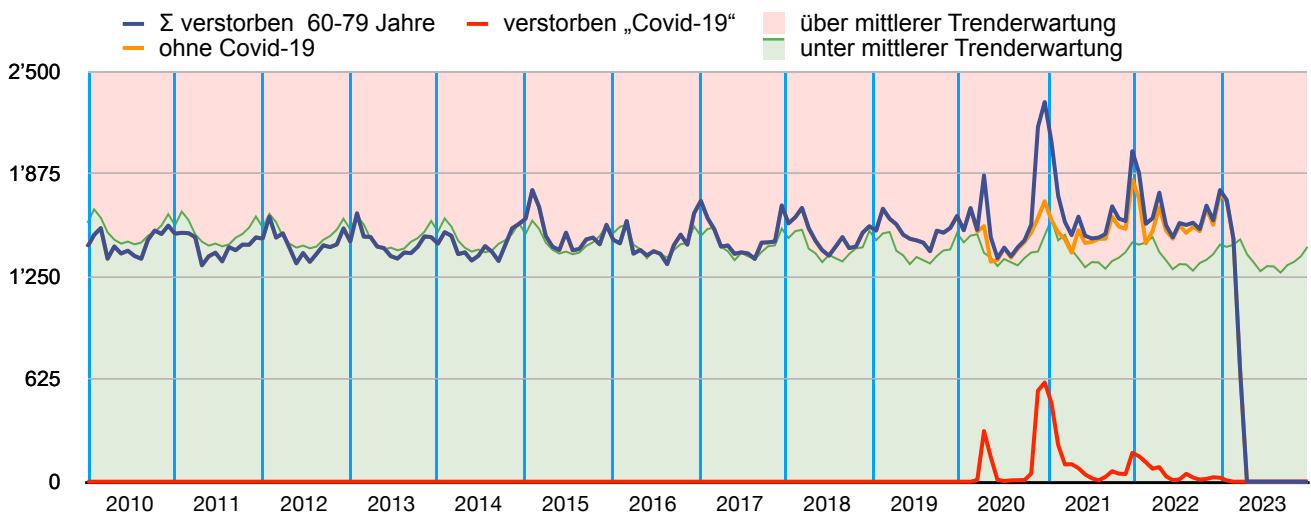
Eindrucksvolle, seit 1971 kontinuierlich auf ein Drittel sinkende Sterberaten, geben keinerlei Hinweis auf ein ausserordentliches Sterbegeschehen im Zusammenhang mit der Pandemie. Die drei Pandemiejahre belegen, gemeinsam mit 2019, die vier niedrigsten Sterberangstufen. Die dennoch ausgewiesenen 442 Covid-19-Todesfälle in den drei Pandemie Jahren sind Teil eines völlig unauffälligen, besonders niedrigen Sterbegeschehens und ohne jede eigene Aussagekraft bezüglich einer eventuellen Gefahrenlage. Sie sind eher ein Hinweis auf das Zusammentreffen von positiven Tests mit anderen Todesursachen wie z. B. Unfällen, die gemäss WHO-Kriterien im Kontext mit positiven Tests zu Covid-19 umdeklariert wurden.

Bezug zwischen Sterbegeschehen und Trendprognose der Altersgruppe 60-79 Jahre



Grafik 9-32 (Quelle BFS 9, 11)

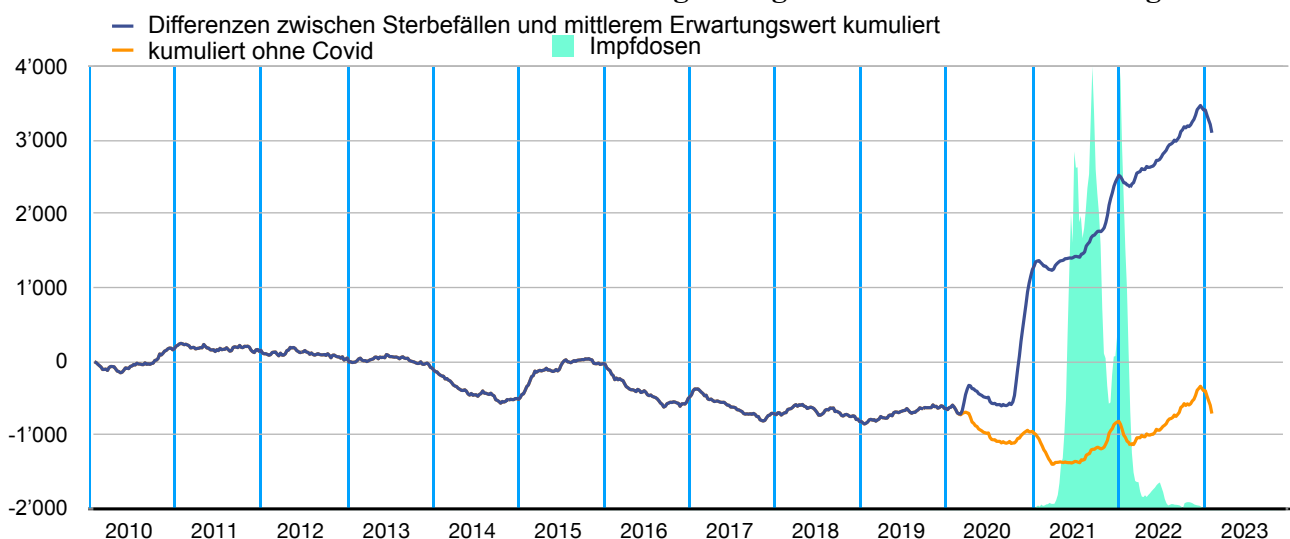
Das Sterbegeschehen Altersgruppe 60-79 Jahre zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet



Grafik 9-33 (Quelle BFS 9, 11, BAG 4)

Das Sterbegeschehen Altersgruppe 60-69 Jahre zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet

Kumulierte Differenzen zum Erwartungswert gemäss Trendfortschreibung



Grafik 9-34 (Quelle BFS 9, 11, BAG 13)

Der Sterbeverlauf der Altersgruppe von 60 bis 79 Jahren in Grafik 9-32 kann nur sehr bedingt einem linearen Trend von 2010 bis 2019 zugeordnet werden. Der Kurvenverlauf stellt trotz recht gleichmässig wachsender Altersgruppe 3 Phasen dar: Fallend von 2000 bis 2004, dann 10 Jahre recht gleichbleibend. Nicht definitiv beantworten lässt sich, ob seit 2016 ein steigender Trend zu beobachten ist aus dem die ersten beiden Pandemiejahre ausbrechen.

Differenz zwischen jährlichen Sterbefällen (rot) und Trendprognose (grün) 60-79 Jahre

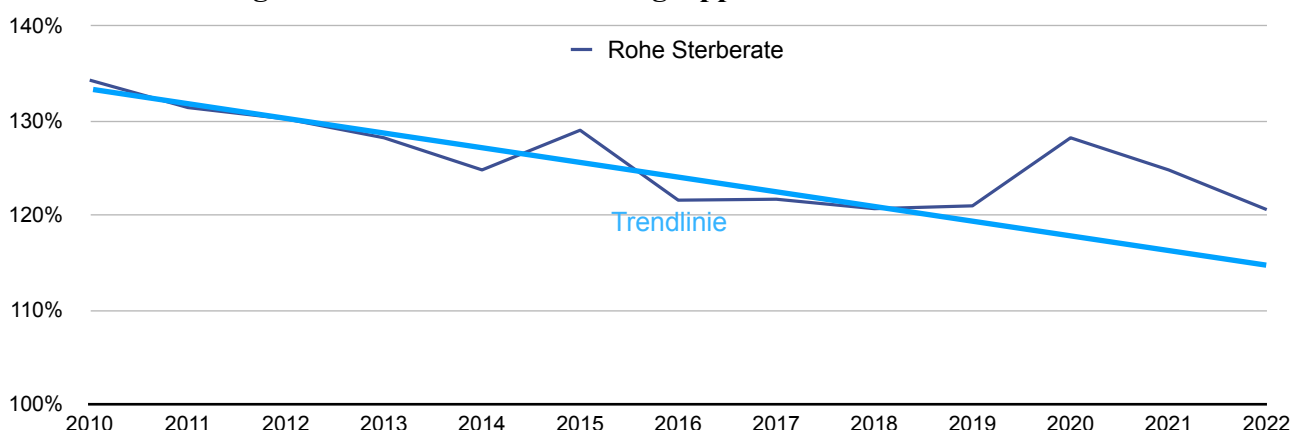
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einw.	1'406K	1'428K	1'453K	1'479K	1'507K	1'534K	1'562K	1'592K	1'622K	1'653K	1'687K	1'720K	1'754K
†	18'882	18'774	18'921	18'968	18'800	19'782	19'000	19'371	19'582	20'009	21'627	21'458	21'146
Rate	1.343	1.314	1.302	1.282	1.248	1.29	1.216	1.217	1.207	1.21	1.282	1.248	1.206
Trend	18'687	18'803	18'919	19'035	19'151	19'267	19'383	19'499	19'615	19'731	19'846	19'962	20'078
Δ	1.0%	-0.2%	0.0%	-0.4%	-1.9%	2.6%	-2.0%	-0.7%	-0.2%	1.4%	8.2%	7.0%	5.0%
Covid-19											2'025	1'218	575
Rate ohne Covid-19 (%)											1.162	1.177	1.173

Tabelle 9-14; (Quelle BFS 9, 11)

Der kumulierte Kurvenverlauf der Abweichungen zum Trend in Grafik 9-34 zeigt von 2010 bis 2020 einen recht flachen Verlauf mit wenigen singulären Anstiegen, wovon sich der höchste zunächst 2015 präsentiert. Der relativ kleine Anstieg der Sterbefälle in der ersten Welle April 2020 beweist erneut, wie unsinnig es ist, Covid-19 in der gemeldeten Grössenordnung als zusätzliches Sterbe geschehen zu betrachten, da die Kurve ohne Covid-19 sogar fallen würde. Der fulminante Anstieg der Todesfälle Ende 2020 zeigt sich in der blauen kumulierten Kurve aufgrund der grossen Differenzen zum grünen Trendverlauf sehr steil, aber auch nach Abzug der exorbitant gezählten Covid-19 Fälle bleibt ein Anstieg des Sterbe geschehens, der sich nicht Covid-19 zuordnen lässt. Ab Mitte 2021 lässt sich das Sterbe geschehen ohne Covid-19 nicht mehr aus einem steigenden in ein fallendes Sterbe geschehen „wandeln“. Dies trifft zeitlich mit der Impfkampagne zusammen.

Die 3'818 Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle von 2020 bis 2022 sind nach Interpretation des kumulierten Kurvenverlaufs deutlich überzählt, decken aber nicht die Differenz der Sterbesummen zu den Trendsommen von 2020 bis 2022 in Höhe von 4'344 Todesfällen ab. Es bleibt eine erklärungsbedürftige Differenz zu den Sterbefällen mit positivem Test von 526 Todesfällen. Die Übersterblichkeit 2021 steht zeitlich in deutlicher Relation zur Impfkampagne.

Entwicklung der rohen Sterberate Altersgruppe 60-79 Jahre Männer und Frauen



Grafik 9-35 (Quelle BFS 9, 11)

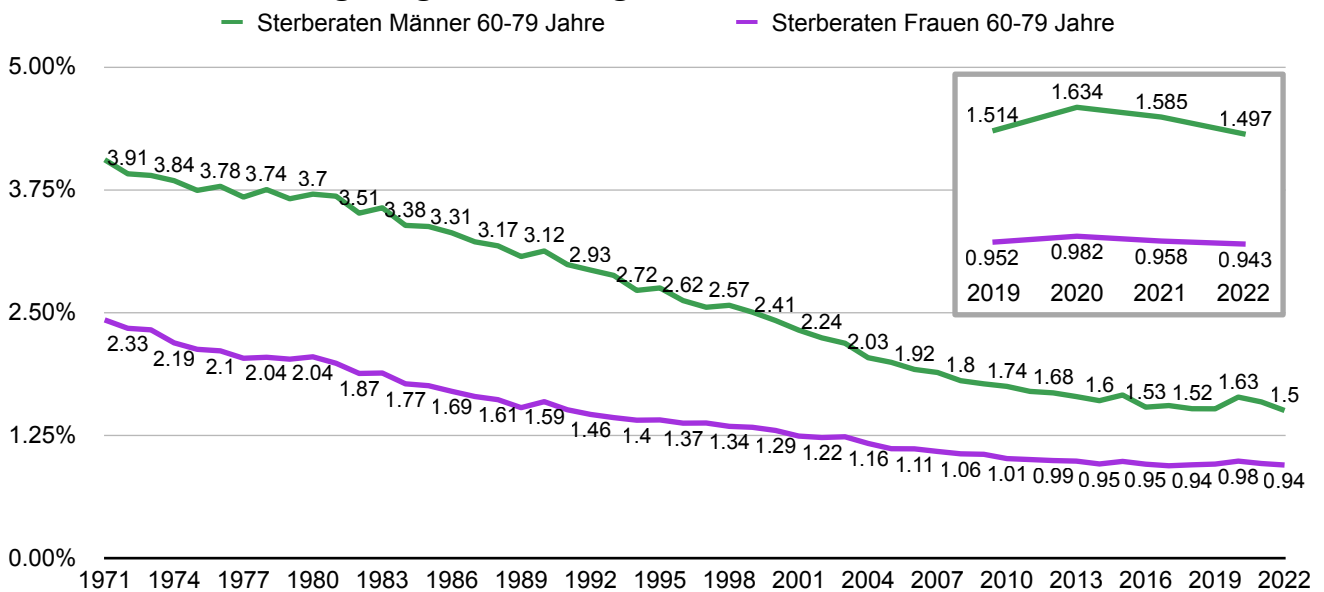
Die rohen Sterberaten folgen dem fallenden Trend bis 2019, alle Pandemiejahre liegen darüber.

Sterberate pro Jahr 60-79 Jahre

Jahr	60-79 Jahre Männer				60-79 Jahre Frauen				männlich + weiblich	
	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Covid-19	Anteil Covid-19
2010	662'469	11'443	1.727%	1	743'120	7'439	1.001%	1		
2011	674'768	11'304	1.675%	2	753'621	7'470	0.991%	2		
2012	688'247	11'422	1.660%	3	764'953	7'499	0.980%	3		
2013	702'350	11'394	1.622%	5	777'110	7'574	0.975%	4		
2014	716'765	11'332	1.581%	7	789'780	7'468	0.946%	9		
2015	731'191	11'983	1.639%	4	802'567	7'799	0.972%	6		
2016	746'585	11'307	1.514%	10	815'605	7'693	0.943%	11		
2017	762'639	11'682	1.532%	9	829'670	7'689	0.927%	13		
2018	778'223	11'675	1.500%	11	844'068	7'907	0.937%	12		
2019	794'274	11'904	1.499%	12	859'054	8'105	0.943%	10		
2020	811'233	13'111	1.616%	6	875'386	8'516	0.973%	5	2'025	0.120%
2021	827'840	12'992	1.569%	8	891'873	8'466	0.949%	7	1'218	0.071%
2022	844'026	12'627	1.496%	13	899'912	8'519	0.947%	8	575	0.033%

Tabelle 9-15; (Quelle BFS 9, 11)

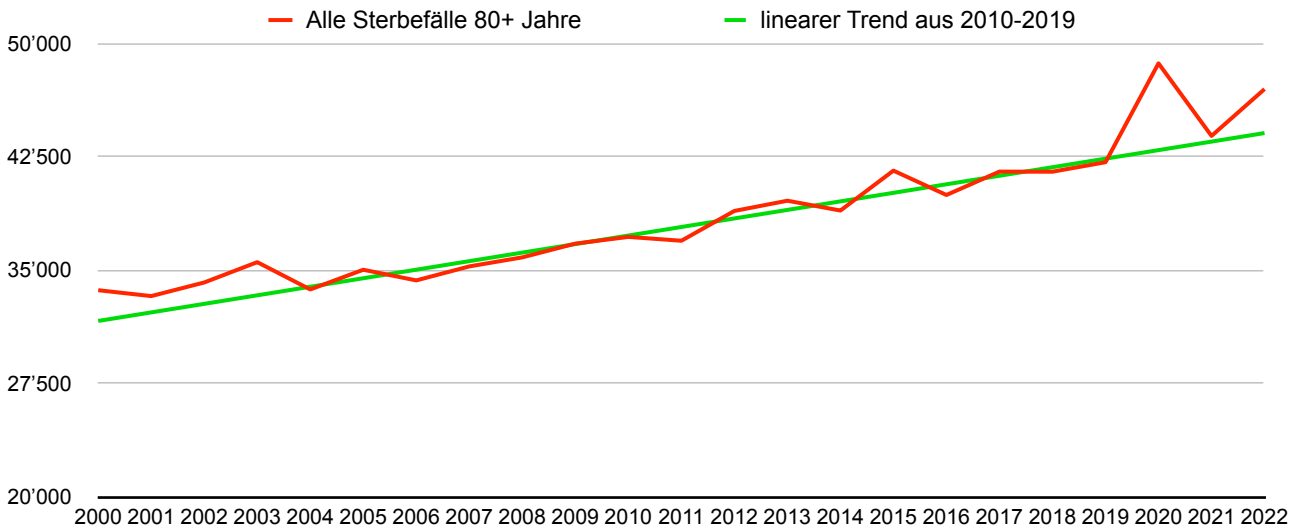
Langfristige Entwicklung der Sterberaten 60-79 Jahre



Grafik 9-36 (Quelle BFS 9, 11)

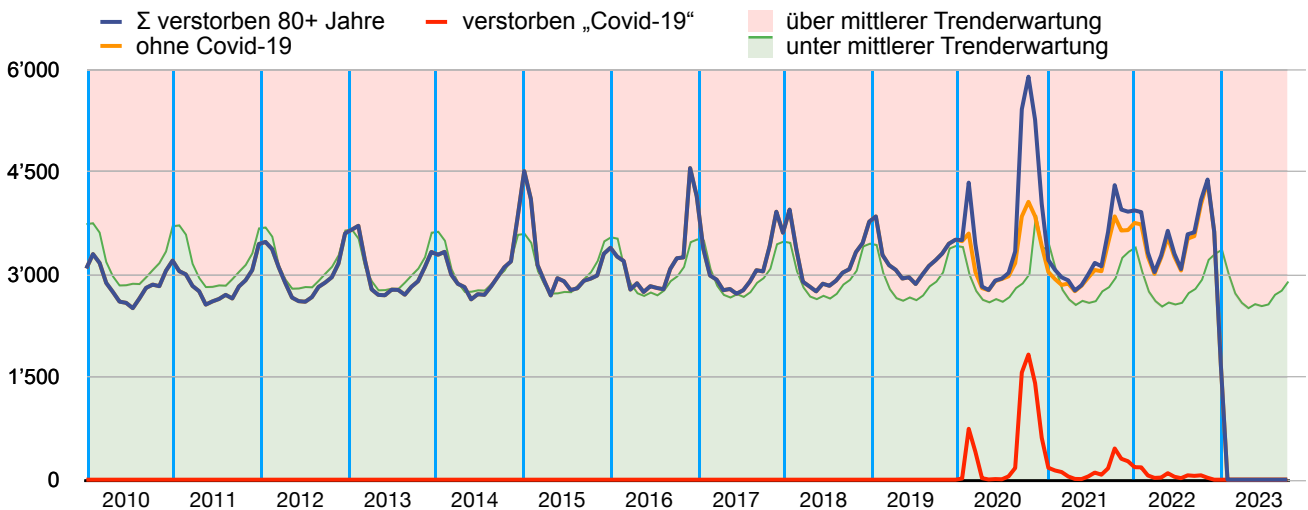
Auch bei den 60-79-Jährigen zeigen die Sterberaten seit 1971 einen deutlich fallenden Trend, wobei sich die Sterberaten um den Divisor 2.6 (Männer) und 2.5 bei den Frauen verringern. Bei den Männern steigt die Rate 2020 knapp unter das Niveau von 2012 auf Rang 6 und bei den Frauen auf Rang 5. Diese Verschlechterung zu den Vorjahren ist einzuräumen, aber eine aussergewöhnliche Bedrohungslage würde ein anderes Bild erwarten lassen.

Bezug zwischen Sterbegeschehen und Trendprognose der Altersgruppe 80+



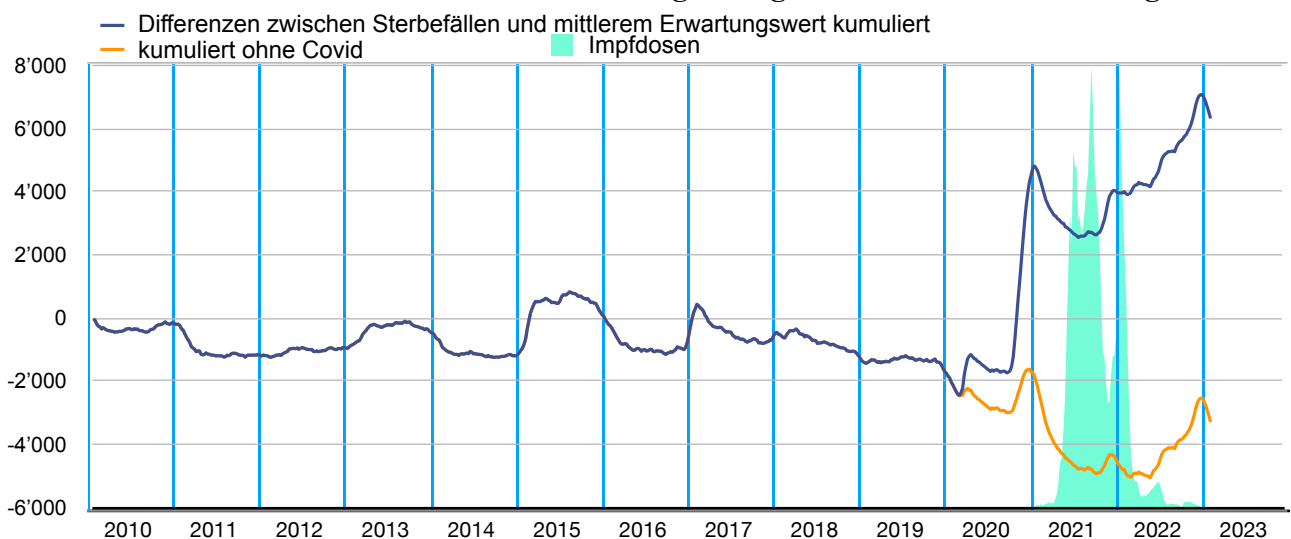
Grafik 9-37 (Quelle BFS 9, 11)

Das Sterbegeschehen Altersgruppe 80+ zum Trendmodell 2010-2019 betrachtet



Grafik 9-38 (Quelle BFS 9, 11, BAG 4)

Kumulierte Differenzen zum Erwartungswert gemäss Trendfortschreibung



Grafik 9-39 (Quelle BFS 9, 11, BAG 13)

Der lineare Trendverlauf der Jahre 2010-2019 lässt sich in der Altersgruppe 80+ sehr überzeugend darstellen und bis ins Jahr 2004 zurück verfolgen (Grafik 9-37). Vor den sehr auffälligen Ausreissern von 2020 und 2022 weichen die Sterbefälle 2015 um 3.5% vom 10-Jahres-Trend ab. Als fulminant ist 2020 der Anstieg auf 11.8% zu bezeichnen und nach einer Normalisierung 2021, die sicherlich vorwiegend dem dry tinder Effekt zuzuschreiben ist, beginnt schon Ende 2021 der nächste Anstieg zum Trend bis Ende 2022. Dieser steigt langfristig gesehen um nahezu denselben Betrag an, wie zuvor 2020. Dabei fällt 2022 ein Anstieg von 6.2% ins Gewicht.

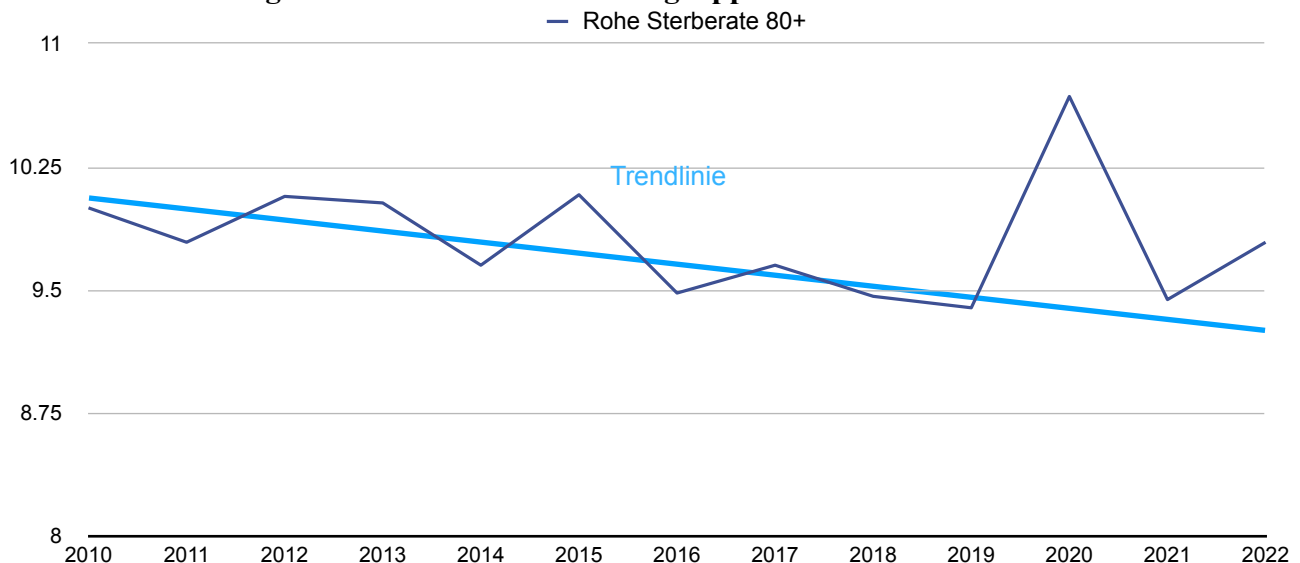
Differenz zwischen jährlichen Sterbefällen (rot) und Trendprognose (grün) 80+ Jahre

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einw.	372K	378K	386K	395K	404K	413K	422K	430K	439K	449K	456K	465K	480K
†	37'212	36'957	38'928	39'605	38'954	41'594	39'983	41'529	41'523	42'150	48'687	43'890	46'985
Rate	10	9.79	10.07	10.03	9.65	10.08	9.48	9.65	9.46	9.39	10.68	9.44	9.79
Trend	37'302	37'867	38'432	38'996	39'561	40'126	40'691	41'255	41'820	42'385	42'950	43'514	44'079
Δ	-0.2%	-2.5%	1.3%	1.5%	-1.6%	3.5%	-1.8%	0.7%	-0.7%	-0.6%	11.8%	0.9%	6.2%
Covid-19											5'645	2'730	1'250
Rate ohne Covid-19 (%)											9.44	8.85	9.53

Tabelle 9-16; (Quelle BFS 9, 11)

Der kumulierte Kurvenverlauf der Trend-Abweichungen zeigt erneut, dass die steigenden Todesfälle nach Abzug von Covid-19 in der orangefarbenen Kurve zu fallen beginnen. Dies lässt sich nur dadurch erklären, dass sie dem allgemeinen Sterbegeschehen anteilig entlehnt werden. Aber auch ohne Covid-19 bleibt ein deutlicher Anstieg 2020 bestehen, der anteilig anderen ungeklärten Todesursachen zuzuschreiben ist. Nach dem flachen Verlauf 2021 bleibt ohne Covid-19 der andauernde Anstieg zum bisherigen Trend 2022 ohne Erklärung. Angesichts der vorausgehenden Impfkampagne ist festzustellen, dass weiterhin eine auffällige Sterbeentwicklung vorliegt, wie auch die rohen Sterberaten bestätigen. Ein Impferfolg erscheint daher fragwürdig. Eine Nutzen-Schaden-Diskussion der Impfung ist hier unerlässlich, denn Covid-19 ist keineswegs als alleiniges Modell und „zusätzliche“ Todesursache anzusehen.

Entwicklung der rohen Sterberate Altersgruppe 80+ Jahre Männer und Frauen



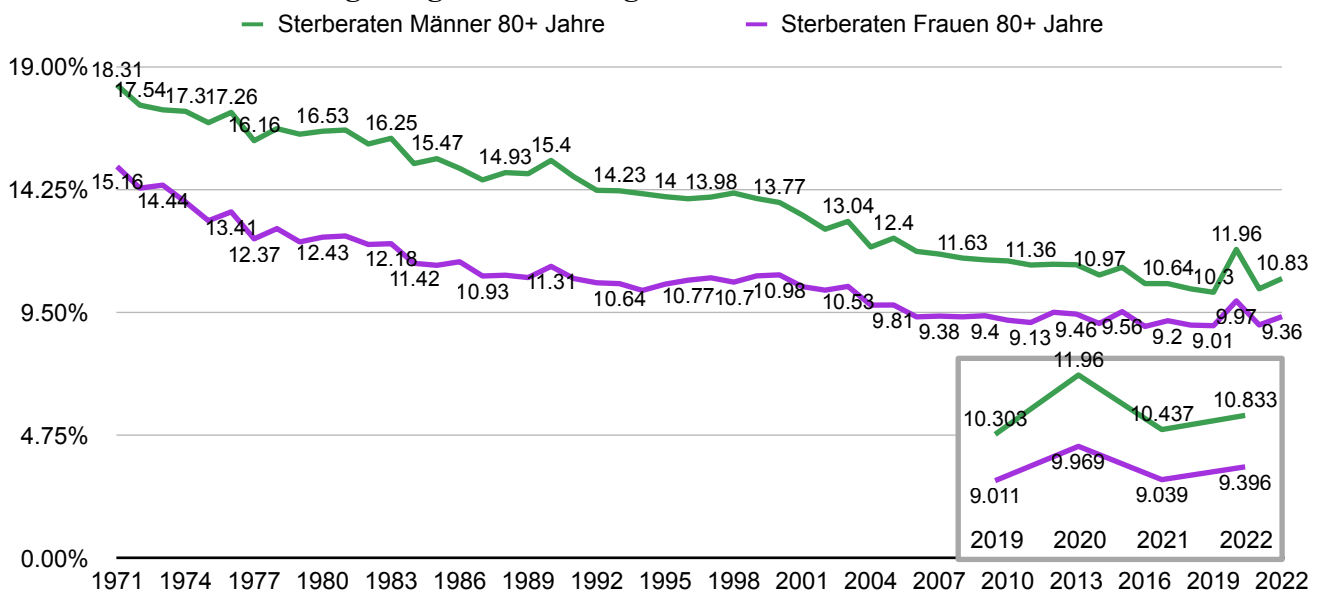
Grafik 9-40 (Quelle BFS 9, 11)

Sterberate pro Jahr 80+ Jahre

Jahr	80+ Jahre Männer				80+ Jahre Frauen				männlich + weiblich	
	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Einwohner	verstorben gesamt	Sterberate	Rang	Covid-19	Anteil Covid-19
2010	128'308	14'775	11.515%	2	243'296	22'437	9.222%	6		
2011	130'092	14'774	11.357%	5	242'854	22'183	9.134%	8		
2012	134'527	15'318	11.387%	3	247'759	23'610	9.529%	3		
2013	139'023	15'803	11.367%	4	251'640	23'802	9.459%	4		
2014	143'224	15'712	10.970%	7	255'497	23'242	9.097%	9		
2015	148'449	16'726	11.267%	6	260'252	24'868	9.555%	2		
2016	153'177	16'297	10.639%	9	263'690	23'686	8.983%	13		
2017	158'300	16'840	10.638%	10	268'252	24'689	9.204%	7		
2018	162'979	17'009	10.436%	12	271'357	24'514	9.034%	11		
2019	168'216	17'331	10.303%	13	275'436	24'819	9.011%	12		
2020	173'777	20'784	11.960%	1	279'893	27'903	9.969%	1	5'645	1.244%
2021	176'312	18'402	10.437%	11	281'977	25'488	9.039%	10	2'730	0.596%
2022	183'574	19'887	10.833%	8	288'413	27'098	9.396%	5	1'250	0.265%

Tabelle 9-17; (Quelle BFS 9, 11)

Langfristige Entwicklung der Sterberaten 80+ Jahre



Grafik 9-41 (Quelle BFS 9, 11)

Es bleibt auch in der höchsten Altersgruppe festzustellen, dass die Sterberaten der Jahre 1971 bis 2000 deutlich über dem Pandemieniveau lagen und sich folglich auch in der besonders von Covid-19 betroffenen Altersgruppe über 80 Jahren kein aussergewöhnliches, nie dagewesenes Sterbegeschehen aufzeigen lässt.

Wenn aber in der gesamten Pandemie von 59'073 Todesfällen in dieser Altersgruppe 9'625 Covid-19 ursächlich zugeschrieben werden, ist das nach dem Verlauf der orangefarbenen Kurve in Grafik 9-38 als völliges Zerrbild zu betrachten. So wird eine differenzierte Analyse insbesondere tödlicher Auswirkungen der Massnahmen verhindert.

