

Schätzung der Zahl der tatsächlichen COVID-Impfstoff-Todesfälle in Amerika

Von Steve Kirsch, Jessica Rose, Mathew Crawford

estimate of the VAERS under-reporting factor (URF) at 41

<https://www.skirsch.com/covid/Deaths.pdf>

Die Kirsch-Studie finden Sie übersetzt ab Seite 8

Den englischen Originalteil, mit allen Diagrammen und Tabellen, finden Sie ab Seite 56.

Also KEINE ANGST, es ist weniger als es aussieht!

DAFÜR IST ES ABER UM SO WICHTIGER!

Sie müssen wissen, dass Steve Kirsch bereit ist demjenigen 2 Millionen USD Belohnung zu bezahlen, der nachweisen kann, dass die tatsächliche Opferzahl um mehr als 10 % geringer ist als die von Steve Kirsch ausgewiesene Opferzahl. Diese Hürde scheint für das Preisgeld nicht gerade hoch zu sein, **trotzdem findet sich seit Monaten niemand, der Steve Kirsch widerlegen kann, obwohl doch die offizielle behauptete Opferzahl um SOGAR MEHR ALS 97 PROZENT GERINGER IST!!!**

Einführung:

Das Team von Steve Kirsch besteht aus hochqualifizierten Leuten aus allen wissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen. Bei der Kritik, Kirsch sei nicht qualifiziert, über diese hochtechnischen Themen zu schreiben, wird immer übersehen, dass dies nicht Steves persönliche Einschätzung ist, sondern die eines entsprechend qualifizierten Teams.

Ich glaube nicht, dass es irgendwo ein Team gibt, das qualifizierter für die Beurteilung und vertrauter mit dem aktuellen Inhalt der VAERS-Datenbank ist als Steve Kirschs Team. Vor diesem Hintergrund lesen Sie bitte eine neue Schätzung einer ANDEREN, unabhängigen Person über die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit der Covid19-Impfung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Mike Yeadon, ehemaliger Pfizer-Vizepräsident und Leiter der Forschungsabteilung für Atemwegserkrankungen bei Pfizer

Unsere neue beste Schätzung der Zahl der durch den Impfstoff verursachten "überzähligen Todesfälle" ist also 388.000!

Da es keinen anderen plausiblen Mechanismus für die überzähligen Todesfälle als den Impfstoff gibt (natürlich hat unsere "stets wachsame" CDC nie eine andere Ursache vorgeschlagen), führt uns der Prozess der Eliminierung zu der offensichtlichen Schlussfolgerung, dass diese überzähligen Todesfälle tatsächlich durch den Impfstoff verursacht wurden.

Dies sollte für jeden, der die klinischen Studien aufmerksam verfolgt, eine Überraschung sein.

In der Pfizer-Studie zum Beispiel war die Wahrscheinlichkeit zu sterben, wenn man den Impfstoff bekam, viel größer als wenn man das Placebo bekam. Sie haben einfach vergessen, dies in der Zusammenfassung der Studie zu erwähnen (und sie waren auch nicht in der Lage, die Zahl der Todesfälle in jeder Gruppe genau zu zählen). Kurz gesagt, der Impfstoff ist eine Tötungsmaschine.

Wie die klinische Studie gezeigt hat, ist es wahrscheinlicher, dass er Sie tötet, als dass er Sie rettet. Amerika weigert sich immer noch, diese Tatsache anzuerkennen.

<https://stevekirsch.substack.com/p/latest-vaers-estimate-388000-americans>

Neueste VAERS-Schätzung: 388.000 Amerikaner durch die COVID-Impfstoffe getötet!! □

Eine unabhängige Ableitung des VAERS-URF unter Verwendung der CMS-Todesdaten führt zu einem URF von 44,64, was dann zu einer 388K-Exzess-Todesschätzung führt.

Steve Kirsch 15. Dezember:

Meine Schätzung des VAERS-Under-Reporting-Faktors (URF) von 41 basierte auf Anaphylaxie-Raten, die in dem in JAMA veröffentlichten Blumenthal-Artikel berichtet wurden.

Ich habe argumentiert, dass die Anaphylaxie-Rate eine angemessene Zahl ist, um Todesfälle (unter) einzuschätzen, da ich der Meinung bin, dass Todesfälle aus zwei Gründen weniger gemeldet werden als Anaphylaxie an VAERS: 1) normalerweise fehlt die zeitliche Nähe zur Impfung, 2) die Person den Tod zu sehen, kennt möglicherweise den Impfstatus des Opfers nicht und ist technisch möglicherweise nicht verpflichtet, den Tod zu melden.

Einige Leute haben mit dieser Annahme gestritten, darunter mein Freund Professor John Ioannidis, der argumentierte, dass es keine Beweise dafür gibt, dass dies wahr ist und es umgekehrt sein könnte. Es ist ein fairer Punkt, und ich sagte John, dass es sich nur um eine Schätzung handelt und ich sie gerne ändern kann, wenn wir mehr Daten haben.

Dieser Tag ist mit freundlicher Genehmigung von Wayne von VAERS Analysis gekommen.

Wayne hat eine URF-Berechnung mit Todesdaten in CMS durchgeführt. Damit werden alle Einwände gegen die Validität der Verwendung von Anaphylaxieraten als Proxy für die Sterblichkeitsrate ausgeräumt.

Der von ihm berechnete VAERS-URF war 44,64.

Dies erscheint mir vernünftig. Es ist wirklich nicht weit von den 41, die ich berechnet habe.

Außerdem betrachtete Wayne anschließend die Zahlen für 9 Staaten. Der Mittelwert lag bei 40, nicht weit von den 41 I aus Anaphylaxie berechnet.

Ich ließ zwei Teammitglieder (Albert Benavides und Jessica Rose) seine Zahlen überprüfen. Kein Fehler.

Sehen wir uns nun an, was das bedeutet.

Am 14. Dezember 2021 wurden 9.136 Todesfälle in VAERS für inländische Todesfälle gemeldet (wenn Sie OpenVAERS verwenden, legen Sie den Schalter oben um, um die Todesfälle nur in den USA anzuzeigen). Wenn wir mehr als das Doppelte der Gesamtzahl der in einem früheren Jahr gemeldeten Todesfälle abziehen (um bei der Schätzung der Hintergrundtodesfälle sehr konservativ zu sein):

Unsere neue beste Schätzung der Zahl der durch den Impfstoff verursachten „überzähligen Todesfälle“ beträgt 388.000. Da es außer dem Impfstoff keinen plausiblen Mechanismus für übermäßige Todesfälle gibt (sicherlich hat unsere „immer wachsame“ CDC nie eine alternative Ursache vorgeschlagen), führt uns der Eliminationsprozess zu dem Schluss, dass es sich bei diesen übermäßigen Todesfällen tatsächlich um , verursacht durch den Impfstoff.

Dies sollte wirklich jeden überraschen, der auf die klinischen Studien achtet.

In der Pfizer-Studie war es beispielsweise viel wahrscheinlicher, dass Sie starben, wenn Sie den Impfstoff erhielten, als wenn Sie das Placebo erhielten. Sie haben einfach vergessen, dies in der Zusammenfassung des Papiers zu erwähnen (und sie waren auch nicht in der Lage, die Zahl der Todesfälle in jeder Gruppe genau zu zählen). Kurz gesagt, der Impfstoff ist eine Tötungsmaschine.

Wie die klinische Studie gezeigt hat, war es wahrscheinlicher, dass sie Sie umbrachte, als sie zu retten. Amerika weigert sich immer noch, diese Tatsache tatsächlich anzuerkennen.

388.000 tote Amerikaner sind einfach umwerfend

Heute ist unsere beste Schätzung der Todesfälle durch Impfstoffe anhand der VAERS-Daten, dass die US-Regierung für die Tötung von 388.000 ehemals gesunden Amerikanern verantwortlich ist. Ohne Grund oder gesellschaftlichen Nutzen. Unter dem Vorwand, sie zu retten.

Und wir sind noch nicht fertig. Diese Kinder mit Myokarditis? Die Hälfte von ihnen könnte in 5 Jahren sterben!! ☐!!☐!!☐

Wir wissen es einfach nicht. Prionenkrankheiten... wir wissen es nicht. Autoimmunerkrankungen... wir wissen es nicht. Fortpflanzungsprobleme... unbekannt. Ursprüngliche antigene Sünde? Möglicherweise. Du hast die Idee.

Im Gegensatz dazu war der Vietnamkrieg ein langer, tödlicher Kampf, der von 1954 bis 1975 zwischen Nordvietnam und Südvietnam stattfand. Das US-Nationalarchiv zeigt, dass in den 21 Jahren 58.220 US-Soldaten ums Leben kamen. Hier haben wir in einem Bruchteil der Zeit mehr als sechsmal so viele Menschen getötet... nur 11 Monate.

Niemand in den Mainstream-Medien wird es wagen, darüber zu sprechen. Sie werden nicht einmal die Frage stellen. Kein einziger Reporter.

Auch im Kongress wird darüber niemand diskutieren. Ich habe versucht, die Kongressmitarbeiter auf diese Informationen aufmerksam zu machen, aber sie haben meine Bitten ignoriert.

Natürlich haben die FDA und die CDC keinen Kommentar, außer dass sie mit mir „nicht einverstanden“ sind. Sie werden nicht sagen warum. Beeindruckend. Wir haben eine Diskrepanz von 388.000 toten Amerikanern und sie werden nicht einmal sagen, warum ich falsch lag.

Ich vermute, dass sie nicht sagen können, warum, weil ich ihre Zahlen (sie pflegen VAERS und CMS) und ihre Methodik verwendet habe und es keine mathematischen Fehler gab. Sie müssen sich also dem „handwinkenden“ Argument anschließen, dass „wir nicht einverstanden sind“, da sie nicht mit Fakten, Beweisen, Daten oder methodischen Fehlern umgehen können.

Was all die falschen Argumente über VAERS und Kausalität angeht, die von den sogenannten Faktenprüfern verwendet werden, um meine Arbeit anzugreifen, zerlege ich diese in meinem 63-seitigen Artikel gründlich. Deshalb ist keiner der Leute bei der FDA oder CDC bereit, mit mir aktenkundig zu sprechen: weil ich weiß, wie man ihre falschen Ausreden für das Wegschauen demontiert. Sie werden auch mit keinem meiner Kollegen sprechen. Sie wollen es einfach nicht hören.

Lass es mich in den Kommentaren wissen, wenn du einen Fehler findest.

Schließlich weiß ich, dass einige von Ihnen von all den Daten, einschließlich der atemberaubenden Athletendaten, immer noch nicht überzeugt sind. Das ist ok für mich. Ich habe nur eine Bitte. Bitte erwägen Sie, diesen Artikel mit Ihrem sozialen Netzwerk zu teilen, bevor Sie Ihren Booster erhalten. N ORDNUNG?

ANMERKUNG DAZU: DAS SIND DANN WELTWEIT BEREITS JETZT SCHON 4'268'000 TODESOPFER DURCH DIE COVID-IMPFUNGEN!!

0,1176 % der US Bevölkerung sind bereits den Impfungen zum Opfer gefallen!!

Im Gegensatz dazu war der Vietnamkrieg ein langer, tödlicher Kampf, der von 1954 bis 1975 zwischen Nordvietnam und Südvietnam stattfand. Das US-Nationalarchiv zeigt, dass in den 21 Jahren 58.220 US-Soldaten ums Leben kamen. Hier haben wir in einem Bruchteil der Zeit mehr als sechsmal so viele Menschen getötet... nur 11 Monate!!

!!☐↑☐Auf Deutschland hochgerechnet würde das 96'432 Todesopfer beziehungsweise Mordopfer bedeuten!!☐↑☐

Das würde ein MORDOPFER pro 850 Einwohner bedeuten!!☐↑☐

Und wir sind noch nicht fertig. Diese Kinder mit Myokarditis? Die Hälfte von ihnen könnte in 5 Jahren sterben!!☐

Wir wissen es einfach nicht. Prionenkrankheiten ... wir wissen es nicht. Autoimmunerkrankungen... wir wissen es nicht. Fortpflanzungsprobleme... unbekannt. Ursprüngliche antigene Sünde? Möglicherweise. Du hast die Idee.

Niemand in den Mainstream-Medien wird es wagen, darüber zu sprechen. Sie werden nicht einmal die Frage stellen. Kein einziger Reporter.

Auch im Kongress wird darüber niemand diskutieren. Ich habe versucht, die Kongressmitarbeiter auf diese Informationen aufmerksam zu machen, aber sie haben meine Bitten ignoriert.

Natürlich haben die FDA und die CDC keinen Kommentar, außer dass sie mit mir „nicht einverstanden“ sind. Sie werden nicht sagen warum. Beeindruckend. Wir haben eine Diskrepanz von 388.000 toten Amerikanern und sie werden nicht einmal sagen, warum ich falsch lag.

Ich vermute, dass sie nicht sagen können, warum, weil ich ihre Zahlen (sie pflegen VAERS und CMS) und ihre Methodik verwendet habe und es keine mathematischen Fehler gab.

Was all die falschen Argumente über VAERS und Kausalität angeht, die von den sogenannten Faktenprüfern verwendet werden, um meine Arbeit anzugreifen, zerlege ich diese in meinem 63-seitigen Artikel gründlich. Deshalb ist keiner der Leute bei der FDA oder CDC bereit, mit mir aktenkundig zu sprechen: weil ich weiß, wie man ihre falschen Ausreden für das Wegschauen demontiert. Sie werden auch mit keinem meiner Kollegen sprechen. Sie wollen es einfach nicht hören!!☐↑

BITTE erwägen Sie, diesen Artikel mit Ihrem sozialen Netzwerk zu teilen, bevor Sie Ihren Booster erhalten. IN ORDNUNG?

!!☐↑Das bedeutet, dass weniger als 3 Prozent der tatsächlichen Todesopfer durch die COVID-Impfung in der offiziellen Statistik landen!! Und dieser Wert ist aus folgenden Gründen, zusätzlich zu den validierten Fakten in Steve Kirsch seiner Studie, plausibel, denn während der Impf-Arzt 28-36 € Provision pro Pieks/pro Impfung bekommt, bekommt er keinen Cent für seinen Aufwand erstattet, wenn er einen Impf-Schaden der Behörde meldet, was mindestens 30 Minuten seiner Zeit in Anspruch nehmen würde, während er für den Pieks nur Sekunden braucht! Es gibt für den Arzt keine andere Provisions-, Honorar-, Behandlungs- oder Verdienstmethode, mit der er noch einfacher und noch mehr Geld verdienen kann, weshalb er unter anderem auch aus diesem Grund alles tun wird um dieses Goldene Kalb, seinen Goldesel nicht zu schlachten!

Darüber hinaus wissen wir aus der Praxis, dass Ärzte Schwierigkeiten bekommen, beispielsweise mit der Ärztekammer, wenn sie häufiger als andere Ärzte Impfschäden melden, denn das würde ihren korrupten Kollegen und der Pharmaindustrie das Geschäft vermiesen! **Erschwerend kommt hinzu,** bspw. den Zusammenhang zwischen Schlaganfall und Impfung herzustellen, denn dazu müssten der Täter und/oder das Opfer erst einmal das genaue Risikoprofil der Covid-Impfung kennen. **Diese fundamentale Kenntnis hat praktisch kein Impf-Arzt, denn wenn er sie hätte, würde er nicht impfen!!!** Sie werden praktisch keinen Impf-Arzt finden, der sich ernsthaft mit dem Beipackzettel der Impfung, mit deren Risikobeschreibung auseinandergesetzt hat. **Denn der Arzt, der nach solch einer Analyse immer noch impft, wäre im höchsten Maße kriminell!!!** Steve Kirsch geht davon aus, dass mindestens 95 % aller Ärzte der Pharmaindustrie auf den Leim gegangen sind.

Darüber hinaus dürfte jedem bewusst sein, dass ein Arzt, der die Impfung vorgenommen hat, schon allein aus den Gründen seiner eigenen Haftung es tausendmal lieber vermeidet einen Impf-Schaden freiwillig zu melden. Obendrein sind häufig nicht einmal die Impf-Opfer dazu bereit sich ihren eigenen Fehler, ihre Fehlentscheidung, einzugestehen, was ich aus eigener Erfahrung in der Familie bestätigen muss. **Das Ego der Ärzte und ihrer Opfer ist einfach zu groß.** Sie schieben die Schadenursache tausendmal lieber in Bereiche, die sie nicht selbst verantworten müssen!

Letztendlich müssen wir uns auch bewusst machen, dass es in allen Mainstream-Kanälen, 24 Stunden lang, 7 Tage lang immer nur die eine Botschaft für Impf-Arzt und Impf-Opfer gibt: „**DIE Impfung ist sicher, die Impfung wird alle Ihre Probleme lösen – SICHER! DIE Impfung ist alternatives! ES sterben mehr Menschen an Covid als an der Impfung!**“ So werden Täter und Opfer gleichermaßen Opfer ihrer eigenen kognitiven Dissonanz!