Rangstufen der Sterberaten pro Altersgruppe & Änderung der Einwohnerzahlen

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Änderung Einwohner
0-4 Jahre	3	5	6	4	2	1	10	7	11	13	8	12	9	12.3%
5-9 Jahre	8	1	4	2	13	5	12	11	7	3	9	10	6	17.0%
10-14 Jahre	7	2	11	10	5	3	6	9	1	12	4	8	13	5.1%
15-19 Jahre	1	10	4	2	8	6	13	11	3	12	9	7	5	-6.5%
20-24 Jahre	7	1	3	8	13	4	12	10	6	5	2	11	9	-2.2%
25-29 Jahre	3	5	9	4	6	8	2	7	11	13	10	1	12	8.0%
30-34 Jahre	2	1	3	6	4	8	10	7	11	13	12	5	9	19.1%
35-39 Jahre	1	2	5	3	7	10	9	6	11	12	4	13	8	11.6%
40-44 Jahre	1	3	2	4	5	6	8	11	7	10	12	13	9	-3.6%
45-49 Jahre	2	1	4	3	8	5	9	7	6	12	10	13	11	-7.6%
50-54 Jahre	1	3	2	4	5	6	7	8	9	12	10	11	13	14.8%
55-59 Jahre	1	4	2	3	5	6	8	7	9	12	11	10	13	35.9%
60-64 Jahre	1	3	2	4	6	5	7	11	9	12	10	8	13	20.9%
65-69 Jahre	1	2	3	4	6	5	7	9	11	13	10	8	12	15.3%
70-74 Jahre	1	4	3	2	7	5	10	11	12	8	6	9	13	32.1%
75-79 Jahre	1	2	3	6	7	5	12	9	11	13	4	8	10	37.7%
80-84 Jahre	1	3	2	4	7	6	8	9	11	12	5	13	10	24.5%
85-89 Jahre	2	5	4	3	7	6	9	8	11	12	1	13	10	26.1%
90+ Jahre	7	6	3	4	9	2	12	8	11	13	1	10	5	49.0%

Tabelle 9-19; (Quelle BFS 1, 9, Pandemiejahre rot umrandet)

Die rechte Spalte zeigt die demografischen Veränderungen der jeweiligen Altersgruppe von 2010 bis 2022 jeweils zur Jahresmitte, welche auch für die Altersstandardisierung vorgeschrieben ist. Das beachtliche Wachstum der fünf höchsten Altersgruppen ab 70 Jahren zwischen 24.5% und 49% lässt einen beachtlichen Anstieg der Todesfallzahlen erwarten, der bei jeder vorausgehenden Prognose oder abschliessenden Analyse herauszurechnen ist. Das als Heatmap dargestellte Ranking der Sterberaten veranschaulicht die allgemeine Verbesserung der Sterberisiken in den einzelnen Altersgruppen. Nur die beiden ältesten Gruppen sind 2020 von dem höchsten Sterberisiko (Rang 1) betroffen. Bei der allgemeinen Verbesserung 2021 springt die deutliche Verschlechterung in den Altersgruppen 15-19 und bei den 25-34 Jährigen auf Rang 1 ins Auge.

Sterbefälle und Sterberaten pro Altersgruppe im Kalenderjahr seit 1971

verstorben	1971	1980	1990	2000	2010	2015	2020	2021	2022	
0-4 Jahre	1'703	788	683	451	338	386	359	320	352	
5-9 Jahre	274	122	71	47	27	32	30	30	34	
10-14 Jahre	183	126	74	67	32	36	38	33	26	
15-19 Jahre	376	331	253	151	115	94	87	90	91	
20-24 Jahre	524	548	498	280	140	159	165	130	134	
25-29 Jahre	463	418	614	333	182	178	169	207	163	
30-34 Jahre	406	449	592	385	226	220	204	243	235	
35-39 Jahre	615	590	609	567	322	286	327	270	320	
40-44 Jahre	862	751	827	751	614	455	399	403	456	
45-49 Jahre	1'367	1'152	1'195	1'016	1'005	888	736	658	676	
50-54 Jahre	1'813	1'693	1'546	1'618	1'424	1'451	1'311	1'277	1'201	
55-59 Jahre	2'854	2'751	2'229	2'366	2'034	2'045	2'056	2'183	2'104	
60-64 Jahre	4'632	3'534	3'410	2'894	3'022	2'824	2'907	3'063	2'899	
65-69 Jahre	6'444	5'551	4'897	4'042	4'013	4'172	3'897	4'027	4'036	
70-74 Jahre	8'289	8'143	6'165	5'651	4'746	5'639	6'185	5'890	5'621	
75-79 Jahre	9'189	9'952	9'353	8'222	7'101	7'147	8'638	8'478	8'614	
80-84 Jahre	8'591	10'142	11'659	9'985	10'380	10'471	11'386	10'419	11'258	
85-89 Jahre	6'167	7'525	11'102	11'683	12'598	13'354	15'707	13'734	14'498	
90+ Jahre	3'104	4'531	7'962	12'019	14'234	17'769	21'594	19'737	21'255	
Σ verstorben	57'856	59'097	63'739	62'528	62'553	67'606	76'195	71'192	73'973	
Einwohner	30.06.71	30.06.80	30.06.90	30.06.00	30.06.10	30.06.15	30.06.20	30.06.21	30.06.22	
0-4 Jahre	491'837	356'121	390'630	399'321	386'400	420'663	437'407	437'844	434'102	
5-9 Jahre	513'749	407'143	381'741	424'877	382'215	409'008	437'517	442'510	447'354	
10-14 Jahre	469'068	484'266	375'133	423'930	417'404	401'216	425'672	432'603	438'784	
15-19 Jahre	447'692	504'618	427'343	415'979	453'262	438'741	421'155	421'643	423'626	
20-24 Jahre	485'816	464'871	509'762	414'067	477'926	497'181	478'842	474'892	467'204	
25-29 Jahre	505'127	462'739	554'061	476'625	514'266	556'016	562'900	558'042	555'170	
30-34 Jahre	441'904	503'330	528'255	581'145	529'996	585'866	616'270	623'442	631'387	
35-39 Jahre	416'103	473'345	500'724	615'036	564'931	572'965	619'933	625'652	630'682	
40-44 Jahre	390'643	407'685	512'103	552'814	638'286	593'964	593'887	604'886	615'537	
45-49 Jahre	373'711	389'699	468'817	499'598	642'904	658'173	606'014	598'622	593'766	
50-54 Jahre	321'911	365'037	393'822	492'798	558'182	650'195	658'713	649'646	640'597	
55-59 Jahre	321'987	346'231	364'215	436'128	484'338	551'870	637'260	649'915	658'161	
60-64 Jahre	314'335	279'416	327'788	350'210	458'671	466'233	524'863	539'357	554'532	
65-69 Jahre	268'106	281'961	297'397	313'476	390'148	432'075	432'763	439'899	449'815	
70-74 Jahre	204'845	246'986	227'459	272'483	301'874	363'988	401'153	400'632	398'653	
75-79 Jahre	134'973	181'096	206'057	228'318	254'896	271'463	327'840	339'827	350'928	
80-84 Jahre	72'804	105'657	146'248	146'594	192'982	210'002	225'800	231'098	240'337	
85-89 Jahre	30'036	44'804	73'703	95'229	120'166	131'774	146'726	148'706	151'524	
90+ Jahre	8'761	14'409	27'020	45'626	59'127	71'009	83'454	85'335	88'124	
Σ Bevölker.	6'213'404	6'319'408	6'712'272	7'184'250	7'827'970	8'282'396	8'638'167	8'704'546	8'770'283	
Sterberate	Berechnung der prozentualen Sterberaten pro Altersgruppe und Kalenderjahr						Pandemie-Jahre			
0-4 Jahre	0.346%	0.221%	0.175%	0.113%	0.087%	0.092%	0.082%	0.073%	0.081%	
5-9 Jahre	0.053%	0.030%	0.019%	0.011%	0.007%	0.008%	0.007%	0.007%	0.008%	
10-14 Jahre	0.039%	0.026%	0.020%	0.016%	0.008%	0.009%	0.009%	0.008%	0.006%	
15-19 Jahre	0.084%	0.066%	0.059%	0.036%	0.025%	0.021%	0.021%	0.021%	0.021%	
20-24 Jahre	0.108%	0.118%	0.098%	0.068%	0.029%	0.032%	0.034%	0.027%	0.029%	
25-29 Jahre	0.092%	0.090%	0.111%	0.070%	0.035%	0.032%	0.030%	0.037%	0.029%	
30-34 Jahre	0.092%	0.089%	0.112%	0.066%	0.043%	0.038%	0.033%	0.039%	0.037%	
35-39 Jahre	0.148%	0.125%	0.122%	0.092%	0.057%	0.050%	0.053%	0.043%	0.051%	
40-44 Jahre	0.221%	0.184%	0.161%	0.136%	0.096%	0.077%	0.067%	0.067%	0.074%	
45-49 Jahre	0.366%	0.296%	0.255%	0.203%	0.156%	0.135%	0.121%	0.110%	0.114%	
50-54 Jahre	0.563%	0.464%	0.393%	0.328%	0.255%	0.223%	0.199%	0.197%	0.187%	
55-59 Jahre	0.886%	0.795%	0.612%	0.543%	0.420%	0.371%	0.323%	0.336%	0.320%	
60-64 Jahre	1.474%	1.265%	1.040%	0.826%	0.659%	0.606%	0.554%	0.568%	0.523%	
65-69 Jahre	2.404%	1.969%	1.647%	1.289%	1.029%	0.966%	0.900%	0.915%	0.897%	
70-74 Jahre	4.05%	3.30%	2.71%	2.07%	1.57%	1.55%	1.54%	1.47%	1.41%	
75-79 Jahre	6.81%	5.50%	4.54%	3.60%	2.79%	2.63%	2.63%	2.49%	2.45%	
80-84 Jahre	11.80%	9.60%	7.97%	6.81%	5.38%	4.99%	5.04%	4.51%	4.68%	
85-89 Jahre	20.5%	16.8%	15.1%	12.3%	10.5%	10.1%	10.7%	9.2%	9.6%	
90+ Jahre	35.4%	31.4%	29.5%	26.3%	24.1%	25.0%	25.9%	23.1%	24.1%	
standard. Sterbeziffer	1'909.5	1'590.7	1'375.5	1'136.2	932.5	901.8	907.3	831.8	843.5	
Rang	1	2	3	4	5	7	6	9	8	

1 = schlechtester Rang; 9 = bester Rang, Pandemiejahre rot umrandet
Tabelle 9-20; (Quelle BFS 1, 9, Stand: 21.03.2023)

Das Sterberisiko in der Schweiz hat sich seit 1980 halbiert. Bei gleichen Sterberaten wie 1971 wären 2020 in der Schweiz 160'696 Menschen verstorben, 2.1 Mal mehr als 2020!

9.6. Methodenvergleich zur Übersterblichkeitsberechnung

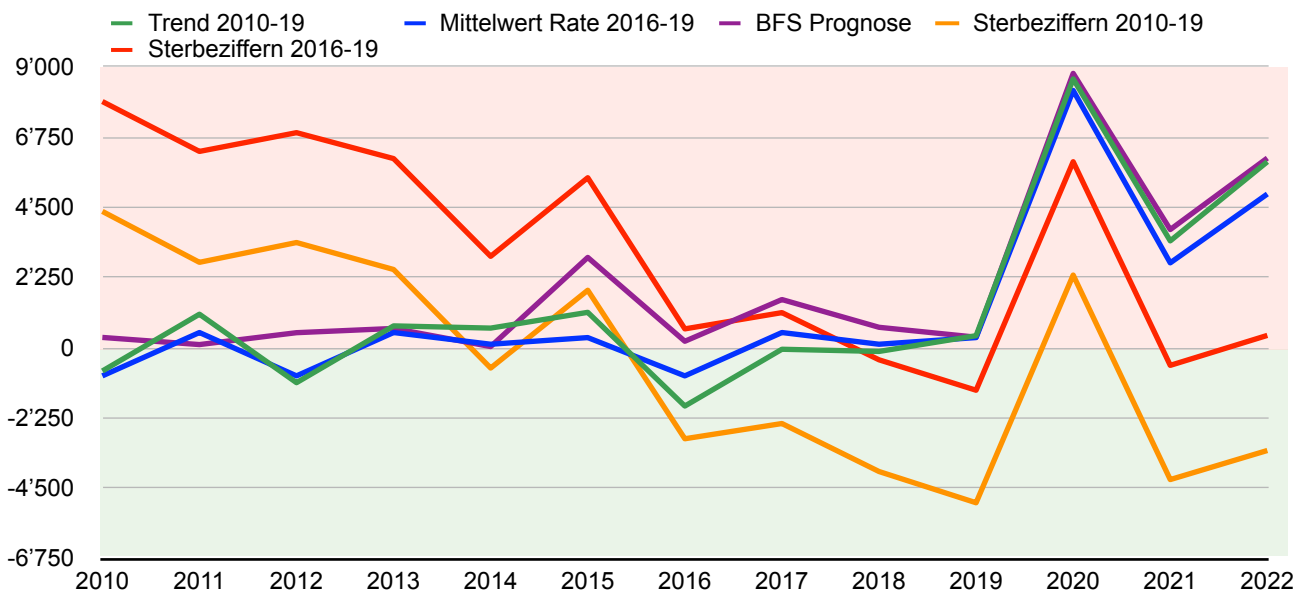
„Übersterblichkeit“: Fünf methodische Ansätze im Vergleich

Alle Altersgruppen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einwohner	8'373K	8'452K	8'373K	8'452K	8'514K	8'575K	8'373K	8'452K	8'514K	8'575K	8'638K	8'705K	8'770K
Sterbefälle	64'964	66'971	64'964	66'971	67'088	67'780	64'964	66'971	67'088	67'780	76'195	71'192	73'973
Trendverlauf † 2010-2019	65'712	65'899	66'086	66'273	66'461	66'648	66'835	67'022	67'209	67'396	67'583	67'770	67'957
Rohe Sterberaten	0.776%	0.792%	0.776%	0.792%	0.788%	0.790%	0.776%	0.792%	0.788%	0.790%	0.882%	0.818%	0.843%
Sterbeziffern/HTsd.	932.5	912.7	920.6	910.0	872.7	901.8	845.5	851.6	833.7	822.4	907.3	831.8	843.5
1. Differenz zu Trend 2010-19	-748	1'072	-1'122	698	627	1'132	-1'871	-51	-121	384	8'612	3'422	6'016
2. Differenz zu Ø Rate 2016-2019	-904	485	-904	485	110	323	-904	485	110	323	8'243	2'718	4'982
3. Differenz zur BFS Prognose	328	99	480	616	35	2'892	205	1'542	653	336	8'790	3'785	6'076
* 4. Differenz zu Sterbeziffern 10-19	4'367	2'735	3'369	2'505	-653	1'840	-2'919	-2'431	-3'969	-4'970	2'327	-4'227	-3'237
* 5. Differenz zu Sterbeziffern 16-19	7'888	6'289	6'890	6'059	2'927	5'446	602	1'123	-389	-1'364	5'959	-567	451

Tabelle 9-21; (Quelle BFS 11)

* Differenz der Sterbeziffern zum Mittelwert des Zeitraums auf die Bevölkerung des jeweiligen Jahres umgerechnet

Differenzen der methodischen Ansätze visualisiert



Grafik 9-42 (Quelle BFS 9, 11)

Auf die Problematik der Übersterblichkeitsdiskussion angesichts eines unscharf definierten Konstrukts weisen Ioannidis et al. in einer Multiversum-Analyse zu den Übersterblichkeits-Schätzungen 2009–2021²¹, sowie Prof. O. Hirsch in seinem Buch „Hintergründe zum Konstrukt Übersterblichkeit“²² hin.

In Tabelle 9-21 wird die Berechnung der Differenzen aus Sterbefällen und den nach fünf Verfahren ermittelten Erwartungswerten dargestellt. Eine Visualisierung der Resultate findet sich in Grafik 9-42. Hier werden folgende Methoden gegenübergestellt:

1. Differenzen zur längerfristigen Trendprognose der Sterbefälle von 2010 bis 2019 (grün)

²¹ Levitt, M., Zonta, F. & Ioannidis, J. P. A.. Excess death estimates from multiverse analysis in 2009-2021. medRxiv : The Preprint Server for Health Sciences, 1–46. <https://doi.org/10.1101/2022.09.21.22280219>

²² Prof. Dr. O. Hirsch: Hintergründe zum Konstrukt Übersterblichkeit, ISBN-13 : 979-8387657382

2. Differenzen zum Mittelwert der rohen Sterberaten von 2016 bis 2019 (blau)
3. Differenzen zwischen Todesfällen und den Erwartungswerten des BFS (violett).
4. Differenzen aus den zur Jahresmitte 2022 altersstandardisierten Sterbeziffern zum Durchschnitt des Vergleichszeitraums von 2010 bis 2019 (orange).
5. Differenzen aus den zur Jahresmitte 2022 altersstandardisierten Sterbeziffern, zum Durchschnitt des Vergleichszeitraums mit niedrigsten Sterberaten von 2016 bis 2019 (rot).

Die absoluten Differenzen der methodischen Modelle als „Übersterblichkeit“ auszuweisen, zeigt sich als sehr problematisch, da die Resultate 2019, 2021 und 2022 je nach Methode zwischen Untersterblichkeit und Übersterblichkeit um bis zu 7'000 Sterbefälle differieren. Vergleiche hierzu die von Prof. Hirsch herausgestellten statistischen Fehlerquellen, die insbesondere in einer unzureichenden Standardisierung zur demografischen Entwicklung begründet sind.

Die Methodenmodelle 1 bis 3 orientieren sich am steigenden Trend der Sterbefälle, wogegen die auf altersstandardisierten Raten beruhenden Methoden 4 und 5 den fallenden Trend der sinkenden Sterberaten anzeigen, wie ihn auch das BFS in seiner Todesursachenstatistik 2020 belegt (s. Grafik 9-2). Dennoch orientiert sich die Prognoseberechnung des BFS am steigenden Trend der Sterbefälle, die starken Schwankungen ausgesetzt sind.

Wenn das Sterbegeschehen 2021 und 2022 trendbezogen als Übersterblichkeit ausgewiesen wird, verkennt dies, dass in beiden Jahren in der Mehrzahl der Altersgruppen gegenüber dem Zeitraum von 2010 bis 2018 sehr niedrige und sogar zehnmal niedrigste Sterberaten zu finden sind. Dies kann auch angesichts eines einzigen Maximalwertes der 25-29-Jährigen kein Kriterium für eine Übersterblichkeit sein. (vgl. Tabelle 9-17).

Methode 4 und 5 bilden die Differenzen der nach den Massstäben der WHO altersstandardisierten Sterbeziffern zu unterschiedlichen Bezugszeiträumen. Ein trendbestimmender Faktor der Entwicklung, nämlich die einschneidenden demografischen Veränderungen werden durch die Altersstandardisierung eliminiert und öffnen so den Blick für Veränderungen anderer Sterberisiken.

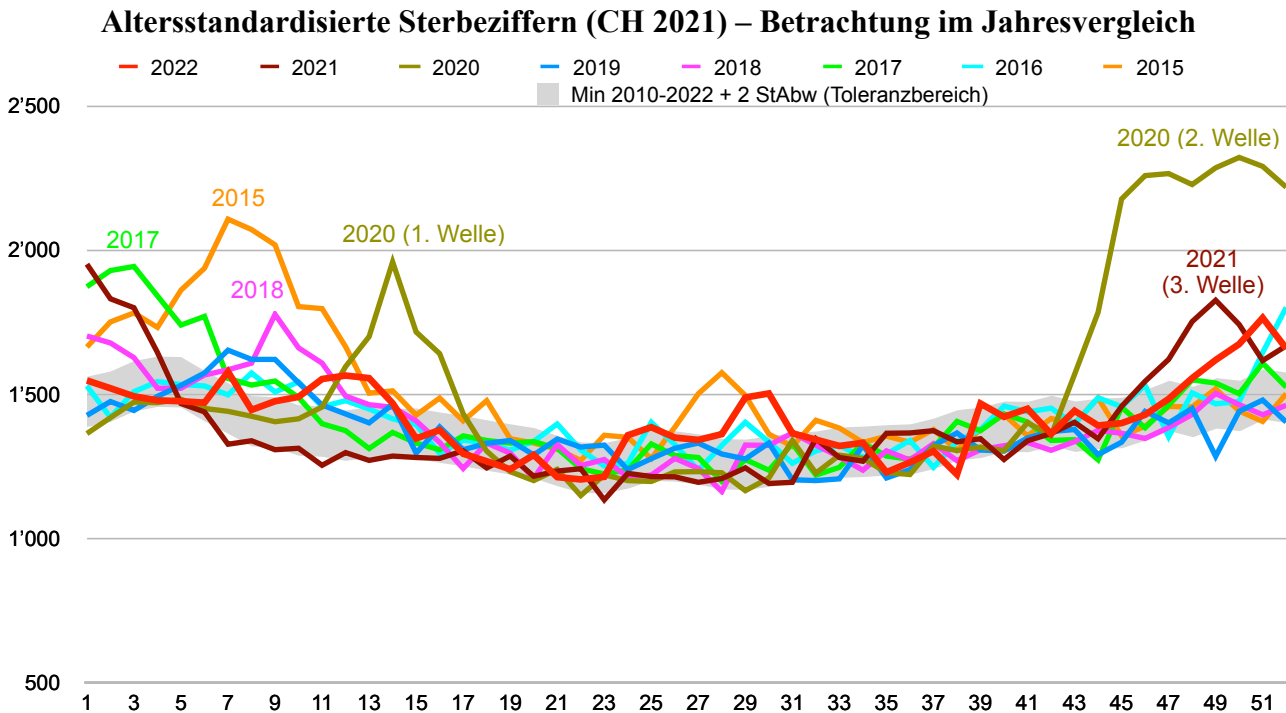
Methodenkritik: Spielball Erwartungsprognose

Die Trendentwicklung ist ein Ansatzpunkt für eine grobe Einordnung der Entwicklungstendenzen. Methodisch sehr problematisch ist, dass das BFS diesen methodischen Ansatz, auf dem seine Prognosen in groben Zügen bisher basierten, seit 2021 verlassen hat. Es fehlt so ein fester Bezugspunkt für eine realistische Gegenüberstellung von Prognosewerten und der tatsächlichen Entwicklung. Den Medien und der Öffentlichkeit gegenüber, die hierauf ihre Berichte aufbauen, müsste letztlich diesbezüglich eine Klarstellung zu den Fehlannahmen und methodischen Wechseln erfolgen, die das Sterbegeschehen wahlweise viel zu hoch oder normal erscheinen lassen.

Angesichts des fehlenden Konsens für eine stabile Methodik bietet sich als verlässlichste und wenig störanfällige Option der Vergleich der jährlichen Entwicklung mittels des **Rankings** der „Übersterblichkeitsdifferenzen“ an. Während methodenunabhängig der Zeitraum von 2017–2022 gleiche Rangstufen liefert, zeigt sich beim längerfristigen Vergleich ein Grundproblem: Die Trendmethodik suggeriert, dass das Sterbegeschehens der früheren Jahre niedriger liegt, wogegen die auf Raten basierende Altersstandardisierung klarstellt, dass die Sterberisiken sich verringert haben. Die standardisierte Einordnung der aktuellen Entwicklung zeigt klar, dass anteilig weniger Menschen verstorben sind. Unverständlich ist, dass das BFS diese Methodik nicht konsequent einsetzt und kommuniziert und Berechnungen auf die veraltete Standardpopulation von 1976 stützt.

10. Analyse des Sterbegeschehens pro Kalenderjahr oder saisonal?

Der folgende Exkurs zeigt, dass zum Vergleich der hohen winterlichen Sterbeverläufe eine saisonale Betrachtung zweckmässiger und zielführender ist als pro Kalenderjahr.

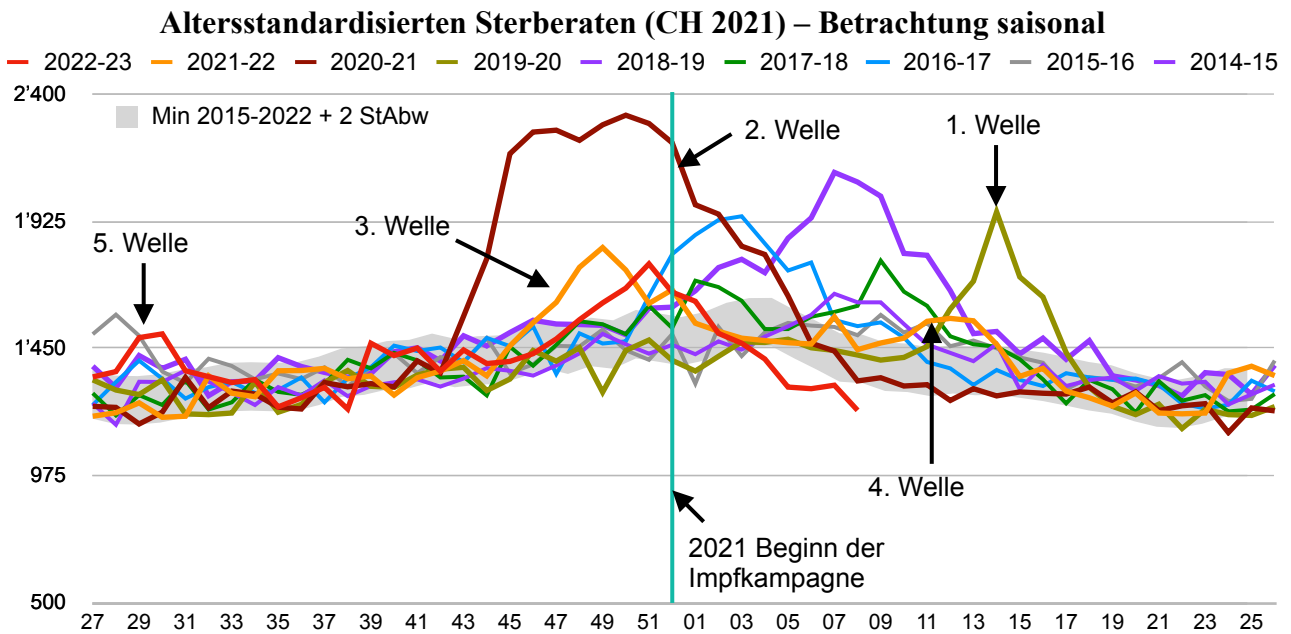


Grafik 10-1; (Quelle BFS 9, Stand: 07.03.2023)

Grafik 10-1 zeigt die jährlichen auf die Bevölkerung zur Jahresmitte 2021 (CH 2021, standardisierten Sterbeziffern von Kalenderwoche 1 bis 52 vor einem am Minimum der Vorjahre ausgerichteten grauen „Toleranzbereich“, der als angestrebte Orientierungsmarke für das erwartete Sterbegeschehen gelten kann. Nachdem auf das überhöhte Sterbegeschehen im Winter 2020/2021 von Kalenderwoche 07 bis 15 eine Phase mit weit unterdurchschnittlichem Sterbegeschehen folgt (dry tinder Effekt), orientiert sich dieser Toleranzbereich folglich auch hier an den überzeichnet niedrigen Minimalwerten. Dies lässt die Vorjahre 2016, 2019, 2021 und 2022 folglich überhöht erscheinen. Ein Effekt, der in der Folge des zu tief angesetzten Erwartungsbereiches auch in den Analysen des BFS zu beobachten ist, wie noch zu zeigen ist (vgl. Kapitel 11.3).

Der Verlauf der angesprochenen 2. Welle ist epidemiologisch sehr ungewöhnlich. In Kalenderwoche 48, wo sich sinkende Todesfallzahlen andeuten, baut sich ein erneuter Höhepunkt auf. Welche nicht medizinischen Massnahmen und fragwürdigen therapeutischen Ansätze hier Einfluss genommen haben dürften, bedarf eingehender Klärung.

Die folgende Grafik 10-2 zeigt die altersstandardisierten Sterbeziffern im saisonalen Vergleich in der Schweiz vom Sommer eines Jahres (Anfang Juli, Kalenderwoche 27) bis zum Sommer des Folgejahres (Ende Juni, Kalenderwoche 26). Es werden einheitlich 52 Kalenderwochen zusammengefasst. Die Altersstandardisierung erfolgt jeweils zur Schweizer Bevölkerung am 31.12.2021 (CH 2021, 31.12.2021) zur „Saisonmitte“. Hier wird das gesamte winterliche Sterbegeschehen trotz zeitlicher Verschiebungen vollständig zusammengefasst, wogegen die Jahressummen die winterlichen überhöhten Sterbekurven zu ungleichen Anteilen aufteilen. Die beiden ersten „Covid-19-Wellen“ in 2020 verteilen sich so auf zwei verschiedene Sterbesaisons.



Grafik 10-2; (Quelle BFS 9, Stand: 07.03.2023)

Es folgt die Berechnung der prozentualen Sterberaten der einzelnen 5er-Altersgruppen saisonal sowie die auf die Bevölkerung vom 31.12.2022 altersstandardisierten Sterbeziffern pro 100'000.

Die saisonale Auswertung (Juli bis Juni) stellt hier lediglich eine andere Betrachtungsweise vor, die ich explizit für diskussionswürdig halte, um die zeitlichen Verschiebungen und das „Zerschneiden“ des überhöhten Sterbegeschehens zum Jahreswechsel zu vermeiden. In der jährlichen statistischen Gesamtbilanzierung ist sicherlich weiterhin die Jahresbilanz unverzichtbar.

Sterbefälle, Sterberaten und Sterbeziffern pro Altersgruppe und Saison

verstorben	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
0-4 Jahre	332	357	329	364	364	361	341	354	326	326	346	319
5-9 Jahre	28	43	27	32	19	33	26	27	35	34	31	27
10-14 Jahre	31	33	31	29	40	31	27	40	34	26	34	31
15-19 Jahre	105	92	96	89	107	80	74	96	83	82	97	85
20-24 Jahre	155	183	135	134	151	148	126	142	161	154	136	142
25-29 Jahre	186	174	163	189	167	195	193	186	169	169	181	182
30-34 Jahre	233	242	201	230	227	218	209	218	205	183	221	246
35-39 Jahre	315	308	296	293	290	298	288	316	275	315	265	309
40-44 Jahre	594	562	529	510	479	423	410	452	433	413	393	413
45-49 Jahre	1'060	975	1'010	856	857	851	778	803	754	687	676	651
50-54 Jahre	1'391	1'428	1'415	1'470	1'418	1'442	1'447	1'356	1'305	1'273	1'304	1'227
55-59 Jahre	1'945	2'002	2'101	2'018	2'068	1'988	2'057	2'064	2'022	1'997	2'044	2'191
60-64 Jahre	2'959	2'910	2'896	2'750	2'777	2'722	2'681	2'788	2'774	2'758	3'007	2'993
65-69 Jahre	4'067	4'121	4'131	4'045	4'230	4'034	3'950	3'800	3'879	3'681	3'934	4'059
70-74 Jahre	4'862	4'855	5'008	5'142	5'529	5'552	5'582	5'617	5'631	5'882	6'069	5'813
75-79 Jahre	7'085	6'945	6'859	6'637	7'020	6'757	7'026	7'307	7'371	7'664	8'817	8'485
80-84 Jahre	10'181	10'233	10'221	10'115	10'462	10'115	10'239	10'144	10'025	10'026	11'288	10'791
85-89 Jahre	12'426	12'789	13'109	12'654	13'501	12'634	13'413	13'176	13'347	13'503	15'259	14'110
90+ Jahre	14'126	15'385	16'124	15'610	17'493	16'389	17'893	17'965	18'169	18'904	21'237	20'573
Σ verstorben	62'081	63'637	64'681	63'167	67'199	64'271	66'760	66'851	66'998	68'077	75'339	72'647
Einwohner	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13	31.12.14	31.12.15	31.12.16	31.12.17	31.12.18	31.12.19	31.12.20	31.12.21
0-4 Jahre	390'629	398'095	404'449	411'610	418'295	423'031	430'115	433'743	437'880	437'695	437'118	438'570
5-9 Jahre	383'054	385'863	390'062	397'741	404'759	413'257	420'456	426'484	430'304	435'348	439'685	445'334
10-14 Jahre	417'133	410'691	406'092	402'926	401'927	400'504	404'420	408'828	415'562	421'875	429'468	435'738
15-19 Jahre	451'619	447'894	442'704	441'234	438'771	438'711	436'475	431'439	425'712	422'280	420'030	423'256
20-24 Jahre	484'981	491'602	498'088	498'961	498'313	496'048	495'535	488'709	483'445	479'503	478'181	471'602
25-29 Jahre	521'352	527'804	532'258	543'207	551'444	560'587	568'581	572'817	569'288	565'847	559'953	556'130
30-34 Jahre	534'808	546'818	559'161	570'734	582'448	589'284	596'100	598'895	606'490	612'081	620'459	626'424
35-39 Jahre	558'919	553'890	554'086	559'571	566'720	579'210	590'339	600'727	608'706	617'095	622'771	628'533
40-44 Jahre	634'072	624'940	615'491	605'311	597'760	590'167	584'230	582'171	583'783	588'156	599'618	610'154
45-49 Jahre	650'915	662'507	667'709	668'254	662'100	654'245	644'679	633'596	620'649	610'169	601'859	595'385
50-54 Jahre	566'311	582'357	599'998	621'473	642'615	657'774	669'041	673'096	671'146	662'817	654'609	644'683
55-59 Jahre	486'836	499'696	512'120	527'148	543'463	560'277	575'812	591'887	610'732	630'020	644'500	655'329
60-64 Jahre	459'811	457'353	458'224	458'714	463'486	468'979	480'708	491'373	503'529	517'347	532'379	546'334
65-69 Jahre	397'242	411'009	420'165	427'426	430'556	433'593	430'368	429'492	427'996	430'612	434'914	444'883
70-74 Jahre	303'448	312'450	326'356	341'072	356'726	371'249	384'240	392'361	398'116	400'091	402'215	399'048
75-79 Jahre	256'058	259'407	261'434	265'528	269'582	273'343	281'899	294'176	307'537	321'427	334'252	345'401
80-84 Jahre	194'379	197'484	201'444	204'553	208'501	211'503	214'971	217'197	220'832	224'513	227'086	235'109
85-89 Jahre	120'722	123'024	125'002	127'339	130'154	133'393	136'470	139'897	142'816	146'278	147'174	150'238
90+ Jahre	57'845	61'778	64'217	66'829	70'046	71'971	75'111	77'242	80'004	82'879	84'029	86'640
Σ Bevölker.	7'870'134	7'954'662	8'039'060	8'139'631	8'237'666	8'327'126	8'419'550	8'484'130	8'544'527	8'606'033	8'670'300	8'738'791
Sterberaten	Berechnung der prozentualen Sterberaten pro Altersgruppe und Kalenderjahr									Pandemie-Saisons		
0-4 Jahre	0.085%	0.090%	0.081%	0.088%	0.087%	0.085%	0.079%	0.082%	0.074%	0.074%	0.079%	0.073%
5-9 Jahre	0.007%	0.011%	0.007%	0.008%	0.005%	0.008%	0.006%	0.006%	0.008%	0.008%	0.007%	0.006%
10-14 Jahre	0.007%	0.008%	0.008%	0.007%	0.010%	0.008%	0.007%	0.010%	0.008%	0.006%	0.008%	0.007%
15-19 Jahre	0.023%	0.021%	0.022%	0.020%	0.024%	0.018%	0.017%	0.022%	0.019%	0.019%	0.023%	0.020%
20-24 Jahre	0.032%	0.037%	0.027%	0.027%	0.030%	0.030%	0.025%	0.029%	0.033%	0.032%	0.028%	0.030%
25-29 Jahre	0.036%	0.033%	0.031%	0.035%	0.030%	0.035%	0.034%	0.032%	0.030%	0.030%	0.032%	0.033%
30-34 Jahre	0.044%	0.044%	0.036%	0.040%	0.039%	0.037%	0.035%	0.036%	0.034%	0.030%	0.036%	0.039%
35-39 Jahre	0.056%	0.056%	0.053%	0.052%	0.051%	0.051%	0.049%	0.053%	0.045%	0.051%	0.043%	0.049%
40-44 Jahre	0.094%	0.090%	0.086%	0.084%	0.080%	0.072%	0.070%	0.078%	0.074%	0.070%	0.066%	0.068%
45-49 Jahre	0.163%	0.147%	0.151%	0.128%	0.129%	0.130%	0.121%	0.127%	0.121%	0.113%	0.112%	0.109%
50-54 Jahre	0.246%	0.245%	0.236%	0.237%	0.221%	0.219%	0.216%	0.201%	0.194%	0.192%	0.199%	0.190%
55-59 Jahre	0.400%	0.401%	0.410%	0.383%	0.381%	0.355%	0.357%	0.349%	0.331%	0.317%	0.317%	0.334%
60-64 Jahre	0.644%	0.636%	0.632%	0.600%	0.599%	0.580%	0.558%	0.567%	0.551%	0.533%	0.565%	0.548%
65-69 Jahre	1.024%	1.003%	0.983%	0.946%	0.982%	0.930%	0.918%	0.885%	0.906%	0.855%	0.905%	0.912%
70-74 Jahre	1.60%	1.55%	1.53%	1.51%	1.55%	1.50%	1.45%	1.43%	1.41%	1.47%	1.51%	1.46%
75-79 Jahre	2.77%	2.68%	2.62%	2.50%	2.60%	2.47%	2.49%	2.48%	2.40%	2.38%	2.64%	2.46%
80-84 Jahre	5.24%	5.18%	5.07%	4.94%	5.02%	4.78%	4.76%	4.67%	4.54%	4.47%	4.97%	4.59%
85-89 Jahre	10.3%	10.4%	10.5%	9.9%	10.4%	9.5%	9.8%	9.4%	9.3%	9.2%	10.4%	9.4%
90+ Jahre	24.4%	24.9%	25.1%	23.4%	25.0%	22.8%	23.8%	23.3%	22.7%	22.8%	25.3%	23.7%
standard. Sterbeziffer	917.9	914.8	909.2	866.0	897.7	839.7	850.6	833.3	815.4	808.6	882.8	831.3
Rang	1	2	3	6	4	8	7	9	11	12	5	10

*1 = schlechtester Rang; 13 = bester Rang, Pandemiesaisons rot umrandet
Tabelle 10-1, (Quellen BFS 1, 9 – Stand: 07.03.2023)*

Der fünfte Gesamtrang der (Sterbeziffern Saison 2020-2021) entspricht dem Jahresabschluss 2020 und liegt im unteren Mittelfeld der Vorjahre.