DAS ERGEBNIS: Kaum einer der Impfschäden landet in der offiziellen Statistik!! □

Bei den informellen Umfragen unter Ärzten hat Steve Kirsch sein Team festgestellt, dass schwerwiegende unerwünschte Ereignisse eher unterdurchschnittlich berichtet werden, um die Impfstoffe in der amerikanischen Öffentlichkeit so sicher wie möglich erscheinen zu lassen, da die meisten Ärzte glauben, dass sie der Gesellschaft schaden, wenn sie etwas tun, was zu einem Zögern bei der Impfung führt. **Zweitens würde sein Team schätzen, dass mindestens 95 % der Ärzte der Darstellung "sicher und wirksam" völlig auf den Leim gegangen sind und daher jedes Ereignis, das sie beobachten, als rein anekdotisch betrachten und sich nicht die Mühe machen, es zu melden,** da es nicht durch einen so sicheren Impfstoff verursacht worden sein kann, der sich in den Phase-3-Studien „so gut“ bewährt hat. Die Ärzte, die über die Gefährlichkeit der Impfstoffe informiert sind, sagen, dass in diesem Jahr mehr Fälle gemeldet werden, weil es mehr Ereignisse gibt. **Eine Neurologin zum Beispiel hatte in diesem Jahr 2.000 Ereignisse zu melden, aber nur 0 in den 11 Jahren, die sie in ihrer Praxis tätig ist.**

Wir haben in Europa inzwischen weit mehr als 33.000 Opfer, die durch die Corona-Impfungen ums Leben kamen (gemäß offizieller Statistikdaten!!! EMA/EudraVigilance)!! □ In Europa leben etwa 500 Millionen Menschen. **Das bedeutet, dass wir mehr als 15.000 Menschen nicht nur persönlich kennen müssten, sondern wir müssten darüber**

hinaus auch noch in regelmäßigem Kontakt mit ihnen stehen, um überhaupt mitzukommen, dass sie an der genverändernden Spritze gestorben sind!! □ **IMMER vorausgesetzt, dass sie die Todesursache „Impfung“ überhaupt veröffentlichen und nicht, wie so oft, vertuschen!!** □ Selbst wenn wir davon ausgehen, dass die tatsächlichen Todeszahlen nur um den Faktor 20 höher sind, müssten wir immer noch mit mehr als 750 Menschen im regelmäßigen persönlichen Kontakt stehen, um selbst überhaupt mitzubekommen, dass sie ein Opfer dieser Giftspritzen geworden sind!! □ **Selbst bei einem Faktor 100** müsste man immer noch mit 160 Menschen in regelmäßigen Kontakt stehen, um das Sterben direkt mitzubekommen!! □ **Insofern platzt mir der Kragen**, ich werde richtig ZORNIG, wenn ich solche FRAGEN höre, wie – „**WIE viele kennst du denn in deinem persönlichen Umfeld, die schon an der Spritze gestorben sind?! ... Also können doch diese Opferzahlen (33.000) gar nicht stimmen!**“

Ich schätze mal aufgrund der sadistischen Corona-Kontaktbeschränkungen wird der Durchschnittsmensch noch einen regelmäßigen persönlichen Kontakt mit weniger als 50 Menschen haben. Fragt euch selbst mit wie vielen Menschen ihr euch regelmäßig trifft und/oder telefoniert? Gemäß dieser Intelligenz in Erbsengröße müsste die Opferzahl erst auf 10 Millionen ansteigen, damit die Denkfähigen in Bezug auf die Giftspritze die Reißleine ziehen, denn erst dann wird das Schlafschaf ein Opfer persönlich kennen, vorausgesetzt es hat 50 regelmäßige Kontakte. HABEN diese denkfähigen Menschen tatsächlich nur noch ein Gehirn in Erbsengröße ? ? ? WAS ist das für eine naiv-geistesranke und selbstmörderische Problemeinstellung ? ? ?

Weiter mit der Studie von Steve Kirsch seinem Team auf den folgenden Seiten:

Schätzung der Zahl der tatsächlichen COVID-Impfstoff-Todesfälle in Amerika

Von Steve Kirsch, Jessica Rose, Mathew Crawford

estimate of the VAERS under-reporting factor (URF) at 41

<https://www.skirsch.com/covid/Deaths.pdf>

Den englischen Originalteil, mit allen Diagrammen und Tabellen, finden Sie ab Seite 56. Also KEINE ANGST, es ist weniger als es aussieht!

DAFÜR IST ES UM SO WICHTIGER!

Sie müssen wissen, dass Steve Kirsch bereit ist demjenigen 2 Millionen USD Belohnung zu bezahlen, der nachweisen kann, dass die tatsächliche Opferzahl um mehr als 10 % geringer ist als die von Steve Kirsch ausgewiesene Opferzahl. Diese Hürde scheint für das Preisgeld nicht gerade hoch zu sein, trotzdem findet sich seit Monaten niemand, der Steve Kirsch widerlegen kann, obwohl doch die offizielle behauptete Opferzahl um SOGAR MEHR ALS 97 PROZENT GERINGER IST!!!

Letzte Aktualisierung: 1. November 2021

Zusammenfassung: Anhand einer Analyse der VAERS-Datenbank (Vaccine Adverse Event Reporting System) lässt sich die Zahl der durch die COVID-Impfstoffe verursachten übermäßigen Todesfälle schätzen. **Eine einfache Analyse zeigt, dass bis zum 28. August 2021 wahrscheinlich mehr als 150.000 Amerikaner durch die aktuellen COVID-Impfstoffe gestorben sind.**

Zu diesem Zeitpunkt sind zwei verschiedene Bedingungen für das Anhalten erfüllt:

- 1. Die Impfstoffe töten mehr Menschen als sie retten**
- 2. Die Impfstoffe haben bisher über 150.000 Amerikaner getötet.**

Dies ist eine technische Schätzung

Es handelt sich um eine technische Analyse, nicht um eine streng wissenschaftliche Analyse.

Was ich damit meine, ist, dass unser Ziel darin besteht, alle verfügbaren Daten und unser eigenes Expertenurteil bei der Interpretation dieser Daten in angemessener Weise zu verwenden, **um eine genaue Schätzung zu erhalten.**

Eine Analyse, auf die wir uns beziehen, besagt zum Beispiel, dass bis zu **86 % der VAERS-Todesfälle durch den Impfstoff verursacht werden** könnten und 14 % nicht. Wir wissen jedoch mehr über die Todesursachen nach einer Impfung als jemand, der die Wirkmechanismen des Impfstoffs und die von den Opfern berichteten häufigen Nebenwirkungen nicht kennt. Daher haben wir das obere Ende der Schätzung als näher an der Wahrheit liegend angenommen.

In ähnlicher Weise freuen sich Kritiker darüber, dass es in der englischen Übersetzung des Schirmacher-Artikels heißt, er habe geschätzt, dass zwischen 30 und 40 % der von ihm untersuchten Leichen an den Folgen des Impfstoffs gestorben seien. **Aus persönlichen**

Kontakten wissen wir jedoch, dass es sich bei den 30 bis 40 % um eine Untergrenze handelt.

Die Verwendung von Anaphylaxie als Ersatz für die URF wurde gewählt, weil unserer Meinung nach Anaphylaxie immer mit einer höheren Rate gemeldet werden sollte als Todesfälle. Es ist der beste Fall eines unerwünschten Ereignisses. Die Berechnung einer URF aus Anaphylaxie ergibt also einen Wert, der die Zahl der tatsächlichen Ereignisse immer unterschätzt, wenn er auf ein beliebiges Ereignis (wie den Tod) angewendet wird. **Niemand, der diese Wahl bestritten hat, hat irgendwelche Daten vorgelegt, die seine Hypothese stützen, dass unsere Annahme nicht korrekt war; er hat nur mit Handzeichen argumentiert.**

Seite 1

All dieses zusätzliche Wissen fließt also in die Interpretation der Daten ein.

Da wir unsere Todesfallschätzungen anhand der Analyse verschiedener Datensätze von verschiedenen Personen validiert haben, können wir mit großer Sicherheit davon ausgehen, dass unsere Schätzungen angemessen sind.

Es ist leicht, jede einzelne Methode zu kritisieren und uns zu sagen: "Das könnt ihr nicht machen" oder "Ihr müsst DB-RCT-Daten verwenden" oder andere Einwände.

Konstruktiver wäre es, wenn unsere Kritiker ihre Schätzungen vorlegen und die 7 unabhängigen Methoden nennen würden, mit denen sie die Validität ihrer Schätzungen nachgewiesen haben. Und dann zeigen, dass alle 8 unserer Methoden fehlerhaft sind. Dann können wir einfach vergleichen, welche Analyse besser zu den beobachteten Daten passt.

Aus irgendeinem seltsamen Grund scheint das aber niemand tun zu wollen. Wir können nicht ergründen, warum...

Unsere Forschung wird durch die von Fachleuten geprüfte

Literatur

Unsere Schätzung wird durch mehrere Veröffentlichungen in der von Experten begutachteten wissenschaftlichen Literatur gestützt, darunter:

Warum impfen wir Kinder gegen COVID-19? von Ron Kostoff

"Verglichen mit den 28.000 Todesfällen, die laut CDC auf COVID-19 und nicht auf damit verbundene Krankheiten für die Altersgruppe 65+ zurückzuführen sind, **sind die auf Impfungen beruhenden Todesfälle um eine Größenordnung höher als die COVID-19-Todesfälle!**"

Auch die Walach-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Impfstoffe mehr Menschen schaden als sie retten. Sie wurde jetzt in Science, Public Health Policy and the Law, einer von Experten begutachteten medizinischen Fachzeitschrift, erneut veröffentlicht. Das Walach-Papier erscheint in dieser Ausgabe zusammen mit einem vernichtenden Leitartikel des Herausgebers der Zeitschrift, in dem es darum geht, wie die Autoren des Papiers von der wissenschaftlichen Gemeinschaft misshandelt wurden.

Kritische Würdigung der VAERS-Pharmakovigilanz: Ist das U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) ein funktionierendes Pharmakovigilanzsystem? Von Jessica

Rose. "Unter Verwendung dieses URF für alle von VAERS klassifizierten SAEs sind die **Schätzungen bis 28. August 2021 wie folgt: 205.809 Tote, 818.462 Krankenhausaufenthalte, 1.830.891 Besuche in der Notaufnahme, 230.113 lebensbedrohliche Ereignisse, 212.691 Behinderte und 7.998 Geburtsfehler** [39]."

Beachten Sie, dass in diesem Papier die 205.809 Todesfälle nicht in Hintergrundtodesfälle und überzählige Todesfälle unterteilt wurden. Wir führen diese Berechnung in diesem Papier durch. In diesem Papier geht es darum, dass sie eine URF von 31 ermittelt hat, wobei sie eine sehr konservative Methode anwendet, die eine untere Grenze für die URF bestimmt. Selbst mit einer URF von 31 ist die Zahl der Todesfälle horrend, und wie wir in Risikonutzen nach Alter der COVID-Impfstoffe zeigen, **sind praktisch alle diese Todesfälle "überzählig"**.

Seite 2

Todesfälle.

Und andere unabhängige Studien wie:

Vaccine death report

Die VAERS-Datenbank ist die einzige von der FDA und der CDC genutzte Pharmakovigilanz-Datenbank, die der Öffentlichkeit zugänglich ist. Es ist die einzige Datenbank, in der die Öffentlichkeit freiwillig Verletzungen oder Todesfälle nach Impfungen melden kann. Mediziner und Pharmahersteller sind verpflichtet, schwere Verletzungen oder Todesfälle nach Impfungen an VAERS zu melden, sobald sie davon Kenntnis erlangen. **Es handelt sich um ein "passives" System mit unsicheren Melderaten.**

VAERS wird als "Frühwarnsystem" bezeichnet, weil es frühe Signale von Problemen aufdecken soll, die dann mit Hilfe eines "aktiven" Überwachungssystems sorgfältig ausgewertet werden können.

Diejenigen, die dem Mantra der FDA Glauben schenken, dass man VAERS nicht zur Feststellung der Kausalität verwenden kann, sollten mit der Lektüre dieses Leitartikels beginnen: **If Vaccine Adverse Events Tracking Systems Do Not Support Causal Inference, then "Pharmacovigilance" Does Not Exist.**

Es gibt im Grunde zwei verschiedene Feststellungen:

1. Wie hoch ist die Zahl der "überzähligen Todesfälle", d.h. die Gesamtzahl der Todesfälle durch diesen Impfstoff - die Zahl der Todesfälle, die normalerweise von einem typischen Impfstoff erwartet werden. Die Kausalität spielt bei der Bestimmung dieser Zahl keine Rolle.
2. Zuschreibung einer Ursache für die überzähligen Todesfälle. Wurden diese überzähligen Todesfälle durch den Impfstoff oder durch etwas anderes verursacht?

Die einzelnen Schritte sind:

1. Bestimmung des **Unterberichterstattungsfaktors (URF)** anhand einer bekannten signifikanten Nebenwirkungsrate
2. Ermittlung der Zahl der in VAERS gemeldeten Todesfälle in den USA

3. **Bestimmung der Bereitschaft zur Meldung signifikanter unerwünschter Ereignisse (PTR) in diesem Jahr**
4. Schätzung der Zahl der überzähligen Todesfälle anhand dieser Zahlen
5. **Validierung des Ergebnisses mit unabhängigen Methoden**

Bestimmung des VAERS-Unterberichterstattungsfaktors (URF)

Eine Methode zur Ermittlung der VAERS-Under-Reporting-Analyse kann anhand eines bestimmten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisses, das immer gemeldet werden sollte, Daten der CDC und einer im JAMA veröffentlichten Studie durchgeführt werden.

Anaphylaxie nach einer COVID-19-Impfung ist selten und tritt laut dem CDC-Bericht über ausgewählte unerwünschte Ereignisse, die nach einer COVID-19-Impfung gemeldet wurden, **bei etwa 2 bis 5 Personen pro Million Geimpfter** in den Vereinigten Staaten auf.

Seite 3

Anaphylaxie ist eine bekannte Nebenwirkung, die von Ärzten gemeldet werden muss (siehe FDA-Faktenblatt oben auf Seite 10), da sie als "schwere Nebenwirkung" gilt. Sie tritt unmittelbar nach der Impfung auf. Sie können sie nicht übersehen. Sie sollte immer gemeldet werden.

Eine am Mass General Brigham (MGM) durchgeführte Studie, in der Anaphylaxie in einem klinischen Umfeld nach der Verabreichung von COVID-19-Impfstoffen untersucht wurde und die am 8. März 2021 im JAMA veröffentlicht wurde, **ergab, dass "schwere Reaktionen, die mit Anaphylaxie vereinbar sind, mit einer Rate von 2,47 pro 10.000 Impfungen auftraten"**. Diese Rate basiert auf Reaktionen, die innerhalb von 2 Stunden nach der Impfung auftraten, **die mittlere Zeitspanne betrug 17 Minuten nach der Impfung**. Bei dieser Studie wurde eine "aktive" Überwachung durchgeführt und versucht, keine Fälle zu übersehen.

Als sie dazu befragt wurden, wichen sowohl die CDC als auch die FDA einer Antwort auf diese Frage aus. Hier ist der Beweis bei der CDC (siehe Seite 1, die die Antwort der CDC auf den ursprünglichen Brief auf den Seiten 2 und 3 enthält).

Wie in dem Schreiben erwähnt, bedeutet dies, dass VAERS Anaphylaxien um das 50- bis 123-fache zu niedrig meldet. Die CDC hat nicht auf das Schreiben geantwortet.

Ist die zu niedrige Melderate bei Anaphylaxie ein guter Indikator für die Meldung von Todesfällen? Da Anaphylaxie eine so offensichtliche Assoziation ist, könnte man argumentieren, dass die Rate eine Untergrenze darstellt. Andere würden argumentieren, dass Todesfälle wichtiger sind und häufiger gemeldet werden als Anaphylaxie.

Wir wissen es nicht, aber das spielt keine Rolle, denn dies ist nur eine Schätzung, um eine ungefähre Zahl zu ermitteln. Da es noch 5 weitere Schätzungen gibt, werden wir ziemlich schnell wissen, ob wir falsch liegen. In Ermangelung einer definitiven Methode gehen wir in der Zwischenzeit von dieser "besten Schätzung" aus. Wir arbeiten an einer cleveren Methode, um die URF der Todesfälle direkt zu bestimmen, was eine gute "Doppelkontrolle" unserer Schätzung sein wird.

Im Allgemeinen sind die meisten von uns der Meinung, dass es durchaus vernünftig ist, zu behaupten, dass Todesfälle noch seltener gemeldet werden als Anaphylaxien, da Todesfälle nicht so zeitnah zum Injektionsereignis auftreten.

In der MGH-Studie wurden praktisch die gleichen Kriterien für die Definition einer Anaphylaxie verwendet wie in der CDC-Studie.

Eine vorsichtige Schätzung (bei der die Regierung den größten Nutzen aus den Zweifeln zieht) würde daher die 50-fache Untererfassungsrate annehmen.