Rangstufen der Sterberaten pro Altersgruppe & Änderung der Einwohnerzahlen

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Änderung Einwohner
0-4 Jahre	5	1	7	2	3	4	8	6	11	10	9	12	12.3%
5-9 Jahre	6	1	8	3	12	4	10	9	2	5	7	11	16.3%
10-14 Jahre	8	4	7	9	1	6	11	2	3	12	5	10	4.5%
15-19 Jahre	2	6	5	7	1	11	12	4	9	10	3	8	-6.3%
20-24 Jahre	4	1	10	11	5	7	12	8	2	3	9	6	-2.8%
25-29 Jahre	1	5	9	2	10	3	4	7	12	11	8	6	6.7%
30-34 Jahre	2	1	8	3	5	6	10	7	11	12	9	4	17.1%
35-39 Jahre	1	2	3	5	7	6	10	4	11	8	12	9	12.5%
40-44 Jahre	1	2	3	4	5	8	10	6	7	9	12	11	-3.8%
45-49 Jahre	1	3	2	6	5	4	9	7	8	10	11	12	-8.5%
50-54 Jahre	1	2	4	3	5	6	7	8	10	11	9	12	13.8%
55-59 Jahre	3	2	1	4	5	7	6	8	10	12	11	9	34.6%
60-64 Jahre	1	2	3	4	5	6	9	7	10	12	8	11	18.8%
65-69 Jahre	1	2	3	5	4	6	7	11	9	12	10	8	12.0%
70-74 Jahre	1	2	4	6	3	7	10	11	12	8	5	9	31.5%
75-79 Jahre	1	2	4	6	5	9	7	8	11	12	3	10	34.9%
80-84 Jahre	1	2	3	6	4	7	8	9	11	12	5	10	21.0%
85-89 Jahre	5	2	1	6	3	8	7	9	11	12	4	10	24.4%
90+ Jahre	5	4	2	8	3	11	6	9	12	10	1	7	49.8%

Tabelle 10-2; (Quelle Tabelle 10-1)

Das als Heatmap dargestellte Ranking der Sterberaten erhärtet den Verdacht, dass 2021-22 die verschlechterten Sterberaten der 20–34-Jährigen mit den Covid-19-„Impfstoffen“ zu tun haben können. Diese fokussieren sich deutlich auf das Kalenderjahr 2021, wo die 25-34-Jährigen im Kalenderjahr mit Rang 1 und 5 abschliessen. In der saisonalen Berechnung werden sie jeweils nur zur Hälfte erfasst, was zu den milderen Rängen 4 bis 6 führt. Ebenfalls auffällig ist, dass in der grossen Sterbewelle 2020/21 nur die über 90-Jährigen den schlechtesten 1. Rang einnehmen. Dies ist sicher die Altersgruppe, die besonders auf pflegerische Unterstützung und die Zuwendung ihrer Angehörigen angewiesen ist, und die aufgrund der massiven Massnahmen bedingten Beschränkungen und Besuchsverbote am stärksten beeinträchtigt war. Die Verbesserungen 2021/22 in allen Altersgruppen über 70 Jahren sind sicherlich insbesondere dem „dry tinder-Effekt“ anzurechnen. Dieser besagt, dass nach einer Übersterblichkeit eine Untersterblichkeit folgt, da die Schwerkranken dann bereits verstorben sind und sich die Lage erst einmal beruhigt.

Übersterblichkeitsberechnung saisonal

Jahr	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Mittel*
Einwohner	7'870K	7'955K	8'039K	8'140K	8'238K	8'327K	8'420K	8'484K	8'545K	8'606K	8'670K	8'739K	(St.-ziff. 2010-22↓)
standard. Sterbeziffer	917.9	914.8	909.2	866.0	897.7	839.7	850.6	833.3	815.4	808.6	882.8	831.3	863.9
Δ zum Mittel 2010-2019	54.0	50.9	45.3	2.1	33.7	-24.2	-13.3	-30.6	-48.6	-55.4	18.9	-32.6	[pro 100'000]
Über-/ Unterst.	4'246	4'047	3'642	170	2'777	-2'019	-1'123	-2'599	-4'151	-4'767	1'638	-2'851	Bezug 2010-22
Δ zum Mittel 2016-2019	83.2	80.1	74.5	31.3	62.9	5.0	15.9	-1.4	-19.4	-26.2	48.1	-3.4	834.7
Über-/ Unterst.	6'544	6'370	5'989	2'547	5'182	412	1'336	-122	-1'656	-2'254	4'170	-299	(↑St.-ziff. 2016-19)

Tabelle 10-3 – *mittlere Sterbeziffer 2010/11-2021/22, 2015/16-2019/20

Die Übersterblichkeits-Berechnung fällt, saisonal berechnet, geringer aus als pro Kalenderjahr, da die beiden Sterbewellen 2020 in zwei verschiedenen Saisons liegen.

11. Bewertung von Covid-19 in der Todesursachenstatistik 2020 und 2021

Covid-19 Todesfälle 2020 und 2021 gemäss BFS und BAG im Vergleich

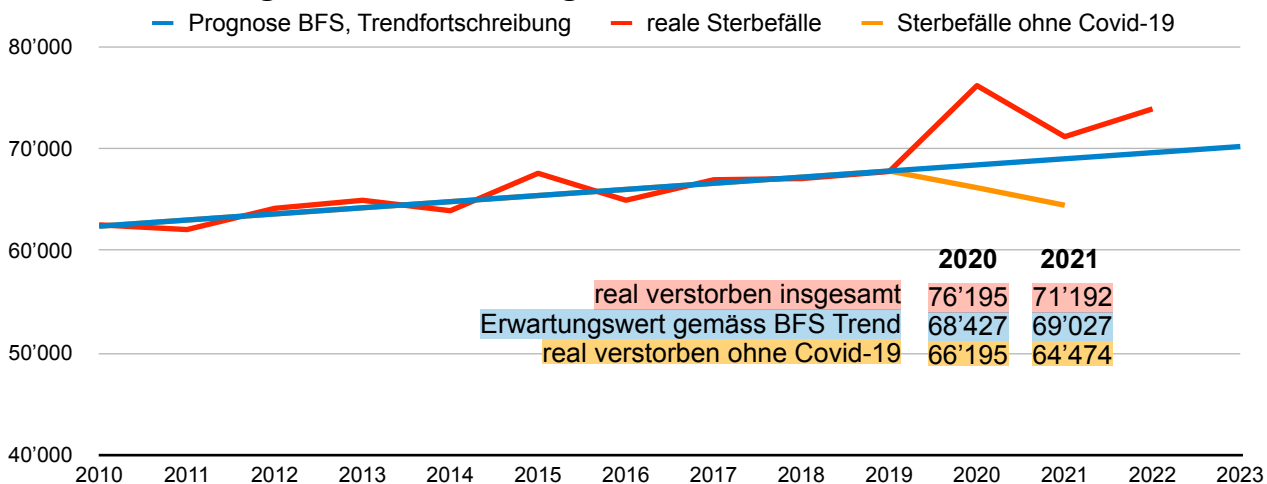
COVID-19 Sterbefälle nach Todesursachenstatistik (BFS) und Meldesystem (BAG), nach Monat, Altersgruppen	2020		2021	
	Jan. bis Dez. 2020 gesamt	Jan. bis Dez. 2021 gesamt	Jan. bis Dez. 2020 gesamt	Jan. bis Dez. 2021 gesamt
COVID-19 Sterbefälle der Schweizer Wohnbevölkerung (BFS)	10'000	6'718		
COVID-19 als Haupttodesursache ¹⁾	9'331	5'887		
Klinisch-epidemiologische Fälle ²⁾	168	51		
Laborbestätigte Fälle ³⁾	9'163	5'836		
davon Meldesystem	6'785	3'750		
Anteil COVID-19 als Haupttodesursache	93.3%	87.6%		
COVID-19 als Begleiterkrankung ⁴⁾	686	831		
Klinisch-epidemiologische Fälle	111	326		
Laborbestätigte Fälle	558	505		
davon Meldesystem	348	183		
Anteil COVID-19 als Begleiterkrankung	6.9%	12.4%		
COVID-19 Sterbefälle des Meldesystems (BAG)	7'593	4'329		
davon in der BFS Datenbank	7'133	3'933		
davon nicht in der BFS Datenbank ⁵⁾	460	396		

Provisorische Ergebnisse des Bundesamtes für Statistik (BFS), Stand der Daten vom 14.11.2022, Statistik aktualisiert am 20.12.2022

1) COVID-19 Haupttodesursache gemäss ICD-10 Kodierung des ärztlichen Todesursachenzertifikats
 2) Bei klinisch-epidemiologischen Fällen liegt ein klinisches Bild von COVID-19, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung vor.
 3) Wenn COVID-19 nicht ausdrücklich als Verdachtsdiagnose auf dem Todesursachenzertifikat angegeben ist (gem. WHO Richtlinien).
 4) COVID-19 Begleiterkrankung gemäss ICD-10 Kodierung des ärztlichen Todesursachenzertifikats
 5) BAG Fälle mit laborbestätigter COVID-19 Infektion, die den COVID-19 Fällen der BFS Datenbank aufgrund eines fehlenden gemeinsamen Identifikators nicht zugeordnet werden konnten.

Tabelle 11-1; (Quelle BAG 4, Stand: 14.11.2022)

Trenderwartungswerte nach BFS Prognose, reale Sterbefallzahlen mit und ohne Covid-19



Grafik 11-2 (Quelle: BFS 9, 11; Stand: 07.03.2023)

Im Jahr 2020 berechnet sich aus den Sterbeziffern eine „Übersterblichkeit“ zwischen 2'327 und 5'959 Todesfällen. Bringt man die 10'000 Todesfälle mit positivem Covid-19 Test von den Sterbefällen in Abzug bliebe für die übrigen Todesursachen ohne Covid-19 eine vermeintliche „Untersterblichkeit“ zwischen -7'673 und -4'011, die positive Covid-19 Tests offensichtlich Anleihe bei anderen Todesursachen nehmen.

Analog lässt sich auch 2021 angesichts der altersstandardisiert festzustellenden Untersterblichkeit belegen, dass Covid-19 Teil des „normalen“ Sterbegeschehens ist (s. Berechnung Seite 62).

Begleiterkrankungen zur „Haupttodesursache Covid-19“

			Begleiterkrankungen zu COVID-19 Hauptursache*		Anteil an gesamt		Begleiterkrankungen zu COVID-19 Hauptursache*		Anteil an gesamt	
	Anzahl 2019	[%]	Anzahl 2020	[%]	Anzahl 2021	[%]	Anzahl 2021	[%]		
Anzahl aller Sterbefälle	67'780		76'195		71'192					
Sterbefälle mit COVID-19 als Haupttodesursache			9'331	100.0	5'887	100				
davon mit mindestens einer Begleiterkrankung			8'981	96.2	5'645	95.9				
nur COVID-19			350	3.8	242	4.1				
Begleiterkrankungen ¹⁾²⁾										
Infektiöse Krankheiten	815	1.2	404	4.3	407	6.9				
Bösartige Tumore	17'192	25.4	920	9.9	658	11.2				
Diabetes mellitus	1'160	1.7	1'263	13.5	776	13.2				
Demenz	6'603	9.7	2'098	22.5	942	16.0				
Kreislaufsystem	19'901	29.4	5'724	61.3	3'983	67.7				
Atmungsorgane insgesamt	4'561	6.7	6'429	68.9	4'458	75.7				
davon:										
Grippe	282	0.4	0	0.0	0	0.0				
Pneumonie	1'253	1.8	3'445	36.9	2'360	40.1				
Chronische Bronchitis	2'026	3.0	667	7.1	399	6.8				
Astma	86	0.1	74	0.8	59	1.0				
Alkoholische Leberzirrhose	410	0.6	19	0.2	7	0.1				
Harnorgane	1'199	1.8	848	9.1	604	10.3				
Kongenitale Missbildungen	253	0.4	28	0.3	21	0.4				
Perinatale Todesursachen	160	0.2	0	0.0	0	0.0				
Äussere Ursachen (dabei Unfälle und Gewalt)	3'777	5.6	48	0.5	50	0.8				
Unerwünschte Nebenwirkungen bei Anwendung von COVID-19 Impfstoffen					0	0.0				
Summe Hauptkategorien	56'031		17'781		11'906					
Anteil COVID-19 als Haupttodesursache an allen Kategorien			12.2%		8.3%					

Provisorische Ergebnisse des Bundesamtes für Statistik (BFS), Stand der Daten: 05.08.2022

1) Ein COVID-19 Fall kann eine oder mehrere Begleiterkrankungen haben. Bei Begleiterkrankungen kann es sich sowohl um Vorerkrankungen als auch um Folgeerkrankungen handeln.

2) Anteil der Begleiterkrankungen in Prozent wird berechnet basierend auf allen Sterbefällen mit COVID-19 als Haupttodesursache.

Tabelle 11-2; (Quelle BFS 7, 8)

Von 9'331 „Sterbefällen mit Covid-19 als Haupttodesursache“ weisen 2020 fast alle (8'981) mindestens eine Begleiterkrankung auf. 350 Personen sind ausschliesslich „an Covid-19“ gestorben.

Die Zahl von 17'781 Begleiterkrankungen insgesamt, bei 8'981 „Sterbefällen mit mindestens einer Begleiterkrankung“, zeigt, dass die meisten "Covid-19-Sterbefälle" mit mehr als einer Begleiterkrankung verstarben.

Bei 67'780 Haupttodesursachen im 2019 werden nur 56'031 konkret mit entsprechender Todesursache ausgewiesen. Nicht erfasst bzw. nicht ausgewiesen sind somit 11'749 weitere Sterbefälle.

Der Anteil von Covid-19 am Gesamtsterbe geschehen ist 2021 gegenüber 2020 von 12.2% auf 8.3% gesunken, was angesichts der Übererfassung von Covid-19 sicherlich zusätzlich ein Ende der „Pandemie“ bestätigen dürfte.

Von 147'387 Todesfällen in 2020 und 2021 zusammen sind 592 nur mit positivem Test ohne Begleiterkrankung verstorben, was sich wohl früher unter der Kategorie „plötzlicher Tod“ mit ungeklärter Ursache in den Abrechnungen der Kliniken wiedergefunden haben dürfte.

12. Fragen zum Verhaltenskodex des Bundesamtes für Statistik

Verhaltenskodex²³ (gemäss Eigenverpflichtung des BFS)

„Peer Review 2023 / Die Grundsätze des Verhaltenskodex

Der Qualität wird in der öffentlichen Statistik seit jeher eine grosse Bedeutung beigemessen. Die Nutzerinnen und Nutzer sollen den Ergebnissen der öffentlichen Statistik vertrauen können. Der Verhaltenskodex für Europäische Statistiken (Code of Practice, CoP) definiert einheitliche Qualitätsstandards, welche für alle statistischen Ämter des Europäischen Statistischen Systems (ESS) verbindlich sind.

Die Einhaltung des Verhaltenskodexes wird durch Organe der EU sowie der statistischen Ämter des ESS mittels systematischer Selbstbewertungen und Überprüfungen durch Fachexperten – sogenannte Peer Reviews – überwacht. Eine Peer Review wird in der Schweiz und im BFS vom 20. bis 24. März 2023 stattfinden.

Bei ihrem Besuch im Frühling 2023 überprüfen Fachexpertinnen und -experten anderer europäischer Statistikämter das BFS und das Statistiksystem Schweiz auf ihre Qualität. Wichtigstes Element ist die Umsetzung der 16 Grundsätze des Verhaltenskodex.

Hier stellen wir Ihnen die 16 Grundsätze vor, aus denen der CoP besteht:

Grundsatz 1: Fachliche Unabhängigkeit

Die fachliche Unabhängigkeit der statistischen Stellen gegenüber anderen politischen, Regulierungs- oder Verwaltungsstellen sowie gegenüber den Akteuren des Privatsektors ist der Garant für die Glaubwürdigkeit der europäischen Statistiken.“

Frage: Wie ist sichergestellt, dass Berichte nicht mittels unnötiger Dramatisierungen oder Verharmlosungen zum Spielball politischer Propaganda werden? Ist die Pluralität kausaler Deutungsmöglichkeiten gewährleistet?

„Grundsatz Ibis: Koordinierung und Zusammenarbeit

Die nationalen statistischen Ämter und Eurostat gewährleisten die Koordinierung aller Aktivitäten für die Entwicklung, Erstellung und Verbreitung europäischer Statistiken auf der Ebene des nationalen statistischen Systems bzw. des Europäischen Statistischen Systems.

Die statistischen Stellen kooperieren aktiv innerhalb der Partnerschaft des Europäischen Statistischen Systems, um so die Entwicklung, Erstellung und Verbreitung europäischer Statistiken zu gewährleisten.“

Frage: Welche Kooperation besteht zwischen dem BFS, BAG und Swissmedic?

"Grundsatz 2: Mandat für Datenerhebung und Datenzugang

Die statistischen Stellen haben ein eindeutiges gesetzliches Mandat zur Erhebung von und bezüglich des Zugangs zu Daten aus vielfältigen Datenquellen für die Zwecke europäischer Statistiken. Verwaltungen, Unternehmen und private Haushalte sowie die Öffentlichkeit im weiteren Sinne können gesetzlich dazu verpflichtet werden, auf Anforderung statistischer Stellen für die Zwecke europäischer Statistiken den Zugriff auf Daten zu gewähren oder Daten zu liefern.“

Frage: In seinem Todesursachenbericht hebt das BFS die erheblichen Diskrepanzen seiner Zählung der Covid-19 Todesfallzahlen gegenüber dem Meldesystem des BAG hervor. Das BAG seinerseits

²³ BFS: Verhaltenscodex; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/bfs/verpflichtung-qualitaet/peer-reviews/verhaltenskodex.html>

hat die Berichte zum Impfstatus bei Fallzahlen, frühzeitig eingestellt und bei Hospitalisationen und Todesfällen zunehmend verschleiert. In den Bewertungen zur Übersterblichkeit durch das BFS gibt es keinerlei Bezüge zu Effekten der Impfkampagne, so dass sich die Frage nach einer unzureichenden Kooperation mit dem BAG stellt. Auch die Mängel in der Sicherheitsüberwachung der Impfstoffe durch Swissmedic legen die Frage nahe, ob es seitens des BFS hier Rückfragen gegeben hat.

„Grundsatz 3: Angemessene Ressourcen

Die den statistischen Stellen zur Verfügung stehenden Ressourcen reichen aus, um den aktuellen statistischen Erfordernissen Europas zu entsprechen.

Grundsatz 4: Verpflichtung zur Qualität

Die statistischen Stellen sind zur Qualität verpflichtet. Sie ermitteln systematisch und regelmäßig Stärken und Schwächen mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Outputqualität.

Grundsatz 5: Statistische Geheimhaltung und Datenschutz

Die Anonymität der Datenlieferanten, die Geheimhaltung ihrer Angaben, deren ausschliessliche Verwendung für statistische Zwecke und die Sicherheit der Daten sind unter allen Umständen gewährleistet.

Grundsatz 6: Unparteilichkeit und Objektivität

Die statistischen Stellen entwickeln, erstellen und verbreiten europäische Statistiken unter Wahrung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit und in objektiver, professioneller und transparenter Weise, wobei alle Nutzerinnen und Nutzer gleich behandelt werden.

Grundsatz 7: Solide Methodik

Qualitativ hochwertige Statistiken basieren auf einer soliden Methodik. Diese erfordert geeignete Instrumente und Verfahren sowie ein entsprechendes Know-how.“

Frage: Entspricht ein dreimaliger Methodenwechsel ohne plausible wissenschaftliche Begründung von 2021 bis 2023 den selbstgesetzten Qualitätsansprüchen?

„Grundsatz 8: Geeignete statistische Verfahren

Geeignete statistische Verfahren in sämtlichen statistischen Prozessen bilden die Grundlage für qualitativ hochwertige Statistiken.“

Frage: Ist das angewandte experimentelle Verfahren der Mortalitätsanalyse (MOMO) ein geeignetes Verfahren? Berücksichtigt es in ausreichender Weise die demografisch kalkulierbare Entwicklung und ihren Einfluss auf die Mortalität? Ist das aufwändige Verfahren zu überprüfen, wenn ein einfaches Trend-Regressionsmodell bessere Ergebnisse liefert als die jährlich angepassten Erwartungskorrekturen?

„Grundsatz 9: Vermeidung einer übermässigen Belastung der Auskunftgebenden (Respondenten)

Der Beantwortungsaufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zum Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer und ist für die Auskunftgebenden (Respondenten) nicht übermässig hoch. Die statistischen Stellen überwachen den Beantwortungsaufwand und legen Ziele für dessen schrittweise Verringerung fest.

Grundsatz 10: Wirtschaftlichkeit

Ressourcen werden effektiv eingesetzt.

Grundsatz 11: Relevanz

Die europäischen Statistiken entsprechen dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer.

Grundsatz 12: Genauigkeit und Zuverlässigkeit

Die europäischen Statistiken spiegeln die Realität genau und zuverlässig wider.

Grundsatz 13: Aktualität und Pünktlichkeit

Die europäischen Statistiken sind aktuell und werden pünktlich veröffentlicht.“

Frage: Ist es in einer Krisensituation zuträglich, wenn Todesursachenanalysen erst im übernächsten Jahr publiziert werden? Ist es zuträglich, wenn Zwischenmeldungen monatlicher Geburtenzahlen angesichts eines Einbruchs der Geburtenzahlen erhebliche Abweichungen zu finalen Daten aufweisen und bei monatlichen Updates nicht aktualisiert werden?

„Grundsatz 14: Kohärenz und Vergleichbarkeit

Die europäischen Statistiken sind untereinander und im Zeitablauf konsistent und zwischen Regionen und Ländern vergleichbar; es ist möglich, miteinander in Beziehung stehende Daten aus unterschiedlichen Datenquellen zu kombinieren und gemeinsam zu verwenden.“

Frage: Müsste angesichts der 12 mal geänderten Erfassungskriterien von Covid-19 Fällen und Todesfällen durch das BFS nicht geprüft werden, ob die Vergleichbarkeit im europäischen Datenerfassungssystem überhaupt bzw. noch gewährleistet ist?

„Grundsatz 15: Zugänglichkeit und Klarheit

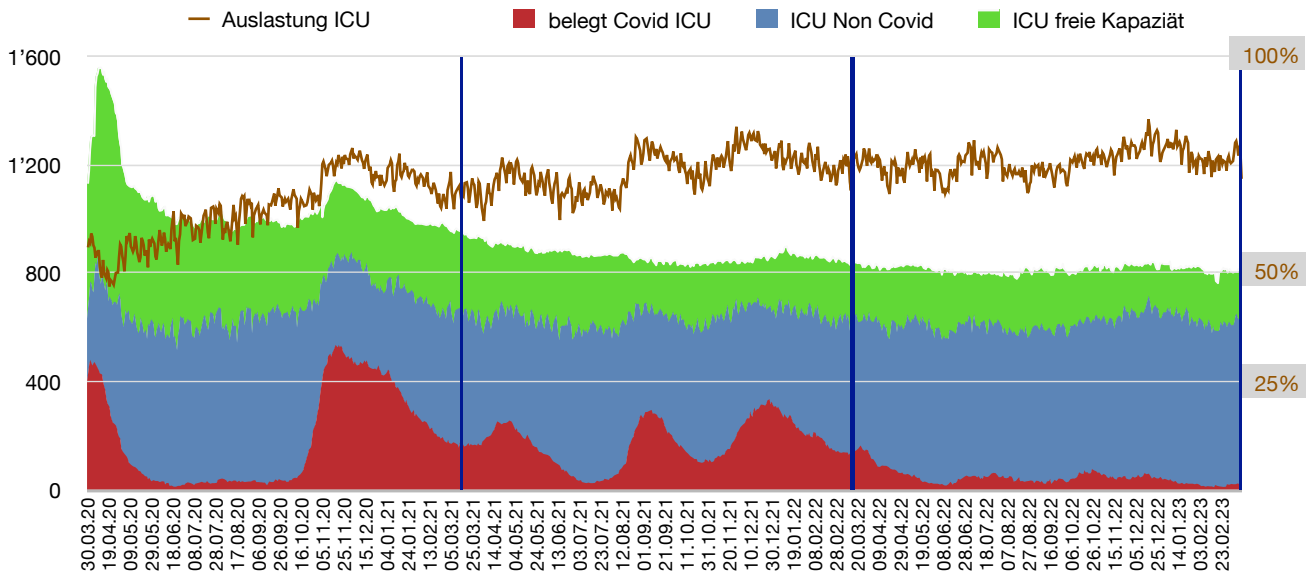
Die europäischen Statistiken werden klar und verständlich präsentiert, in geeigneter und benutzerfreundlicher Weise veröffentlicht und sind zusammen mit einschlägigen Metadaten und Erläuterungen entsprechend dem Grundsatz der Unparteilichkeit verfügbar und zugänglich.“

Frage: Welche Präferenzen erhalten zur Krisenbewältigung erforderliche Datenerhebungen und inwiefern wirkt das BFS auf kooperierende Behörden ein, diese Daten zu liefern? Welche Schritte führt das BFS durch, um wissenschaftlich sicherzustellen, dass Daten zu den Covid-19 Fällen auch einem tatsächlichen Krankheitsgeschehen zuzuordnen sind?

13. Auslastung der Spitäler

13.1. Auslastung der Intensivstationen

ICU Belegung, Kapazität und Auslastung in der Schweiz

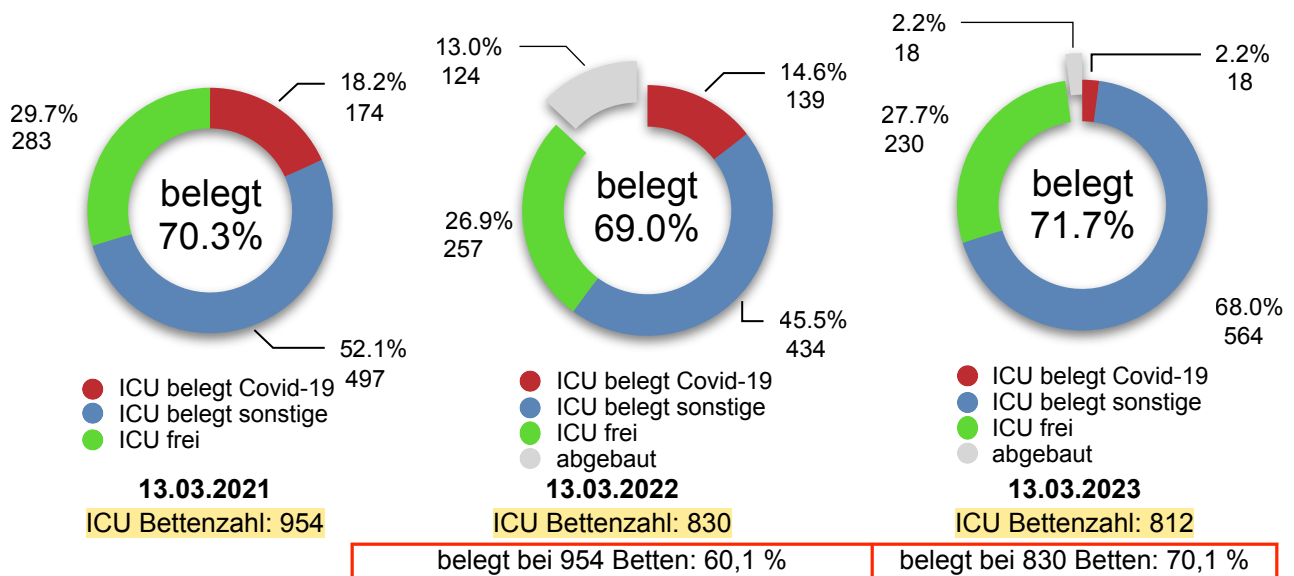


Grafik 13-1; (Quelle BAG 8)

Mittlere Auslastung:	71.5%
Auslastung am 13.03.23	71.7%
Maximal gemeldete Kapazität am 11.04.20	1'558
Bettenkapazität am 13.03.23	812
Abbau der ICU-Kapazität	47.9%
Kapazitätsanteil Covid-19 max. am 17.11.20	46.8%
Freie Kapazität am 17.11.20	24.5%
Kapazitätsanteil Covid-19 durchschnittlich	15.1%

Tabelle 13-1

Belegung der Intensivbetten (ICU) am 23. Januar 2022 und 2023



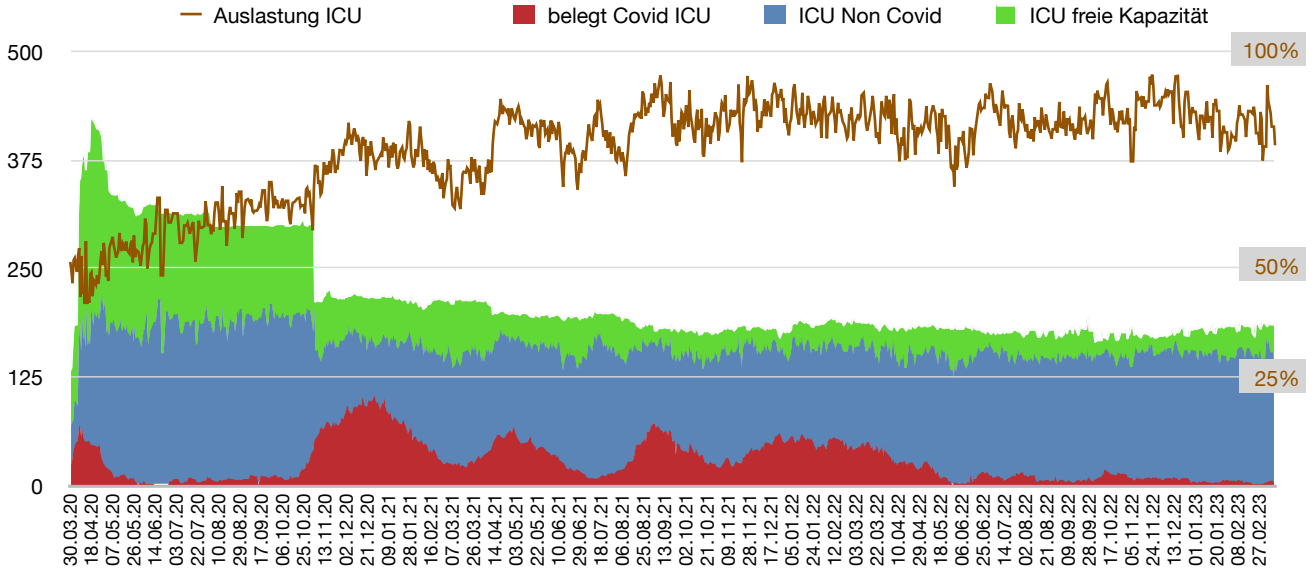
Grafik 13-2

Grafik 13-2

Grafik 13-3

Geringere Meldekapazitäten führten ab August 2021 zu höheren Auslastungsquoten die einer wirtschaftlichen Belegung der kostenintensiven Intensivbetten näher kamen. Bis zu diesem Zeitpunkt arbeiteten die Spitäler deutlich im defizitären Bereich. (70% Auslastung ICU)

ICU Belegung, Kapazität und Auslastung im Kanton Zürich

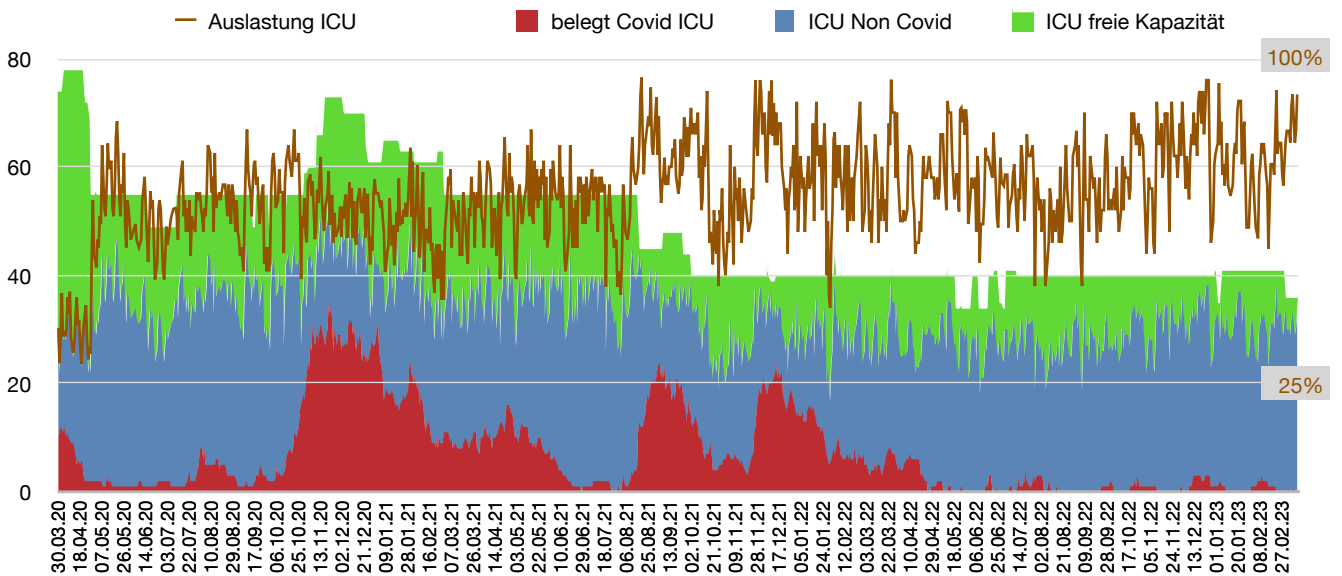


Grafik 13-4; (Quelle BAG 8)

Mittlere Auslastung:	77.5%
Auslastung am 13.03.23	78.4%
Maximal gemeldete Kapazität am 17.04.20	423
Bettenkapazität am 13.03.23	185
Abbau der ICU-Kapazität	56.3%

Tabelle 13-2

ICU Belegung, Kapazität und Auslastung im Kanton St. Gallen



Grafik 13-5; (Quelle BAG 8)

Mittlere Auslastung:	68.9%
Auslastung am 13.03.23	91.7%
Maximal gemeldete Kapazität am 03.04.20	78
Bettenkapazität am 13.03.23	36
Abbau der ICU-Kapazität	53.8%

Tabelle 13-3

Wirtschaftlichere Bettenauslastungen wurden in Zürich und St. Gallen durch schrittweisen Abbau der Kapazitäten erzielt. Auf Basis der angemessenen Auslastung wurde dann aber Panik geschürt.

Maximal gemeldete ICU-Bettenkapazität und Abbau bis zum 23.01.2023

Kanton	Mittlere Auslastung	Maximale Kapazität	Datum max. Kap.	Kapazität am 23.03.2023	mittlere Ausl. Covid	Abbau der Bettenkapazität	Abbau [%]
Obwalden	keine Intensivbetten verfügbar						
Appenzell IR	keine Intensivbetten verfügbar						
Thurgau	70.4%	62	08.04.20	16	17.0%	46	74.2%
Neuenburg	61.9%	31	03.04.20	10	16.4%	21	67.7%
Genf	66.5%	124	02.04.20	46	12.3%	78	62.9%
Tessin	59.7%	115	09.04.20	47	11.5%	68	59.1%
Wallis	75.6%	47	07.04.20	20	16.8%	27	57.4%
Glarus	61.3%	14	30.03.20	6	10.4%	8	57.1%
Zürich	77.5%	423	17.04.20	185	13.6%	238	56.3%
Jura	52.2%	13	11.04.20	6	14.8%	7	53.8%
St. Gallen	68.9%	78	03.04.20	36	13.6%	42	53.8%
Aargau	76.2%	75	14.04.20	35	17.5%	40	53.3%
Waadt	79.4%	185	06.04.20	88	18.0%	97	52.4%
Basel-Land	63.1%	28	30.03.20	14	13.3%	14	50.0%
Graubünden	62.4%	30	06.04.20	17	15.5%	13	43.3%
Solothurn	80.5%	27	25.11.20	16	20.3%	11	40.7%
Nidwalden	60.5%	10	01.04.20	6	16.2%	4	40.0%
Appenzell AR	49.9%	10	30.03.20	6	10.2%	4	40.0%
Freiburg	75.0%	38	31.03.20	24	18.1%	14	36.8%
Luzern	73.4%	83	11.04.20	54	13.4%	29	34.9%
Zug	64.6%	12	30.03.20	8	17.3%	4	33.3%
Schaffhausen	70.8%	12	30.03.20	8	19.2%	4	33.3%
Bern	70.1%	138	07.04.20	94	13.6%	44	31.9%
Basel-Stadt	71.7%	58	02.04.20	48	11.6%	10	17.2%
Schwyz	66.3%	13	09.07.20	13	13.6%	0	0.0%
Uri	37.0%	6	30.03.20	6	11.0%	0	0.0%
Schweiz	71.5%	1'558	11.04.20	812	14.4%	746	47.9%

Tabelle 13-4; (Quelle BAG 8)

In obiger Tabelle werden die ICU-Auslastungsdaten sämtlicher Kantone dargestellt. Überall ergibt sich das gleiche Bild von abgebauten Kapazitäten und nicht wirtschaftlicher mittlerer Auslastung.

Zeitliche Entwicklung der gemeldeten ICU Kapazitäten in den Kantonen

Kanton	23.04.2020	23.05.2020	23.01.2021	23.01.2022	23.01.2023
Aargau	56	52	50	49	38
Appenzell AR	10	10	6	6	6
Appenzell IR	keine Intensivbetten verfügbar				
Basel-Land	19	16	18	16	14
Basel-Stadt	54	50	50	48	52
Bern	122	102	108	97	92
Freiburg	24	24	24	23	24
Genf	124	44	59	50	46
Glarus	14	9	6	6	6
Graubünden	30	26	17	16	17
Jura	13	7	6	8	6
Luzern	80	69	51	45	55
Neuenburg	16	13	12	10	10
Nidwalden	6	6	4	6	5
Obwalden	keine Intensivbetten verfügbar				
Schaffhausen	12	8	8	6	8
Schweiz	1'437	1'069	999	862	825
Schwyz	12	11	10	11	12
Solothurn	20	18	25	16	16
St. Gallen	72	55	63	40	41
Tessin	93	45	73	69	58
Thurgau	52	38	38	25	15
Uri	6	6	6	6	6
Waadt	134	98	118	93	88
Wallis	47	31	25	24	20
Zug	10	10	8	8	8
Zürich	411	321	214	184	182

Tabelle 13-5; (Quelle BAG 8)

Die gemeldeten ICU-Kapazitäten lassen einen kontinuierlichen Rückgang der Kapazitäten um teilweise mehr als die Hälfte (Zürich) erkennen, wobei unklar ist, welche Rolle dabei überdurchschnittliche personelle Engpässe bzw. kurzfristige oder dauerhafte Ausfälle spielen. Hierüber gibt es keine Daten.

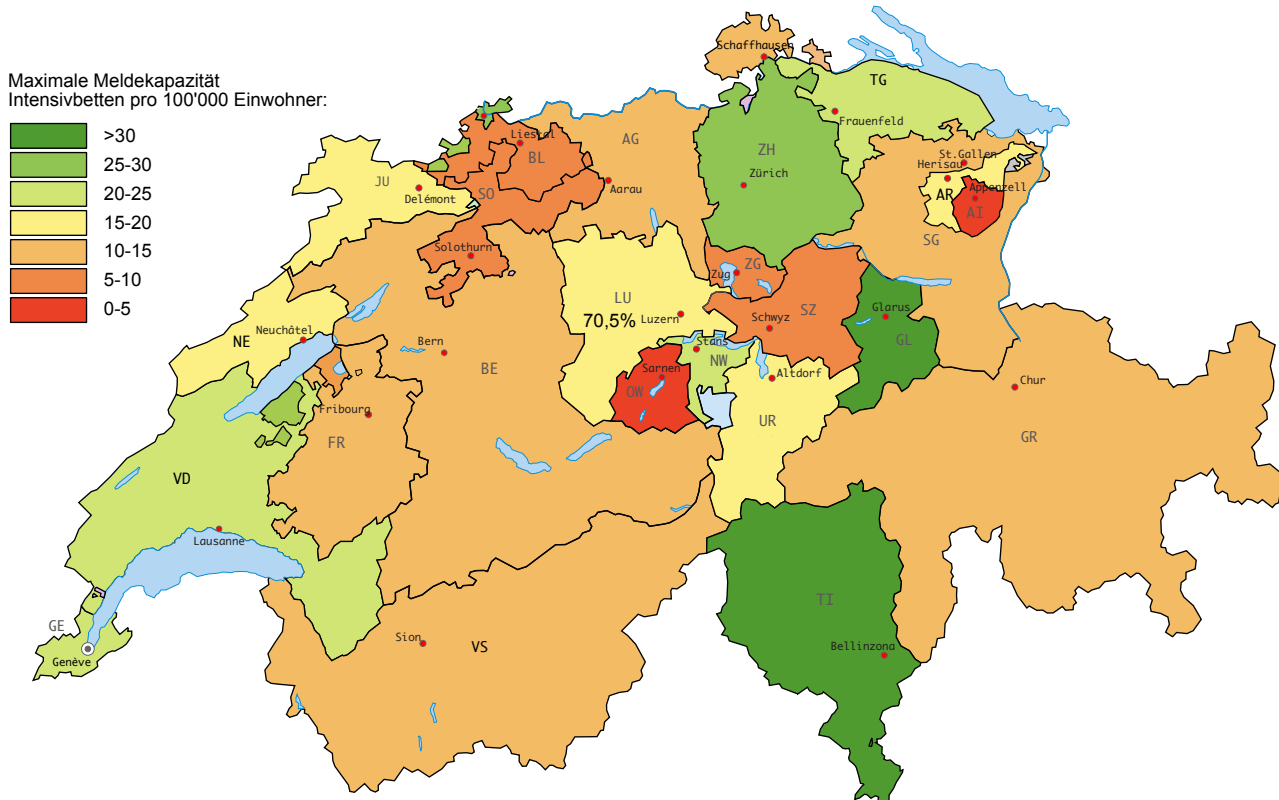
Versorgung der Bevölkerung mit Intensivbetten pro Kanton und 100'000 Einwohner

Kanton	Maximale Kapazität	Kapazität am 13.03.2023	Einwohner 3. Quartal 2022	pro 100'000 Einwohner maximal	pro 100'000 Einwohner 13.03.2023
Glarus	14	6	41'448	33.8	14.5
Tessin	115	47	353'675	32.5	13.3
Basel-Stadt	58	48	196'612	29.5	24.4
Zürich	423	185	1'575'902	26.8	11.7
Genf	124	46	512'932	24.2	9.0
Nidwalden	10	6	44'101	22.7	13.6
Waadt	185	88	826'380	22.4	10.6
Thurgau	62	16	288'581	21.5	5.5
Luzern	83	54	423'700	19.6	12.7
Appenzell AR	10	6	55'629	18.0	10.8
Jura	13	6	73'881	17.6	8.1
Neuenburg	31	10	176'441	17.6	5.7
Uri	6	6	37'262	16.1	16.1
Graubünden	30	17	201'665	14.9	8.4
St. Gallen	78	36	524'991	14.9	6.9
Schaffhausen	12	8	84'851	14.1	9.4
Wallis	47	20	355'571	13.2	5.6
Bern	138	94	1'050'229	13.1	9.0
Freiburg	38	24	332'636	11.4	7.2
Aargau	75	35	708'478	10.6	4.9
Solothurn	27	16	281'919	9.6	5.7
Basel-Land	28	14	293'921	9.5	4.8
Zug	12	8	130'151	9.2	6.1
Schwyz	13	13	163'882	7.9	7.9
Appenzell IR	keine Intensivbetten		16'365	0.0	0.0
Obwalden	keine Intensivbetten		38'523	0.0	0.0
Schweiz	1'558	812	8'789'726	17.7	9.2

Tabelle 13-6; (Quelle BAG 8)

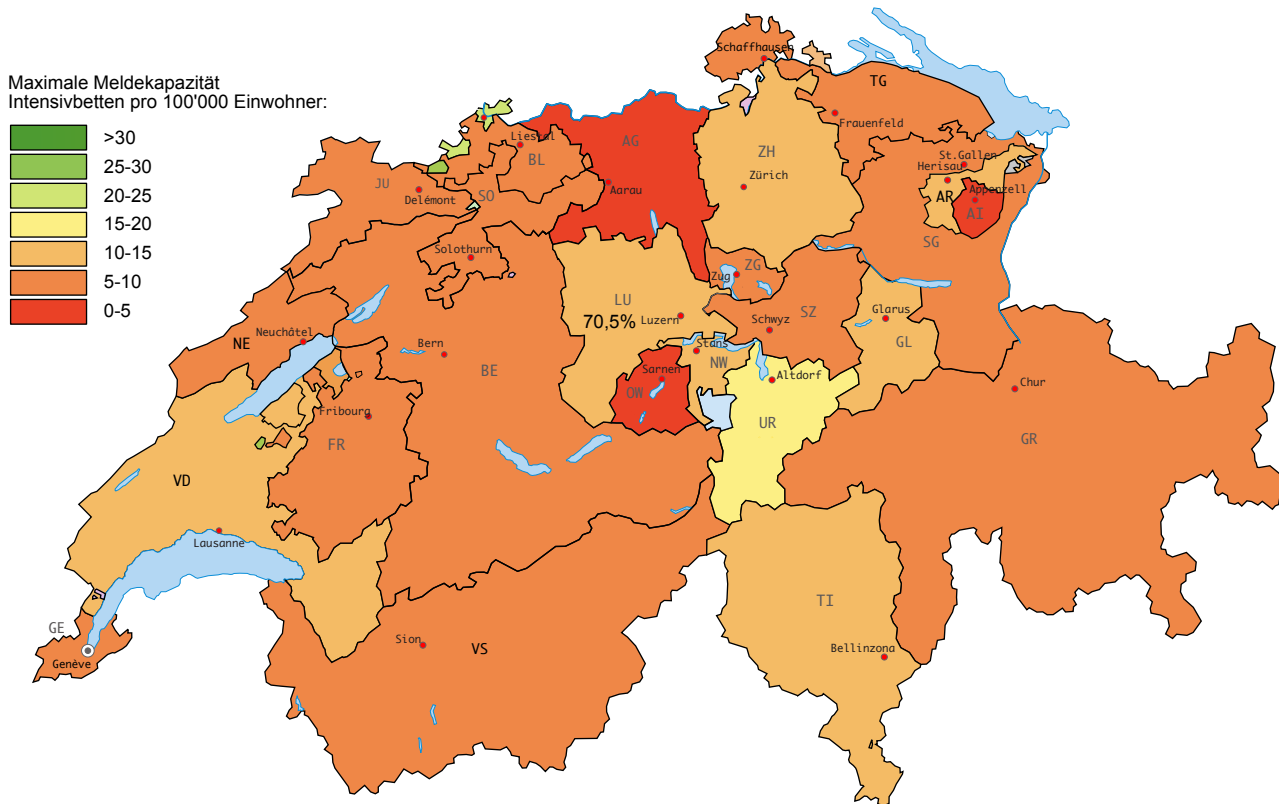
Wie sehr der Rückgang der Intensivbetten in die medizinische Notfallversorgung der Kantone eingreift, zeigen die Daten in obenstehender Tabelle, die auf der Folgeseite kartographisch dargestellt sind.

Anzahl der verfügbaren ICU-Betten pro 100'000 Einwohner gemäss maximalen Meldezahlen



Eigendarstellung RH, Daten siehe Tabelle

Anzahl der verfügbaren ICU-Betten pro 100'000 Einwohner gemäss Meldung von 13.03.2023



Eigendarstellung RH, Daten siehe Tabelle auf voriger Seite (Quellen BAG 8, BFS 15)

13.2. Auslastung der allgemeinen Betten in den Spitälern

Maximal gemeldete Bettenkapazität und Veränderung zum 23.01.2023

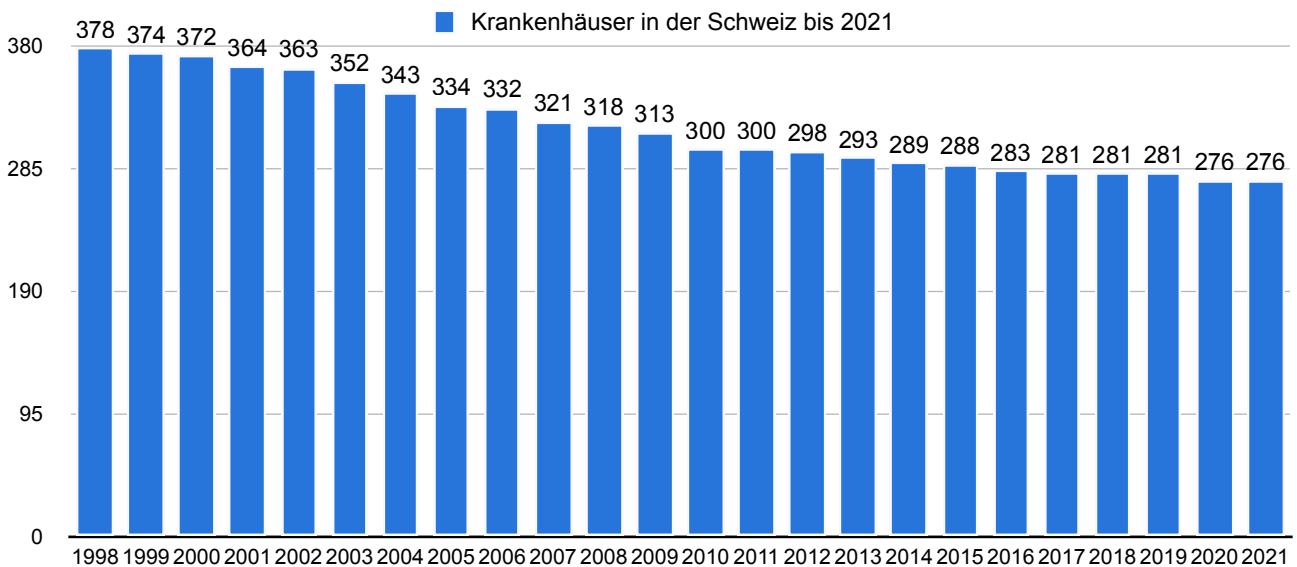
Kanton	Mittlere Auslastung	mittl. Ausl. Covid-19	Maximale Kapazität	Datum max. Kap.	Kapazität 13.02.23	Abbau der Kapazität	Abbau [%]
Aargau	70.7%	4.1%	1'476	06.11.20	951	525	35.6%
Appenzell AR	68.5%	1.7%	653	03.04.20	234	419	64.2%
Appenzell IR*	41.7%	8.1%	27	30.10.20	0	27	100.0%
Basel-Land	83.0%	3.8%	699	13.01.22	547	152	21.7%
Basel-Stadt	65.4%	2.6%	1'307	10.11.20	1'200	107	8.2%
Bern	72.7%	3.5%	3'738	08.12.20	2'962	776	20.8%
Freiburg	83.0%	4.7%	615	05.04.20	600	15	2.4%
Genf	65.9%	3.8%	3'100	08.11.20	2'470	630	20.3%
Glarus	78.1%	6.6%	101	30.03.20	74	27	26.7%
Graubünden	62.8%	3.0%	741	09.04.20	636	105	14.2%
Jura	77.6%	3.8%	323	30.03.20	323	0	0.0%
Luzern	75.4%	3.7%	1'872	30.05.21	927	945	50.5%
Neuenburg	81.9%	7.7%	490	12.11.20	404	86	17.6%
Nidwalden	72.9%	3.9%	96	10.04.20	82	14	14.6%
Obwalden	70.1%	3.9%	89	01.04.20	71	18	20.2%
Schaffhausen	82.8%	5.8%	212	24.11.22	204	8	3.8%
Schwyz	68.1%	4.3%	319	09.05.20	181	138	43.3%
Solothurn	84.5%	4.2%	587	01.04.20	467	120	20.4%
St. Gallen	71.6%	3.3%	1'379	31.03.21	1'041	338	24.5%
Tessin	75.7%	7.4%	1'225	03.04.20	802	423	34.5%
Thurgau	70.9%	8.4%	547	26.04.22	245	302	55.2%
Uri	64.5%	4.2%	81	04.06.20	66	15	18.5%
Waadt	75.0%	8.4%	2'042	09.09.22	1'963	79	3.9%
Wallis	77.6%	4.6%	1'053	02.11.20	900	153	14.5%
Zug	67.5%	3.4%	260	12.07.22	260	0	0.0%
Zürich	83.5%	3.6%	4'162	27.09.22	3'685	477	11.5%
Schweiz	74.6%	4.3%	22'344	09.04.20	18'325	4'019	18.0%

Tabelle 13-7 (Filter: nfp); (Quelle BAG 8)

* keine Kapazitätsmeldung mehr seit dem 04.06.2021 (2 Betten)

Der Kapazitätsabbau der allgemeinen Betten liegt schweizweit bei 18%. Dabei stellt sich die Frage, ob es sich um einen Bettenabbau, Klinikschliessungen oder um Meldungen handelt, die auf dem Fortgang bzw. erhöhten Krankenständen beim Pflegepersonal oder der Ärzteschaft basieren.

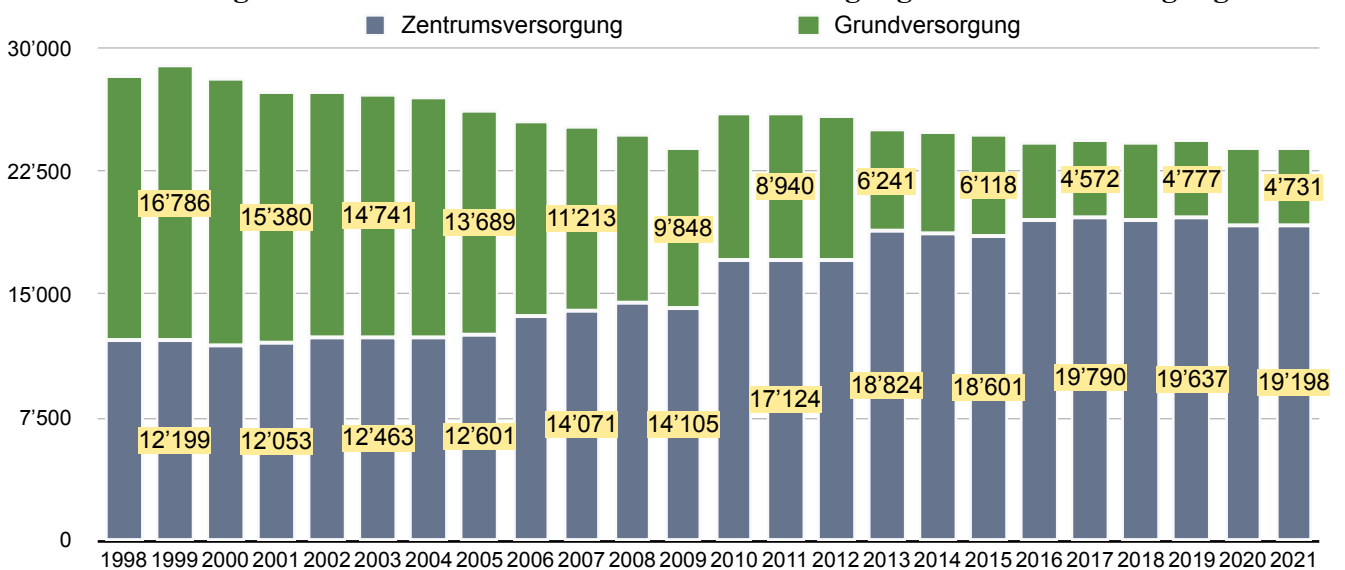
Anzahl der Krankenhäuser in der Schweiz in den Jahren von 1998 bis 2021



Grafik 13-6; (Quelle Statista²⁴)

Die Anzahl der Krankenhäuser in der Schweiz wurde von 1998 bis 2021 um 27% abgebaut bei einem Bevölkerungswachstum von 22.7%.

Betten in allgemeinen Krankenhäusern: Zentrumsversorgung und Grundversorgung



Grafik 13-7; (Quelle Statista²⁵)

2010 gibt es einen Bruch in den Zeitreihen durch die Umstellung des Systems auf Betonung der Zentrumsversorgung durch Unikliniken u.ä.

Als Zentrumsversorger gelten Spitäler, die mehr als 9000 stationäre Fälle pro Jahr behandeln und einen höheren Anteil an der Ausbildung leisten. Als Grundversorger gelten Spitäler, die ein Versorgungsniveau von 0-9'000 stationären Fälle pro Jahr behandeln.

Die Gesamtkapazität wurde von 28'985 im Jahr 1999 auf 23'929 im Jahr 2021 abgebaut.

²⁴ Statista: Anzahl der Krankenhäuser in der Schweiz in den Jahren von 1998 bis 2021; URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306939/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-der-schweiz/?locale=de>

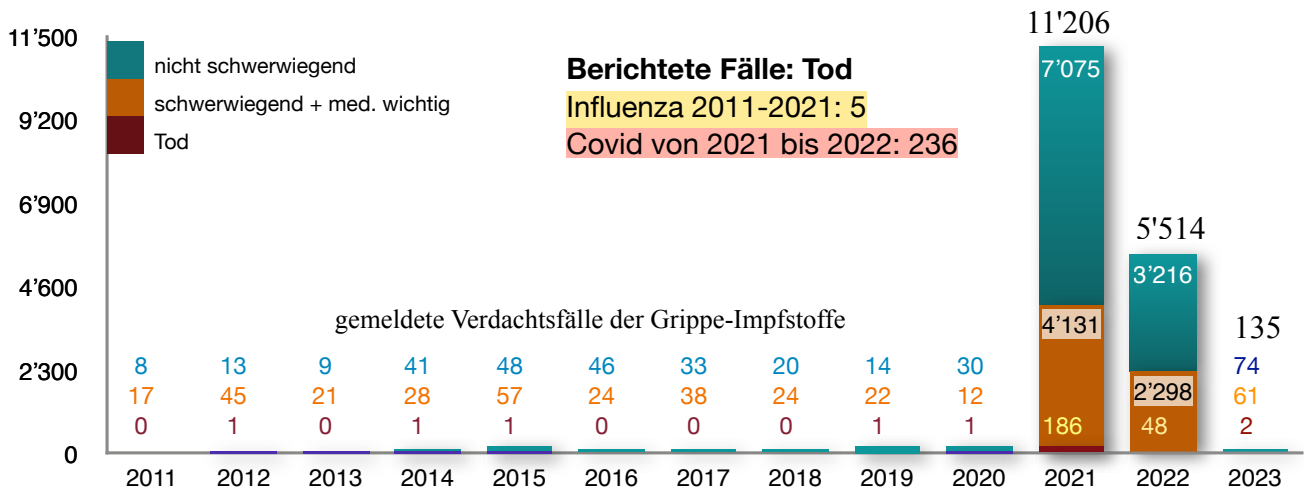
²⁵ Statista: Anzahl der Betten in Krankenhäusern in der Schweiz nach Typ von 2011 bis 2021; URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1009350/umfrage/betten-in-krankenhaeusern-in-der-schweiz-nach-typ/?locale=de>

14. Dokumentierte Impfnebenwirkungen

14.1. Swissmedic: Verdachtsmeldungen der Impfnebenwirkungen in der Schweiz

(Stand 22.02.2023, absolute Fallzahlen)

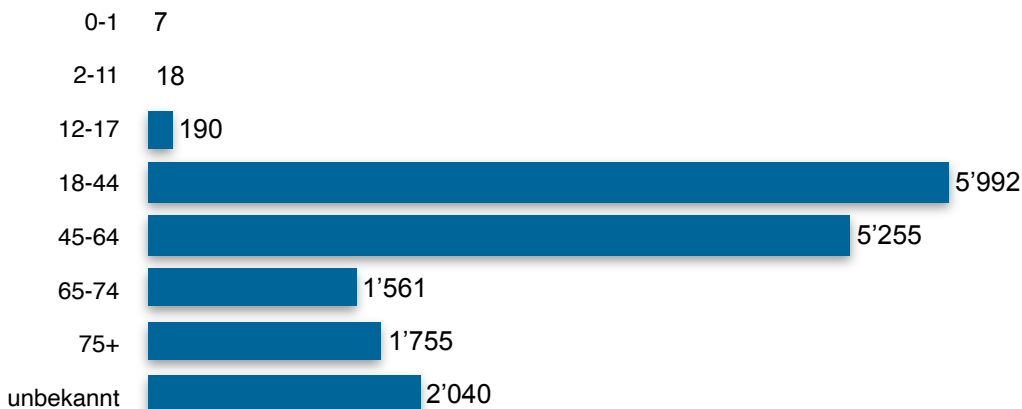
Von 2011 bis 2020 Nebenwirkungen der Grippe-Impfstoffe, ab 2021 nur Covid-19 mRNA „Impfstoffe“



Grafik 14-1; (Quelle Swissmedic-1)

- 16'855 Verdachtsmeldungen von 6'122'889 geimpften Personen
- 52'404 gemeldete Impfreaktionen, 3.11 Reaktionen pro Meldung

betroffene Altersgruppen der mRNA „Impfnebenwirkungen“ (Stand 24.02.2023)



Grafik 14-2; (Quelle Swissmedic-1)

Zu den betroffenen Altersgruppen ist anzumerken, dass hier der Anteil der jüngeren und mittleren Altersgruppen bei weitem überwiegt. Dies ist völlig entgegengesetzt zu ihrem Anteil an den schweren und tödlichen Covid-19 Fällen. Es werden offensichtlich die Altersgruppen dem hohen Risiko einer schweren bis tödlichen Impfnebenwirkung ausgesetzt, die am wenigsten bis überhaupt nicht vom Erkrankungsrisiko betroffen sind. 2'040 Fälle „unbekannter Altersgruppen“ deuten auf eine nachlässige Arbeitsweise hin, die zu einer verzerrten Darstellung führen (Bias).

In den saisonalen Grippeberichten gemeldete Nebenwirkungen der Grippeimpfung

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alle Verdachtsfälle	25	58	30	69	105	70	71	44	36	42	38
nicht schwerwiegend	8	13	9	41	48	46	33	20	14	30	35
schwerwiegend*	17	45	21	28	57	24	38	24	22	12	3
Todesfall	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0
Dosen**	1'150K	1'300K	1'070K	1'150K	1'250K	1'070K	1'150K	1'130K	1'180K	1'900K	1'650K
Dosen -10%	1'035K	1'170K	963K	1'035K	1'125K	963K	1'035K	1'017K	1'062K	1'710K	1'485K

Tabelle 14-1 (Quellen: Saisonberichte Grippe)

* Als „schwerwiegend“ werden die Kategorien „serious“ und „medically important“ zusammengefasst. „Eine Impfnebenwirkung wird als schwerwiegend («serious») bezeichnet, wenn sie ein Ereignis betrifft, das tödlich verlief, einen Spitalaufenthalt erforderte bzw. verlängerte, lebensbedrohlich war; eine beträchtliche oder bleibende Schädigung bewirkte oder eine angeborene Anomalie zur Folge hatte. Als medizinisch wichtig («medically important») wird eine Meldung eingestuft, wenn sie zwar die Kriterien für schwerwiegende Meldungen nicht erfüllt, aber ein aus medizinischer Sicht bedeutendes Ereignis betrifft. Alle anderen Meldungen werden als nicht-schwerwiegend («not serious») eingestuft (zum Beispiel selbstlimitierende unerwünschte Wirkungen mit vollständiger Erholung).“²⁶

** Es handelt sich um die gemäss Influenza Berichten des BAG ausgelieferten Dosen. Da die Ärzte nicht verimpfte Dosen bezahlen müssen, ist von einer hohen Nutzung der gelieferten Dosen auszugehen. Als Beispielrechnung wurden alternativ die anteiligen Quoten der Impf-Nebenwirkungen (AEFI – Adverse events following immunisation) bei Nichtnutzung von 10% der gelieferten Dosen berechnet.