Nach der Veröffentlichung der MGH-Studie wies ein Arzt jedoch darauf hin, dass die Ärzte vorsichtiger waren, um Anaphylaxien zu vermeiden; es gab ein sorgfältigeres Screening von Personen, bei denen eine Anaphylaxie wahrscheinlich war, und ihnen wurde geraten, ihren Allergologen aufzusuchen und vor der Impfung mehr Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Dies würde die oben genannten Zahlen überbewerten.

Seite 4

Also haben wir die Zahlen überprüft, BEVOR die JAMA-Studie erschien, und erhielten eine konservativere Schätzung (und NACHDEM die FDA in ihrem Merkblatt vom Januar 2021 eine Anaphylaxiewarnung herausgegeben hatte).

Hier sind die Daten von Google (das World In Data verwendet):

Seite 5

Wir haben 97,5 Millionen Menschen von Anfang an bis März 2021 geimpft, und es gab 583 Berichte in VAERS, die eine Anaphylaxie-Reaktion auf ihre erste Dosis hatten. **Das ist eine VAERS-Rate von 5,97 pro Million Dosen, die fast halb so hoch ist wie die von der CDC anhand von VAERS festgestellte Rate (11,1 Fälle pro Million),** die am 6. Januar 2021 veröffentlicht wurde. Dies ist sinnvoll, denn nach dem CDC-Bericht wurden die Ärzte auf das Problem aufmerksam gemacht. Ein am 31. August 2021 in JAMA veröffentlichter Artikel bestätigte die niedrigere Zahl und meldete eine aktualisierte Anaphylaxierate von 4,7 Fällen pro 1 Million Dosen" an das VAERS-System, die niedriger ist als unsere Zahl.

Seite 6

Wenn wir die MGH-Zahlen mit unseren eigenen VAERS-Abfragen vergleichen, kommen wir auf 247 Fälle pro Million Dosen aus der MGH-Studie geteilt durch 5,97 Fälle pro Million Dosen aus VAERS. $247/5.97 = 41$.

Daraus ergibt sich, dass der VAERS-Unterberichterstattungsfaktor (URF) 41X beträgt.

Es gab auch eine japanische Studie unter japanischem Gesundheitspersonal, die eine Anaphylaxie-Rate von "204,2 Fällen pro Million verabreichter Dosen" feststellte, was 17 % niedriger ist als die MGH-Zahl. Wir könnten also auch diese Zahl verwenden und die neuere CDC-Zahl für die Ereignisrate in VAERS (4,7 Anaphylaxie-Meldungen pro Million Dosen) nehmen, und wir würden $204,2/4,7 = 43X$ erhalten.

Hinweis: Auch wenn 41 % der analysierten Fälle die Brighton-Kriterien 1, 2 und 3 erfüllten, kann dies einfach daran liegen, dass nicht genügend Daten in den Unterlagen erfasst wurden. Wichtiger ist, was die Einrichtungen selbst als Anaphylaxie-Fälle ansahen, da dies für den URF von VAERS wichtig ist; alle diese Fälle hätten VAERS gemeldet werden müssen.

Die URF=43 basiert also auf 1) der offiziellen CDC-Zahl der VAERS-Anaphylaxieberichte, die in JAMA veröffentlicht wurden, und 2) den gemessenen Anaphylaxieraten in Japan, die sogar noch niedriger waren als die US-Zahlen. **Das ist also ein sehr konservativer Ansatz: Ich verwende die neuesten CDC-Zahlen und die konservativeren Anaphylaxiezahlen.**

Wir werden für den Rest dieser Analyse die niedrigere 41X-Zahl verwenden, um noch konservativer zu sein (da wir nicht wollen, dass uns ein Faktenprüfer vorwirft, wir würden die Zahlen "aufblähen").

Da, Stand 14.12.2021, die Zahl der Impftoten gerade anfängt zu explodieren, verwendet Kirsch aktuell einen URF-Faktor von 44,64!

Andere Schätzungen wie z. B. How Underreported Are Post-Vaccination Serious Injuries and Deaths in VAERS? gehen von einem UFR-Faktor von 30 auf der Grundlage von VAERS aus. Dabei wurde jedoch eine Rate schwerwiegender unerwünschter Ereignisse aus der Phase-3-Studie von Pfizer verwendet, die unserer Meinung nach diese Ereignisse aus drei Gründen untererfasst: 1) Die Patienten waren viel gesünder als der Durchschnitt und hatten eine 10-mal niedrigere Rate an Herzstillständen als die Allgemeinbevölkerung (zum Beispiel), 2) es war schwierig, unerwünschte Ereignisse zu melden, wenn man an der Studie teilnahm (die Beweise dafür wurden leider gelöscht, als Facebook die Gruppen mit den Nebenwirkungen des Impfstoffs entfernte), und 3) bei der Meldung von unerwünschten Ereignissen in der Studie für 12- bis 15-Jährige kam es zu einem bekannten Fehlverhalten: Die Lähmung der 12-jährigen Maddie de Garay wurde nie in die Studienergebnisse aufgenommen, und die FDA und die CDC weigerten sich, Nachforschungen anzustellen, und die Mainstream-Medien wollten nicht darüber berichten.

Eine andere Möglichkeit, die URF zu schätzen, ist die Verwendung von Myokarditis, aber wir haben keine gute Referenz für eine vollständig berichtete Zahl, der wir vertrauen. Die CDC verlässt sich auf VSD, aber das ist ein großer Fehler, denn es wird genauso wenig gemeldet wie VAERS (manchmal mehr, manchmal weniger).

In diesem Papier geht es nicht darum, die genaue Zahl der Todesfälle zu ermitteln, sondern lediglich darum, die glaubwürdigste Schätzung der Todesfälle zu finden. Wir sind der Meinung, dass Anaphylaxie ein hervorragender Indikator für ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis ist, das ebenso wie ein Todesfall immer gemeldet werden sollte, weshalb wir 41X für die genaueste Zahl halten.

Seite 7

Unsere Hypothese ist, dass diese Zahl auch für Todesfälle gelten wird. Um unsere Hypothese zu bestätigen, müssen wir die Zahl der Todesfälle auf verschiedene Weise ableiten und sehen, ob wir auf dieselbe Antwort kommen.

Bei weniger schwerwiegenden Ereignissen, wie z. B. Kopfschmerzen, ist es wahrscheinlich, dass 41X niedrig ist, da solche Ereignisse seltener gemeldet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass andere die URF von geschätzt haben:

Referenz URF

Aaron Siri bei Anaphylaxie

50

Rose anhand von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen

30

Vaers-Analyse unter Verwendung von CMS-Daten

44.6

Unsere Hypothese ist also, dass 41X ein sicherer, konservativer Faktor ist, der für alle Arten von Ereignissen geeignet ist.

Ermittlung der Zahl der Todesfälle in den USA

Mit Stand vom 27. August 2021 zeigt eine Suche in der VAERS-Datenbank, dass es 7 149 inländische Todesfälle in der VAERS-Datenbank gibt (USA/Territorien/Unbekannt).

Schätzung der Meldebereitschaft (Propensity To Report, PTR) für 2021

Die PTR ist eine Zahl, mit der wir die Melderaten zwischen den Jahren vergleichen können. Sie wird als Zahl im Verhältnis zur durchschnittlichen URF ausgedrückt:

$$PTR = (\text{durchschnittlicher URF}) / (\text{aktueller URF})$$

Je höher die PTR ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Personen Meldungen abgeben.

Sie könnten die PTR von Jahr zu Jahr messen und daraus die URF ableiten.

Oder Sie berechnen die URF jedes Jahr und leiten daraus die PTR ab.

Idealerweise macht man beides, um eine doppelte Kontrolle durchzuführen.

Natürlich machen CDC und FDA offensichtlich weder das eine noch das andere, wie in meinem Video deutlich gezeigt wird.

Seite 8

Die CDC hat beispielsweise in den vergangenen Jahren eine URF von 10 ermittelt, und aufgrund ihres Verhaltens gehen sie davon aus, dass die URF in diesem Jahr bei 1 liegt, so dass die PTR bei 10 liegen würde, und sie glauben, dass sie die vermehrt gemeldeten Ereignisse als bloße Übererfassung abschreiben können.

Woher wissen wir, wie hoch die PTR ist? Wir wissen, dass die URF für die COVID-Impfstoffe 41 beträgt und dass die URF für frühere Jahre bei etwa 10 lag, und zwar aus CDC-Papieren (von denen wir wissen, dass sie immer "richtig" sind), z. B. The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome | Request PDF, das von fünf CDC-Autoren verfasst wurde. Hier ist das vollständige Papier, das von fünf CDC-Autoren verfasst wurde: The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome.

Also 10/41 = 0,25.

Wenn also in diesem Jahr 1 Ereignis gemeldet wird, ist das vergleichbar mit 4 Ereignissen, die im letzten Jahr gemeldet wurden. Wenn die Meldehäufigkeit im letzten Jahr 25 Mal höher war, dann ist sie in Wirklichkeit 100 Mal höher als im letzten Jahr!

Wir verwenden also die Daten der CDC, um zu zeigen, dass in diesem Jahr noch weniger Ereignisse gemeldet werden.

Dies ist genau das Gegenteil von dem, was die FDA behauptet hatte. Die FDA behauptet, dass die VAERS-Daten viel zu häufig gemeldet werden, was die große Zahl der Ereignisse im Jahr 2021 erklärt. Aber sie liefern keine Beweise dafür, sondern nur ein Argument, das mit der Hand gefuchelt wird (genau wie bei Jeffrey Morris). **Aus allen Berichten, die wir erhalten haben (keine Rosinenpickerei), geht hervor, dass die Ärzte weniger häufig Meldungen an VAERS machen, weil viele glauben, dass diese Produkte sicher sind.**

Wir haben festgestellt, dass "neutrale Ereignisse" wie Mittelohrentzündungen, die durch den Impfstoff kaum beeinträchtigt werden, bei der COVID-Suche eher zu- als abnehmen. **Woran liegt das?**

Die Antwort ist, dass diese Impfstoffe für den Einsatz beim Menschen nicht sicher sind. Deshalb suchen immer mehr Menschen ihren Arzt auf. Und wenn sie das tun, bringen sie ihre Ohrenschmerzen mit. Wenn dieser Impfstoff also zum Beispiel fünfmal gefährlicher ist als frühere Impfstoffe, was die Gesamtzahl der Arztbesuche angeht, dann ist zu erwarten, dass die Melderate für nicht damit zusammenhängende Hintergrundereignisse ähnlich hoch ist, da mehr schwere Ereignisse gemeldet werden. Es handelt sich also um eine Korrelation, nicht um eine Kausalität für Ohrinfektionen...

Die Quintessenz ist, dass ein Ereignis mit 10 Meldungen im Jahr 2019 im Jahr 2021 50 sein könnte, und das würde als "flaches" Ereignis betrachtet werden.

Für Mittelohrentzündungen gibt es in VAERS 52 Berichte für die COVID-Impfstoffe (Stand: 13.10.21) und 67 über einen Zeitraum von fünf Jahren. Das bedeutet, dass wir in diesem Jahr $52/67 \cdot 5 = 3,9$ Mal so viele Meldungen erhalten wie in einem normalen Jahr.

Seite 9

Daher sollte ein Anstieg der Symptome um das 3,9-fache im Vergleich zum Vorjahr nicht unbedingt einen Alarm auslösen, da einfach viel mehr Menschen berichten (etwa $593.000/35.000 = 16,9$ -mal so viele Menschen, die berichten, was sich aus der Anzahl der Berichterstatter in diesem Jahr geteilt durch die durchschnittliche Anzahl der Berichterstatter in den vergangenen Jahren ergibt).

Dies bedeutet, dass die aus den tatsächlichen Daten abgeleitete PTR $3,9/16,9 = .23$ beträgt, was interessant ist, da sie mit der Ableitung aus dem CDC URF im Vergleich zu unserem URF für dieses Jahr übereinstimmt.

Also noch einmal: Ganz gleich, welche Ableitung Sie bevorzugen, wir melden in diesem Jahr zu wenig, was bedeutet, dass diese enormen Spitzen nicht nur eine "Übermeldung" von Hintergrundereignissen sind. Es handelt sich um tatsächliche Spitzen bei den Ereignissen (d. h. überzählige Ereignisse), und sie sind sogar noch

extremer, als man je gedacht hätte (denn schlimmstenfalls dachten die Leute, die PTR sei dieselbe wie in den Vorjahren, was sie eindeutig nicht ist).

Aber der Tod ist etwas Besonderes, da er nie im Huckepack mit anderen Symptomen auftritt. Er ist das letzte Symptom, das Symptom, bei dem "der Teufel los ist". Eine erhöhte Zahl von Todesfällen in diesem Jahr ist also nicht einfach darauf zurückzuführen, dass der Patient aus einem anderen Grund, z. B. wegen eines schmerzenden Arms, zu uns kommt.

Bei den Todesfällen wird also jeder Anstieg im Vergleich zum Vorjahr als "übermäßig" betrachtet, da es keine Anzeichen für eine höhere Meldebereitschaft in diesem Jahr gibt, die auf den tatsächlichen Daten (unser 3,9-facher Wert hätte 16,9-fach sein sollen), den Erhebungen der Ärzte oder logischen Argumenten auf der Grundlage beobachteter Verhaltensweisen beruhen.

Seite 10

1 Nationales Impfstoff

Informationszentrum

Ihre Gesundheit. Ihre Familie. Ihre Wahl.

Suchergebnisse MedAlerts Home

Von der 10/1/2021 Veröffentlichung der VAERS Daten:

Es wurden 52 Fälle gefunden, bei denen der Ort U.S., Territorien oder

Unbekannt und Impfstoff ist COVID19 und Symptom ist

Mittelohrentzündung

Tabelle

41 A

Alter | Anzahl | Prozentsatz

17-44 Jahre 1 20 38,46%

44-65 Jahre 1 22 42,31%

65-75 Jahre 1 7 13,46%

75+ Jahre 1 3 5,77%

GESAMT 1 52 100%

Seite 11

Ich glaube jedoch nicht, dass die PTR 0,25 beträgt, denn ich halte die URF der CDC für frühere Jahre für eine falsche Zahl, da sie von der VSD abgeleitet wurde, über die ebenso wenig berichtet wird wie über VAERS.

Eine sicherere Annahme ist, dass die PTR = 1 ist, d. h. die Wahrscheinlichkeit, dass die Leute in diesem Jahr genauso viel melden wie in den Vorjahren. Ich denke, sie liegt etwas unter 1, so dass 1 eine sichere Annahme ist. **Dafür gibt es hauptsächlich zwei Gründe:**

1. weil es dieses Jahr so viele unerwünschte Ereignisse (UE) gibt, dass Ärzte mit vielen UE einfach aufgeben werden.

2. Die Ärzte wurden einer Gehirnwäsche unterzogen und glauben, dass die Impfstoffe sicher sind, so dass sie keine Zeit damit verschwenden, ein Ereignis zu melden, das "offensichtlich" nicht durch den Impfstoff verursacht werden kann; das verschwendet die Zeit des Arztes, verschwendet die Zeit der Regierung und erhöht die Zurückhaltung bei Impfungen, was schlecht für das Land ist. **Es ist also patriotisch, nicht zu berichten, da sie fälschlicherweise glauben, dass der Impfstoff unsere einzige Hoffnung ist, Amerika zu retten.**

3. **Die Gesundheitssysteme missbilligen es, VAERS-Meldungen zu machen, wie alle aus erster Hand in der Project Veritas Under-Cover-Story #1 gesehen haben.**

Seite 12

Gesundheitsdienstleister sind seit der Verabschiedung des National Childhood Vaccine Injury Act (NCVIA) im Jahr 1986 gesetzlich verpflichtet, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse in VAERS zu melden.

Daher hat sich dieses Jahr im Vergleich zu den Vorjahren nichts geändert:

1. keine neuen gesetzlichen Anforderungen,
2. keine spürbare Förderung oder Anreize zur Meldung an VAERS.

Einige Leute behaupten, dass aufgrund des Umfangs des COVID-Impfprogramms mehr als zehnmal so viele Ärzte Meldungen machen. Diese Behauptung muss noch bestätigt werden.

Um die Dinge zu vereinfachen, gibt es im Wesentlichen zwei Hypothesen:

1. VAERS meldet in diesem Jahr zu viele COVID19-Ereignisse, so dass es sich bei allen Todesfällen einfach um Hintergrundtodesfälle handelt. Der Impfstoff hat keine Todesfälle verursacht. Dies ist die Behauptung der FDA/CDC.
2. VAERS wird in diesem Jahr mit der gleichen Rate wie in den Vorjahren gemeldet. Alle zusätzlichen Todesfälle im Vergleich zu den Vorjahren sind auf den Impfstoff zurückzuführen. Dies ist unsere Hypothese.

Schauen wir uns nun die Beweise/Argumente an. Wir überlassen es dem Leser, selbst zu entscheiden, welche Hypothese die Daten besser widerspiegelt.