Impfnebenwirkungen der Influenza- und Covid-19 Impfstoffe im Vergleich

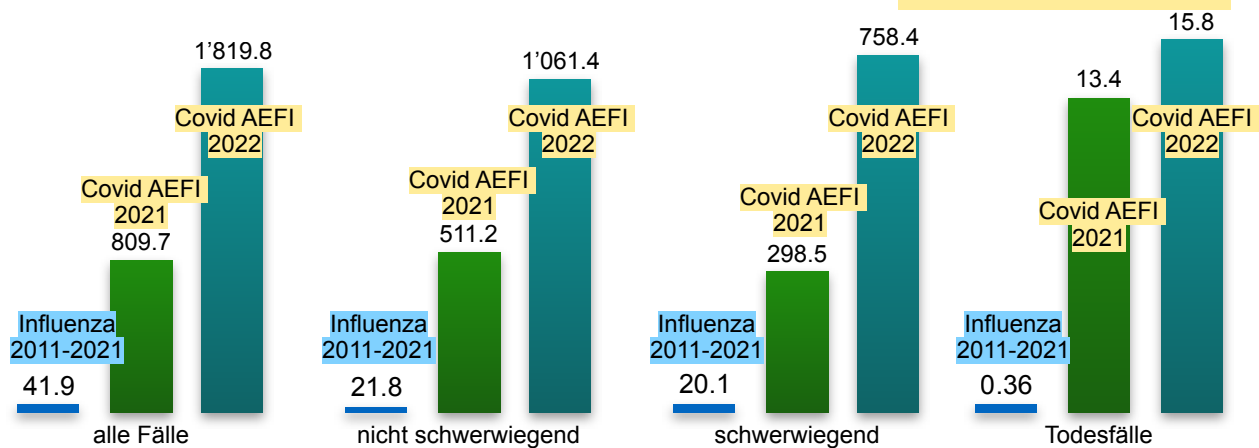
	Influenza 2011-2021	Influenza 2011-2021 Dosen -10%	AEFI Covid 2021	Steigerung zu Influenza: Faktor	AEFI Covid 2022	Steigerung zu Covid 2021
Alle Verdachtsfälle	588	588	11'206		5'514	
nicht schwerwiegend	297	297	7'075		3'216	
schwerwiegend	291	291	4'131		2'298	
Tod	5	5	186		48	
Impfdosen	14'000K	12'600K	13'840K		3'030K	
alle pro 1 Million Impfdosen	42.0	46.7	809.7	19.3	1'819.8	2.2
nicht schwerwiegend pro Mio	21.2	23.6	511.2	24.1	1'061.4	2.1
schwerwiegend pro 1 Million	20.8	23.1	298.5	14.4	758.4	2.5
Todesfälle pro 1 Million	0.36	0.40	13.4	37.6	15.8	1.2

Tabelle 14-2 (Quellen: BAG 16, Saisonberichte Grippe, Swissmedic-1)

Die Impfnebenwirkungen aller Verdachtsfälle haben sich im Vergleich zu 11 Jahren Grippeimpfung um den Faktor **19.3** erhöht, die schwerwiegenden Fälle um **14.9** und die Todesfälle um den Faktor **37.6** gesteigert. Im Folgejahr 2022 nach der grossen Impfkampagne 2021 hat sich der Anteil der Nebenwirkungen der Covid-mRNA „Impfungen“ pro Impfdosen mehr als verdoppelt.

²⁶ Swissmedic: Vaccinovigilance – Unerwünschte Ereignisse nach Impfungen 2020, S. 9; URL: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance/vaccinovigilance/vaccinovigilance-2020.html>

Impfnebenwirkungen der Covid-„Impfung“ zur Grippeimpfung pro 1 Million Impfdosen



Grafik 14-3 (Quellen: BAG 16, Saisonberichte Grippe, Swissmedic-1, Tabelle 14-2)

Im Vergleich mit den Grippeimpfstoffen finden sich starke sicherheitsrelevante Steigerungsraten.

14.2. Nimmt Swissmedic seine Verpflichtung zur Sicherheitsüberwachung wahr?

Datenverarbeitung und Veröffentlichung

Im 29. Update der Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz weist Swissmedic einerseits darauf hin, dass „laufend aktuelle und umfangreiche Daten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis erhoben werden können und Erkenntnisse über noch nicht bekannte Nebenwirkungen in die Arzneimittelinformationen aufgenommen werden.“ Mit breiter Brust aber ohne jeden Nachweis weist man auf die „zuverlässige Reduktion schwerer Verläufe der Covid-19-Krankheit“ hin, beteuert die „engmaschige Überwachung der Covid-19 Impfstoffe“ weiter zu führen, will aber **keine regelmässigen Updates der Sicherheitsberichte mehr veröffentlichen.**²⁷

Erkennung von sicherheitsrelevanten Signalen

Als geläufiges Format, mit dem Swissmedic tödliche „unerwünschte Reaktionen nach einer Impfung“ bearbeitet und veröffentlicht hat, können die beiden Fallanalysen aus dem Pharmakovigilance-Bericht 2020 angesehen werden:

Fall 1 (Grippe-Impfstoff 2020): „Ein in der Literatur beschriebener Fall betrifft ein Impfversagen (wirkungslose Impfung) der Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (HIB) bei einem 14-jährigen männlichen Patienten. Der Jugendliche entwickelte eine schwere HIB-Infektion, die zu einer akuten Ateminsuffizienz und einem Atemstillstand kurz nach der Spitaleinlieferung führte. Trotz intensivmedizinischer Massnahmen und Behandlungen verstarb der Patient 72 Stunden nach Einsetzen der Symptome. Die Autoren kommen zum Schluss, dass trotz der guten Immunogenität des HIB-Impfstoffs in seltenen Fällen eine Infektion beschrieben wird und ein Impfversagen möglich ist.“²⁸

Fragwürdige Interpretation? Ich halte es für fragwürdig, eine tödliche, mit dem Impfvorgang initial angestossene „unerwünschte Impfreaktion“ als Wirkungslosigkeit der Impfung bzw. Impfversagen zu bezeichnen. Es stellt sich nicht die Frage nach einem Ausbleiben eines „Grippe-Schutzes“, sondern welche Sicherheitsmängel dazu führten, dass der Impfstoff genau die Erkrankung auslöste, vor der er schützen sollte – Ein Phänomen, das den Covid-Impfungen ebenso

²⁷ Quelle: Swissmedic 1

²⁸ Swissmedic: Vaccinovigilance – Unerwünschte Ereignisse nach Impfungen 2020, S. 11

eigen ist. Das ist mehr als Impfversagen, sondern weist auf eine aktiv ausgelöste Fehlreaktion, ggf. auch auf eine ärztliche Fehleinschätzung zum Zustand des Patienten vor der Impfung hin.

Fall 2 (Covid-„Impfstoff“ 2020): „Ein weiterer tödlicher Fall trat bei einem 91-jährigen Mann nach Covid-19-Impfung auf. Dieser litt an einem Prostatakarzinom, einem AV-Block I. Grades, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Demenz und Harninkontinenz. Er entwickelte zudem eine Harnwegsinfektion und möglicherweise einen akuten septischen Zustand, der zu einer raschen allgemeinen Verschlechterung und schliesslich zum Tod dieses sehr betagten, polymorbiden Patienten führte. Es wurde keine Autopsie durchgeführt, da der tödliche Ausgang dieses Falles natürlichen Gründen zugeschrieben wurde.“²⁹

Ärztliches Fehlverhalten oder falsche Vorgaben von Swissmedic? Hier handelt es sich um den einzigen mir bekannten Fall, in dem Swissmedic mit gleicher Gründlichkeit wie bei jedem bisherigen Todesfall in Folge einer Impfung Bericht erstattete und eine Bewertung vornahm. Es stellt sich die grundsätzliche Frage, welchen Nutzen ein 91-jähriger Mann in dem beschriebenen Zustand ausgerechnet von einer Impfung – egal gegen welche Erkrankung – bekommen sollte? Solche Fälle sind wohl keinesfalls als Einzelfälle anzusehen, sondern wurden mir bereits wiederholt zugetragen. In Kombination mit Besuchsverbot und Maskenzwang stellt dies wohl die menschenunwürdigste Begleitung eines Menschen nach einem 91-jährigen Lebenswerke dar, und auch eine Impfkommmissionsbehörde, die Ausführungsanweisungen herausgibt, ist hier mit in der Verantwortung zu sehen.

Als äusserst problematische Entwicklung ist anzusehen, dass Swissmedic überhaupt keine Hintergrundberichte zu den 236 Todesfällen in Folge einer Covid-Impfung herausgibt, sondern sich mit dem folgenden Disclaimer aus der Affäre zu ziehen versucht, der vom ersten Fall in nahezu unveränderter Form jeden „Sicherheitsbericht“ begleitet:

„In 236 der schwerwiegenden Fälle wurde über einen Todesfall in unterschiedlichem zeitlichen Abstand zur Impfung berichtet. Die Verstorbenen waren im Durchschnitt 78,3 Jahre alt. Bei der vertieften Analyse dieser Fälle gab es auf Basis der jeweils vorliegenden Daten trotz einer zeitlichen Assoziation andere mögliche oder wahrscheinlichere Ursachen, die das Ereignis erklären können.“

Wenn bei bisherigen Aufarbeitungen von Todesfällen nach Impfungen zumeist auch nach einer Autopsie zur Abklärung gerufen wurde und alle Details minutiös zusammengetragen wurden, muss die pauschale Abwehr jedes Einzelverdachts als Verweigerung einer der Gesundheit des Schweizer Volkes verpflichteten „unabhängigen“ Behörde gesehen werden, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Hier ist nicht die Verantwortung für die Gesundheit sondern nur Rückendeckung für Pharmaunternehmen zu erkennen, die im Schnellverfahren befristete Zulassungen erhielten, welche nicht hinterfragt werden sondern um jeden Preis vor Zweifeln geschützt werden sollen – eine andere Motivation ist mir nicht erkennbar.

Die schon in Graphik 13-3 gezeigten schweren Sicherheitssignale 2021 werden in der Zusammenfassung zum zugehörigen Vigilance-Bericht 2021 auf Seite 5 lediglich einer „breit angelegten Covid-19-Impf- und Informationskampagne zugeschrieben, die zu einer Sensibilisierung gegenüber den neuen Covid-19-Impfstoffen in der Bevölkerung und bei den medizinischen Fachpersonen führte“ und folglich übersteigerte Meldungen verursacht habe.

²⁹ ebda, S. 11

Impfnebenwirkungen publiziert vom BAG als csv-Datei: Coronavirus: Situation Schweiz³⁰

COVID19VaccSymptoms

date	geoRegion	vaccine	severity	age_group	sumTotal	type	version
2022-04-05	CHFL	all	all	all	14'624	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	serious	all	5'491	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	not_serious	all	9'133	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	0 - 1	0	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	12 - 17	171	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	18 - 44	5'149	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	2 - 11	14	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	45 - 64	4'537	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	65 - 74	1'332	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	75	1'614	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	unknown	1'776	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	all	all	126	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	serious	all	59	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	not_serious	all	67	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	all	all	10'122	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	serious	all	3'394	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	not_serious	all	6'728	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	all	all	4'068	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	serious	all	1'867	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	not_serious	all	2'201	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	all	all	308	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	serious	all	171	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	not_serious	all	137	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49

Tabelle 14-3 (Quelle BAG 18)

- Letzte Aktualisierung vom 19.04.2022, Daten bis zum 5. April 2022
- Die Altersgruppen werden nicht nach Impfstoff differenziert
- Die „age_group“ unknown enthält 12.2% aller gemeldeten Impfnebenwirkungen und kann die gesamte Statistik der Altersgruppen auf den Kopf stellen.
- In 2.1% der Meldungen ist der Impfstoff als „unknown“ gekennzeichnet
- Von 7 Meldungen (07.03.2022) in der Altersgruppe **0-1 Jahr** werden am 08.03.2021 sechs Fälle wieder gelöscht. Der letzte verbliebene Nebenwirkungsfall wird letzten Berichtstag (05.04.2022) entfernt, so dass die Bilanz in der csv-Datei mit Null endet! Im aktuellen Bericht sind wieder sieben Fälle verzeichnet.
- In der Altersgruppe 2-11 Jahre kommt es zweimal zur Meldung: Am 08.03.2022 werden neun Fälle erfasst, am 05.04.2022 weitere fünf Fälle. Es gibt keine Streichungen.
- 171 Impfnebenwirkungen in der Altersgruppe 12-17 Jahre enthält die Datei bis zum 05.04.2022 – keine Löschungen, 18-44 Jahre: 5'149 Fälle, keine Löschungen, 45-64 Jahre: 4'537 Fälle, keine Löschungen, 65-74 Jahre: 1'332 Fälle, keine Löschungen

Dieser Bericht der Impfsymptome muss angesichts der aufgezeigten Mängel als verweigerte Sicherheitsüberwachung durch BAG und Swissmedic kritisiert werden.

³⁰ BAG: Covid-19 Schweiz – Informationen zur aktuellen Lage, Stand 21. Februar 2023, Daten als csv; URL: <https://www.covid19.admin.ch/api/data/20230221-lwzk1h05/downloads/sources-csv.zip>

14.3. Besondere Impfreaktionen und ihre Aufarbeitung

Von Impfnebenwirkungen betroffene Organsysteme in der Schweiz

Betroffenes Organsystem	Moderna	BioNTech	Janssen
General disorders and administration site conditions (10018065)	12'600	3'374	208
Nervous system disorders (10029205)	5'280	2'120	131
Musculoskeletal and connective tissue disorders (10028395)	3'428	1'258	81
Skin and subcutaneous tissue disorders (10040785)	5'065	884	41
Gastrointestinal disorders (10017947)	2'322	780	48
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders (10038738)	1'275	772	35
Cardiac disorders (10007541)	1'016	471	18
Infections and infestations (10021881)	1'036	890	32
Reproductive system and breast disorders (10038604)	783	338	16
Psychiatric disorders (10037175)	563	214	18
Vascular disorders (10047065)	550	303	11
Blood and lymphatic system disorders (10005329)	502	222	
Eye disorders (10015919)	439	202	23
Investigations (10022891)	388	216	12
Ear and labyrinth disorders (10013993)	329	165	14

Zum Impfstoff Nuvaxovid hat Swissmedic im ausgewerteten Zeitraum nur 7 Verdachtsmeldungen erhalten.

Tabelle 14-4; (Quelle Swissmedic 1)

Über **Myokarditis** und **Perikarditis** berichtet Swissmedic zuletzt im vorhergehenden Bericht vom 25.11.2022. Im aktuellen Bericht vom 24.02.2023 fehlen diese Hinweise vollständig. Bei 1'303 berichteten „Cardiac Disorders“ im Bericht vom 25.12.2022 muss man davon ausgehen, dass die 416 Myokarditis- und Perikarditis-Fälle hierin enthalten sind. Das entspricht 31.9% der berichteten kardiologischen Symptomkomplexe. Im aktuellen Bericht ist die Gesamtzahl der „Cardiac Disorders“ auf 1'958 Fälle gestiegen. Bei einem gleichbleibenden Anteil von Myokarditis und Perikarditis von 31.9% entspricht das einem Anstieg auf 625 Fälle dieser potenziell lebensbedrohlichen Impfkomplication. Hier ist von einer absichtlichen Vernebelung eines bedrohlichen Anstiegs von ca. 50% durch Swissmedic auszugehen, die im Gegensatz hierzu für eine Sicherheitsüberwachung und nicht eine Verschleierung von Risiken verantwortlich ist.

Im Bericht vom 25.11.2022 war von 416 Verdachtsfällen (94 Comirnaty, 306 Spikevax, 4 Janssen und 12 Fälle mit unbekanntem Impfstoff) die Rede. 300 Verdachtsfälle davon waren männlich. Es wurde berichtet, dass sie mehrheitlich wieder genesen seien, was umgekehrt hiess, dass ein unbekannter Anteil sich weiterhin in Behandlung befand. Über evtl. tödliche Verläufe liess man den Leser im Dunkeln. Im Vergleich zu den 188 europaweit gemeldeten Nebenwirkungen mit Myokarditis und Perikarditis bei über 14 Jahre verabreichten Grippeimpfstoffen, lag die Schweiz zum damaligen Zeitpunkt bereits um den Faktor 2.2 über dem für den gesamten europäischen Wirtschaftsraum gemeldeten absoluten Fallzahlen!

Die medizinischen Statistiken der Krankenhäuser zeigen dagegen folgendes Bild der Entwicklung von Myokarditis und Perikarditis, ermittelt anhand folgender Diagnosecodes:

ICD-10 Kode	
I400	Infektiöse Myokarditis
I401	Isolierte Myokarditis
I408	Sonstige akute Myokarditis
I409	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet
I514	Myokarditis, nicht näher bezeichnet

I300	Akute unspezifische idiopathische Perikarditis
I301	Infektiöse Perikarditis
I308	Sonstige Formen der akuten Perikarditis
I309	Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet
I310	Chronische adhäsive Perikarditis
I311	Chronische konstriktive Perikarditis

Tabelle 14-5; (Quelle BFS 10)

Hospitalisierungszahlen mit Myokarditis und Perikarditis in der Schweiz

0-14J Hospitalisierung mit Myokarditis und Perikarditis

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400		1	3		4	2	1
I401							
I408			1	1	2	2	3
I409	1	2	2	1	2		2
I514	2						
↑ Myokarditis ↓ Perikarditis							
I300	1						
I301	1	1	2		3	3	3
I308	4		3	1	1	4	3
I309		1	3		1	2	1
I310							
I311							
Summe	9	5	14	3	13	13	13

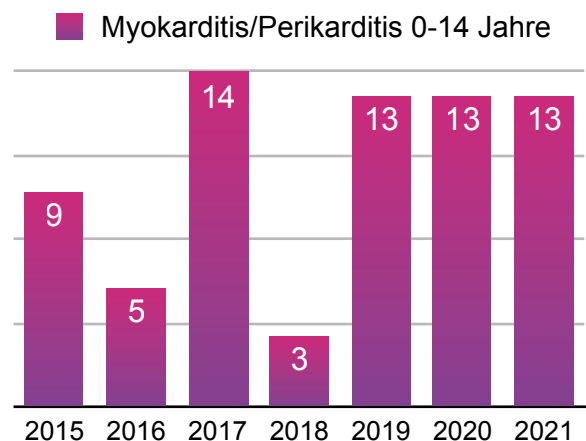


Tabelle 14-6, Grafik 14-4; (Quelle BFS 10)

In der jüngsten Altersgruppe gibt es keine auffällige Entwicklung der Fallzahlen.

15-38J Hospitalisierung mit Myokarditis und Perikarditis

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	16	21	10	19	13	11	20
I401	14	6	6	4	12	6	4
I408	14	44	20	20	21	14	60
I409	9	20	18	7	10	16	14
I514	5	22	6	7	10	7	7
↑ Myokarditis ↓ Perikarditis							
I300	7	28	15	14	16	12	13
I301	14	15	15	18	26	13	26
I308	12	19	12	18	26	7	22
I309	12	5	11	16	15	13	19
I310		4	8	18		0	
I311	14	10	22	4		14	22
Summe	117	194	143	145	149	113	207

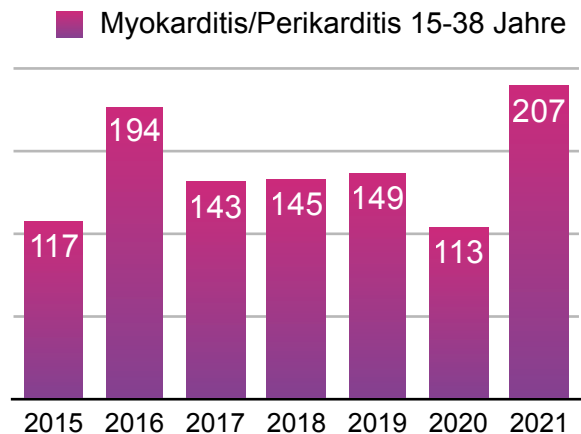


Tabelle 14-7, Grafik 14-5; (Quelle BFS 10)

Bei den jüngeren Erwachsenen bis 38 Jahre gibt es 2020 einen auffälligen Rückgang jeweils der sonstigen akuten Myokarditis und Perikarditis, die mit Aufnahmebeschränkungen und unterlassenen Untersuchungen und Abklärungen infolge der Pandemiemassnahmen zusammenhängen könnten. Dagegen steigt der ICD-10 Code I408 für die sonstige akute Myokarditis 2021 auf einen neuen Maximalwert.

40-69J Hospitalisierung mit Myokarditis und Perikarditis

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	29	24	34	30	42	30	33
I401	2	2	2	7	5	4	5
I408	23	26	27	33	49	49	82
I409	21	43	35	39	41	28	23
I514	19	26	16	31	27	26	30
↑ Myokarditis ↓ Perikarditis							
I300	43	24	44	57	56	42	70
I301	98	82	108	101	96	91	93
I308	50	55	56	50	70	58	59
I309	69	70	88	84	93	65	65
I310	2		3	2	2		4
I311	11	21	16	22	20	29	26
Summe	367	373	429	456	501	422	490

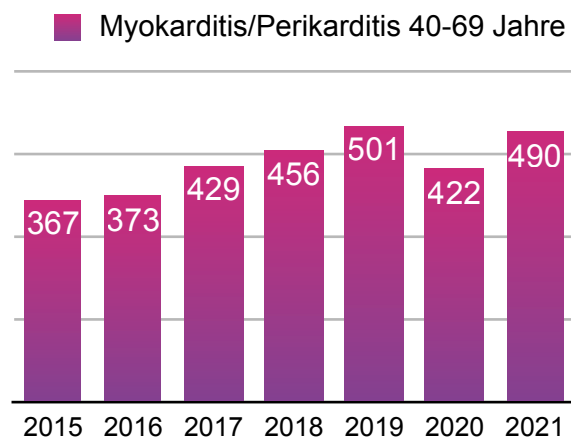


Tabelle 14-8, Grafik 14-6; (Quelle BFS 10)

In der Altersgruppe 40-69 Jahre betrifft der Rückgang 2020 insbesondere die nicht näher bezeichneten Perikarditiden (Code I308, I309). Dagegen steigt 2021 die Zahl der nicht näher bezeichneten Myokarditiden (I408) von 49 auf 82, was sowohl einen nachvollziehbaren Bezug zur Myokarditis nach Impfung wie ggf. auch nach Covid-19 Infektion andeuten könnte. Der tiefe Wert von 49 im Jahr 2020 spricht jedoch gegen ein erhöhtes Risiko von Myokarditiden aufgrund von Covid-19-Infektionen.

70+J Hospitalisierung mit Myokarditis und Perikarditis

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	5	7	5	7	9	13	8
I401	1		2				
I408	12	6	6	14	13	24	18
I409	9	8	8	8	5	10	7
I514	8	6	6	7	11	12	7
	↑ Myokarditis		↓ Perikarditis				
I300	19	23	21	18	35	25	41
I301	51	39	53	57	46	39	66
I308	36	23	33	35	46	39	55
I309	37	31	56	40	61	58	51
I310		3				2	1
I311	15	10	18	17	10	10	12
Summe	193	156	208	203	236	232	266

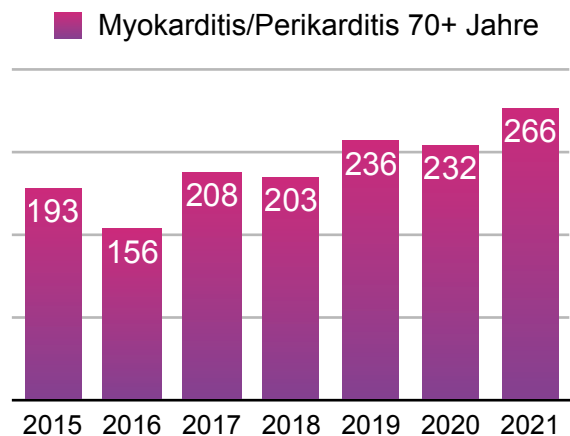


Tabelle 14-9, Grafik 14-7; (Quelle BFS 10)

In der höchsten Altersgruppe 70+ gibt es 2020 keinen nennenswerten Rückgang, dagegen finden sich 2021 insbesondere deutlich höhere Fallzahlen bei den unspezifischen, infektiösen und sonstigen akuten Perikarditiden (I300, 301 und I308). Im Kontext mit den Warnhinweisen an die Ärzte, den hohen gemeldeten Fallzahlen in der Schweiz und weltweit sind für alle Altersgruppen ab 15 Jahren Warnsignale zu erkennen – insbesondere bei den jüngeren Männern.³¹ Mangels einer erkennbaren Indikationsstellung für eine Impfung mit fragwürdigem „Nutzen“ müsste das einen sofortigen Stopp von Empfehlung und Zulassung bedeuten. Einzelne nordeuropäische Länder haben hierauf zumindest teilweise mit einem Stopp bzw. Ausschluss einzelner Gruppen reagiert.

Auch über Berichte von 600 Fällen von **Menstruationsstörungen** bei den Covid-19-Impfstoffen mit besonderer Häufung von schweren Menstruationsblutungen («heavy menstrual bleeding») wurde in der letzten Veröffentlichung noch mit dem Hinweis berichtet, dass sie geprüft würden und sogar die Aufnahme in die Produktinformationen geprüft würde. Zu einem absolut plausibel erscheinenden möglichen Zusammenhang zu den aussergewöhnlichen Geburtenrückgängen neun Monate nach der Impfung gab es keinen Hinweis auf entsprechende kausale Studien. Im Bericht vom 24.02.2023 ist auch dieses Thema verschwunden.³²

Meldungen zu Menstruationsstörungen³³

Seit Beginn der Impfungen gegen Covid-19 wurden Swissmedic etwa 600 Berichte über verschiedene Formen von Menstruationsstörungen gemeldet, darunter am häufigsten Fälle von verstärkten Blutungen («heavy menstrual bleeding»). Aufgrund dieser Meldungen und hierzu vorliegender Studienergebnisse wird derzeit eine Aufnahme dieser Reaktionen in die Produktinformationen der mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19 geprüft.

Ausführlich berichtet wird dagegen über das **Post-Vac-Syndrom**, wobei explizit Wert darauf gelegt wird, jeden kausalen Zusammenhang zur Impfung zu verwischen, indem zu den charakteristischen Symptomen mögliche Überlappungen zu Long-Covid, Myalgischem Enzephalomyelitis-/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufgeworfen werden. Wird hier scheinbar äusserste

³¹ Swissmedic: Warnhinweis Myokarditis; URL: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/health-professional-communication--hpc-/dhpc-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19.html>

³² Swissmedic: Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen - 28. Update; URL: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-18.html>

³³ Quelle: Swissmedic-1, Bericht vom 25.11.2022

Sorgfalt auf eine Abgrenzung der Krankheitsbilder geworfen, gilt zur Diagnosestellung Covid-19 das genaue Gegenteil. Dort zählt ein einfaches ungeklärtes Testergebnis, selbst eines Antigen-Schnelltests, als quasi „kausaler“ Nachweis von Covid-19. Hier wird mit doppeltem Boden „getrickst“ und fahrlässig mit der Gesundheit der anvertrauten gesamten Schweizer Bevölkerung bis zu den kleinsten Kindern ein makabres Spiel gespielt! Dies bedeutet eine Verweigerung der beauftragten Pharmakovigilanz.

Aus Sicherheitsüberlegungen, die Swissmedic aus Nebenwirkungen mit lebensbedrohlichen bis tödlichen **anaphylaktischen Schocks** zieht, resultiert lediglich eine Liste von optionalen „man sollte“ Handlungsaufforderungen an medizinisches Fachpersonal, an das die Verantwortung letztlich weitergereicht wird:

- *Vor der Impfung **sollten** Personen auf schwerwiegende allergische Reaktionen/Anaphylaxien in der Vergangenheit befragt werden sowie auf eine bekannte Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil der Impfung*
- *Allergische Rhinitis, Nahrungsmittelallergien und Asthma stellen keine Kontraindikation für die Impfung dar.*
- *Wenn keine schweren allergischen Reaktionen in der Vorgeschichte bekannt sind, **soll** nach der Impfung eine Beobachtung auf Überempfindlichkeitsreaktionen über einen Zeitraum von mind. 15 Minuten gewährleistet werden.*
- *Für Patienten mit Anaphylaxien in der Vorgeschichte oder bestimmten allergischen Vorerkrankungen gelten hinsichtlich Überwachung und Vorbehandlung **besondere Empfehlungen** der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie.*
- *Das Personal in den Impfzentren **muss** Symptome einer allergischen Reaktion/Anaphylaxie **erkennen und behandeln können**. Eine Notfallausrüstung zur Behandlung von Anaphylaxien (inkl. Adrenalin) muss zur Verfügung stehen.*
- *Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen durch medizinische Fachpersonen **ist sehr wichtig** für eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Arzneimitteln und Impfstoffen. Bitte nutzen Sie für Meldungen das Online-Portal ELViS (Electronic Vigilance System). Informationen dazu finden Sie unter www.swissmedic.ch/elvis.*

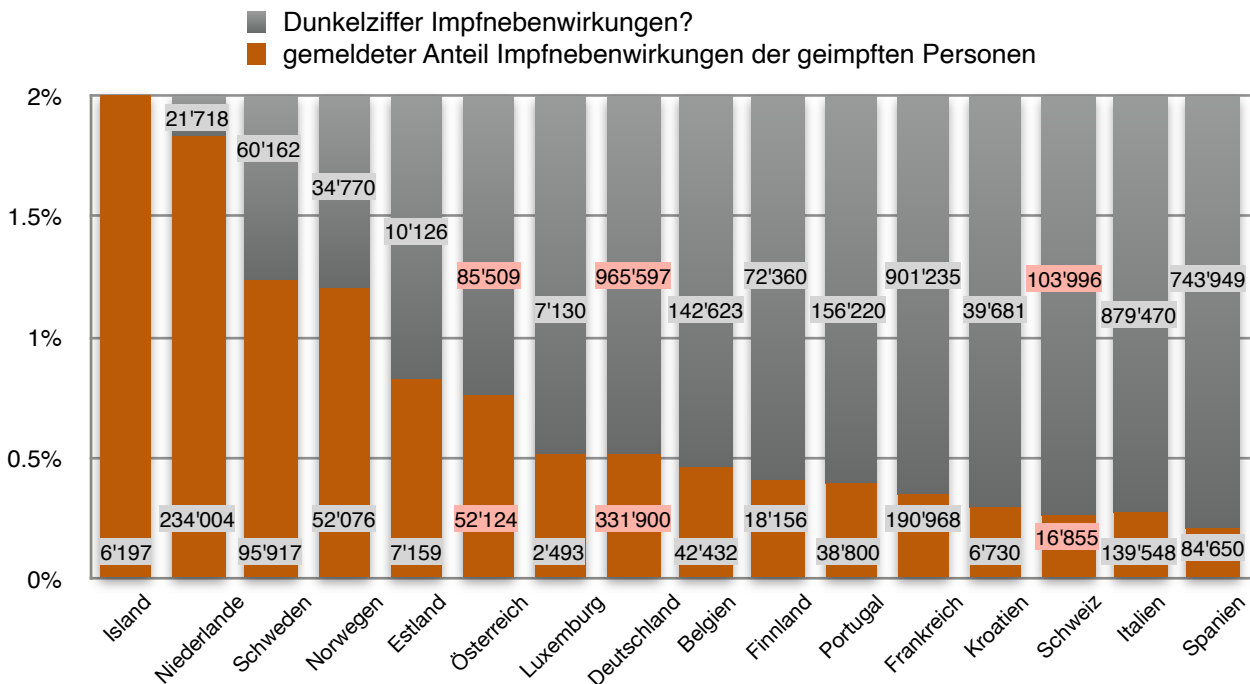
Diese Einschätzungen schieben ein schwerwiegendes Sicherheitsproblem auf die impfenden Ärzte ab, die sie im Massenimpfmodus nicht leisten und nicht leisten können. Eine Empfehlung gegen die Impfung wird den mit den Vorerkrankungen vertrauten Hausärzten nicht eingeräumt.

Auch zum Sicherheitsprofil des seit Kurzem auch in der Schweiz verimpften mRNA Impfstoff Covid-19 Vaccine Janssen gibt es von Swissmedic Hinweise für Fachpersonen die auf „seltene“ Nebenwirkungen wie Thrombosen, Thrombozytopenie-Syndrom, Kapillarlecksyndrom und Guillain-Barré-Syndrom hinweisen. Nicht auf eine Prophylaxe durch verstärkte Nutzen-Risiko-Abwägung wird hierbei Wert gelegt, sondern lediglich auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass bei bereits eingetretener Problematik „adäquate diagnostische und therapeutische Massnahmen eingeleitet werden können.“³⁴ Es gibt keinerlei Hinweise, die auch zu einer Sicherheitsabwägung im Rahmen einer angemessenen Risikoberatung beitragen könnten.

³⁴ Swissmedic: Hinweise für Fachpersonen zum Sicherheitsprofil des COVID-19 Vaccine Janssen; URL: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/hinweise-fachpersonen-sicherheitsprofil-covid-19-vaccine-janssen.html>

14.4. Vergleiche mit internationalen Meldesystemen

Dunkelziffer der Impfnebenwirkungen-Meldungen auf Basis der Quote Islands



Grafik 14-8 (Eigenberechnung)

Quelle: Jeweilige nationale Berichte über Impfnebenwirkungen aller einzelnen Länder

Auf der Basis des prozentualen Anteils der gemeldeten Impfnebenwirkungen (z. B. 2.0% in Island) wird davon ausgegangen, dass die Impfstoffe in den übrigen Ländern eine annähernd hohe Nebenwirkungsquote zeigen dürften. Dabei muss angenommen werden, dass ein erheblicher Teil der Nebenwirkungen nicht gemeldet wird. So wird die Dunkelziffer voraussichtlich nicht gemeldeter Nebenwirkungen aus der Differenz der prozentualen Meldequote und der erwarteten Quote von 2.0% errechnet und auf die Zahl der geimpften Personen hochgerechnet.

Dunkelzifferberechnung in Zahlen

Land	Nationales Berichtsdatum	Datum Impfstand	Geimpfte (mind. 1 Dose)	Meldungen Impfschäden	Meldungen in Prozent	Dunkelziffer in Prozent	Dunkelziffer Anz. Nebenw.
Island	27.01.23	16.12.22	309'770	6'197	2.00	0.00	0
Niederlande	08.01.23	27.11.22	12'775'557	234'004	1.83	-0.17	21'718
Schweden	05.01.23	24.11.22	7'813'302	95'917	1.23	-0.77	60'162
Norwegen	22.11.22	11.10.22	4'346'282	52'076	1.20	-0.80	34'770
Estland	30.09.22	19.08.22	865'499	7'159	0.83	-1.17	10'126
Österreich	31.12.22	19.11.22	6'895'915	52'124	0.76	-1.24	85'509
Luxemburg	06.12.22	25.10.22	481'772	2'493	0.52	-1.48	7'130
Deutschland	31.10.22	19.09.22	64'805'190	331'900	0.51	-1.49	965'597
Belgien	24.11.22	13.10.22	9'261'249	42'432	0.46	-1.54	142'623
Finnland	15.12.22	03.11.22	4'522'531	18'156	0.40	-1.60	72'360
Portugal	30.09.22	19.08.22	9'763'741	38'800	0.40	-1.60	156'220
Frankreich	12.01.23	01.12.22	54'620'299	190'968	0.35	-1.65	901'235
Kroatien	27.01.23	16.12.22	2'320'529	6'730	0.29	-1.71	39'681
Schweiz	24.02.23	22.02.23	6'042'534	16'855	0.28	-1.72	103'996
Italien	26.09.22	15.08.22	50'836'397	139'548	0.27	-1.73	879'470
Spanien	19.01.23	08.12.22	41'330'488	84'650	0.20	-1.80	743'949
Summe			276'991'055	1'320'009			4'224'548

Tabelle 14-10 (Eigenberechnung zu Grafik 14-8) – Dunkelziffer: Meldequote unter Island

Bemerkungen zur Unter- oder Übererfassung in der Datenbank EudraVigilance

Generell ist von einer sehr starken Untererfassung der tatsächlichen Nebenwirkungen auszugehen. Auch wenn in einzelnen Fällen über eine Nebenwirkung berichtet wird, die andere Ursachen als die Impfung haben kann, sprechen in vielen Fällen folgende Gründe für die lückenhafte Erfassung vieler Einzelfälle:

- Viele Länder haben seit der letzten Erfassung gar keine Daten mehr aktualisiert und die Abstände zwischen den Berichten immer wieder verändert, wie aus den Berichtsdaten zu entnehmen ist. Berichte aus Dänemark, der Slowakei und Tschechien waren am 18.02.2023 nicht mehr auffindbar.
- In Schweden gab es einen sehr hohen Anstieg von 59'000 auf ca. 95'000 Meldungen, auch bei den schweren Nebenwirkungen und den Todesfällen. Die Gründe für diesen Anstieg sind nicht bekannt.
- Der deutsche Bericht des Paul Ehrlich Instituts weist derzeit keine Todesfälle mehr aus und ist nur noch 6 Seiten lang (frühere Berichte umfassten über 40 Seiten).
- *„Swissmedic erhält seit geraumer Zeit viel weniger Verdachtsmeldungen als zu Beginn der Impfkampagne und publiziert vorläufig in der bisherigen Form keine regelmässigen Updates über Meldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19-Impfstoffe mehr. Die engmaschige Überwachung der Covid-19 Impfstoffe geht weiter; neue Erkenntnisse zu Risiken und Sicherheitssignalen der Impfstoffe wird Swissmedic auf den üblichen Kanälen (Webseite, DHPC) kommunizieren“.*³⁵
- In der Meldepflicht von Impfnebenwirkungen des Paul-Ehrlich-Instituts (Meldebogen, PDF) werden viele Nebenwirkungen wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe und Lymphknoten-Schwellungen von der Meldepflicht ausgeschlossen. Diese Aufstellung gilt als Richtlinie auch für Selbst-Meldungen und Meldungen von Angehörigen, die nicht der Meldepflicht unterliegen. Auch andere Länder haben ähnliche Regularien. Deswegen sind vermeintlich „leichte“ Nebenwirkungen nur selten in der Datenbank zu finden.
- Autoimmunerkrankungen, Störungen der Blutgerinnung und Nervenschäden entwickeln sich erst im Laufe der Zeit und werden oft nicht mit der Impfung in Zusammenhang gebracht.
- Im derzeitigen gesellschaftlichen Klima, das von Impfpropaganda und Corona-Angst geprägt ist, kann die Meldung aufgrund befürchteter Stigmatisierung unterbleiben.
- Die Meldung eines Todesfalls kann unterbleiben, wenn die Angehörigen in der Trauerphase nicht die Kraft dafür aufbringen, da es den Betroffenen auch nicht mehr lebendig macht.
- Meldungen werden aufgrund von formalen Fehlern gelöscht.
- Durch die enge Verflechtung von EMA, Pharmaunternehmen und Lobbyorganisationen ist die Unabhängigkeit der Datenhaltung nicht gesichert.

Typische Schätzungen der Erfassungsquote liegen zwischen 1% und 10%. Lazarus & Klompas schätzen die Erfassungsquote von Impfnebenwirkungen im Erfassungssystem der USA (VAERS)

³⁵ Zitat, Quelle: Swissmedic -1, Bericht vom

auf unter 1%.³⁶ Ein Review über 37 Studien kam auf einen Median von 6% Erfassungsquote (Quartile 2%, 18%).³⁷ Lasek et al.³⁸ schätzen, dass maximal 5% der schwerwiegenden Nebenwirkungen im Rahmen von Spontan-Erfassungssystemen gemeldet werden. Die folgende Tabelle gibt einen Eindruck von registrierten Fällen (Stand 28.8.2021), angenommenen Erfassungsquoten und den evtl. tatsächlichen Fallzahlen:

	Todesfälle	Ernste Nebenwirkungen
Registrierte Fälle	239	16'855
Bei 10% Erfassungsquote	2'390	168'550
bei 5% Erfassungsquote	4'780	337'100
Bei 1% Erfassungsquote	23'900	1'685'500

Tabelle 14-11 (Beispielrechnung zu Erfassungsquoten: Meldestand Schweiz vom 22.02.2023)

Weitere Details

Die Verdachtsfälle werden bei der EMA auch weltweit erfasst. Sie werden der EMA einerseits von den nationalen Behörden übermittelt (die natürlich nur Fälle innerhalb des EWR berichten), andererseits von den Herstellern. Die nationalen Behörden müssen schwere Fälle innerhalb von 15 Tagen melden, die restlichen innerhalb von 90 Tagen. Die Zeiträume gelten auch für die Hersteller, wobei die Verpflichtung für die Meldung ausserhalb der EU nur für schwere Verdachtsfälle gilt.³⁹ Aus diesen Abläufen ergibt sich eine Meldeverzögerung von durchschnittlich sechs Wochen zwischen Impfung und Registrierung einer Nebenwirkung in der Datenbank.

Bei den hier angegebenen Zahlen wird auf den Umstand geachtet, dass zu einer Person bzw. Fallmeldung mehrere Symptome verzeichnet sind, die jeweils beispielsweise als tödlich markiert worden sind. Im nationalen Bericht der Schweiz ist dies mit 3.16 Reaktionen pro Fallmeldung angegeben. Eine einzelne Symptommeldung ist zusätzlich mit weiteren Attributen versehen, z. B. die Dauer des Auftretens, der tödliche Ausgang, oder das Verschwinden des Symptoms.

Die Zahl der ernstesten Nebenwirkungen wird analog der Klassifizierung der Datenbank entnommen. Bei den Kategorien „Lebensbedrohlich“, „Krankenhausaufenthalt“ und „Behindernd“ werden die Fälle entfernt, die letztlich zu einem tödlichen Verlauf führten.

Der Terminus „Behindernd“ (Disabling) schliesst sowohl dauerhafte als auch temporäre Behinderungen ein, und kann auch „arbeitsunfähig“ bedeuten.

Die Zahl der geimpften Personen der EU-Länder wird vom European Centre for Disease Prevention and Control entnommen (als Zahl der als „Erste Dosis“ angegebenen Impfungen).

³⁶ Ross Lazarus, Michael Klompas: *Electronic Support for Public Health—Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS)*, Grant ID: R18 HS 017045 Final Report and Lazarus, Ross; Klompas, Michael; Campion, Francis X et al. (2009) *Electronic Support for Public Health: validated case finding and reporting for notifiable diseases using electronic medical data*. *J Am Med Inform Assoc* 16:18-24 .

³⁷ Lorna Hazell, Saad A W Shakir: *Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review* *Drug Saf.* 2006;29(5):385-96.

³⁸ Lasek R, Mathias B, Tiaden JD (1991) Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. *Dtsch Ärztebl* 88:173–176

³⁹ *EudraVigilance: electronic reporting*

Vergleich der Verdachtsmeldungen: Schweiz, europäischer Wirtschaftsraum, USA

	Schweiz* 22.02.2023			EMA** (europäischer Wirtschaftsraum) 25.02.2022			VAERS *** USA 25.02.2023		
Impfstoff	BioNTech	Moderna	Janssen	BioNTech	Moderna	Janssen	BioNTech	Moderna	Janssen
alle Verdachtsmeldungen	4'696	11'641	166	1'005'592	277'414	57'755	436'693	426'476	72'481
schwerwiegend	2'207	3'990	80	247'037	60'498	11'813	156'732	126'905	26'635
verstorben	236			8'639	1'192	342	7'596	7'355	1'956
geimpfte Personen	2'173K	3'862K	60K	199'260K	45'922K	5'676K	160'299K	100'649K	7'625K
Fälle / 1 Mio. Pers.	2'161	3'014	2'762	5'047	6'041	10'174	2'724	4'237	9'505
verstorben / Mio Pers	38.7			43.4	26.0	60.2	47	73	257
verimpfte Dosen	6'205K	10'625K	63K	562'525K	129'641K	16'025K	398'659K	250'311K	18'964K
Fälle / 1 Mio Dosen	757	1'096	2'619	1'788	2'140	3'604	1'095	1'704	3'822
Myokarditis + Perikarditis 22.11.22	94	306	4	20'931	5'890	394	14'408	4'393	324
verstorben	keine Erwähnung im Bericht			289	96	21	403	130	24
Fälle / 1 Mio. Pers.	43.3	79.2	66.6	105.0	128.3	69.4	89.9	43.6	42.5
verstorben / Mio				1.5	2.1	3.7	2.5	1.3	3.1
Fälle / 1 Mio Dosen	15.1	28.8	63.1	37.2	45.4	24.6	36.1	17.6	17.1
† pro 1 Mio Dosen	35.7	0.9		0.51	0.74	1.31	1.01	0.52	1.27
Myo- / Perikarditis				AEFI Influenzaimpfungen seit 2003			AEFI Influenzaimpfungen seit 1990		
Impfdosen Influenza	In der Schweiz finden sich nur wenige Einzelmeldungen			963'331'696			2'969'820'000		
Fälle Myo/Perikarditis				188			347		
† Myo-/Perikarditis				14			30		
Fälle / 1 Mio Dosen				0.195			0.117		
† pro 1 Mio Dosen				0.015			0.010		
Fälle Covid:Influenza	(jeweils pro 1 Million Impfdosen)			190: 1	232: 1	125: 1	309: 1	150: 1	146: 1
† Covid : Influenza				35: 1	50: 1	90: 1	100: 1	51: 1	125: 1
starke Menstruationsblutung				7'006	1'122	140	3'408	960	240
Fälle pro 1 Mio. Pers.				35.16	24.43	24.66	21.26	9.54	31.47

Tabelle 14-12; (Quellen: Swissmedic-1, BAG 16, 17, EMA, VAERS)

/ Quelle: impfnebenwirkungen.net, 28.01.2023

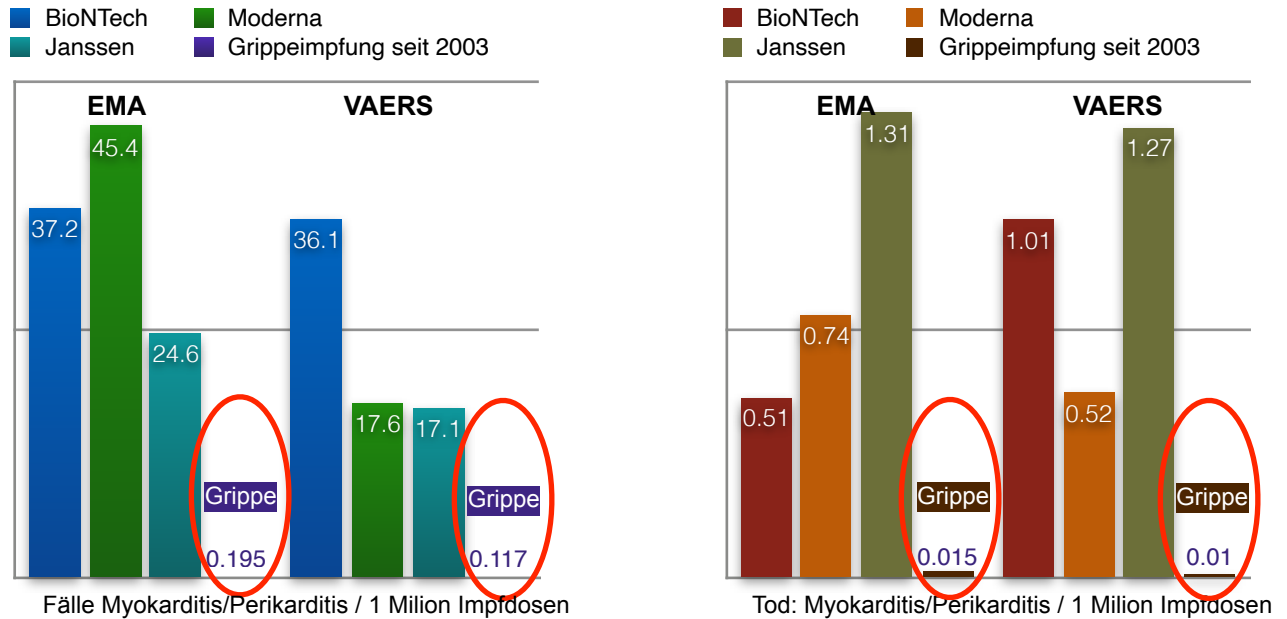
* Schweiz: Aufgrund erwarteter Meldeverzögerungen wurden die Impfdosen vier Wochen zuvor vom 25.01.2023 berücksichtigt. Die Anzahl der geimpften Personen ergibt sich aus der Anzahl der erhaltenen Erstimpfungen. Für Myokarditis und/oder Perikarditis liegen Daten nur aus dem 28. Update bis zum 22.11.2022 vor. Dabei ist in 12 Fällen der Impfstoff „*bislang nicht bekannt*“.

** EMA: Impfdosen, geimpfte Personen (Erstimpfungen) sechs Wochen zuvor vom 14.01.2023. Die Meldeverzögerung wird aufgrund der Zwischenmeldung an die nationalen Institute höher eingeschätzt als bei den nationalen Berichten der Schweiz und der USA.

*** VAERS: Es wurden die Impfdosen und geimpften Personen (Erstimpfungen) vier Wochen zuvor vom 28.01.2023 berücksichtigt – Anzahl inkl. bivalenter Impfstoff.

Die Tabelle enthält 4 Blöcke: Oberster Block – Alle Verdachtsmeldungen, 2. Block – Myokarditis/Perikarditis Covid-Impfstoffe, gefolgt von Influenza Impfstoffen, 4. Block: Menstruationsstörung.

verglichen mit 20 (33) Jahren Grippeschutzimpfung⁴⁰



Grafiken 14-9 und 14-10 (Eigendarstellung gemäss EMA und VAERS Daten)

Der Vergleich zwischen den Quoten der Fallzahlen und Todesfälle für Myo-/Perikarditis ergibt ein sehr starkes Sicherheitssignal und muss zu einem generellen Impfstopp führen.

Gemeldete Todesfälle der unerwünschten Impfreaktionen nach Altersgruppen (EU und USA)

	EMA 25.02.2023 (nur EU)				seit 2003	VAERS USA 25.02.2023				seit 1990
	BioNTech	Moderna	Janssen	Gesamt	Influenza	BioNTech	Moderna	Janssen	Gesamt	Influenza
0-1 Monat	18	5	4	27	13	1	2	1	4	1
2 Mon - 2 J.	7	6	1	14	37	4	5	0	9	154
3-11 Jahre	35	3	0	38	24	32	3	0	35	70
12-17 Jahre	143	25	4	172	15	114	25	0	139	26
18-24 Jahre*						100	78	31	209	45
25-34 Jahre						208	180	56	444	36
35-44 Jahre	2'857	1'793	665	5'315	264	334	308	91	733	51
45-54 Jahre						615	545	197	1'357	96
55-64 Jahre						1'285	1'178	393	2'856	156
65-74 Jahre*						2'512	2'243	484	5'239	295
75-85 Jahre	5'638	3'089	511	9'238	486	3'411	2'820	368	6'599	370
85+ Jahre	3'983	1'378	106	5'467	261	2'718	1'912	195	4'825	192

Tabelle 14-13; (Quellen EMA, VAERS)

* EU: 18-64 Jahre, 65-85 Jahre

Der Bericht von Swissmedic vom 25.11.2022 erwähnt keine Todesfälle von Kindern.

Der Vergleich der Altersgruppen zur Grippe-Impfung liefert ein weiteres starkes Sicherheitssignal.

Es folgen zwei Tabellen zu gelöschten Fallmeldungen in der Eudravigilanz-Datenbank und der VAERS-Datenbank. Hier die Festlegungen der EMA zur Löschung von Fällen:

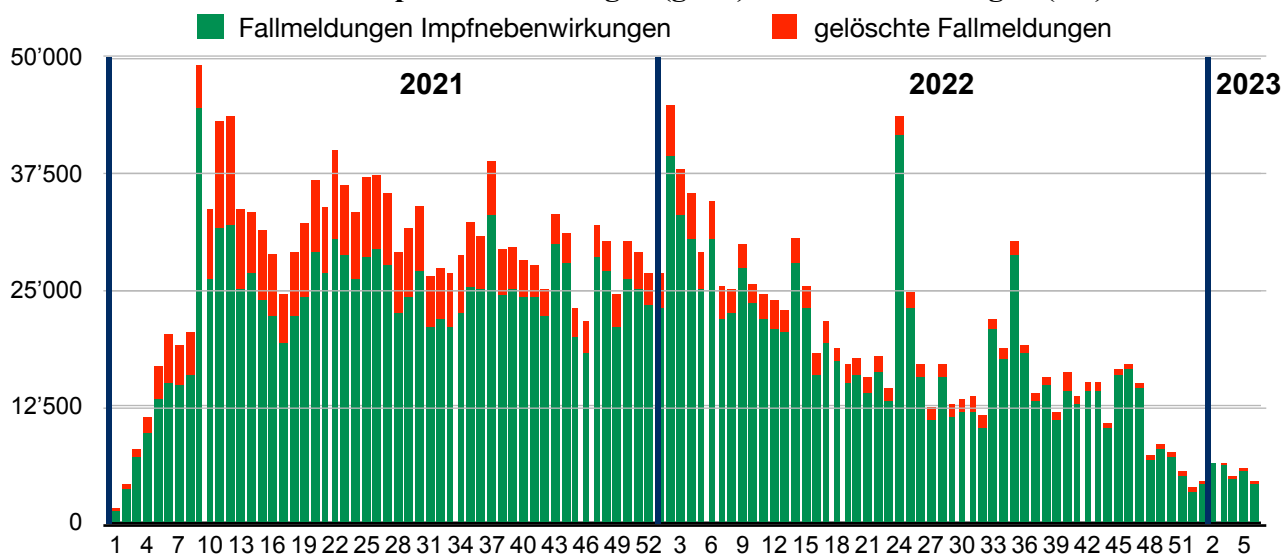
„Fälle die zu einem Zeitpunkt in der EudraVigilance gelistet wurden, aber aktuell nicht mehr angezeigt werden. Nach den Angaben der EMA werden Fälle gelöscht, wenn sie als Duplikate erkannt wurden oder vom ursprünglichen Melder, der übermittelnden Behörde oder dem meldenden Hersteller als ungültig zurückgezogen wurden. Die grosse Anzahl und die ungleiche Verteilung der gelöschten Fälle steht im Widerspruch zu der Deutung als zufällige Fehler.“³⁷

⁴⁰ <https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/>, <https://impfnebenwirkungen.net/vaers/influenza/usa.html>

Anteil gelöschter Impfnebenwirkungsfälle [%], EMA: Europäischer Wirtschaftsraum (Stand: 25.02.2023)

Kategorie/Reaktionskomplex	BioNTech	AstraZeneca	Moderna	Janssen	Novavax	gesamt
Myokarditis	44.5	48.4	44.5	46.1	66.7	44.7
Mykobakterielle Infektion	35.0	0.0	100.0	0.0	0.0	33.3
Unerwarteter Tod	34.4	37.8	39.6	43.8	0.0	35.8
Syndrom der multiplen Organdysfunktion	34.1	45.2	32.3	55.2	0.0	37.1
Sepsis	33.5	37.1	40.7	31.8	0.0	35.0
Führte zum Tode	32.5	37.6	37.0	39.9	0.0	33.9
Enzephalitis	32.5	28.0	23.5	27.3	0.0	30.4
Perikarditis	32.0	34.9	27.9	28.4	38.9	31.3
Myelitis	31.8	36.2	29.3	36.3	0.0	33.2
Ischämie	31.4	32.6	28.0	44.4	0.0	31.9
Nekrose	31.0	32.1	29.8	33.3	0.0	31.1
Infarkt (ohne Herzinfarkt)	29.8	34.0	32.8	31.7	0.0	31.2
Lebensbedrohlich	28.6	32.7	29.5	28.0	29.6	29.5
Erblindung	28.3	30.6	29.4	29.7	0.0	29.0
Störung der Blutgerinnung	28.3	37.7	23.1	39.2	25.0	32.0
Pneumonie	28.1	26.8	24.4	35.5	0.0	27.7
Störung des Blutsauerstoffs	27.6	14.6	22.4	21.3	25.0	24.0
Krebs	26.6	29.5	18.2	35.6	100.0	26.2
Amputation	26.5	28.0	20.0	0.0	0.0	25.9
Epilepsie	26.2	25.7	25.4	21.2	0.0	25.9
Lupus erythematosus	26.0	32.1	16.7	10.0	50.0	25.6
Borreliose	26.0	15.7	30.9	23.5	0.0	25.0
Koronare Herzkrankheit	25.8	29.0	22.2	31.9	0.0	26.2
Thrombose	25.8	32.0	20.7	37.6	18.2	27.8
Impfstoff-Allergie	25.6	24.9	17.6	18.1	16.7	24.3
Embolie	25.2	31.0	22.0	29.3	37.5	26.4
Schlaganfall	25.2	31.1	24.0	32.6	50.0	26.6
Gefässverschluss	25.2	27.7	31.1	31.0	0.0	26.8
Schwangerschaftsunterbrechung	24.2	32.0	19.8	10.0	0.0	23.9
Hospitalisierung	23.8	25.1	23.3	25.4	26.2	24.0
Lähmung	23.4	29.5	20.5	27.7	30.0	24.0
Neuritis	23.4	24.3	26.4	22.9	0.0	23.9
Staphylokokken-Infektion	23.1	44.4	0.0	0.0	0.0	23.0
Streptokokken-Infektion	23.1	16.7	11.1	40.0	0.0	22.4
Gehörverlust	22.9	21.5	27.1	32.3	0.0	23.6
Behindernd	22.8	20.5	18.4	16.0	21.9	21.4
Andere Herzkrankheit	22.4	21.2	18.7	24.2	7.7	21.8
Herzinsuffizienz	22.1	0.0	0.0	14.3	0.0	16.9
Meningitis	21.6	15.4	19.8	25.0	0.0	20.4
Nierenschaden	21.4	22.8	17.8	23.5	0.0	21.1
Kammerflimmern	21.0	23.6	20.2	28.1	40.0	21.4
Dysphagie	20.9	23.7	15.6	24.5	22.2	20.6
Gefässkrankheit	20.8	14.6	21.3	20.2	0.0	19.3
Bewusstseinsverlust	20.7	20.0	18.7	12.9	25.7	19.8
Autoimmunerkrankung	20.0	24.7	17.3	11.5	26.7	20.0
Multiple Sklerose	19.7	18.1	14.3	21.1	0.0	18.9
Lungenerkrankung	19.3	18.4	17.0	20.4	5.6	18.8
Gehirnerkrankung	19.1	20.2	16.3	20.0	10.8	18.9
Zittern	18.5	13.3	13.3	12.3	22.2	15.9
Krampfleiden	18.4	16.8	15.8	14.3	0.0	17.5
Sehstörungen	18.4	18.4	15.4	16.3	20.0	17.9
Ernst	18.1	19.8	18.7	13.4	18.5	18.3
Hämorrhagie	17.9	20.4	13.6	24.3	10.0	18.2
Atemnot	17.0	15.2	13.5	14.6	8.7	16.1
Herz-Kreislauf-Störung	16.5	15.0	12.9	14.8	10.5	15.7
Nervensystem-Funktionsstörung	15.5	15.9	12.8	14.4	12.6	15.1
Hoden-Affektion	14.5	10.6	17.0	25.0	0.0	15.1
Herzrhythmusstörungen	13.8	12.1	10.5	9.5	10.6	12.8
Migräne	13.5	14.1	11.1	13.5	7.7	13.2
Erbrechen	11.9	11.2	9.4	9.9	7.9	11.2
Beeinträchtigung des Spermas	11.6	33.3	7.7	0.0	0.0	16.4
Diarrhöe	11.2	10.5	8.0	11.0	11.1	10.6
Herpes-assoziierte Erkrankung (ausser Zoster)	10.9	11.2	11.0	12.8	5.9	11.0
Beeinträchtigung der weiblichen Geschlechtsorgane	10.9	14.4	9.0	11.4	0.0	10.8
Bewusstseinsstörung	10.8	11.1	7.8	10.6	9.2	10.3
Grippeähnliche Erkrankung	10.7	8.9	7.5	9.7	7.1	9.4
Skrotale Affektion	9.1	33.3	0.0	0.0	0.0	11.3
Herpes zoster	9.0	7.6	7.5	7.8	0.0	8.6
Menstruationsstörung	6.7	11.7	5.1	9.5	7.1	6.7
COVID-19	6.1	11.1	2.3	5.9	9.8	6.8
Influenza	2.5	1.9	1.1	1.3	2.9	2.0
Alle Fälle (Tabelle 14-14)	11.1	10.9	8.5	10.2	8.6	10.6

Meldewochen der Impfnebenwirkungen (grün) und der Löschungen (rot): EMA

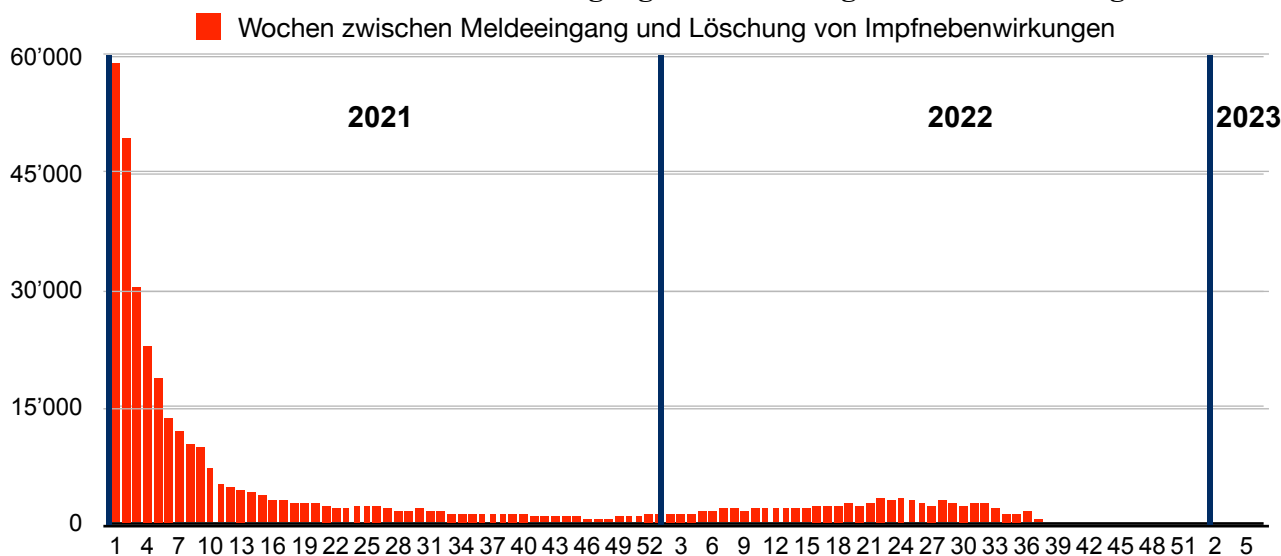


Grafik 14-11 (Quelle: impfnebenwirkungen.net)

In der Grafik handelt es sich um „Fälle die zu einem Zeitpunkt in der EudraVigilance gelistet wurden (grün), aber aktuell nicht mehr angezeigt werden (rot). Nach den Angaben der EMA werden Fälle gelöscht, wenn sie als Duplikate erkannt wurden oder vom ursprünglichen Melder, der übermittelnden Behörde oder dem meldenden Hersteller als ungültig zurückgezogen wurden.

Die große Anzahl und die ungleiche Verteilung der gelöschten Fälle steht im Widerspruch zu der Deutung als zufällige Fehler.“⁴¹

Anzahl der Wochen zwischen Meldeeingang und Löschung von Nebenwirkungen: EMA



Grafik 14-12 (Quelle: impfnebenwirkungen.net)

⁴¹ [impfnebenwirkungen.net: Anteil gelöschter Fälle; URL: https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/remrelall.html](https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/remrelall.html)

Anteil gelöschter Impfnebenwirkungsfälle [%], VAERS: USA (Stand: 25.02.2023)

Kategorie/Reaktionskomplex	BioNTech	Moderna	Janssen	Covid	Influenza	Andere
Herzinsuffizienz	14.3	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0
Impfstoff-Allergie	12.9	6.2	12.1	10.1	0.4	0.1
Myelitis	12.6	8.6	11.5	10.9	0.0	0.2
Neuritis	10.9	4.7	4.3	7.9	0.4	0.0
Enzephalitis	10.4	3.0	11.1	7.5	0.0	0.4
Myokarditis	9.4	8.5	5.6	8.9	0.0	0.3
Behindernd	7.8	5.4	4.0	6.5	0.1	0.2
Infarkt (ohne Herzinfarkt)	7.8	3.3	4.2	5.6	0.0	0.0
Amputation	7.3	2.2	2.7	4.8	0.0	0.0
Multiple Sklerose	7.3	3.4	2.9	5.1	0.0	0.5
Borreliose	7.2	4.3	9.1	6.4	0.0	0.0
Gehörverlust	7.1	3.4	2.7	5.3	0.4	0.8
Perikarditis	6.8	5.7	6.4	6.4	1.4	0.9
Lebensbedrohlich	6.6	4.2	4.2	5.4	0.0	0.1
Dysphagie	6.5	5.2	5.0	5.9	0.1	0.3
Erblindung	6.3	5.2	4.2	5.6	0.7	0.0
Herz-Kreislauf-Störung	6.3	3.3	4.5	4.9	0.1	0.3
Lähmung	6.3	4.2	4.6	5.3	0.2	0.2
Syphilis	6.2	4.3	0.0	5.1	0.0	0.0
Herzrhythmusstörungen	6.0	3.0	4.3	4.7	0.1	0.3
Nervensystem-Funktionsstörung	6.0	3.3	4.4	4.7	0.1	0.2
Ischämie	6.0	4.3	4.2	5.2	0.0	0.0
Lupus erythematosus	6.0	5.4	13.9	6.4	0.0	1.9
Aufenthalt in der Notaufnahme	5.9	3.9	5.0	5.0	0.0	0.0
Nekrose	5.8	4.3	2.9	5.0	0.0	0.0
Thrombose	5.7	3.3	7.1	5.2	0.0	0.9
Krampfleiden	5.6	2.8	4.7	4.4	0.1	0.2
Sehstörungen	5.6	3.5	4.8	4.7	0.0	0.2
Gefässkrankheit	5.4	4.4	9.5	5.4	0.0	0.0
Meningitis	5.2	5.5	7.7	5.9	0.0	0.0
Zittern	5.2	2.6	3.1	3.8	0.0	0.2
Gehirnerkrankung	5.1	2.8	4.5	4.1	0.1	0.4
Mykobakterielle Infektion	4.8	7.7	12.5	6.6	0.0	0.0
Embolie	4.7	3.3	5.6	4.3	0.0	1.5
Skrotale Affektion	4.7	7.1	0.0	5.0	0.0	0.0
Andere Herzkrankheit	4.6	3.5	3.5	4.1	0.1	0.4
Beeinträchtigung der weiblichen Geschlechtsorgane	4.6	2.4	4.8	3.8	0.0	0.2
Ernst	4.5	3.1	4.1	3.9	0.1	0.1
Migräne	4.5	2.3	2.7	3.4	0.0	0.1
Beeinträchtigung des Spermas	4.5	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0
Störung der Blutgerinnung	4.4	3.4	5.8	4.2	0.0	0.2
Koronare Herzkrankheit	4.4	2.1	4.0	3.4	0.0	0.0
Schlaganfall	4.4	3.4	4.9	4.0	0.0	0.7
Krankenhausaufenthalt	4.3	3.0	3.7	3.7	0.0	0.1
Atemnot	4.3	3.0	3.3	3.7	0.1	0.1
Herpes zoster	4.3	2.3	3.5	3.4	0.0	0.2
Gefässverschluss	4.2	2.6	3.4	3.5	0.0	0.0
Epilepsie	4.1	4.9	0.0	4.0	0.0	0.0
Staphylokokken-Infektion	4.1	0.9	2.1	2.5	0.0	0.0
Hämorrhagie	3.9	2.6	4.9	3.5	0.0	0.1
Kammerflimmern	3.8	2.3	3.8	3.1	0.5	0.3
Arztkonsultation	3.7	2.8	3.8	3.3	0.2	0.4
Bewusstseinsstörung	3.7	1.8	2.7	2.8	0.0	0.2
Hoden-Affektion	3.7	1.2	6.7	3.4	0.0	0.0
Bewusstseinsverlust	3.6	2.7	3.3	3.3	0.1	0.1
Lungenerkrankung	3.6	2.9	3.1	3.3	0.1	0.1
Nierenschaden	3.4	2.2	2.9	2.9	0.0	0.4
Autoimmunerkrankung	3.3	2.2	5.7	3.0	0.0	0.2
Krebs	3.3	1.9	6.3	3.0	0.0	0.3
Diarrhöe	3.3	1.6	2.3	2.4	0.0	0.1
Influenza	3.3	1.9	2.8	2.6	0.0	0.1
Syndrom der multiplen Organdysfunktion	3.2	1.9	1.9	2.5	0.0	0.0
Pneumonie	3.1	2.5	2.9	2.9	0.0	0.2
Störung des Blutsauerstoffs	3.0	2.2	2.5	2.6	0.1	0.0
Grippeähnliche Erkrankung	3.0	1.4	1.8	2.1	0.0	0.1
Erbrechen	3.0	1.7	2.2	2.3	0.0	0.1
Herpes-assoziierte Erkrankung (ausser Zoster)	2.7	1.7	4.0	2.4	0.0	0.5
Sepsis	2.6	1.4	0.9	1.9	0.0	0.3
Menstruationsstörung	2.3	1.7	3.7	2.3	0.0	0.4
Schwangerschaftsunterbrechung	2.3	1.7	0.6	2.0	0.0	0.0
COVID-19	2.0	1.5	2.3	1.9	0.2	0.6
Alle Fälle (Tabelle 14-15)	3.1	1.8	2.8	2.5	0.1	0.1

14.5. Myokarditis: Vergleich 14 Jahre Grippeimpfstoffe mit 2 Jahren Covid Vakzinen

Die gemeldete ernste Impfnebenwirkung Myokarditis beläuft sich auf 93 Fälle in 20 Jahren bei 963'331'696 Grippeimpfungen (EMA). Davon fallen allein 49 auf den 5 Jahre verabreichten problematischen Pandemrix-Impfstoff gegen die „Schweinegrippe“. Für alle Covid-Impfstoffe wurden bis zum 25. Februar 2023 bisher 15'048 Myokarditis Verdachtsfälle gemeldet. Das entspricht einem Verhältnis von 1 : 162.