Selbst wenn stark für die Meldung unerwünschter Ereignisse geworben wird, wie es bei H1N1 im Jahr 2009 der Fall war, als es ernsthafte Kampagnen gab, um die Sichtbarkeit der Meldungen zu erhöhen, hatte dies keinen Einfluss auf die Meldungen von Todesfällen: Sie stiegen 2009 und 2010 überhaupt nicht an, wie aus dem nachstehenden Diagramm hervorgeht.

Kurz gesagt, es ist äußerst schwierig, die Zahl der schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse in der PTR im VAERS-System wesentlich zu verändern; sie ist von Jahr zu Jahr bemerkenswert konstant. Das macht Sinn: Alte Gewohnheiten lassen sich nur schwer ändern... Verhaltensweisen sind schwer zu ändern. Und in diesem Jahr gab es nichts "Neues", das einen Anreiz für eine massive Verhaltensänderung geboten hätte.

Seite 13

Method 1: Sehen Sie sich die wöchentlichen Daten unten an. **Der massive Anstieg der Meldungen erfolgte fast augenblicklich, sobald die Impfstoffe auf den Markt kamen.** Und er war proportional zur Einführung. So funktioniert eine Verhaltensänderung nicht... eine Verhaltensänderung vollzieht sich sehr langsam im Laufe der Zeit, insbesondere wenn man versucht, Ärzte dazu zu bringen, ihre langfristigen Verhaltensweisen zu ändern. Die Meldungen folgten im Wesentlichen der Einführung des Impfstoffs. **In diesem Jahr meldeten die Ärzte mehr Fälle an VAERS, weil es einfach mehr Ereignisse zu melden gab.** Wir haben dies in direkten Gesprächen mit den Ärzten als Grund für die vermehrten Meldungen zu diesen Impfstoffen überprüft.

Method Nr. 2: Um unsere Hypothese zu überprüfen, dass die PTR in diesem Jahr unverändert ist, haben wir VAERS-Abfragen mit Symptomen durchgeführt, die nicht mit den von den Impfstoffen betroffenen Symptomen in Zusammenhang stehen. Wir schlossen alle bekannten Komorbiditäten wie Diabetes und Fettleibigkeit aus, da diese wahrscheinlich erhöht wären, da es mehr unerwünschte Ereignisse gibt.

Wir haben festgestellt, dass sich die Melderaten für diese nicht mit dem Impfstoff zusammenhängenden Ereignisse (in der nachstehenden Tabelle aufgeführt) in diesem Jahr nicht von denen der Vorjahre unterscheiden, und bei einigen dieser Ereignisse ist die Melderate sogar höher als in den Vorjahren drastisch niedriger ist.

Seite 14

Beachten Sie, dass es sich bei der Zahl in der Spalte 2015-2019 um die Gesamtzahl für die 5 Jahre handelt und nicht um einen durchschnittlichen jährlichen Betrag. Die Ratenerhöhung ist ein X-Faktor (d. h. $A/B \cdot 5$)

Symptom 2021 2015-2019 Ratenerhöhung

Metallvergiftung 2 47 0,22

Mittelohrentzündung 48 255 0,94

Hepatitis 331 1457 1,13

Warze 1 7 0,71

Krebs 31 132 1,17

Steißgeburt 0 3 0

Method Nr. 3: Eine andere Möglichkeit, um zu zeigen, dass 2021 nicht einfach zu viele normale unerwünschte Ereignisse gemeldet werden, besteht darin, den "Fußabdruck unerwünschter Ereignisse" des Impfstoffs zu betrachten. Dazu werden die unerwünschten Ereignisse auf der X-Achse und die Anzahl der unerwünschten Ereignisse auf der Y-Achse aufgelistet. Wenn in diesem Jahr zu viele unerwünschte Ereignisse gemeldet werden, ist der Gesamtumriss der Kästchen genau derselbe wie in den Vorjahren, er ist nur aufgrund der höheren PTR für die gleichen Arten von Ereignissen höher. Wie Sie sehen können, ist das hier nicht der Fall. **Dieser Impfstoff verursacht definitiv eine völlig andere "Form" von schweren unerwünschten Ereignissen.** Hier zeigen wir die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021.

Eine detailliertere Darstellung der Impfstoff-Fingerabdrücke (COVID im Vergleich zu anderen Impfstoffen) finden Sie in diesen Grafiken von Jessica Rose.

Seite 15

Methoden Nr. 4: Eine weitere Möglichkeit, um zu bestätigen, dass es keine übermäßige Berichterstattung gab, sind informelle Ärztebefragungen. **Bei unseren informellen Umfragen unter Ärzten haben wir festgestellt, dass schwerwiegende unerwünschte Ereignisse eher unterdurchschnittlich berichtet werden, um die Impfstoffe in der amerikanischen Öffentlichkeit so sicher wie möglich erscheinen zu lassen, da die meisten Ärzte glauben, dass sie der Gesellschaft schaden, wenn sie etwas tun, was zu einem Zögern bei der Impfung führt. Zweitens würden wir schätzen, dass mindestens 95 % der Ärzte der Darstellung "sicher und wirksam" völlig auf den Leim gegangen sind und daher jedes Ereignis, das sie beobachten, als rein anekdotisch betrachten und sich nicht die Mühe machen, es zu melden, da es nicht durch einen so sicheren Impfstoff verursacht worden sein kann, der sich in den Phase-3-Studien so gut bewährt hat.** Die Ärzte, die über die Gefährlichkeit der Impfstoffe informiert sind, sagen, dass in diesem Jahr mehr Fälle gemeldet werden, weil es mehr Ereignisse gibt. **Unsere Neurologin zum Beispiel hatte in diesem Jahr 2.000 Ereignisse zu melden, aber nur 0 in den 11 Jahren, die sie in ihrer Praxis tätig ist.**

Methoden Nr. 5: Eine fünfte Möglichkeit besteht darin, die Meldekurve in Abhängigkeit vom Impfdatum zu betrachten. Wie Sie aus dem nachstehenden Diagramm ersehen können, ist die Kurve bei einem sicheren Impfstoff flach und erreicht bei diesem Impfstoff am Tag 1 einen Spitzenwert mit einer sehr starken Spitze in den ersten paar Tagen:

Methoden Nr. 6: In der Arbeit von Scott Mclachlan wird festgestellt, dass 86 % der Todesfälle durch den Impfstoff verursacht worden sein könnten.

Methoden Nr. 7: Die CDC-VAERS-Überprüfung der Daten der 12- bis 17-Jährigen zeigt, dass diese Kinder nicht an normalen Ursachen starben. Mehr dazu weiter unten.

Methoden Nr. 8: Der deutsche Pathologe, der festgestellt hat, dass mindestens 30 bis 40 % der Todesfälle nach der Impfung auf den Impfstoff zurückzuführen sind.

Keines dieser Ergebnisse ist ein endgültiger Beweis, aber die Beweise häufen sich und bestätigen sich. Diese Punkte stimmen mit der Hypothese überein, dass es eine signifikante Anzahl von übermäßigen Todesfällen gibt und sich die PTR daher nicht wesentlich, wenn überhaupt, verändert hat. **Die FDA muss eindeutig nachweisen, dass die Todesfälle im Zusammenhang mit den COVID-19-Produkten nicht durch diese verursacht wurden.**

Die Bestimmung der Zahl der überzähligen Todesfälle, die durch die COVID-Impfstoffe

Es gibt drei Möglichkeiten, die Zahl der durch den Impfstoff verursachten überzähligen Todesfälle zu schätzen. Anhand dieser Methoden können wir den unteren und oberen Grenzwert für die Zahl der durch den Impfstoff verursachten überzähligen Todesfälle schätzen:

1. Subtraktion der durchschnittlichen Zahl der Hintergrundtodesfälle in den Vorjahren
2. Verwendung von 86 % auf der Grundlage der Analyse in der Mclachlan-Studie
3. Verwendung von 40% auf der Grundlage der Schätzung von Dr. Peter Schirmacher

4. 99% auf der Grundlage dieser Risiko-Nutzen-Analyse

Hier sind die Ergebnisse, die wir mit diesen vier Methoden erhalten:

Seite 16

Methode

Subtraktion der durchschnittlichen Hintergrundtodesfälle $(7149-1000)*41 = 252.109$

Analyse des Mclachlan-Falls

$.86 * 41 * 7149 = 252,073$

Schätzung des Pathologen $.60 * 41 * 7149 = 175.865$

Risiko-Nutzen-Analyse $.99*41*7149 = 290.177$

Bei der ersten Methode haben wir 500 Hintergrundtodesfälle als normal für ein Jahr angenommen, da die PTR in diesem Jahr die gleiche ist wie in den Vorjahren, wie bereits gezeigt. Wir sollten jedoch davon ausgehen, dass die Alterskohorte in diesem Jahr älter ist als in den Vorjahren. Hier sind zum Beispiel die Impfquoten, die in einem CDC-Bericht für die Grippe angegeben sind:

Eine vorsichtige Schätzung besteht also darin, die <500 Todesfälle pro Jahr zu nehmen und um 50 % zu erhöhen, um die Verschiebung in höhere Altersgruppen mehr als zu berücksichtigen, also 750 Hintergrundtodesfälle abzuziehen.

Bei der zweiten Methode untersuchte Mclachlan 250 VAERS-Berichte im Detail und kam zu dem Schluss, dass bei bis zu 86 % der Todesfälle der Impfstoff ursächlich für den Tod war. Wir verwenden die höhere Zahl, da die Verwendung einer niedrigeren Zahl keinen Sinn macht, da sie zu einem Hintergrundwert führt.

Seite 17

Todesrate führt, die im Vergleich zu den Vorjahren zu hoch wäre ($.14*7149 = 1.000$, was bereits über der Hintergrundtodesrate von 500/Jahr liegt).

Die dritte Methode stützt sich auf Schätzungen von Dr. Peter Schirmacher, einem der weltweit führenden Pathologen, über den Prozentsatz der Todesfälle, die innerhalb von zwei Wochen nach der Impfung durch Autopsie untersucht wurden und eindeutig auf den Impfstoff zurückzuführen waren. Die Spanne reichte von 30 % bis 40 %, und wir haben das obere Ende der Spanne verwendet, da wir der Meinung waren, **dass Dr. Schirmacher bei einer potenziell karrierebeendenden Enthüllung wie dieser äußerst konservativ vorging und nur das schätzte, was er mit 100 %iger Sicherheit beweisen konnte. 40 % ist wahrscheinlich sehr konservativ, da Norwegen nicht unter einem derartigen Reputationsdruck stand und bei den ersten 13 untersuchten Leichen 100 % der Todesfälle auf den Impfstoff zurückgeführt werden konnten** (siehe Norwegische Arzneimittelbehörde bringt 13 Todesfälle mit Impfstoffnebenwirkungen in Verbindung). Daher scheint eine Zahl von 60 % relativ konservativ zu sein (weniger als der 65 %-Durchschnitt von 30 und 100).

Somit ergibt sich eine Spanne von 148.000 bis 216.000 Todesfällen, was einem Durchschnitt von 182.000 Todesfällen entspricht.

Überprüfung der Stichhaltigkeit anhand von sieben anderen Methoden

Um zu überprüfen, ob unsere Schätzungen vernünftig sind (oder einfach nur, ob die Beweise eher mit der Hypothese übereinstimmen, dass der Impfstoff mehr schadet als nützt), haben wir sieben verschiedene quantitative Methoden von sehr klein bis sehr groß untersucht und ihre Schätzungen in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Die glaubwürdigsten Analysen in der Tabelle sind die beiden von Crawford durchgeführten.

Wir haben uns nicht auf JEDE dieser Analysen verlassen. Alle können Fehler haben. Aber jetzt haben wir **8 verschiedene Methoden, die nicht miteinander übereinstimmen, und sie kommen alle zu demselben Ergebnis.**

Es ist schwer zu erklären, dass die Analyse der CDC, wonach es keine durch den Impfstoff verursachten übermäßigen Todesfälle gegeben hat, mit irgendeiner dieser Methoden vereinbar ist.

Methode Schätzung der überzähligen Impftodesfälle in den USA

In Europa durchgeführte Analyse der überschüssigen CFR

72,000 - 180,00

bestimmt 200-500 D/M-Dosen

Analyse der überzähligen Todesfälle in 23 Ländern durchgeführt

147.960 (411 D/M)

(25 % der Weltbevölkerung), darunter 2 europäische Länder, für die in der CFR-Analyse eine Dosis von 411 D/M ermittelt wurde.

Zusammen decken die beiden Analysen 35% der Weltbevölkerung ab.

Seite 18

Studie über kleine Inseln, durchgeführt von Marc Girardot

171,000

Bis Mitte Januar hatte **Norwegen** etwa 40.000 Menschen geimpft. Sie hatten 23 **gemeldete**

150,000

Todesfälle, also 1 von 1700 (vielleicht auch mehr, denn

Es ist schwer zu sagen, wann solche Angaben in Bezug auf ein Programm formuliert werden, bei dem mehrere Tausend Menschen pro Tag geimpft wurden). **Das entspricht 575/M, und wenn man ein Verhältnis von 2:1 für die 1. zur 2. Dosis annimmt, liegen die USA in der Größenordnung von 150 000 Todesfällen.**

Professionelle Meinungsforscher-Analyse Nr. 1 (311 Personen)

174,000

Nur wenige Menschen führen den Tod auf den Impfstoff zurück (einschließlich Ärzte); es sieht einfach nach "Pech" aus. Die Zahl der durch die Impfstoffe verursachten Todesfälle"

wird in den Umfragen also wahrscheinlich zu niedrig angegeben. **Dennoch ist die geschätzte Zahl der Todesfälle erschütternd.**

Professionelle Meinungsforscher Analyse #2

146,863

Größere Umfrage (1.000 befragte Personen)

Ich habe meine befreundeten Ärzte befragt, die wissen, dass die Impfstoffe zum Tod führen können. **Charles Hoffe fand 1 Todesfall unter 1.000. Ira Bernstein stellte zwei Todesfälle unter 700 fest. George Fareed stellte 3 Todesfälle unter 3.000 Patienten fest (davon der Durchschnitt 1 Todesfall je 616 Geimpfte).** Viele Ärzte kennen die Antwort einfach nicht, da sie sie leider nicht verfolgen, so dass es schwierig ist, gute Daten zu erhalten. Ich wünschte, ich hätte mehr Daten zu diesem Thema, aber dies war keine Rosinenpickerei, und dies ist der schwächste Punkt auf dieser Liste, aber was wir gefunden haben, war konsistent. ~ 200,000

Daten zu Piloten

Todesfälle von Piloten sind selten. British Airways verlor 4 Piloten in ~1 Monat nach Einführung der Impfungen. Der Impfstatus eines jeden Piloten war offiziell "unbekannt". Jeder von ihnen starb aus einer anderen Ursache, aber jede Ursache war nachweislich durch den Impfstoff erhöht. Es ist statistisch unwahrscheinlich, dass dies zufällig geschah (1 zu 525.000). Wir gehen davon aus, dass ein Todesfall nur ~ 200.000 war.

Seite 19

Pech. Damit bleiben 3 Todesfälle von schätzungsweise 3.000 geimpften Piloten (75 %), was 1 von 1.000 entspricht.

Daten aus Schottland

Siehe unten. 192.000 (480 D/M)

Hier ist der Knüller bezüglich der schottischen Zahl, die zu groß war, um in die Tabelle zu passen.

Soweit ich weiß, gibt es nur EINE Regierung auf der Welt, die die Todeszahlen nach der Impfung OFFIZIELL veröffentlicht hat. Public Health Schottland. Sie hat das nur einmal getan, in einem Bericht, und die Zahlen nie aktualisiert.

<https://publichealthscotland.scot/publications/covid-19-statistical-report/covid-19-statistical-report-23-juni-2021/>

Auf Seite 29 werden die Todesfälle mit insgesamt 5522 angegeben. Sie versuchen zu behaupten, dass es sich dabei um die Zahl der Todesfälle handelt, die sie ohne die Impfstoffe erwartet hätten, **aber da sie bei der Übertreibung der Todesfälle durch Covid gerne pauschal ungefilterte 28 Tage ansetzen, halte ich es für vernünftig, den gleichen Standard auf die Todesfälle durch Impfungen anzuwenden.**

Auf Seite 30 wird die Zahl der Impfungen mit 2,3 Millionen angegeben.

2,3 Mio. vollständig Geimpfte / 5522 Todesfälle **bedeutet 1 Todesfall innerhalb von 28 Tagen für je 416,5 vollständig Geimpfte.** Die früheren Impfungen betrafen natürlich ältere

Menschen, so dass in dieser Zahl auch Todesfälle aus anderen Gründen enthalten sein können; wir können nie wissen, ob die Impfungen die Todesfälle unter den bereits geschwächten Menschen beschleunigt haben.

Anmerkung: 5.522 sind etwa 0,1 % der gesamten schottischen Bevölkerung.

Gehen wir vorsichtig davon aus, dass nur 40 % dieser Todesfälle auf den Impfstoff zurückzuführen sind (auf der Grundlage von Schirmacher). $2,3M / (.4 * 5522)$ ist **1 Todesfall pro 1041 vollständig Geimpfte oder im Wesentlichen 1 Todesfall pro 2082 Dosen oder $1/2082 * 1000000 = 480$ Todesfälle pro Million Dosen.** Bei 400 Mio. Dosen wären das also 192.000 Tote.