Die Impfnebenwirkung Myokarditis mit Todesfolge bei Grippeimpfstoffen wird mit 8 Fällen in 14 Jahren bei 963'331'696 Grippeimpfungen angegeben. Davon fallen allein 5 auf den Pandemrix-Impfstoff gegen die „Schweinegrippe“ 2009. Dem gegenüber wurden 308 Todesfälle mit Myokarditis bei Covid-Impfstoffen gemäss EMA-Datenstand vom 11.02.2023 gemeldet.

Dass entgegen der Aussagen von Swissmedic bei einer Myokarditis angesichts evtl. Mikroverletzungen der nicht regenerativen Herzmuskelzellen nicht einfach von „Abheilung“ gesprochen werden kann, zeigt folgender Hinweis auf evtl. langfristige tödliche Folgeschäden einer Myokarditis aus der Gelben Liste.⁴²

Definition (Myokarditis)

Eine Myokarditis ist eine entzündliche Erkrankung des Herzmuskels, bei der es zu einer Schädigung von Kardiomyozyten mit einer Infiltration des Herzmuskels mit Entzündungszellen zusammen mit Nekrosen und/oder einer Degeneration von Myozyten kommt. Ausdrücklich ausgeschlossen ist eine ischämische Ursache. Die Entzündung kann in unterschiedlichem Umfang die Kardiomyozyten, das interstitielle und perivaskuläre Bindegewebe sowie intramurale koronare Arteriolen, Kapillaren und Venolen und in seltenen Fällen die epikardialen Gefässe umfassen. Als Ursachen einer Myokarditis kommen vielfältige infektiöse und nichtinfektiöse Faktoren in Frage. Die Myokarditis kann in jedem Lebensalter vorkommen, die Erkrankungsgipfel liegen jedoch im Kindes- und Jugendalter.

Epidemiologie

Eine Myokarditis bleibt wegen der uncharakteristischen Beschwerden vermutlich häufig unerkannt; Daten zur Häufigkeit der Erkrankung gibt es nur wenige. Die Inzidenz wird auf 1:10.000 bis 1:100.000 geschätzt. Bei 1-5% der Patienten mit viralem Infekt ist vermutlich das Myokard beteiligt. Statistischen Untersuchungen zufolge werden in Deutschland jährlich 3.500 Patienten mit schwer verlaufender Myokarditis in der Klinik behandelt. Davon versterben ca. 150 Betroffene jeglicher Altersklasse. Bei 20–30 % der Patienten entsteht auf dem Boden einer chronischen Myokarditis eine dilatative Kardiomyopathie. Umgekehrt findet sich bei 0,5-4% aller Patienten mit Herzinsuffizienz eine Myokarditis als Ursache. Die Myokarditis steht an dritter Stelle der auslösenden Ursachen eines plötzlichen Herztodes – nach der hypertrophen Kardiomyopathie und der atherosklerotischen koronaren Herzkrankheit (KHK). Wie durch Autopsien gezeigt werden konnte, haben 5-20% aller Fälle von plötzlichem Herztod eine Myokarditis als Ursache.

⁴² Gelbe Liste: Myokarditis; URL: <https://www.gelbe-liste.de/krankheiten/myokarditis>

Anmerkung: Insbesondere im Zusammenhang mit zahlreichen plötzlichen Todesfällen junger geimpfter Sportler sollte die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Impfung und Myokarditis gründlichst geprüft werden.

Prognose

Abhängig vom auslösenden Erreger, dem Ausmass und der Art der Entzündung und den bereits initial entstandenen Myokardschäden sind langfristig unterschiedliche Verläufe möglich. Eigenständige prognostisch ungünstige Verlaufsprädiktoren sind linksventrikuläre und rechtsventrikuläre Funktionseinschränkung, persistierende Virusinfektion, die chronische Entzündung und kardiodepressive Autoantikörper.

Akute Myokarditiden

Akute Myokarditiden weisen trotz Behandlung eine hohe Letalität auf. Fokale Borderline-Myokarditiden heilen klinisch häufig spontan aus, wenn initial keine wesentliche Herzinsuffizienz vorhanden ist. Die fulminante lymphozytäre Myokarditis weist in den ersten vier Wochen eine Letalität von über 40% auf. Die granulomatös-nekrotisierende Myokarditis verläuft unerkannt und unbehandelt letal. Auch die unbehandelte Riesenzell- oder eosinophile Myokarditis weist mit 4-Jahresüberlebensraten von < 20% eine extrem schlechte Prognose auf. Die nichtfulminante aktive Myokarditis ist durch progrediente Herzinsuffizienz und plötzlichen Herztod mit einer Letalität von 25 bis 56% innerhalb von drei bis zehn Jahren verbunden.

Weitere fachliche Informationen zu Ursachen, Symptomen, Diagnostik und Therapie sind dem Fachartikel zu entnehmen. Fachliche Ausführungen zu pathologischen Befunden plötzlich unerwartet Verstorbener zuvor gesunder Menschen im Zusammenhang mit einer Covid Impfung hat Prof. Dr. Arne Burkhardt am 11. März 2022 im Rahmen einer Pathologie öffentlich referiert.⁴³

Warum nur Verdachtsfälle?

Die EMA erfasst den Verdacht auf Nebenwirkungen sämtlicher von ihr zugelassenen Arzneistoffe, weil eine Prüfung, ob das Medikament tatsächlich ursächlich für eine Nebenwirkung ist, an dieser Stelle gar nicht vorgenommen wird. Der Verdacht ist also das maximal Mögliche, das auf der Ebene einer Arzneimittelbehörde möglich ist. Eine Prüfung auf Verursachung wird lediglich in Einzelfällen durchgeführt, zum einen für Entschädigungsklagen von Betroffenen oder zur wissenschaftlichen Aufarbeitung durch die Behörde, die beispielsweise beim AstraZeneca-Impfstoff in einen Warnhinweis mündete.

Die nationalen Behörden in Europa gehen dabei insgesamt sehr unterschiedlich mit den Meldungen um. In den letzten zwei Jahren konnten wir während der regelmässigen Prüfungen der Berichte folgende Punkte feststellen:

1. Die Berichte haben sehr unterschiedliche Qualitätsstufen. Es werden nicht immer alle notwendigen Daten, die für einen Vergleich notwendig wären, korrekt dargestellt bzw. überhaupt präsentiert. So gibt es Länder, die Daten zur Anzahl der Nebenwirkungen melden, nicht jedoch die Zahl der schweren Verdachts- oder Todesfälle. Meist sind die Zahlen in Fliesstexte eingebunden und nicht in Tabellen. Die Berichte müssen deshalb von Hand geprüft und die Texte im Detail gelesen werden.

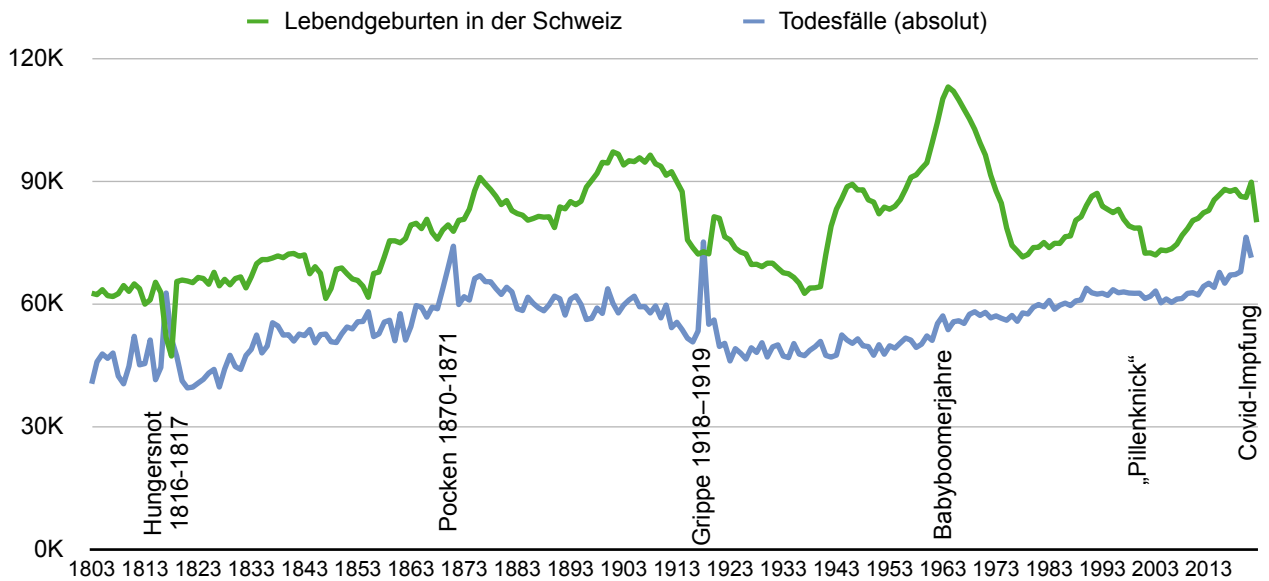
⁴³ Prof. Dr. Arne Burkhardt auf Pathologie-Konferenz; URL: <https://pathologie-konferenz.de>

2. Einige Länder zeigten während der Hochphasen der Impfkampagne einen grossen Rückstau der nicht eingetragenen Nebenwirkungsmeldungen. Dies mag unter anderem an der Überlastung der nationalen Behörden gelegen haben, die nicht mehr in der Lage waren, mit dem bisherigen Bestandsteam zehntausende Meldungen zu bearbeiten. Seitdem weniger geimpft wird, werden offenbar angesammelte Meldungen nachgetragen. Diesen Effekt sah man beim letzten Update am 27. Januar 2023 in Schweden. Hier stieg die Zahl der Meldungen sprunghaft von 59.000 auf 95.000 Meldungen in nur 3 Monaten. Dies zeigt deutlich, dass man neben der Dunkelziffer auch mit einem starken Meldeverzug rechnen muss.
3. Die nationalen Behörden gehen mit der Veröffentlichung ihrer Sicherheitsberichte ebenfalls sehr unterschiedlich um. Während das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Deutschland jedes Mal nicht nur das Berichtsformat sondern auch die Inhalte änderte und wenig nachvollziehbare Tabellen veröffentlichte, haben andere Länder ihre Berichte wöchentlich oder monatlich mit übersichtlichen Tabellen angelegt, wie es für statistisch verwertbare Informationen die Voraussetzung ist. Einige Länder haben die Abstände zwischen den Veröffentlichungen immer wieder verändert und teilweise bis heute auch gänzlich eingestellt (u. a. Dänemark, die Slowakei und Tschechien). Diese sind nicht mehr auffindbar. Zumindest sind sie für die Öffentlichkeit so versteckt, dass sie auch durch ein erprobtes Rechercheteam nicht aufgefunden werden können.

Eine Ursache für die unterschiedlich stark ausfallenden Meldequoten für Impfschäden ist sehr wahrscheinlich ein „Marketingproblem“. Berichten zufolge haben die niederländischen und isländischen Behörden den Impflingen einen Flyer mitgegeben, wo sie sich melden können, wenn sie Nebenwirkungen verspüren. Einige andere Länder haben Apps zur Meldung angeboten. Unter anderem auch das PEI. Eine vollständige Auswertung der App-Daten des PEI kam jedoch nie in die Öffentlichkeit. In den ersten Berichten im Jahr 2021 wurden einige Daten der SaveVac App präsentiert, jedoch nicht in gleichbleibender Form und Qualität. Die bisher erlangten Daten deuten darauf hin, dass es eine grosse Dunkelziffer geben muss. Ca. 1.4 Prozent der Geimpften nahmen an der Befragung mittels der App teil und meldeten ihre Beschwerden eigenständig.

15. Unerwarteter Geburtenrückgang neun Monate nach Impfbeginn

15.1. Lebendgeburten und Todesfälle in der Schweiz



Grafik 15-1; (Quelle BFS 9)

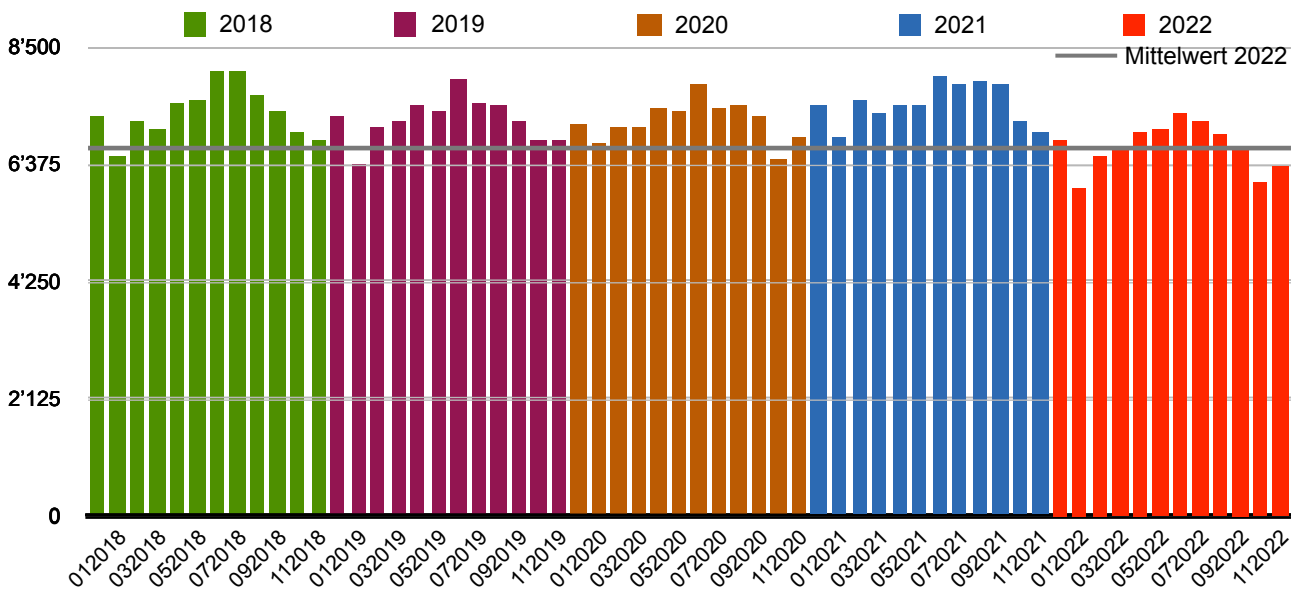
Während in der Hungersnot 1816-1817 die Sterbefälle eklatant anstiegen, sanken ebenso deutlich die Geburtenzahlen. In der „Pockenepidemie“ stagnierten die Geburten und infolge der allgemeinen Mobilmachung 1914 brachen durch die Einberufung der Männer die Geburten dann deutlich ein. In den Wirren vor und während des 2. Weltkriegs gab es einen beständigen Geburtenrückgang, dem nach Kriegsende zwei Mal ein grosser Babyboom folgte. Auch für den Einbruch der Geburten in den 60er Jahren findet sich mit der Einführung der Anti-Baby-Pille eine plausible Erklärung. Dagegen ist nach dem Geburtenanstieg 2021 im zweiten Pandemiejahr der historische Einbruch der Geburtenzahlen 2022 bisher ohne glaubhafte Erklärung geblieben. Es besteht jedoch eine hoch signifikante Korrelation zwischen Geburtenrückgang und Impfquoten 9 Monate zuvor (s. Tabelle 15-1 und Grafik 15-6).

Die mit zwei punktuellen Ausnahmen 1817 und 1918 beständig deutlich über den Todesfällen liegenden Geburtenzahlen, führen infolge des Geburtenüberschusses zu einem anhaltenden Bevölkerungswachstum, dem sich noch diverse Migrationsbewegungen hinzugesellen.

15.2. Geburtenrückgang 2022 eine Folge der Covid-19 Impfung?

Der Geburtenrückgang hat in der Schweiz 2022 für einige mediale Unruhe gesorgt. Diverse wenig glaubwürdige Versuche wurden seitens der Medien unternommen, um von einem Zusammenhang zur Impfung abzulenken. So sei etwa „verantwortungsbewusster Verzicht“ geübt worden, solange es noch keine Impfung gab oder seit Neuestem sollen Covid-19 Infekte für Unfruchtbarkeit sorgen. Warum allerdings 2021 trotz der Vielzahl der Covid-Infektionen im Vorjahr 2020 sogar ein deutliches Geburtenplus zu sehen ist, scheint der medialen (Un)-Logik keine Probleme zu bereiten. Auf Basis vom BFS bereitgestellter aktualisierter Geburtenzahlen von Januar bis November kann mit nachfolgender Kurve nachgewiesen werden, dass die täglichen Geburten pro einer Million Frauen (18-49 Jahre) weit unter den Vorjahren 2015-2021 liegen. Weder von Swissmedic, noch von der Politik gab es diesbezüglich bisher eine Reaktion, die diesem Phänomen eine gebührende Aufmerksamkeit geschenkt hätte.

Monatliche Geburten in absoluten Zahlen in der Schweiz

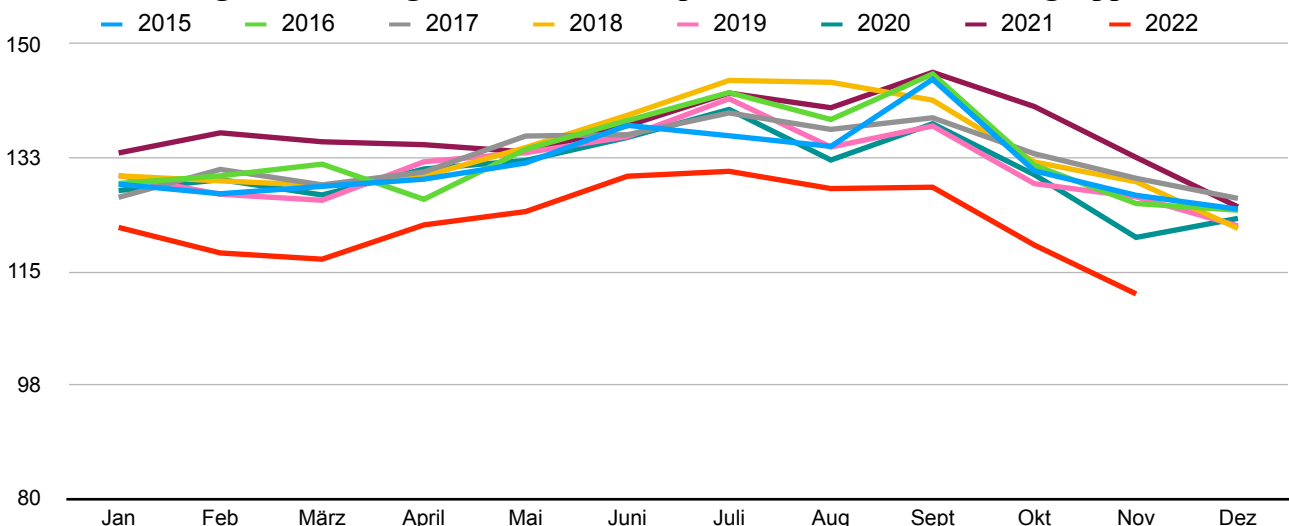


Grafik 15-2; (Quelle BFS 12, Daten vom BFS aktualisiert: 11.01.2023)

Die Daten wurden bis November 2022 veröffentlicht und auf Anfrage beim BFS konnten aktualisierte Daten der Vormonate erfragt und analysiert werden, so dass auch ein Grossteil der Nachmeldungen erfasst sein dürfte. Für Oktober und November sind vermutlich noch umfangreichere Nachmeldungen zu erwarten, und der Dezemberwert wurde aus dem Vorjahresmittelwert auf Basis des durchschnittlichen Geburtenrückgangs in 2022 von Januar bis November extrapoliert um das Jahresbild visuell abzuschliessen. Ein realistisches Bild bzgl. der beobachteten Signale lässt sich auf Basis der vom BFS herausgegebenen Datenaktualisierungen bereits durchführen.

Der Mittelwert 2022 zeigt optisch, wie deutlich die Geburten in den einzelnen Monaten abgenommen haben. In absoluten Zahlen ist von Januar bis November 2022 ein Rückgang zum Vorjahresmittelwert von **6'530 Geburten** zu verzeichnen. Da sich aber auch bei den Frauen in der Altersgruppe zwischen 18 und 49 Jahren u.a. durch Migration einige demografische Veränderungen ergeben haben, werden in der weiteren Analyse nicht absolute Zahlen sondern jeweils der Geburtenanteil an dieser Altersgruppe pro 100'000 Frauen untersucht.

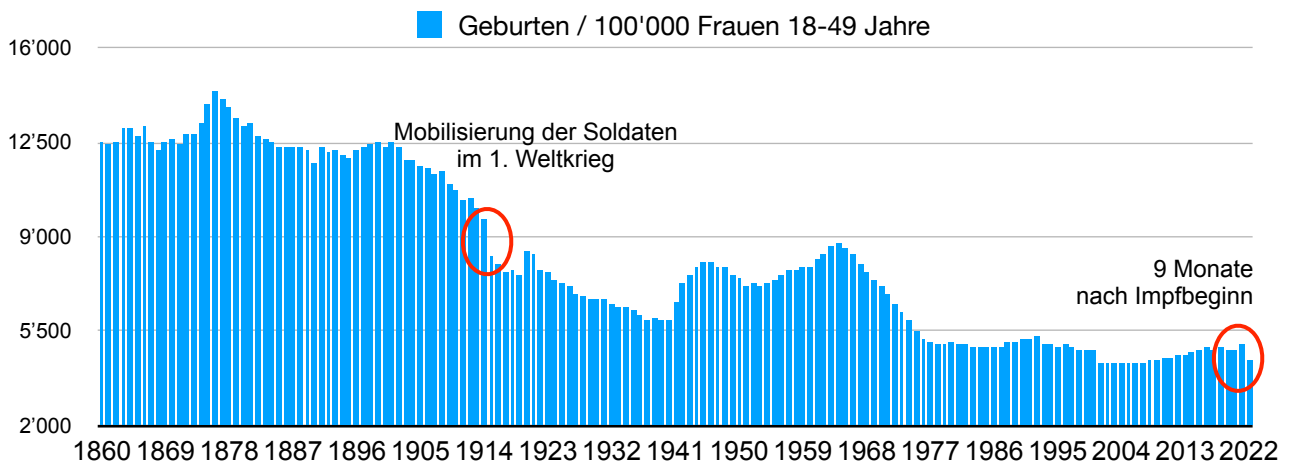
Mittlere tägliche Lebendgeburten im Monat pro 100'000 Frauen, Altersgruppe 18-49



Grafik 15-3; (Quelle BFS 12, Daten vom BFS aktualisiert: 11.01.2023)

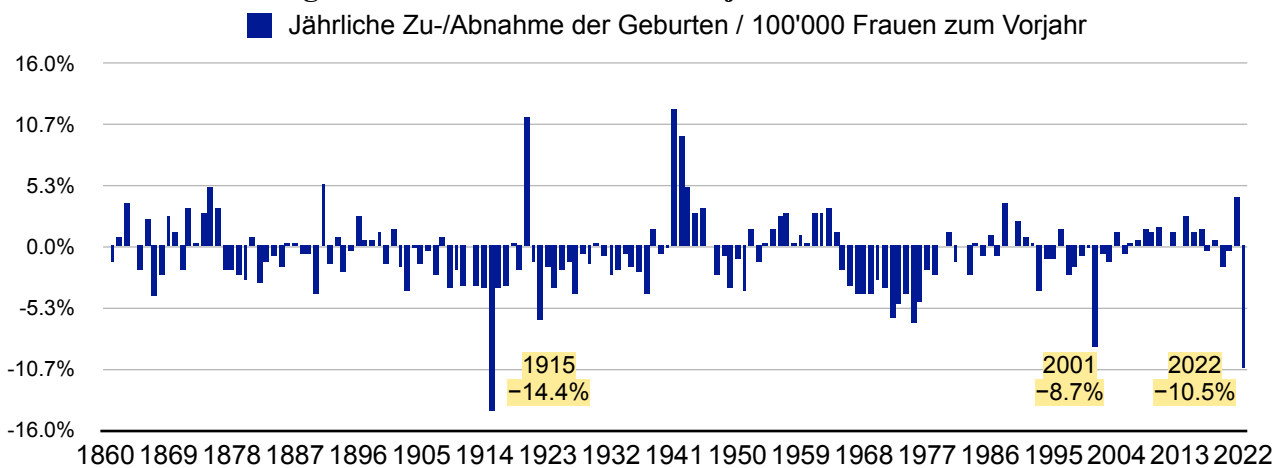
Der Geburtenrückgang beginnt im Januar 2022 und erstreckt sich durchgehend bis November.

Geburtenrate pro 100'000 Frauen zwischen 18 und 49 Jahren



Grafik 15-4; (Quelle BFS 12, Daten vom BFS aktualisiert: 11.01.2023)

Änderung der Geburtenzahlen zum Vorjahr seit 1860 in der Schweiz

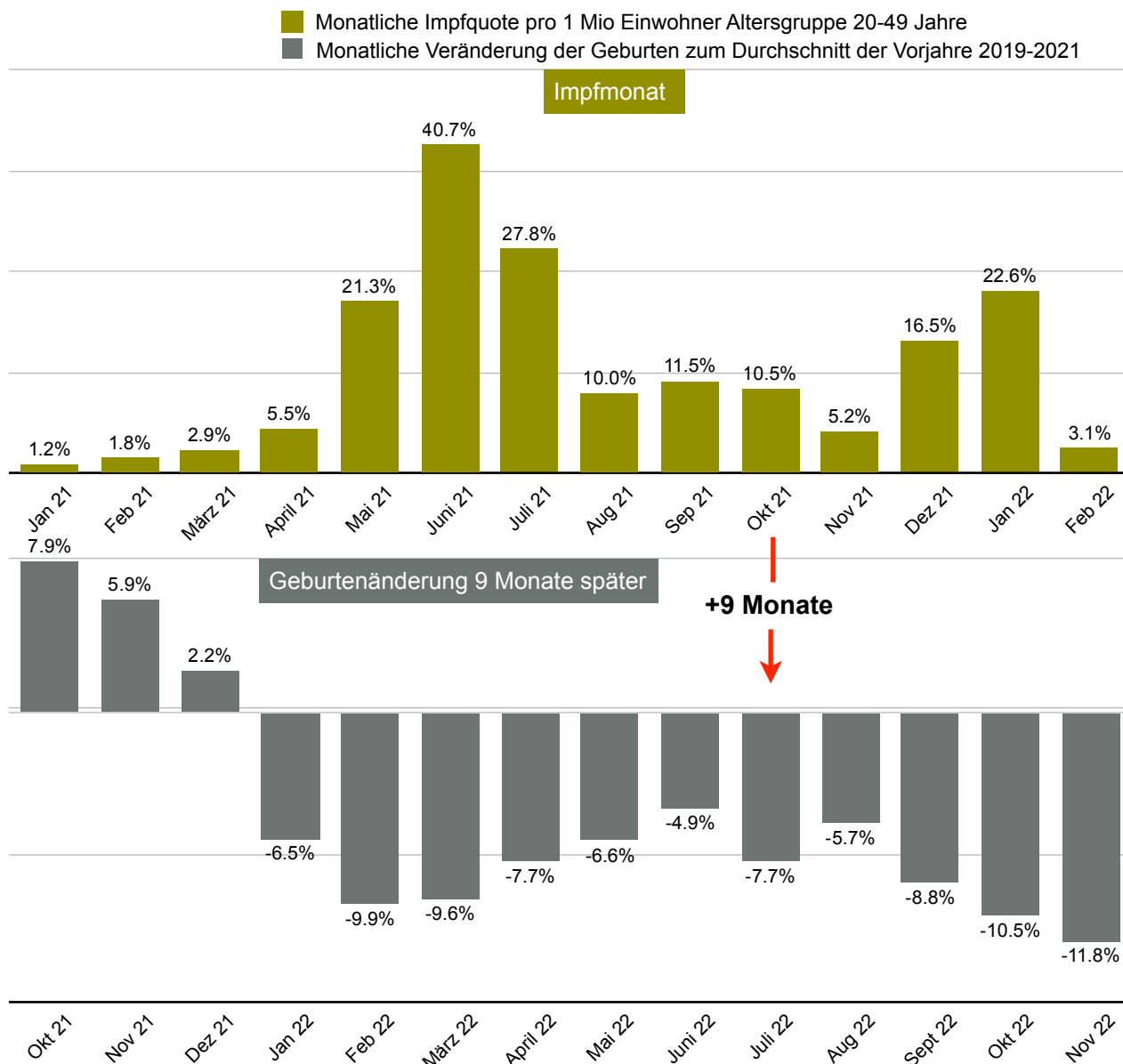


Grafik 15-5; (Quelle BFS 12)

Der Geburtenrückgang 2022 reiht sich neben 1915 und 2001 in die Reihe historischer Einbrüche zum Vorjahr ein. Hintergründe: 1915 Einberufung der Männer im 1. Weltkrieg, 2001 neue Zählung der Geburten⁴⁴, 2022 zeitlich evidenter Bezug zur Impfkampagne.

⁴⁴ BFS: „Seit 2001 werden nur noch jene Ereignisse gezählt, bei denen die Bezugsperson einen ständigen Wohnsitz in der Schweiz hat.“ (Fussnote zu Tabelle je-d-01.04.01.01.02)

15.3. Geburtenrückgang in Korrelation zu den verimpften Dosen Altersgruppe 20-49



Impfmonat	Jan 2021	Feb 2021	März 2021	April 2021	Mai 2021	Juni 2021	Juli 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Nov 2021	Dez 2021	Jan 2022	Feb 2022
Impf./Monat	1.2%	1.8%	2.9%	5.5%	21.3%	40.7%	27.8%	10.0%	11.5%	10.5%	5.2%	16.5%	22.6%	3.1%
Geb.-Monat	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov
2014-2015	132.2	126.4	122.7	128.4	127.0	128.1	129.2	131.7	137.5	135.9	134.3	144.6	130.5	126.7
2015-2016	130.5	126.7	124.6	128.5	129.7	131.5	126.1	133.8	138.2	142.6	138.4	145.4	131.3	125.4
2016-2017	131.3	125.4	124.4	126.4	130.7	128.3	130.3	135.9	136.1	139.4	136.9	138.7	133.1	129.3
2017-2018	133.1	129.3	126.2	129.7	128.9	128.2	129.7	134.1	139.1	144.4	144.2	141.4	131.9	128.8
2018-2019	131.9	128.8	121.6	129.8	126.9	125.9	131.9	133.3	135.8	141.6	134.2	137.4	128.5	126.5
2019-2020	128.5	126.5	122.0	127.5	129.1	126.8	130.8	132.1	135.6	140.0	132.2	137.8	129.9	120.2
2020-2021	129.9	120.2	123.2	133.2	136.4	135.0	134.5	133.4	137.5	142.5	140.2	145.7	140.4	132.6
2021-2022	140.4	132.6	124.9	121.8	117.8	116.9	122.1	124.2	129.7	130.4	127.8	128.0	119.0	111.5
Differenz zu Ø2019-2021	10.32	7.39	2.68	-8.40	-12.97	-12.37	-10.25	-8.72	-6.63	-10.94	-7.76	-12.32	-13.90	-14.92
Differenz Geburten	7.9%	5.9%	2.2%	-6.5%	-9.9%	-9.6%	-7.7%	-6.6%	-4.9%	-7.7%	-5.7%	-8.8%	-10.5%	-11.8%

Tabelle 15-1, Grafik 15-6 (Quelle BFS 12)

Statistische Auswertung: Spearman's ρ (rho): -0.885 (starke negative Korrelation), p-Wert: 0.000030 (hoch signifikant)

Geburtenrückgang und Impfquote verlaufen geradezu spiegelbildlich, statistisch hoch signifikant!