Es gibt weitere qualitative Methoden, die eine große Anzahl von Todesfällen zeigen. **Mit diesen Methoden soll gezeigt werden, dass die Annahme der FDA, dass "die Impfstoffe sicher sind und es sich bei allen Berichten in VAERS um Hintergrundereignisse handelt", nicht einmal annähernd der Wahrheit entspricht.**

Beispiel 5: Die nachstehenden Daten zur Herzbeutelentzündung zeigen, dass die Zahl der Ereignisse bei diesen Impfstoffen alles andere als sicher ist: Sie verursachen Herzmuskelentzündungen/Perikarditis mit der 860-fachen Rate eines typischen Grippeimpfstoffs in einem Jahr.

Seite 20

Eine Freundin von uns erkrankte direkt nach der Grippeimpfung an Herzbeutelentzündung, als sie 30 Jahre alt war. Es dauerte zwei Jahre, bis sie sich erholt hatte. **Der Herzmuskel regeneriert sich leider nicht so schnell wie andere Organe.**

Beispiel 6: Der norwegischen Arzneimittelbehörde wurden insgesamt 23 Todesfälle im Zusammenhang mit der Corona-Impfung gemeldet. Davon wurden 13 Todesfälle mit den Nebenwirkungen des Impfstoffs in Verbindung gebracht. Die anderen 10 sind noch nicht ausgewertet worden. **Es wird also davon ausgegangen, dass 100 % der gemeldeten Todesfälle durch den Impfstoff verursacht wurden.** Wenn der Impfstoff völlig sicher ist und niemanden getötet hat, dann ist dies statistisch unmöglich. Irgendjemand lügt. Die Tatsache, dass in den USA keine Autopsien vor den Augen der Öffentlichkeit durchgeführt werden, deutet darauf hin, dass es wahrscheinlicher ist, **dass die CDC lügt** als die norwegische Arzneimittelbehörde.

Beispiel Nr. 7: Eine von Dr. Steven Ohana durchgeführte Analyse der übermäßigen Todesfälle in **Israel**, insbesondere bei jungen Menschen, **zeigt eindeutig einen enormen Anstieg der übermäßigen Todesfälle.**

Beispiel Nr. 8: Eine veröffentlichte Analyse der VAERS-Daten von Dr. Jessica Rose (Rose, J. 2021. Ein Bericht über das US Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) der COVID-19 Boten-Ribonukleinsäure (mRNA) Biologicals. Science, Public Health Policy & the Law. 2:59-80/VAERS UPDATE for CCCA (Canadian COVID Care Alliance)) und eine neuere Analyse der VAERS-Daten durch Christine Cotton zeigen eine **große Anzahl von kardiovaskulären und neurologischen unerwünschten Ereignissen, die in zeitlicher Nähe zum Injektionsdatum auftreten.**

Beispiel #9: Die Kausalität dieser unerwünschten Ereignisse wird durch Dosis-1- und Dosis-2-Studien von Dr. Jessica Rose bestätigt.

Seite 21

Beispiel Nr. 10: Wenn der Impfstoff vollkommen sicher ist, wäre die Anzahl der Todesfälle nach der ersten Dosis gleich hoch wie nach der zweiten Dosis, da es sich in beiden Fällen um "Nicht-Ereignisse" handelt. Da 15 % weniger Menschen die zweite Dosis erhalten als die erste Dosis, sollte man erwarten, dass die blauen Balken einheitlich 15 % niedriger sind als die roten Balken. **Dies ist hier jedoch nicht der Fall.** Wenn der Impfstoff bei jeder Verabreichung 50 % der 1 % der am meisten gefährdeten Personen tötet, kann dies den dramatischen Rückgang der Ereignisse erklären.

Eine andere Erklärung ist, dass die gefährdete Bevölkerungsgruppe nach der ersten Dosis schwerwiegende unerwünschte Ereignisse erlitten hat und sich daher trotz des gesellschaftlichen Drucks (Impfvorschriften, Gruppenzwang usw.) nicht für eine zweite Dosis entschieden hat. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Kombination aus beiden Effekten. Hier ein Beispiel dafür aus einem Kommentar auf TrialSiteNews zu A New Low For the FDA:

Seite 22

Unabhängig von der Ursache sind Beweise für das Auftreten und die Meldung mehrerer schwerer unerwünschter Ereignisse, die dosisabhängig sind, ein sehr starkes Sicherheitssignal, das untersucht werden muss.

Beispiel #11: Für den Herzstillstand gilt derselbe Kommentar wie zuvor; bei einem sicheren Impfstoff sollten die blauen Balken im Durchschnitt 15% unter den roten Balken liegen.

Seite 23

Beispiel 12: Die absoluten Zahlen der VAERS-Meldungen, aufgetragen nach der "Zeit bis zum Tod", sind sehr aufschlussreich. Wir wissen nicht, wie die genaue Verteilung des Zeitpunkts aussieht, da dies nie gemessen wurde. Wir vermuten jedoch, dass die maximale Akkumulation des Spike-Proteins etwa 24 Stunden nach der Injektion erreicht wird und danach ein Plateau eintritt, da sich die mRNA auflöst. Daher würden wir erwarten, **dass der Höhepunkt der Todesfälle mehr als 24 Stunden nach der Injektion erreicht wird, d. h. an Tag 1 und nicht an Tag 0. Das ist genau das, was in der Praxis passiert:**

Wenn es sich einfach um zufällige Hintergrundtodesfälle handeln würde, würden wir einen Spitzenwert am ersten Tag erwarten, da die PTR an diesem Tag am höchsten ist, und von da an würde sie abfallen; sie würde niemals am ersten Tag ihren Höhepunkt erreichen. In der obigen Grafik sind 8 Monate der COVID19-Impfstoffmeldungen im Vergleich zu allen Todesfallmeldungen aller Grippeimpfstoffe in den letzten 10 Jahren zusammen dargestellt. Die blaue Linie bei 0 entspricht den Todesmeldungen der letzten 20 Jahre, sie ist kein Jahresdurchschnitt. **Kurz gesagt, die tödliche Wirkung dieses Impfstoffs ist mindestens 200-mal größer als die des Grippeimpfstoffs und wahrscheinlich noch viel größer,** da sowohl in den roten als auch in den blauen Balken Todesfälle im Hintergrund enthalten sind.

Außerdem ist die Form der beiden Kurven völlig unterschiedlich. Die kombinierten Grippetodesfälle sind relativ flach, mit einem leichten Anstieg in den ersten paar Tagen. **Der COVID-Impfstoff tötet die Menschen im Allgemeinen sehr schnell und dann allmählich im Laufe der Zeit.**

Beispiel 13: Eine visuelle Methode, um zu zeigen, dass die überschüssigen Todesfälle wahrscheinlich durch den Impfstoff verursacht werden, ist die Darstellung von Impfungen und Todesfällen auf derselben Achse anhand der Daten aus dem COVID-19-Datenexplorer.

Seite 24

Für Israel erhalten wir dieses Diagramm, das eine Korrelation zwischen den verabreichten Auffrischungsdosen (kumulative Auffrischungsdosen pro 100 Personen) und den durchschnittlichen täglichen Todesfällen pro Million zeigt: **Sie folgen fast im Gleichschritt**. Anders ist dies kaum zu erklären.

Beispiel 14: Ich habe eine Analyse zufällig ausgewählter Länder durchgeführt, in denen mehr als ein Jahr lang nach dem ersten bekannten Ausbruch Ende 2019 kaum bis gar keine Fälle von Rinderpest auftraten. **In allen Fällen schnellte die Sterblichkeitsrate innerhalb weniger Wochen nach der Einführung des Impfstoffs in die Höhe**. Charts hier:

<https://twitter.com/milehijules/status/1425591290155225104?s=20>

Wenn es also nicht der Impfstoff war, der diese Todesfälle nach der Einführung des Impfstoffs verursacht hat, was war es dann?

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die von uns angewandten qualitativen und quantitativen Bestätigungsverfahren alle unabhängig voneinander und von unserer Hauptmethode waren. Dennoch stimmten sie alle mit der Hypothese überein, dass die Impfstoffe eine große Zahl schwerwiegender unerwünschter Ereignisse und übermäßiger Todesfälle verursachen und nicht mit der Nullhypothese übereinstimmen, dass die Impfstoffe keine Auswirkungen auf die Sterblichkeit haben und ein vergleichbares Sicherheitsprofil wie andere Impfstoffe aufweisen.

Wir konnten kein einziges Beweisstück finden, das die Position der FDA und der CDC stützt, dass alle überzähligen Todesfälle einfach auf eine Übererfassung von Todesfällen natürlicher Ursache zurückzuführen sind.

Seite 25

Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse, die durch die COVID-Impfstoffe hervorgerufen wurden

Um die durch den Impfstoff verursachten Ereignisse zu isolieren, können wir die Melderaten zwischen den Jahren vergleichen (korrigiert mit der PTR) und dann nach erhöhten Signalen suchen.

Das Problem dabei ist jedoch, dass die gemeldeten Ereignisse sein könnten:

1. Unmittelbar durch das Vax verursacht (z. B. Tod, Myokarditis usw.)
2. Indirekt durch das Vax verursacht (z. B. könnte eine Fraktur durch einen Schlaganfall während der Fahrt verursacht werden)
3. Eine Komorbidität wie Diabetes (Assoziation, nicht Kausalität)
4. Ohne Zusammenhang (z. B. Metallvergiftung).

Im Allgemeinen gilt: Je höher das Verhältnis der Ereignisraten zwischen benachbarten Jahren ist, desto wahrscheinlicher ist eine Kausalität.

Die nachstehenden Tabellen wurden mit unkorrigierten Ereignisraten (ohne PTR-Korrektur) erstellt, so dass die absoluten Zahlen derzeit falsch sind, die relativen Zahlen jedoch unverändert bleiben. Alles, was einen Wert von 16 oder mehr hat, würde als sehr beunruhigend angesehen werden.

Wir haben eine Tabelle erstellt, in der wir die Rate der unerwünschten Ereignisse in diesem Jahr mit der jährlichen VAERS-Inzidenzrate vergleichen, die für alle Impfstoffe im Zeitraum von 2015 bis 2019 für die Altersgruppe von 20 bis 60 Jahren gemeldet wurde. **Wir haben die Altersspanne begrenzt, um zu zeigen, dass diese Ereignisse junge Menschen und nicht nur ältere Menschen betreffen. Außerdem ist das Signal-Rausch-Verhältnis in dieser jüngeren Altersgruppe viel stärker, da die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Ereignissen im "Hintergrund" geringer ist. Ein Wert von 473 bedeutet, dass die in VAERS gemeldete Rate für die COVID19-Impfstoffe im Jahr 2021 473-mal höher war als die Rate, die für alle Impfstoffe zusammen in einem typischen Durchschnittsjahr typisch ist.**

Nahezu alle von uns untersuchten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse waren im Vergleich zu der erwarteten normalen Ausgangsrate stark erhöht. Diese Tabelle ist nützlich, um zu beurteilen, ob der Impfstoff in bestimmten Fällen zum Tod geführt hat. Die hier aufgelisteten Symptome stimmen mit dem vermuteten Wirkmechanismus überein, der besagt, dass diese Impfstoffe systematisch die normalen physiologischen Funktionen des Menschen stören (Produktion von Spike-Proteinen im gesamten Körper, die Entzündungen, Narbenbildung und Blutgerinnsel verursachen).

Überraschenderweise sind nur einige dieser unerwünschten Ereignisse in der Kennzeichnung des kürzlich zugelassenen Impfstoffs von Pfizer aufgeführt. Daher ist diese Tabelle wichtig und zeitgemäß.

Seite 26

Symptom Inzidenzrate

Erhöhung über den Normalwert (X-Faktor)

Lungenembolie 473

Schlaganfall 326

Tiefe Venenthrombose 264,3

Thrombose 250,5

Fibrin-D-Dimer erhöht 220,8

Blinddarmentzündung 145,5

Tinnitus 97,3

Herzstillstand 75

Tod 58,1

Parkinsonsche Krankheit 55

Langsames Sprechen 54,3
Aphasie (Unfähigkeit zu sprechen) 52,3
Müdigkeit 50,9
Herzbeutelerguss 50,5
Kopfschmerzen 46,4
Schüttelfrost 45,6
Herzbeutelentzündung (Perikarditis) 44,9
Taubheit 44,7
Myokarditis 43,2
Hirnblutung intrakraniell 42,5
Abort Spontan 41,3
Husten 38,5
Bell's Lähmung 36,6
Parästhesie 29,5
Blindheit 29,1
Seite 27
Dyspnoe (Atemnot) 28,4
Myalgie 28,4
Dysstasie (Schwierigkeiten beim Stehen) 27,8
Krampfanfälle 27
Thrombozytopenie 25
Anaphylaktische Reaktion 21
Selbstmord 18,3
Sprachstörung 17,2
Konvulsion 16,3
Thrombotische thrombozytopenische Purpura (TTP) 16,3
Lähmungen 16
Schwellungen 14,3
Diarrhöe 11,9
Neuropathie 11,2
Syndrom der multiplen Organfunktionsstörung

Syndrom 11,1

Depressionen 8,9

Todesfälle bei Kindern stimmen mit den durch die COVID-Impfstoffe hervorgerufenen Symptomen überein

Am beunruhigendsten sind vielleicht die Todesfälle bei Kindern.

Die am 30. Juli 2021 veröffentlichte CDC-VAERS-Überprüfung der Daten von 12- bis 17-Jährigen ergab 345 Fälle von Myokarditis und 14 Todesfälle. Die Sterblichkeitsrate bei Kindern unterscheidet sich deutlich von der Sterblichkeitsrate bei älteren Menschen. Darin sind wir uns alle einig.

Anhand der obigen Tabelle und der Untersuchung jedes einzelnen Todesfalls zeigten ausreichende Details in den Todesberichten, dass die Todesfälle mit einem oder mehreren der in der Tabelle der schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse aufgeführten Symptome zusammenhängen.

14*41 = 574 Todesfälle

Seite 28

Die Gesamtzahl der Todesfälle bei Kindern unter 17 Jahren (die eine viel breitere Altersspanne als die oben genannten darstellen) ist während der gesamten Pandemie geringer.

Daher ist der Kosten-Nutzen-Fall für Kinder nicht gegeben.

Fehlen einer Stoppbedingung

1976 wurde der H1N1-Impfstoff nach 500 GBS-Fällen und 32 Todesfällen gestoppt.

Seite 29

Für diese Impfstoffe gibt es jedoch keine Bedingung für einen Stopp der Sterblichkeit. Wir haben wahrscheinlich 150.000 Todesfälle und es werden immer mehr, und niemand im medizinischen Establishment, in den Mainstream-Medien oder im Kongress äußert irgendwelche Bedenken.

Kein Mitglied der medizinischen Gemeinschaft, der politischen Entscheidungsträger, der FDA oder der CDC fordert eine Unterbrechungsbedingung oder Autopsien. Wir finden das beunruhigend.

Negative Wirksamkeit

Dieses Papier zeigt, dass die Impfstoffe, die wir erhalten haben, möglicherweise schon bald völlig nutzlos werden, um uns zu schützen, und, was die Sache noch schlimmer macht, die Fähigkeit künftiger Varianten, uns zu infizieren, eher durch eine durch den Impfstoff verstärkte Infektiosität/Replikation als durch eine "klassische" ADE verbessern könnten.

Kurz gesagt, selbst wenn der Impfstoff vollkommen sicher wäre und niemanden tötete, wird er allein aufgrund seiner Wirksamkeit schnell zu einem Netto-Negativum.

Die ersten Beweise dafür sehen wir heute. Die Daten aus dem Vereinigten Königreich zerstören die gesamte Prämisse für den Impfstoff-Push. 21. August. 2021. "Nochmals: 402

Todesfälle von 47.008 Fällen oder **0,855% CFR bei vollständig Geimpften** und 253 Todesfälle von 151.054 Fällen oder **0,17% CFR bei Nichtgeimpften. Wenn man an Covid erkrankt, obwohl man vollständig geimpft ist, ist die Wahrscheinlichkeit, dass man stirbt, nach diesen britischen Daten fünf (5) Mal höher als wenn man nicht geimpft ist!"**

Die Gesamtmortalität ist der wichtigste Faktor

auf die man sich konzentrieren sollte, und das ist nicht der Fall

Heute konzentrieren sich die meisten Menschen auf die relative Risikosenkung der Impfstoffe gegen Infektionen und Krankenhausaufenthalte mit Todesfolge durch COVID. Der absoluten Risikominderung durch COVID wird weniger Aufmerksamkeit geschenkt. **Und sie schenken dem absoluten Nutzen für die Gesamtmortalität überhaupt keine Beachtung.**

Wir sollten uns jedoch auf diese Aspekte in der umgekehrten Reihenfolge konzentrieren, in der sie hier aufgeführt sind.

Die Gesamtmortalität ist der Schlüssel. Wenn es keine Verbesserung der Gesamtmortalität gibt, ist alles andere unwichtig.