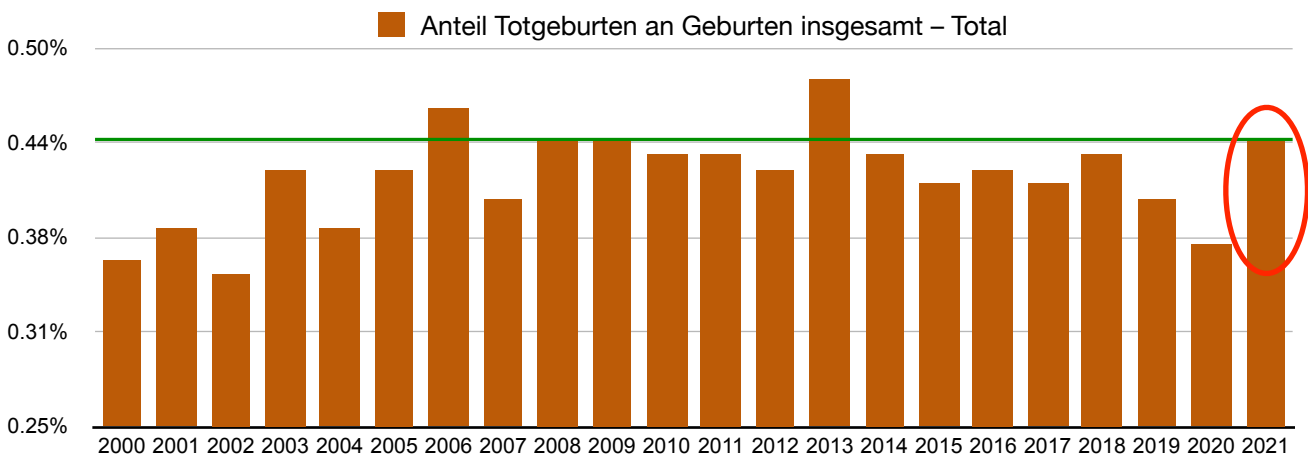
15.4. Anstieg der Totgeburten 2021

Totgeburten in Relation zu der Geburtenzahl insgesamt

Jahr	Totgeburten - Total	Totgeburten Knaben	Totgeburten Mädchen	Lebend-geburten - Total	Lebend-geburten Knaben	Lebend-geburten Mädchen	Anteil Totgeburten - Total	Anteil Totgeburten - Knaben	Anteil Totgeburten - Mädchen
2000	283	145	138	78'458	40'402	38'056	0.36%	0.36%	0.36%
2001	279	156	123	72'295	37'123	35'172	0.38%	0.42%	0.35%
2002	255	120	135	72'372	37'318	35'054	0.35%	0.32%	0.38%
2003	306	156	150	71'848	36'902	34'946	0.42%	0.42%	0.43%
2004	276	144	132	73'082	37'340	35'742	0.38%	0.38%	0.37%
2005	307	157	150	72'903	37'569	35'334	0.42%	0.42%	0.42%
2006	342	181	161	73'371	37'766	35'605	0.46%	0.48%	0.45%
2007	297	152	145	74'494	38'184	36'310	0.40%	0.40%	0.40%
2008	341	183	158	76'691	39'549	37'142	0.44%	0.46%	0.42%
2009	345	174	171	78'286	40'407	37'879	0.44%	0.43%	0.45%
2010	346	161	185	80'290	41'111	39'179	0.43%	0.39%	0.47%
2011	349	162	187	80'808	41'626	39'182	0.43%	0.39%	0.47%
2012	350	195	155	82'164	42'435	39'729	0.42%	0.46%	0.39%
2013	402	193	209	82'731	42'595	40'136	0.48%	0.45%	0.52%
2014	368	178	190	85'287	43'850	41'437	0.43%	0.40%	0.46%
2015	357	200	157	86'559	44'649	41'910	0.41%	0.45%	0.37%
2016	371	195	176	87'883	44'932	42'951	0.42%	0.43%	0.41%
2017	362	196	166	87'381	44'873	42'508	0.41%	0.43%	0.39%
2018	381	200	181	87'851	45'013	42'838	0.43%	0.44%	0.42%
2019	344	179	165	86'172	44'123	42'049	0.40%	0.40%	0.39%
2020	319	155	164	85'914	44'299	41'615	0.37%	0.35%	0.39%
2021	395	191	204	89'644	45'928	43'716	0.44%	0.41%	0.46%

Tabelle 15-2 (Quelle BFS 12)

Totgeburten in Relation zu der Geburtenzahl insgesamt



Grafik 15-7 (Quelle BFS 12)

Zu dem auffälligen Geburtenrückgang 2022, neun Monate nach Impfbeginn, gesellt sich eine zweite Auffälligkeit, denn im Impfbjahr 2021 gibt es einen auffälligen Anstieg der Totgeburten, der sich auch im Anteil an der Gesamtzahl der Geburten bestätigt. Seit 2010 ist der Anteil der Totgeburten nach 2013 auf dem zweithöchsten Rang, wogegen im 1. Pandemiejahr die Quote mit 0.37% auf dem zweittiefsten Rang lag, somit ist Covid-19 als Risikofaktor auszuschliessen.

15.5. Steigendes Krebsrisiko als Folge der Covid-19 Impfung?

Auszug: Krebsbericht 2021 zur Entwicklung der Fallzahlen und Raten

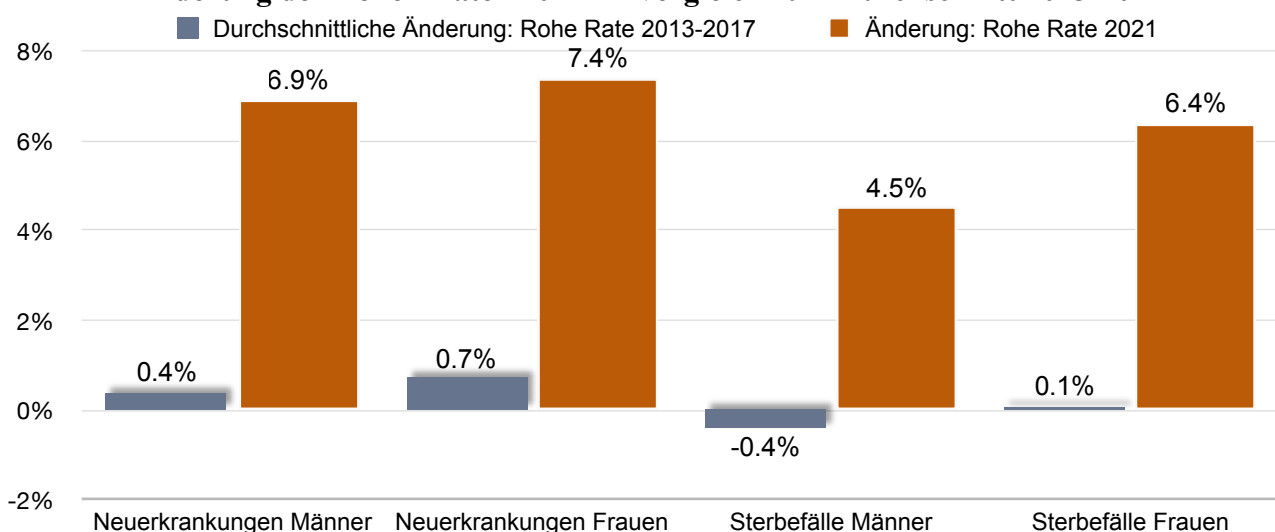
	Männer		Frauen	
	Neuerkrankungen ¹	Sterbefälle	Neuerkrankungen ¹	Sterbefälle
Anzahl Fälle pro Jahr, Durchschnitt 2013–2017	23'116	9'392	19'655	7'647
Anzahl Fälle 2021 (geschätzt)	26'123	10'375	22'181	8'551
Veränderung der Fallzahl 2021 zum Durchschnitt 2013–2017	13.0%	10.5%	12.9%	11.8%
Rohe Rate (pro 100 000 Einwohner/innen und Jahr), 2013–2017	564.4	229.3	470	182.9
Mittlere jährliche Veränderung der rohen Rate, 2008–2017	0.4%	-0.4%	0.7%	0.1%
Rohe Rate 2021 (geschätzt)	603.3	239.6	504.7	194.6
Veränderung der rohen Rate 2021 zum Durchschnitt 2013–2017	6.9%	4.5%	7.4%	6.4%
Standardisierte Rate (pro 100'000 Einwohner/innen und Jahr), 2013–2017	427.9	160.7	331.7	105.3
Mittlere jährliche Veränderung der standardisierten Rate, 2008–2017	-0.7%	-1.8%	0.1%	-1%

¹ Neuerkrankungen ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

Tabelle 15-3⁴⁵ (Definitionen s. S. 3)

Bemerkenswert und beunruhigend im Krebsbericht 2021 ist, dass nach jährlich sinkenden standardisierten Raten von 2008 bis 2017 zwischen -1.8% bis $+0.1\%$ (letzte Zeile) die Fallzahlen bei Männern und Frauen 2021 um ca. 13% und die Todesfälle zwischen 10.5% und 11.8% ansteigen. Die rohen Raten steigen zwischen 4.5 und 7.4%. Auch im Bereich der Hospitalisierungen stiegen bei 15 Krebsarten die Hospitalisierungen zwischen 6% und 18% an, darunter unter den führenden Positionen Prostatakrebs und bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Neben evtl. Todesfällen infolge unterlassener Behandlungen und Diagnostik 2022 bedarf die Aufklärung dieser Zusammenhänge und evtl. Impfnebenwirkungen dringend der Aufklärung, denn im Kontext von Covid-19 Erkrankungen wird über keine Krebsinzidenz berichtet.

Änderung der Rohen Raten 2021 im Vergleich zum Durchschnitt 2013–2017



Grafik 15-8 (Quelle: Schweizerischer Krebsbericht)

⁴⁵ BFS: – Schweizerischer Krebsbericht 2021; URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/19305696>

15.6. Abreissende Datenströme: Erfassung/Nicht-Erfassung des Impfstatus

COVID19Cases_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sumTotal	pop	inz_entries	...	version
2021-11-09	all	fully_vaccinated	5	4588	5677544	0.09		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	partially_vaccinated	0	1012	171244	0		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	not_vaccinated	6	6596	2860567	0.21		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	unknown	2158	370651	NA	NA		2021-11-10_07-50-19

COVID19Death_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	inz_entries	...	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_booster	0	726	2176394	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	1	505	3858010	0.03		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated	1	1231	6034404	0.02		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	110	84619	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	not_vaccinated	0	1968	2658823	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	unknown	1	1255	NA	NA		2022-11-17_06-08-21

COVID19Death_vaccpersons_AKL10 (bis KW 35/2022)

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	geo Region	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated	1	1231	6034404		CHFL	2022-11-17_06
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	110	84619		CHFL	2022-11-17_07
2022-09-04	all	not_vaccinated	0	1968	2658823		CHFL	2022-11-17_08
2022-09-04	all	unknown	1	1255	NA		CHFL	2022-11-17_09
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	1	505	3858010		CHFL	2022-11-17_10
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_boost	0	726	2176394		CHFL	2022-11-17_11

COVID19Death_vaccpersons_AKL10_w_v2 (seit KW 36/2022, Neubeginn bei NULL)

date	altersklasse_covid19	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	geo Region	version
202311	all	not_vaccinated	0	58	2654630		CHFL	2023-03-21
202311	all	unknown	5	246	NA		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated	0	91	6123216		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated_last_6mo	0	32	916441		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated_older_6mo	0	59	5206775		CHFL	2023-03-21
202311	all	geimpft, alle		1341			CHFL	2023-03-21
202311	all	ungeimpft		2026			CHFL	2023-03-21
202311	all	unknown		1501			CHFL	2023-03-21

Tabellen 15-4 bis 15-7; (Quellen BAG 3)

„Die Daten zum Impfstatus erfassen wir seit Ende Januar 2021. Sie basieren auf Informationen, die Ärztinnen/Ärzte und Spitäler uns im Rahmen der Meldepflicht übermittelt haben. Bei Hospitalisationen und Todesfällen im Zusammenhang mit einer laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion übermitteln uns diese seither neben klinischen Informationen zusätzlich den Impfstatus.“⁴⁶

Seit dem 09.11.2021 wird der Impfstatus bei Fallmeldungen nicht mehr berichtet!

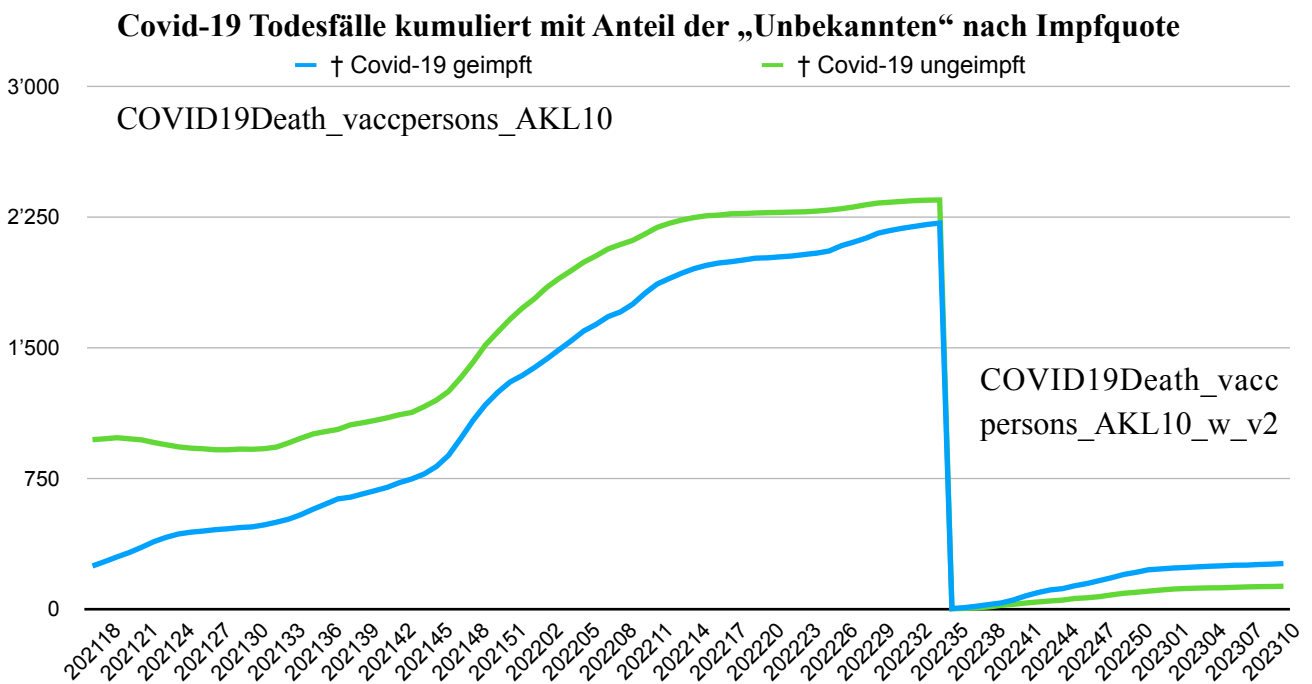
Anmerkung: In den Tabellen zum Impfstatus wird dieser unterschiedlich kategorisiert. Bei den „Fällen“ ist der Anteil der als „unknown“ gekennzeichneten Fälle am größten. Bei den Todesfällen ist es die zweithöchste und bei den Hospitalisierungen die dritthöchste Kategorie, was aufgrund der Grösse der „unknown“ Kategorie eine Interpretation der proportionalen Raten der einzelnen Impfkategorien gegenüber den Ungeimpften unmöglich macht.

Zudem hat das BAG am 04.09.2022 durch weitere Differenzierung der Impfkategorien diese gegenüber den Ungeimpften noch weiter aufgeteilt und dadurch ihre Grössenordnung scheinbar verringert. Von der Gruppe der vollständig Geimpften wurden weitere Todesfälle an die Gruppe der vor 6 Monaten Geimpften weitergereicht. Es wird mit 32 Todesfällen der in den letzten 6 Monaten Geimpften eine kleine Zahl suggeriert im Verhältnis zu 59 der in den vorherigen Monaten Geimpften. Die Differenzierung nach Anzahl der erhaltenen Dosen wurde fallen gelassen. In Relation zu der betroffenen Bevölkerungsgruppe sind die Todesfälle der letzten 6 Monate allerdings 2.3mal höher. Das sind statistische Tricks, um den eingetretenen Nachweis für ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis der Impfung zu verschleiern: Seit dem Nullbeginn in Kalenderwoche 36/2022 sind 32 „Geimpfte“ verstorben. Im Vergleich zu den übrigen Kategorien ergeben sich umgerechnet die folgenden Anteile pro 1 Million:

Ungeimpft: 21.8; geimpft mit Impfung vor 6 Monaten 14.9; geimpft innerhalb von 6 Monaten: 34.9
Das ergibt in der Gefahreneinschätzung aller Geimpften zu allen Ungeimpften das Verhältnis 2.3 : 1
Und die Gefahreneinschätzung der frisch Geimpften zu den vor 6 Monaten Geimpften: 2.34 : 1

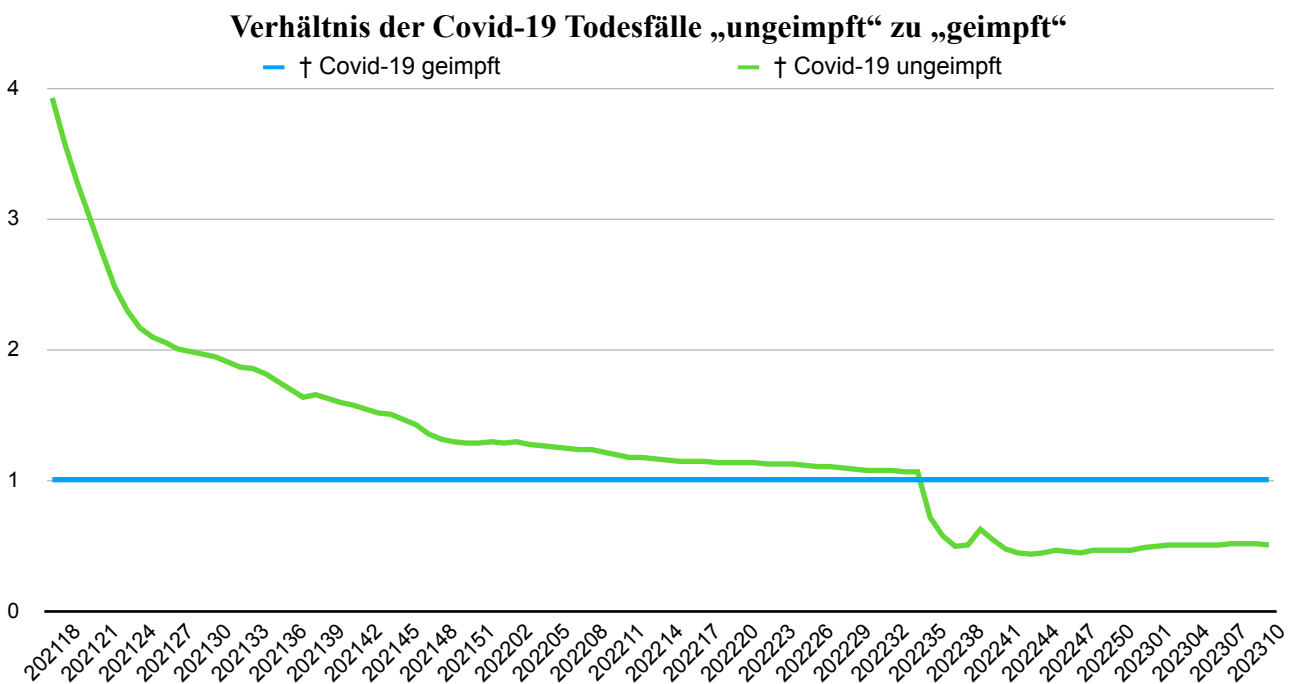
Angesichts der mehr als doppelt so hohen Anzahl der Todesfälle mit unbekanntem Impfstatus ist keine statistisch relevante Aussage möglich, aber der erfasste Anteil gibt ein deutliches Signal einer negativen Wirkbilanz der „Impfung“ gegenüber den Ungeimpften seit September 2022. Somit hätte längst jede Fortschreibung einer Impfempfehlung aufgehoben werden müssen.

⁴⁶ Quelle: <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status?indicator=death>



Grafik 15-9 (Quelle: BAG 14...)

Die Covid-19 Todesfälle der Kategorie „unknown“ wurde gemäss Impfstatus auf die Gruppe der Geimpften und Ungeimpften aufgeteilt. Alle Impfkategorien wurden zusammengefasst.



Grafik 15-10 (Quelle: BAG 14...)

Anfang Mai 2021 lag das Verhältnis der Todesfälle mit positivem Test in der Gruppe der Ungeimpften etwa viermal so hoch wie in der Gruppe der Geimpften. Bis Ende August 2022 waren beide Gruppen etwa auf demselben Level angekommen, was genau dann dazu führte, als das Verhältnis zu Gunsten der Ungeimpften zu kippen schien, dass mit September 2022 der Datenfluss abbrach. Durch neue Kategorien, die die einzelnen Impfstatusgruppen nicht mehr erkennen lassen und die Geimpften in zwei neue Kategorien aufteilt, wird ihr Anteil „reduziert“ und die Zählung neu bei NULL gestartet. Seit Januar sind weder die regionalen Daten der einzelnen Kantone, noch die Altersgruppen abrufbar und somit alle bisherigen statistischen Relationen nicht weiterzuführen.

COVID19Hosp_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_booster	1	5097	9894		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	0	5921	57		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated	0	11018	9951		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	340	240125		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	not_vaccinated	10	14283	8527770		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	unknown	3	9504	NA		2022-11-17_06-08-21

COVID19Hosp_vaccpersons_AKL10_w_v2 (seit KW 36/2022 Neubeginn bei NULL)

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	per 1 Mio	version
202311	all	vaccinated_last_6mo	1	325	916441	354.6	2023-03-21_06-03-39
202311	all	vaccinated_older_6mo	10	1090	5206775	209.3	2023-03-21_06-03-39
202311	all	not_vaccinated	4	890	2654630	335.3	2023-03-21_06-03-39
202311	all	unknown	43	4870	NA		2023-03-21_06-03-39
202311	all	geimpft, alle		12773			2023-03-21
202311	all	ungeimpft		15173		564.0	2023-03-21
202311	all	unknown		14374		1.7	2023-03-21

Tabellen 15-8 bis 15-9; (Quellen BAG 3...)

Auch bei den nach Impfstatus differenzierten Covid-19 Hospitalisierungen ergibt sich die gleiche Situation wie bei den Todesfällen, indem im September 2022 eine nach neuen Kategorien differenzierte Zählung begonnen wird, die alle bisherigen Zahlen auf NULL zurücksetzt und dadurch die hohe Zahl der Covid-19 Hospitalisierungen mit Impfstatus herunter spielt. Das Verhältnis zwischen Ungeimpften und den in den letzten 6 Monaten Geimpften wird durch diese statistische „Massnahme“ deutlich zugunsten der frisch Geimpften verschoben. Anteilig an der zugehörigen Bevölkerungsgruppe ergeben sich seit September pro 1 Mio. völlig andere Relationen:

Ungeimpft: 335; geimpft insgesamt 564 stehen im Verhältnis

Das ergibt in der Gefahreinschätzung aller Geimpften zu allen Ungeimpften das Verhältnis 1.7 : 1 zu Ungunsten der Geimpften.

Die auf dem 2. Rang liegende „unknown“ Kategorie lässt auch dieses eindeutige Resultat unbrauchbar werden. Ist dies Absicht einer Verschleierungsstrategie? Ist es mangelnde Meldebereitschaft der Kliniken? Werden diese eher bei Geimpften oder bei Ungeimpften trotz Meldepflicht verweigern, den Impfstatus zu melden oder gar zu ermitteln? Hier offenbart sich ein Gesamtkomplex an offenen Fragen, der dringend einer Aufarbeitung bedarf.

16. Bieten die mRNA Impfstoffe den behaupteten Schutz?

Dr. Hans-Joachim Kremer (Gastautor)

Auf den aktuellen FAQ-Seiten von Swissmedic (Stand: 1. März 2023) heisst es zur Frage 2 „Wirken die Impfstoffe“:

„In der Schweiz werden nur Impfstoffe zugelassen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Die Impfstoffhersteller haben präklinischen sowie klinischen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit durchgeführt. Die Resultate der klinischen Studien ergaben einen Schutz vor einer schweren Covid-19-Erkrankung von 94 Prozent oder mehr.⁴⁷ Den Daten zufolge sind auch ältere Menschen und Personen mit chronischer Erkrankung gut geschützt vor einem Ausbruch bzw. schweren Verläufen der Krankheit.“⁴⁸

Allerdings ist keine Impfung zu 100% wirksam, und es kann trotz Impfung zu einer Infektion kommen. Die aktuellen Daten zeigen aber, dass die meisten dieser Infektionen bei Geimpften mild und von kurzer Dauer sind. Die Impfstoffe zeigen weiterhin eine sehr hohe Wirksamkeit gegen eine schwere COVID-19-Erkrankung (z.B. Behandlung im Krankenhaus oder Todesfall) und eine gute Wirksamkeit gegen eine symptomatische SARS-CoV-2-Infektion.

Aufgrund der Streichung der Daten, die die Wirksamkeit beweisen sollen, bleiben die weiteren Aussagen zum Schutz vor schwerer COVID-19 Erkrankung und guter Wirksamkeit gegen eine symptomatische SARS-CoV-2-Infektion leere Behauptungen.

In den allgemeinen Hinweisen zur Vorbeugung insistiert das BAG noch am 3. März 2023 mit der Aussage: „Die Impfung schützt Sie vor einer Covid-19-Erkrankung und einem allfälligen schweren Verlauf.“⁴⁹

Es müsste allgemein bekannt sein, dass präklinische Studien allenfalls gewisse Aussagen zur Sicherheit machen können, keinesfalls zur Wirksamkeit. Die präklinischen Sicherheitsstudien waren aber gewiss zu wenige, um relevante Aussagen treffen zu können.

Auf frühere Aussagen von Swissmedic, dass die „Impfung“ Schutz vor einem allgemeinen Infektionsrisiko, zu Eigenschutz und Fremdschutz biete, wird in der aktuellen „Bewertung“ verzichtet. Solche Behauptungen sind längst gegenstandslos, da die gehobene Pfizer-Mitarbeiterin Janine Small im Herbst 2022 vor dem EU-Parlament verneinte, dass Pfizer jemals Daten zum Fremdschutz erhoben hätte. Längst hatten Beobachtungsstudien und vor allem auch viele Beobachtungen aus öffentlich zugänglichen Datenbanken bestätigt, dass auch der Schutz vor einer „Infektion“ nur noch minimal sei, die wenn überhaupt, höchstens mittels eines positiven SARS-CoV-2-PCR-Tests belegt wurde.

Nun beansprucht Swissmedic noch immer einen „Schutz vor einer schweren Covid-19-Erkrankung von 94 Prozent“. Dr. Hans-Joachim Kremer hatte dieses Thema bereits im Februar 2022 eingehend

⁴⁷ Der gelb markierte Bereich zur Wirksamkeit wurde von Swissmedic im letzten Update zum Beitrag „Wirken die Impfstoffe“ entfernt.

⁴⁸ Swissmedic: FAQ zu den Covid-19 Impfstoff; URL: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/faq-covid.html>

⁴⁹ BAG: Coronavirus: Krankheit, Symptome, Behandlung; URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html>

untersucht⁵⁰ und dabei dargelegt, dass eine solche Wirkung, falls überhaupt nachweisbar, völlig irrelevant sei.

Aus diesem Artikel stammt die folgende Tabelle:

Tabelle 16-1 Inzidenz von Covid-19 in der Placebo-kontrollierten Pfizer-Biontech-Studie

	Comirnaty				Placebo		
	N	% A	% B		N	% A	% B
Severe Covid-19	1	0.00	2.0	*	9	0.04	3.3
Non-severe Covid-19	49	0.23	98.0		266	1.25	96.7
Any Covid-19	50	0.23	100	***	275	1.29	100
No Covid-19	21'264	99.8	-		20'983	98.7	-
"At risk"	21'314	100	-		21'258	100	-

A bezogen auf "at risk". B bezogen auf "any Covid-19".

* Der p-Wert für 1 gegen 9 ("severe Covid-19") beträgt 0.0116 (Fisher Exact Test, 2sided).

Das 95% Konfidenzintervall für "severe Covid-19" nach Comirnaty, bezogen auf alle Fälle von Covid-19, beträgt 0.05% bis 10.7%.

*** Der p-Wert für 50 gegen 275 ("Covid-19") beträgt 0 (χ^2 Test).

Basierend auf All-Available Efficacy Population".

„Schweizer“ Dezimalinterpunktation.

Quelle: Clinical Study Report (CSR) m5351-c4591001-final-analysis-interim-p-csr-body.

Cut-off: 14 November 2020. Table 31, page 134, Table 40, page 148-

Tabelle 16-1

Aus diesen Daten errechnet sich eine *vaccine efficacy (VE)* gegen *severe COVID-19* (schwere Covid-19 Verläufe) von 89% und keineswegs von 94%. Weit fragwürdiger ist das riesige Konfidenzintervall, welches bei lediglich 12,5% anfängt und mithin die regulatorische Relevanzgrenze von 50% eindeutig einschliesst (Tabelle 16-2). Der Schätzwert von Swissmedic ist also falsch, unbegründet und irreführend.

Noch verheerender sieht die Rechnung aus, wenn man die von Pfizer-Biontech bevorzugte *per protocol population (PPP)* heranzieht. Da man sich in Überlegenheitsfragestellungen wie hier niemals auf eine PPP-Analyse, sondern immer nur auf *intention to treat* oder *all randomised* Analysen beziehen würde, ist dies hier nicht von Belang.

Tabelle 16-2 Berechnung der Impfstoffwirksamkeit

	Comirnaty	Placebo	
All efficacy population	21'314	21'258	(i.e. intention to treat)
COVID-19	1	9	
Asummed no COVID-19	21'313	21'249	
Incidence %	0.00%	0.04%	
Difference (absolute risk reduction)	-0.04%		
	Estimate	Lower 95% CI	Upper 95% CI
p-value	0		
Relative risk (reduction, RR or RRR)	0.11082	0.014	0.875
Vaccine efficacy (VE = 1 - RR)	88.9%	12.5%	98.6%

Quelle: Clinical Study Report (CSR) m5351-c4591001-final-analysis-interim-p-csr-body.

Cut-off: 14 November 2020. Table 40, page 148

Eigene Berechnungen

Tabelle 16-2

Es ergeben sich weitere Probleme der Datenbewertung durch Swissmedic. Denn warum sollte man sich einseitig *severe COVID-19* fokussieren, obwohl auch diese Variable entscheidend von der

⁵⁰ Dr. Hans-Joachim Kremer: Der Effekt der Impfung auf schwere Verläufe ist völlig irrelevant; URL: <https://tkp.at/2022/02/04/der-effekt-der-impfung-auf-schwere-verlaeufe-ist-voellig-irrelevant/>

klinisch irrelevanten Frage, ob ein PCR-Test positiv oder negativ war, beeinflusst wurde; ohne einen positiven Test wäre ein Fall ja niemals zur Auswertung gekommen. Es wäre also angebracht gewesen, auch einmal alle Fälle von *severe adverse event* bzw. *serious adverse event* zu zählen und zu vergleichen. Siehe dazu Tabelle 16-3.

Wie bei Sicherheitsfragestellungen üblich, nimmt man alle exponierten Teilnehmer in den Nenner, der dadurch minimal, aber letztendlich irrelevant grösser ist als in Tabelle 16-1 oben. Eigentlich benötigten die nackten Zahlen von 240 schweren Nebenwirkungen nach Comirnaty und 139 nach Placebo keiner weiteren Statistik. Man sollte erwarten, dass die oben erwähnte 1 zu 9 Fälle darin enthalten sind. Allerdings ist der Unterschied derart gross, dass diese Frage bedeutungslos ist.

**Tabelle 16-3 Unerwünschte Ereignisse
in der Placebo-kontrollierten Pfizer-Biontech-Studie**

	Comirnaty		Placebo
Severe AE (schwer)	240	*	139
Serious AE (schwerwiegend)	126	n.s.	111
At risk	21'621		21'631

* Der p-Wert für 240 gegen 139 beträgt 0. RR = 1.73 (95% KI 1.40 bis 2.13)

AE – *adverse event* = unerwünschtes Ereignis. Gezählt werden immer Individuen mit einem solchen Ereignis.

Quelle: CSR wie oben. Darin Table 51, page 238.

Eigene Berechnungen.

Tabelle 16-3

Man könnte ggf. noch einwenden, dass *severe COVID-19* stets mit einer Hospitalisierung verbunden war, was aber nicht notwendigerweise auf *severe AE* zutrifft. Daher wird oben auch die Zeile *serious AE* gezeigt, bei der kein Zweifel an der Vergleichbarkeit besteht. Bei dieser Auswertung ist es tatsächlich so, dass diese Klasse alle Fälle von *severe COVID-19* enthält. Trotz des möglichen Vorteils der Impfung in Sachen *severe COVID-19* schlug sich dieser nicht auf die Inzidenz von *serious AE* nieder. Dennoch schneidet der numerische Schnitt bei Comirnaty schlechter, wenn auch nicht signifikant schlechter ab.

All diese Daten lagen der FDA, EMA und Swissmedic bereits bei der Zulassung vor und hätten entsprechend gewürdigt werden können und müssen.

Spätestens seit August 2022 liegt auch die Auswertung von Fraiman et al.⁵¹ vor, die in eine ganz ähnliche Richtung weist, wenn auch mit leicht anderen Daten. Die Autoren werteten auch die Daten zum Spikevax (von Moderna) aus, keineswegs mit besseren Ergebnissen.

Mithin mag formal ein Effekt auf schwere COVID-19 Verläufe zum Zeitpunkt jener Studien vorgelegt haben, aber dieser Effekt war niemals eindeutig oder klinisch relevant. Die damaligen Daten zeigen insgesamt in die gegenteilige Richtung, so dass die Behörden von Nutzlosigkeit (*futility*) der Impfungen hätten ausgehen müssen. Es erscheint völlig unverständlich und geradezu „trotzköpfig“, dass ein angesehenes Expertengremium von Swissmedic angesichts der Datenlage im Jahr 2023 noch immer am behaupteten Nutzen der Impfungen fest hält.

⁵¹ Fraiman et al.: Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults; URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22010283?via%3Dihub>