Kurz gesagt, wenn ein Impfstoff das Risiko, an COVID zu sterben, um das Zweifache senkt, aber mit Kosten verbunden ist, z. B. das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, um das Vierfache erhöht, und beide Ereignisse gleich wahrscheinlich sind, dann ist das Risiko-Nutzen-Verhältnis zugunsten eines positiven Ergebnisses verzerrt: **Es ist wahrscheinlicher, dass man stirbt, wenn man den Impfstoff nimmt.**

Hier sind die Ergebnisse der 6-Monats-Studie von Pfizer:

Seite 30

Phase Todesfälle durch den Impfstoff Todesfälle durch das Placebo

Vor Entblindung 15 14

Nach Entblindung 5 0

Die Diskussion dieser Ergebnisse ist wesentlich komplexer, als wir es hier darstellen können, aber dies sind die grundlegenden Statistiken. Weitere Informationen finden Sie in der 10-seitigen Diskussion über die 6-monatige Studie von Pfizer unter Warum sich so viele Amerikaner weigern, sich impfen zu lassen.

Alle Zahlen zur Gesamtmortalität in der 6-Monats-Studie von Pfizer sind negativ. Das ist keine Überraschung: Es liegt an den hohen Raten von unerwünschten Ereignissen, die wir bereits besprochen haben.

Es gibt keinen Beweis für eine statistisch signifikante Verbesserung der Sterblichkeit.

Wenn es einen gäbe, würden die CDC, die FDA und die NIH uns dies sicherlich mitteilen. Aber genau das Gegenteil ist passiert: Als die 6-Monats-Studie von Pfizer herauskam, schwiegen die Mainstream-Medien und die Mainstream-Medizinwissenschaftler über den Mangel an Beweisen für die Gesamtmortalität. Sie haben

es nicht einmal in die Zusammenfassung geschafft. **Die Tatsache, dass viermal so viele Menschen durch einen Herzstillstand starben, wurde nicht einmal erwähnt.**

Wenn man (1) die negative Wirksamkeit des Impfstoffs mit (2) dem negativen Nutzen für die Gesamtmortalität kombiniert, ist es unmöglich, die Impfung zu rechtfertigen. Einer der beiden Faktoren allein reicht aus, um den Nutzen zu vernichten; beide zusammen machen es noch schwieriger, eine Impfung zu empfehlen.

Das Endergebnis ist eindeutig: Wer geimpft wurde, hatte einfach eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit. Je jünger man ist, desto größer ist die Diskrepanz.

Eine frühzeitige Behandlung mit wiederverwendeten Medikamenten die sicherere und einfachere Methode zur Behandlung von COVID Infektionen

Frühzeitige Behandlungsprotokolle, wie die von Fareed und Tyson verwendeten, führen **nachweislich zu einer relativen Risikominderung von mehr als 99 %, funktionieren bei allen Varianten und die Medikamente verstümmeln oder schädigen die Empfänger nicht.** Es ist verwunderlich, dass wir diese Behandlungen ignorieren und auf weitere Beweise warten, während wir einen Impfstoff haben, der anscheinend mehr Menschen tötet als er rettet und bald

Seite 31

gegen künftige Varianten völlig nutzlos sein wird und die Situation für den Empfänger wahrscheinlich noch verschlimmert, indem er die Replikation und/oder Infektiosität erhöht.

Es gibt auch eine Vielzahl von Prophylaxetechniken, die einfach, sicher und hochwirksam sind. **Das Vorsorgeprinzip besagt**, dass Ärzte, wenn der Nutzen dieser Behandlungen aus einer glaubwürdigen Quelle belegt ist (was der Fall ist), diese Behandlungen mit den Patienten in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess besprechen sollten.

Da frühe Behandlungen mit wiederverwendeten Medikamenten kein messbares Sterberisiko mit sich bringen, ist die Gesamtmortalität für frühe Behandlungen immer positiv.

Viele Menschen gehen davon aus, dass die Impfung der einzige Weg in die Zukunft ist. Das ist er nicht. Wenn man Menschen die Möglichkeit gibt, sich zu infizieren und eine genesene Immunität zu entwickeln, führt dies zu einer breiteren und länger anhaltenden Immunität gegen verschiedene Varianten. Siehe "Erholte Immunität ist breiter und hält länger an" in diesem Dokument.

Es ist lehrreich, Israel mit Indien zu vergleichen.

Israel ist eines der am besten geimpften Länder der Welt, in dem 80 % der Bürger über 12 Jahren vollständig geimpft sind. Mit Stand vom 24. August 2021 meldete Israel am Dienstag 9.831 neu diagnostizierte Fälle und war damit nur um Haaresbreite von der schlimmsten Tageszahl entfernt, die jemals in diesem Land verzeichnet wurde - 10.000 - auf dem Höhepunkt der dritten Welle.

Zur gleichen Zeit verzeichnete Indien 354 Todesfälle an einem Tag, Israel meldete 26 **Todesfälle und eine Rekordzahl von Fällen. Hier eine Übersicht über die Zahlen:**

Land Bevölkerung (M) Impfrate Covid-Todesfälle pro Million

Indien 1395 9,5% 0,25

Israel 8,7 80% 2,9

Offensichtlich hat Indien 11,6-mal weniger Todesfälle pro Kopf der Bevölkerung als Israel.

Die Schlussfolgerung ist klar: Impfungen sind weder die einzige noch die beste Lösung.

Was ist der Bradford-Hill-Test für Kausalität?

Unsere Symptome erfüllen alle neun der Bradford-Hill-Kriterien für den Nachweis der Kausalität. 5 davon sind unten aufgeführt.

Seite 32

Man kann nicht von Daten auf Kausalität schließen, wenn nicht alle diese Bedingungen (die so genannten Bradford-Hill-Kriterien) erfüllt sind:

1. Zeitlicher Zusammenhang: Der Patient hatte die Erkrankung VOR der Injektion nicht und die Erkrankung ist NACH der Injektion neu aufgetreten. Beachten Sie, dass der Zustand eine Verschlimmerung eines bestehenden Zustands sein könnte, z. B. eine Verschlimmerung der Insulinresistenz.

2. Stärke des Zusammenhangs: Die Raten sollten höher als normal sein und die absoluten Zahlen sind groß genug, dass es sich nicht nur um zufällige kleine Zahlen handelt.

3. Konsistenz: Die Ergebnisse sind konsistent (z. B. stammen sie nicht nur aus einer Region oder die Berichte stammen alle von demselben Arzt oder es handelt sich um eine Charge des Medikaments oder sie traten in der ersten Woche auf und nicht in einer anderen Woche)

4. Spezifität: Das Ereignis sollte nicht allein oder als Folge der Injektion oder des Arztbesuches auftreten, z. B. könnte die Angst mit der Impfung selbst zusammenhängen und wäre somit nicht spezifisch für die Injektion. Es sollte sich also um eine Reaktion handeln, die spezifisch für die Impfung ist, wie z. B. starke Kopfschmerzen, die innerhalb weniger Stunden nach der Injektion auftreten.

5. Biologische Plausibilität: Der Wirkungsmechanismus des Impfstoffs, der den Patienten schadet, sollte das Ergebnis erklären können. So wird beispielsweise eine Quecksilbervergiftung nicht durch Impfstoffe verursacht. Ein breites Spektrum an neurologischen und kardiovaskulären Ereignissen sowie Organversagen, einschließlich Multiorganversagen, sind jedoch denkbar. Insbesondere Funktionsstörungen des Gehirns, des Herzens und der Lunge sind verdächtig.

Gegenargumente der "Faktenchecker"

Werfen wir einen Blick auf den so genannten "Faktencheck" auf FactCheck.org, der die VAERS-Daten anzweifelt. Virale Posts missbrauchen VAERS-Daten, um falsche Behauptungen über COVID-19-Impfstoffe aufzustellen

Er wurde von Catalina Jaramillo verfasst und verwendet Susan S. Ellenberg, PhD, als Quelle. Ich habe Catalina über LinkedIn InMail und Susan per E-Mail am 22. September 2021 kontaktiert. Susan sagte, wir hätten uns geirrt und wir sollten versuchen, unsere Ergebnisse in der medizinischen Literatur zu veröffentlichen. Das haben wir dann auch getan (Kostoffs Artikel). Dann antwortete sie nicht mehr auf weitere E-Mails.

Gehen wir auf die falschen Behauptungen im Faktencheck ein, die in solchen Artikeln üblich sind. **Hier sind einige Beispiele dafür, was die "Faktenchecker" als wahr behaupten:**

1. Unzulässige Zitate: Doch immer wieder werden auf Websites und in sozialen Medien

unzulässigerweise ungeprüfte Rohdaten von VAERS zitiert.

2. Die Daten können ungenau, unvollständig, betrügerisch usw. sein: Alle Meldungen werden in die Datenbank aufgenommen, ohne dass festgestellt wird, ob das Ereignis durch einen bestimmten Impfstoff verursacht wurde, und daher, so warnt ein Haftungsausschluss, können die Einsendungen unvollständige, ungenaue, zufällige und nicht überprüfte Informationen enthalten". Ein weiteres Problem, so Ellenberg, ist die Genauigkeit und Vollständigkeit der Daten, denn alles, was jemand berichtet

Seite 33

in die Datenbank eingeht. Eine Person könnte eine Meldung machen, in der sie wichtige Details auslässt, z. B. welchen Impfstoff sie bekommen hat. Oder jemand könnte sogar ein falsches Ereignis melden oder ein Ereignis melden, ohne überhaupt einen Impfstoff erhalten zu haben - obwohl die absichtliche Einreichung eines falschen VAERS-Berichts einen Verstoß gegen das Bundesgesetz darstellt, der mit Geld- und Haftstrafen geahndet wird.

3. Sie können die Kausalität nicht feststellen: Wie die VAERS-Website warnt, ist jede Meldung an die Datenbank "kein Beleg dafür, dass ein Impfstoff das Ereignis verursacht hat." Wie wir bereits erklärt haben, kann jeder einen Bericht über ein Ereignis an VAERS übermitteln, selbst wenn nicht klar ist, dass ein Impfstoff das Problem verursacht hat. "Eine der wichtigsten Einschränkungen der VAERS-Daten besteht darin, dass nicht festgestellt werden kann, ob der Impfstoff das gemeldete unerwünschte Ereignis verursacht hat", heißt es auf der Website. "Diese Einschränkung hat in den öffentlich zugänglichen Daten von VAERS WONDER zu Verwirrung geführt, insbesondere was die Zahl der gemeldeten Todesfälle betrifft. Es hat Fälle gegeben, in denen Berichte über Todesfälle nach einer Impfung fälschlicherweise als durch die Impfstoffe verursachte Todesfälle interpretiert wurden; das ist nicht korrekt." Wenn VAERS also sagt, dass bis zum 29. März 2.509 Todesfälle bei Menschen gemeldet wurden, die einen COVID-19-Impfstoff erhalten haben, bedeutet das nicht, dass diese Todesfälle durch den Impfstoff verursacht wurden. "Die größte Einschränkung besteht darin, dass die Daten in der Regel nicht zur Beurteilung der Ursachen beitragen können, sondern nur Signale liefern", so Orenstein. "Nur weil jemand einen Todesfall meldet, bedeutet das nicht, dass der Impfstoff den Tod verursacht hat. Wir verwenden VAERS also nicht, um Todesraten oder irgendetwas, das mit dem Tod zu tun hat, zu bestimmen", sagte ein CDC-Sprecher zuvor. "Menschen sterben leider auch

ohne Impfung", sagte Orenstein. "Es geht darum, festzustellen, wo der Impfstoff das Todesrisiko erhöht und wo nicht, und deshalb haben wir dieses sehr sorgfältige System." Er [Orenstein] sagte, dass die Tatsache, dass VAERS keine Kausalität feststellt, für die Menschen schwer zu verstehen ist, trotz aller Haftungsausschlüsse auf der Website und in den Broschüren.

4. Keine Kontrollgruppe: Eines der Hauptprobleme sei, dass es keine Kontrollgruppe gebe, die man untersuchen könne, da ungeimpfte Personen keine unerwünschten Ereignisse an VAERS melden. Daher lässt sich nicht feststellen, ob sich die Zahl der gemeldeten Ereignisse von der Zahl unterscheidet, die ohne Impfung zu beobachten gewesen wäre. "Sie werden Todesfälle haben, die nichts mit den Impfstoffen zu tun haben", sagte Ellenberg.

5. Es gibt keine Todesfälle: Nach Durchsicht von Krankenakten, Autopsien und Sterbeurkunden für alle diese Fälle haben Ärzte sowohl von der

Seite 34

CDC und der FDA zu dem Schluss, dass es "keinen Beweis dafür gibt, dass die Impfung zum Tod der Patienten beigetragen hat".

6. Nachuntersuchungen zeigen, dass die Impfstoffe nicht gefährlich sind: Aufgrund der Dringlichkeit der laufenden Pandemie forderte die FDA mindestens zwei Monate Nachuntersuchungsdaten über die Hälfte oder mehr der Teilnehmer an klinischen Phase-3-Studien für einen COVID-19-Impfstoff, um eine Notfallzulassung zu erhalten. Wie wir bereits erklärt haben, sind für eine vollständige Zulassung mindestens sechs Monate erforderlich, obwohl Experten sagen, dass es wenig Grund zu der Annahme gibt, dass mehr Zeit Sicherheitsbedenken aufdecken würde.

7. Es ist wertlos: "Es gibt Leute, die sagen, VAERS und diese Art von Systemen seien wertlos, wir sollten uns gar nicht erst mit ihnen befassen", so Ellenberg. "Dem stimme ich nicht zu."

OK, lassen Sie uns jedes dieser falschen und irreführenden Argumente der Reihe nach aufarbeiten. Allerdings lesen die Faktenprüfer diesen Teil nie. Sie übergehen ihn, weil er für sie unangenehm zu lesen ist. Tatsächlich habe ich bisher mit keinem einzigen Faktenprüfer gesprochen, der auch nur den Versuch unternommen hat, dieses Dokument überhaupt zu lesen.

1. Unzulässige Zitate: Die Ansprache der anderen Behauptungen bestreitet diese. Es ist möglich, dass einige Leute Fehler machen. Die Zuweisung der Kausalität kann in manchen Fällen schwierig sein; um diese Behauptung wirklich zu prüfen, müssten wir den konkreten Fall sehen. Es besteht kein Zweifel, dass Menschen Fehler machen. Dieses Argument hat AFAIK keine Auswirkungen auf den vorliegenden Fall. Alles, was wir mit unseren Behauptungen zur Symptomerhöhung sagen, sind diese Zahlen. Die Ursache für diese Erhöhung muss von Fall zu Fall bestimmt werden. Zum Beispiel ist Diabetes im Vergleich zu früheren Jahren erhöht. Wir glauben aber nicht, dass der Impfstoff Diabetes verursacht. Verschlimmert er sie? Vielleicht, aber das haben wir nicht untersucht. Ist Diabetes eine Komorbidität? Ich denke ja. Aber noch einmal, unsere Behauptungen sind *t von Todesfällen, die wir machen. Alles andere, was mit erhöhten Symptomen zu tun hat, ist

eine Ablenkung, und wir haben all unsere Energie in die *t der überzähligen Todesfälle gesteckt.

2. Die Daten können ungenau, unvollständig, betrügerisch usw. sein: Yup. Und wenn schon? Alle Daten sind verrauscht. Jeder weiß das. **Unter den 1,5 Millionen Datensätzen sind 2 gefälschte Datensätze.** Das ändert das Ergebnis überhaupt nicht. Dies ist ein Scheinargument, das die Leute gerne vorbringen. Derjenige, der diese Argumente vorbringt, zeigt nie einen Beweis dafür, dass solche Fehler die Analyse beeinflussen. Es handelt sich um ein Argument, das mit der Hand durchgewunken wird, ohne dass Daten vorliegen, die die Behauptung stützen, dass die Ungenauigkeiten usw. so groß sind, dass sie

Seite 35

die Analysen ungültig zu machen. Das sind sie nicht. Man kann zum Beispiel das Myokarditis-Signal in den Daten deutlich sehen. **Das widerspricht ihrem Argument.**

3. Man kann keine Kausalität feststellen: Dies ist ein weit verbreiteter Glaube. Die Leute denken, wenn die CDC es sagt, muss es wahr sein. Sie ignorieren die von Fachleuten überprüfte Literatur und den gesunden Menschenverstand (siehe Wenn die Systeme zur Verfolgung unerwünschter Ereignisse bei Impfstoffen keinen Kausalschluss zulassen, dann gibt es keine Pharmakovigilanz"). Nehmen wir ein einfaches Beispiel, um dies zu widerlegen. Nehmen wir an, VAERS hat jedes Jahr 10 Todesmeldungen für alle Impfstoffe. In jedem Fall starben die Menschen an einem Schlaganfall. Keine Herzinfarkte. In diesem Jahr wurden 10.000 Todesfälle im Zusammenhang mit dem Impfstoff COVID gemeldet. **In jedem einzelnen Monat ist die Zahl der gemeldeten Todesfälle proportional zur Zahl der abgegebenen Dosen.** In jedem Fall stirbt die Person genau 3 Tage nach der Impfung, alle an einem Herzinfarkt. Hat der Impfstoff dies verursacht? Wenn Sie sagen, ja, in diesem (erfundenen) Szenario hat er das. Und Sie hätten Recht. Es kann keine Überberichterstattung sein, weil die Todesursache eine andere ist. **Das bedeutet, dass die CDC all die Jahre darüber gelogen hat, dass man die Kausalität nicht feststellen kann und niemand es bemerkt hat.** Huch! Im aktuellen Fall ist die Analyse ausgefeilter, aber im Grunde genommen entfernen wir die Hintergrundtodesfälle, **und wenn wir das tun, finden wir etwa 200.000 zusätzliche Todesfälle.** Dann kratzen wir uns am Kopf und sagen: "Wow, das sind eine Menge Todesfälle. Ich frage mich, was das verursacht haben könnte? Nun, es muss etwas Neues sein, das vielen Menschen verabreicht wird. **Wir haben noch nie solche Todesfälle gesehen.** Es muss also etwas Neues sein, das vielen Menschen verabreicht wurde, **und außerdem scheinen die Todesfälle zeitlich mit der Einführung der Impfstoffe zusammenzufallen. Je mehr Impfstoffe, desto höher die Sterberate... Ich frage mich also, woran all diese Menschen gestorben sind.**

4. Keine Kontrollgruppe: Bei der "Kontrollgruppe" handelt es sich im Grunde um die Daten der Vorjahre, um zu sehen, was in einem Jahr "normal" ist, da nach den Daten der CDC ungefähr eine ähnliche Anzahl von Menschen geimpft wird.

5. Es gibt keine Todesfälle, die mit dem Impfstoff in Verbindung gebracht wurden: Das ist völliger Blödsinn. Kein Mensch auf der Welt glaubt das. **Wenn sie es täten, würden sie auf meine 1-Million-Dollar-Wette anspringen (inzwischen sind es 2 Millionen!). Aber meine Wette findet keinen Abnehmer. Niemand ist so dumm, der CDC diesen Schwachsinn zu glauben.** Wie kann einer der weltbesten Pathologen

Autopsien an 40 Patienten durchführen und feststellen, dass mindestens 30% der Todesfälle innerhalb von 2 Wochen nach der Impfung durch den Impfstoff verursacht wurden? (Siehe Cheopathologe besteht auf mehr Autopsien von geimpften Menschen). Norwegen kam zu einem ähnlichen Ergebnis, das nur auf den Krankenakten von 100 Patienten beruhte (siehe Dødsfall i sykehjem etter covid-19-vaksine). Unsere

Seite 36

CDC hat nach der Untersuchung von 15.000 Todesfällen nichts gefunden. Wollen Sie mich verarschen?!? Im Grunde genommen sind die Leute bei der CDC, die sich mit diesem Zeug beschäftigen, Idioten. Es tut mir leid, aber es gibt einfach keine Entschuldigung für diese Ungeschicklichkeit. **Es wurde kein öffentlicher Bericht über die Analyse veröffentlicht. Und warum nicht?** Ich habe ein Video über die Todesanalyse der 14 Kinder (im Alter von 12 bis 17 Jahren) gemacht, die in der CDC/ACIP-Analyse gestorben sind. Sie können es auf meinem Rumble-Kanal ansehen. Oder Sie können die Analyse hier lesen (Seite 57). **Diese Kinder sind nicht einfach zufällig gestorben. Das ist kein normales Muster eines einfachen Hintergrundtodes. Auf keinen Fall. Diese Kinder starben, um der Welt eine Botschaft zu senden: Diese Impfstoffe sind unsicher. Die Welt hat es ignoriert.** Der ACIP-Ausschuss hat es ignoriert. Jeder hat es ignoriert. **Die 14 Kinder stehen für 574 Todesfälle, was mehr ist als die durch COVID getöteten Kinder.** Das ist zum Kotzen. **Unsere Gesellschaft ist wirklich verkorkst, wenn Eltern zulassen, dass ihre Kinder geimpft werden und sterben.** Schauen Sie sich auch dieses Video einer Mutter aus Trinidad an, deren Kind am Morgen geimpft wurde und später in der Nacht an einer massiven Hirnblutung starb (eine der häufigsten Todesursachen bei den Kindern, die die CDC untersucht hat). Das ist nicht normal. Oder sprechen Sie mit unseren Ärzten, die Geschichten erzählen wie "der 24-jährige Arbeiter, der kerngesund war, starb weniger als 24 Stunden nach der Impfung im Schlaf. **24-Jährige sterben nie im Schlaf.**" **Die VAERS-Datenbank schreit nach 250.000 überzähligen Todesfällen, aber niemand hört zu.**

6. Die Nachuntersuchungen zeigen, dass die Impfstoffe nicht gefährlich sind: Das ist falsch. Die aussagekräftigsten Daten aus den gefälschten klinischen Studien zeigen, dass 20 Personen, die das Medikament einnahmen, starben, gegenüber 14 Placebo-Patienten. Das beweist nicht, dass die Impfstoffe nicht gefährlich sind. **Es zeigt nur, dass die Studie manipuliert wurde.** Einzelheiten finden Sie in meiner Pfizer-Analyse ab Seite 33 und im Abschnitt "Wir halten Pfizer nicht für vertrauenswürdig" auf Seite 45. **Der Pathologe und die norwegischen Ärzte denken sich den Mist also nicht nur aus. Die Menschen sterben in Scharen.** Siehe die Dias von Pflegeheimen in Alles, was Sie wissen müssen (Hawaii, Kanada, Deutschland). **Erklären Sie mir das mal.** Das sieht für mich gefährlich aus. Alle Ärzte, mit denen ich spreche, sagen, **die Sterblichkeitsrate liege bei 1 zu 1.000.** Vielleicht spreche ich einfach mit den falschen Leuten. Aber wenn man den klinischen Studien traut, dann zeigen die klinischen Studien KEINEN Nutzen für den Tod durch COVID. **In der Studie mit 44.000 Teilnehmern wurde netto nur ein Leben durch COVID gerettet.** Rechnen Sie nach. Wir stellen die ganze Welt auf den Kopf für ein Medikament, dessen Nutzen darin besteht, 10.000 Leben zu retten, nachdem 200 Millionen Menschen geimpft worden sind. Das ist wahnsinnig. Aber das ist es, was die (statistisch unbedeutende) Studie sagte, die jeder glaubt: 2 COVID-Todesfälle unter Placebo, 1 COVID-Todesfall unter Behandlung: 1 gerettetes Leben bei 22.000 Menschen, die das Medikament erhielten.

Seite 37

7. VAERS ist wertlos: Ich stimme Ellenberg zu: Die VAERS ist ein nützliches Instrument. **Es war eine von 8 Möglichkeiten, wie wir herausgefunden haben, dass über 150.000 Menschen gestorben sind.**

8. Es handelt sich lediglich um eine übermäßige Meldung von Hintergrundereignissen im Vergleich zum letzten Jahr; hier gibt es nichts zu sehen: Dies ist das Argument der FDA, mit der Hand zu winken: VAERS hat in diesem Jahr einfach zu viel gemeldet....das ist der Grund, warum es so viele Berichte gibt. **Das ist wieder Schwachsinn. Wir haben die PTR oben berechnet. Sie lag bei 0,25. Das bedeutet, dass VAERS in diesem Jahr 4x zu wenig gemeldet hat.** Die Tatsache, dass wir eine riesige Spitze haben, ist also verblüffend, denn eine vierfache Untererfassung bedeutet, dass die Spitze viermal größer ist, als irgendjemand dachte (und sie war bereits groß, wie man an der Mortalitäts-Hockeyschläger-Grafik sehen kann). Es gibt noch viele andere Möglichkeiten, um festzustellen, dass es sich nicht um eine übermäßige Berichterstattung handelt: Umfragen unter Ärzten, schwer zu erlernende gute Gewohnheiten, niemand hat Zeit für die Berichterstattung, niemand will die Impfstoffe als unsicher darstellen usw. Die URF ist großartig, weil sie es uns ermöglicht, schlechte Verhaltensweisen zu normalisieren, und die PTR erlaubt uns, die Zahlen mit denen der Vorjahre zu vergleichen. Die andere Möglichkeit, etwas zu erkennen, ist die Verteilung der Symptome... Diese Impfstoffe sehen in VAERS nicht normal aus. Man sieht nie Facebook-Gruppen von 200.000 Menschen mit dem Grippeimpfstoff.

Außerdem gibt es die Studie von Schirmacher. Sie müssen feststellen, dass mindestens 30 % der VAERS-Meldungen kausal waren. Es ist unmöglich, dass sie alle einen Hintergrund haben. **Die Ergebnisse von Schirmacher wurden von anderen wiederholt.**

Wären die Todesfälle alle Hintergrundfälle, wären sie im Laufe der Zeit völlig gleichmäßig (da sie nicht mit dem Impfstoff zusammenhängen). **Mit anderen Worten:** **Wenn es sich um Hintergrundtodesfälle handeln würde, hätten wir für alle Tage die gleiche Balkenhöhe, da der Todestag nicht mit dem Tag der Impfung zusammenhängt.**

Seite 38

Im Grunde ist es also eine schöne Hypothese, aber die Daten sprechen nicht für diese Hypothese.

Wenn jemand dies anspricht, wissen Sie, dass es sich nicht um einen seriösen Wissenschaftler handelt, der eine stichhaltige Kritik vorbringt, sondern um jemanden, **der seine Zugehörigkeit zu einem falschen Narrativ verteidigt.**

9. "Ich kenne niemanden, der an dem Impfstoff gestorben ist, aber ich kenne 10 Menschen, die an COVID gestorben sind." Das ist nicht überraschend. Wenn man an COVID stirbt, hat es eine verräterische Signatur und einen Verlauf. Wenn man an dem Impfstoff stirbt, sieht es, wenn man nicht weiß, wonach man suchen muss, einfach so aus, als sei man durch "Pech" gestorben, **da es eine riesige Bandbreite an Todesursachen gibt.** Niemand stirbt "an der Impfung". Sie alle sterben an Symptomen, die durch den Impfstoff verstärkt werden, einschließlich kardiovaskulärer und neurologischer Symptome, die von Depression, Selbstmord, Multiorganversagen, Schlaganfall, Lungenembolie, Herzstillstand, interkranialen Blutungen usw. reichen. **Die meisten Menschen wissen also nicht, worauf sie achten müssen.** Wenn Sie sich die Facebook-

Kommentare hier ansehen, werden Sie feststellen, dass von den 200.000 Befragten die meisten den Impfstoff für weitaus gefährlicher halten als COVID. **Aus diesem Grund verwenden wir 8 verschiedene Methoden, um die Zahl zu bewerten, anstatt uns auf ein paar Datenpunkte zu verlassen.** Wenn der Impfstoff so sicher wäre, wie behauptet wird, gäbe es auf Facebook keine Gruppen mit über 250 000 Mitgliedern, die über Nebenwirkungen des Impfstoffs sprechen. Natürlich werden all diese Facebook-Gruppen von Facebook schnell wieder gelöscht. Haben Sie sich schon einmal gefragt, wenn der Impfstoff so sicher wäre, wie behauptet wird, wovon diese Leute wohl reden? **Und wenn die Impfstoffe so sicher sind, warum wird dann nicht der Haftungsschutz aufgehoben?** Und was sagen Sie zu Maddies Mutter? Oder schauen Sie sich dieses Video von John Looney bei 15:00 für 2 Minuten an. Oder lesen Sie diese Präsentation Alles, was Sie wissen müssen.

Darüber hinaus überprüfen die Faktenprüfer NIEMALS die FDA/CDC, indem sie aufschlussreiche Fragen stellen wie:

1. **Wie hoch ist die PTR in diesem Jahr und wie haben Sie sie berechnet? Darf ich die Herleitung sehen?**
2. **Wie hoch ist die URF für Todesfälle in diesem Jahr, und wie haben Sie sie berechnet? Darf ich die Ableitung sehen?**

Seite 39

3. **Sie sagen, dass Sie mit den Methoden von Kirsch nicht einverstanden sind, aber er verwendet die gleichen Methoden wie Sie, um die URF zu berechnen. Erklären Sie also bitte, was genau an seiner Methode zur Berechnung der URF falsch ist.**
4. **Wie hoch ist die Zahl der überzähligen Todesfälle, die im VAERS-System für die COVID-Impfstoffe aufgeführt sind?**
5. **Wenn diese überzähligen Todesfälle nicht durch den Impfstoff verursacht wurden, wie erklären Sie sie dann? Können Sie mir die Beweise zeigen, die das belegen?**
6. **Es gibt Ärzte, die in ihrer Laufbahn noch nie einen einzigen VAERS-Bericht verfassen mussten, und in diesem Jahr müssen sie über 2.000 Berichte für eine einzige Praxis einreichen. Wenn die Impfstoffe vollkommen sicher sind, wie erklären Sie sich dann das?**
7. **Warum können Sie niemanden finden, der mit Kirschs wissenschaftlichem Team diskutiert? Wenn Sie sein gesamtes Team in einer Live-Debatte diskreditieren, wird die Impfbereitschaft sinken. Die öffentlichen Umfragen zeigen, dass die Menschen so schnell wie möglich eine Debatte über die wichtigsten Fragen sehen wollen. Kennen Sie jemanden, der glaubwürdig ist und mit seinem Team diskutieren würde?**

Überprüfung all dieser Punkte anhand der Kosten-Nutzen-Daten

Ich habe vor kurzem ein weiteres Papier zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses des Impfstoffs, aufgeschlüsselt nach Alter und nur unter Berücksichtigung der Sterblichkeit, verfasst. **Dies ist eine sehr wichtige Arbeit, weil sie zeigt, dass die Impfstoffe für jede**

Altersgruppe, einschließlich der älteren Menschen, unsinnig sind. Dieses Ergebnis ist in der Literatur bestätigt worden (siehe Warum impfen wir Kinder gegen COVID-19?).

Sehr interessant an dieser Arbeit ist, dass die Zahl der Todesfälle in jeder Altersgruppe mehr als 100-mal höher war, wenn man sich gegen COVID impfen ließ. Im Durchschnitt waren es 177 Mal mehr als in den Vorjahren.

Und dann sagen Sie: "Hah! Wenn es nur 177 Mal schlimmer ist als in den Vorjahren, und wenn wir in früheren Jahren nur 50 Menschen pro Jahr getötet haben, dann haben die Impfstoffe nur 8.850 Amerikaner getötet! Sie irren sich!"

Aber dieses Argument wäre irreführend. Hier ist die korrekte Art, es zu formulieren:

In früheren Jahren erhielten wir nur 34,8 Todesmeldungen pro Jahr in der Altersgruppe über 20 Jahre. Aber die URF dieser Jahre ist 10, basierend auf dem CDC-Papier. Also sind es in Wirklichkeit 348 Todesfälle. Wir multiplizieren mit 177, um die Todesfälle in diesem Jahr zu erhalten, da der Impfstoff 177 Mal schlimmer ist als frühere Impfstoffe. Aber wir müssen auch die PTR korrigieren, die, wie oben erläutert, 0,25 beträgt, so dass wir die tatsächlichen Todesfälle des Vorjahres (348) mit 708 multiplizieren müssen (was $177 \cdot 4$ entspricht, da in der Tabelle vermerkt wurde, dass die 177 vor der PTR-Anpassung lagen). $348 \cdot 708 = 246.384$. Das ergibt also alles einen perfekten Sinn und stimmt mit unseren Berechnungen überein, die nur die

Seite 40

VAERS-Daten ausschließlich aus dem Jahr 2021 verwendeten. Kurz gesagt, wir haben die VAERS-Daten sowohl auf einer relativen Basis von Jahr zu Jahr als auch ausschließlich auf der Basis der Daten von 2021 berechnet, und beide Methoden führen zum gleichen Ergebnis.

Im Grunde führt der durchschnittliche Impfstoff also zu weit mehr Todesfällen bei Menschen über 20 Jahren als angenommen (350 pro Jahr), **und die aktuellen Impfstoffe sind 708 Mal tödlicher als frühere Impfstoffe**, wenn wir alle 350 Todesfälle als kausal betrachten.

Und jetzt kommt der Knackpunkt. Wenn wir fast alle dieser 350 Todesfälle als 90%ige Hintergrundtodesfälle betrachten (was die FDA behaupten würde), so dass es nur 35 "echte" Todesfälle gibt, die durch den Impfstoff verursacht werden, dann wird die Geschichte für die Regierung noch schlimmer: **Diese Impfstoffe sind mehr als 7.000 Mal tödlicher als frühere Impfstoffe**, wenn wir die "echten" Todesfälle durch Impfstoffe in einem typischen Jahr (35) mit den "echten" Todesfällen durch COVID-Impfstoffe (250.000) vergleichen.

Und das, meine Freunde, ist die unbequeme Wahrheit.

Daher ist die Beschäftigung mit erhöhten Symptomen nichts anderes als das Umstellen der Liegestühle auf der Titanic. Die Sterblichkeitsrate lässt das Schiff sinken. Diese Impfstoffe sind tödlich.

Kritikpunkte

Wenn Leute diese Arbeit kritisieren, zeigen sie mir nie ihre "richtige" Analyse und weisen darauf hin, wie ihre Analyse mit 8 verschiedenen Methoden überprüft werden kann. Diese Kritiker sind also nicht wirklich daran interessiert, dass ihre Hypothese zu allen

Daten passt. Sie sind im Grunde nur daran interessiert, Punkte zu machen, um meine Analyse zu zerschließen, indem sie etwas finden, was sie für einen Fehler halten. Es wäre konstruktiver, wenn sie die richtige Methode vorstellen würden.

Im Interesse der Verteidigung dessen, was ich geschrieben habe, ist es jedoch wichtig, auf alle Angriffe einzugehen.

Ich kenne mindestens vier Kritikpunkte an dieser Arbeit:

1. Die JAMA-Studie, die VSD-Daten verwendet, zeigt, dass die $URF \leq 1$ ist, also sollte man diese verwenden und alles andere ignorieren
2. **Es kann keine 150.000 Todesfälle geben, weil wir das an den überzähligen Todesfällen sehen würden.**
3. Artikel von Jeffrey Morris, der die Behauptung in dem von Fachleuten geprüften Artikel Toxicology Reports auswertet, dass Impfstoffe 5 Todesfälle pro 1 gerettetem Todesfall verursachen
4. Artikel von Jeffrey Morris "Töten" Pfizer-Impfstoffe 2 Menschen pro 1 gerettetem? Bewertung von viralen Berichten in den sozialen Medien

Gehen wir auf jede einzelne dieser Behauptungen ein.

Zunächst die JAMA-Studie.

Seite 41

Unser Kritiker Matt Timberlake behauptet, dass die JAMA VSD-Studie beweist, dass VAERS tatsächlich 15 % zu viel berichtet, und behauptet in seinem Tweet unten, dass die URF weniger als 1 betragen sollte (er behauptet $URF=0,85$).

Dies ist eine verblüffende Behauptung, da in der wissenschaftlichen Literatur nie behauptet wurde, dass VAERS zu viele Meldungen enthält. Außerdem gibt es nirgendwo, das mir bekannt ist, Beweise dafür, dass dies der Fall ist. Dies würde bedeuten, dass 15 % der Meldungen gefälscht sind. **Wir wissen nur von 2 gefälschten Meldungen bei 1,6 Millionen Einträgen.** Weiß Matt etwas, was wir nicht wissen? Nein, natürlich nicht.

So gesehen können wir diese Behauptung als lächerlich abtun.

Untersuchen wir eine vernünftigeren Behauptung, dass die URF nahe bei 1 liegt.

Matt bezieht sich auf eine VSD-Studie (Vaccine Safety Datalink), die am 3. September 2021 im JAMA veröffentlicht wurde und in der es heißt: "Die geschätzte Inzidenzrate der bestätigten Anaphylaxie betrug 4,8 (95% CI, 3,2-6,9) pro Million BNT162b2-Dosen und 5,1 (95% CI, 3,3-7,6) pro Million mRNA-1273-Dosen." Dies liegt nahe an den Anaphylaxiezahlen, die von VSD in dieser ACIP-Präsentation (Folie 27) und dieser Präsentation (Folie 10) berichtet werden.

Seite 42

Wie bereits erwähnt, wurde in einer am 31. August 2021 im JAMA veröffentlichten Arbeit von CDC-Autoren auf der Grundlage von VAERS-Daten eine aktualisierte Anaphylaxie-Melderate von 4,7 Fällen pro 1 Million Dosen" ermittelt.

Dies deutet darauf hin, dass VAERS 5 % zu wenig meldet und dass die URF möglicherweise nur $4,8/4,7=1,02$ beträgt.

Dies unterscheidet sich natürlich stark von der Zahl 41, die wir im obigen Text verwendet haben. Haben wir einen Fehler gemacht?

Es gibt mindestens 9 Gründe, warum wir den VSD-Datenpunkt bei der Ableitung der URF ignoriert haben:

1. **Der Lazarus-Bericht zeigt, dass die VAERS-Meldungen um den Faktor 10 bis 100 zu niedrig sind, da es sich effektiv um ein freiwilliges System handelt.** Dies ist genau das, was wir in unserer Analyse festgestellt haben: $10 < 41 < 100$. Und der Lazarus-Bericht sollte es wissen, da das von ihm aufgebaute System zuverlässig das 10-fache oder mehr an Ereignissen erfasst.

2. **Alle anekdotischen Beweise, die uns von Ärzten vorliegen, deuten darauf hin, daß sie in diesem Jahr im Vergleich zu anderen Jahren zu wenig melden. Uns ist kein einziger Arzt bekannt, der zu viele Ereignisse meldet, und Matt hatte auch keinen einzigen.** Er hat die Zahl von 0,85 inzwischen zurückgenommen und behauptet nun, dass die Meldungen vollständig sind. Es bedarf nur einer meiner "Anekdoten", um diese Behauptung zu widerlegen (**der Neurologe, der 2 von 2.000 Ereignissen gemeldet hat.**

3. **Der größte Teil der Öffentlichkeit ist über VAERS ahnungslos, so dass eine URF von 1 schwer zu glauben ist, da die Öffentlichkeit die unzureichende Berichterstattung des Gesundheitspersonals nicht ausgleichen kann.**

4. **Wir haben Erhebungen über Verstorbene durchgeführt und sie in VAERS nachgeschlagen und festgestellt, dass sie in den meisten Fällen nicht gemeldet wurden. Wenn der URF=1 wäre, würden alle diese Fälle gefunden werden.** Dies widerlegt also wiederum Matts Behauptungen.

5. Die Nenner der VSD sind genau wie bei VAERS verdächtig, weil nicht alle Vorfälle erfasst werden. Aus diesem Grund ist z. B. die in der VSD gefundene Rate der überzähligen Myokarditis/Perikarditis-Fälle vergleichbar mit der Myokarditis/Perikarditis-Melderate in VAERS für die 18- bis 24-Jährigen (siehe Folie 13 in Grace Lees ACIP-Präsentation). Wenn also VAERS und VSD die einzigen Datenpunkte sind, dann würde Matts Argument Sinn machen. Aber sie sind nicht unsere einzigen Datenpunkte, weil beide Systeme dafür bekannt sind, zu wenig zu melden, weshalb die CDC sie mag (siehe Historische Anmerkung: Warum unsere Meldesysteme für unerwünschte Ereignisse alle schlecht sind).

6. Aber wir wissen vom israelischen Gesundheitsministerium, dass die Rate der durch den Pfizer-Impfstoff verursachten Myokarditis mindestens 1 von 12.000 Dosen beträgt. Das sind mindestens 83 Fälle pro Million Dosen und könnte bis zu 166 Fälle pro Million Dosen betragen. VSD fand jedoch nur 7,5 Fälle pro Million Dosen $((14,4+.7)/2)$. Dies bedeutet, dass die VSD mindestens 11 Fälle zu wenig meldet, wahrscheinlich sogar mindestens 22. Die israelischen Daten zeigen also, dass die Annahme, die VSD sei ein vollständig gemeldetes System, eindeutig falsch ist. Daher ist die Verwendung von Anaphylaxie-Raten aus der direkten Beobachtung einer kontrollierten Studie von Beschäftigten im Gesundheitswesen viel genauer als die Verwendung von VSD. Und die Mass General- und die japanische Studie stimmten in Bezug auf die beobachteten Raten so ziemlich überein.

7. Die Mass General- und die japanische Studie fanden mehr Ereignisse und wurden auch in Fachzeitschriften mit Peer Review veröffentlicht. **Es gibt keinen Grund zu der Annahme,** dass diese beiden Studien

Seite 43

einfach Fälle aus dem Hut gezaubert wurden. **In Anbetracht der Tatsache, dass beide Studien speziell zur Erfassung von Anaphylaxiefällen konzipiert wurden, ist es vernünftiger, ihnen zu glauben.**

8. Die Zahl der Todesfälle, die sich aus einer URF von etwa 1 ergibt, stimmt mit keiner der anderen 7 von uns verwendeten Methoden überein, so dass es unwahrscheinlich ist, dass sie richtig ist. Das ist zwar ein Zirkelschluss, aber wir haben dieses Argument nicht für unsere anderen Methoden verwendet, so dass hier keine positive Rückkopplung vorliegt. **Matt war nicht in der Lage zu zeigen, dass eine dieser Methoden entweder in Bezug auf die Daten oder die Methodik fehlerhaft ist. Jede Methode hat ihre Grenzen, aber wenn man sie auf 8 verschiedene Arten anwendet und zu denselben Ergebnissen kommt, ist es ziemlich schwer, das nicht zu glauben.** Im Gegensatz dazu hat Matt uns nicht gezeigt, wie er die 8 Methoden "richtig" anwendet und wie er zu einer einheitlichen Antwort kommt.

9. **VSD ist kein sehr transparentes System.** Der Zugang ist eingeschränkt und wird streng kontrolliert. Daher ist es schwierig, die Daten zu überprüfen, die tatsächlich in der Studie verwendet wurden. Wir haben gehört, dass viele der Daten, die in der VSD verwendet werden, Daten aus dem Gesundheitswesen sind, die nicht ausreichend gemeldet werden. Wir haben nie behauptet, dass VSD vollständig berichtet wurde, daher haben wir unsere Position bezüglich VSD nie geändert, dass sie nicht vollständig berichtet wurde. Wenn VSD vollständig aufgedeckt würde, würden die Menschen erkennen, dass es zu wenig berichtet wird und einer eigenen URF unterliegt und somit ähnliche Sicherheitssignale aufweist.

10. Eine andere in JAMA veröffentlichte Arbeit, die VSD verwendet, zeigt keinerlei Sicherheitssignale bei 21 überwachten Symptomen (die aus irgendeinem Grund das wichtigste unerwünschte Ereignis, den Tod, nicht einschlossen), was nicht den Angaben von VAERS entspricht, **was ein weiterer Beweis dafür ist, dass VSD nicht geeignet ist, Sicherheitsereignisse zu erkennen.** Sie konnten nicht einmal Myokarditis als Sicherheitsproblem erkennen, weil VSD genau wie VAERS zu wenig gemeldet wird. **Aus diesem Grund gibt es keine Sicherheitssignale. Es wird so getan, als ob es vollständig gemeldet würde. Das ist sie aber nicht.**

11. Und sie verwenden die Raten in VSD zur Kalibrierung des VAERS-Unterberichterstattungsfaktors, was erklärt, warum die URFs, die sie in ihrem Papier gefunden haben, so unrealistisch niedrig sind (z. B. weniger als 2 in den Statistiken, die sie zitieren).

12. Mathew Crawford schrieb hier über VSD und äußerte ähnliche Bedenken.

13. Siehe den Abschnitt unter Die URF für VSD.

Als ich mich mit Matt auf Twitter unterhielt, sagte er, dass die URF = 31 sei und dass alle gemeldeten Todesfälle einfach Hintergrundtodesfälle seien; dass der Impfstoff nur 3 Menschen getötet habe. Die 31 wäre also der Multiplikator, mit dem man die Gesamtzahl der gemeldeten Hintergrundtodesfälle in diesem Zeitraum erhält. Das ist also etwas anderes

als die 0,85 Zahl, die er zuvor genannt hat. Es ist wirklich schwer, bei all den Änderungen auf dem Laufenden zu bleiben. Und wenn es sich um Hintergrundtodesfälle handelt, wie er behauptet, dann bedeutet das, dass die deutschen Pathologen alle lügen und dass Kinder, die im Schlaf sterben, normal sind. Alles ist möglich, aber das ist weit hergeholt.

Lassen Sie uns nun den zweiten Angriff untersuchen: Es kann keine 150.000 Todesfälle geben, denn wenn es sie gäbe, würden sie als überzählige Todesfälle auftauchen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es im Jahr 2021 einen Überschuss an Todesfällen gibt, der mehr als ausreicht, um unsere Schätzung von 150.000 Todesfällen zu decken.

Schauen wir uns die Zahlen aus den wöchentlichen CDC-Berichten an:

Seite 44

Jahr Woche 1-8 alle

Todesursachen Woche 1-26 alle Todesursachen Woche 27-52 alle Todesursachen

2018 1,463,608 1,368,393

2019 465,489 1,451,714 1,394,243

2020 1,632,977 1,747,908

2021 620,659 1,673,896

Es gibt also 222.182 mehr Todesfälle in den ersten 26 Wochen im Jahr 2021 als im Jahr 2019, etwa die gleiche Anzahl an überzähligen Todesfällen wie im Jahr 2020. Und es gab 211.388 COVID-Todesfälle in den ersten 6 Monaten des Jahres 2021. In den ersten beiden Monaten des Jahres 2021 lag die Zahl der überzähligen Todesfälle bei 155.170.

Bis zum 16. Juni 2021 gab es in den USA 600.000 COVID-Todesfälle.

Die Zahl der überzähligen Todesfälle für die 18 Monate seit Januar 2020 gegenüber Januar 2018 beträgt $5054781 - 4283715 = 771066$. Angenommen, es waren wirklich 600.000 COVID-Todesfälle, wie die Regierung behauptet, dann bleiben 171.066 überzählige Todesfälle ungeklärt. Das ist eine enorme Zahl von überzähligen Todesfällen. Diese könnten die 150.000 Impftodesfälle abdecken. Außerdem glauben wir, dass vielleicht bis zu 100.000 der COVID-Todesfälle (oder mehr) auf den Impfstoff zurückzuführen sein könnten, denn die Arbeit von Scott Mclachlan hat gezeigt, dass alle untersuchten VAERS-Aufzeichnungen als COVID-Todesfälle eingestuft wurden, obwohl kein COVID in der Aufzeichnung vorhanden war.

Daher sind die Gesamtzahlen plausibel, um die von uns behaupteten 150.000 überzähligen Todesfälle zu stützen, und auch in Bezug auf den Zeitpunkt gab es 222.182 überzählige Todesfälle in den ersten 26 Wochen des Jahres 2021 (gegenüber dem gleichen Zeitraum 2019). Außerdem wird die Sterblichkeitsrate nicht proportional zu den Impfdosen sein. Der Höchststand der Sterblichkeitsrate wird im Januar erreicht und nimmt im Laufe der Zeit ab, da sie sich danach richtet, wann die ältesten Menschen geimpft wurden. Diese sind am ehesten vom Tod bedroht. Aus diesem Grund folgt die Kurve der überzähligen Todesfälle nicht der Anzahl der verabreichten Impfdosen (weshalb sie im April auch nicht ihren Höhepunkt erreicht).

Seite 45

Seite 46

Als nächstes folgt Morris' Artikel Evaluating claim in "peer reviewed" Toxicology Reports article vaccines kill 5 for every 1 save

Das Problem mit seiner Kritik ist, dass selbst wenn Kostoff einen deutlich weniger aggressiven URF wie 20 verwendet, dies immer noch problematisch für den Impfstoff ist. Bei einem URF von 20 lassen sich die Todesfälle leicht mit den oben erwähnten überzähligen Todesfällen rechtfertigen, und die Argumente für die Impfung sind immer noch unsinnig.

Außerdem sollte Morris als Wissenschaftler nach Hypothesen suchen, die zu allen Datenpunkten passen. Was ist mit der Studie von Schirmacher, wonach 30 bis 40 % der Todesfälle nach einer Impfung kausal sind? Und der unabhängigen Bestätigung dieser Aussage? Oder mit den Aussagen von Informanten über hohe Sterbe- und Krankheitsraten in Pflegeheimen nach der Impfung? Oder auf unseren britischen Leichenbestatter, der sagte, dass die Sterblichkeitsraten in Pflegeheimen nach der Einführung der Impfstoffe sprunghaft angestiegen sind? Nun, er erwähnt nichts davon. Und warum nicht? Weil er es nicht erklären kann. **Einzelheiten finden Sie unter Alles, was Sie wissen müssen.** Morris pickt sich einfach Kämpfe heraus, für die er Argumente vorbringen kann. **Er versucht nie zu zeigen, dass seine Hypothese besser zu allen Daten passt.**

Wie wäre es mit diesem Datenpunkt, der zugibt, dass sogar die klinischen Studien selbst eine Rate von 0,1 % schwerer unerwünschter Ereignisse zeigten:

Seite 47

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass die klinischen Studien selbst darauf ausgerichtet sind, eine supergesunde Population zu rekrutieren, die mit einer viel geringeren Rate stirbt als die Gesamtbevölkerung (annähernd 10-mal niedriger), und wenn man sieht, dass 187.000 Menschen in dieser Population dem Tod "nahe kommen", sieht es nicht mehr so aus, als ob wir uns die 150.000 tatsächlichen Todesfälle in einer realen Population nur aus der Luft gegriffen hätten.

Seite 48

Schließlich erwähnt Morris nicht die Erfolgsquoten von Alternativen wie frühzeitige Behandlungen als sicherere Alternative zur Impfung, **weil er niemanden wissen lassen will, dass es sicherere Alternativen gibt, die wirksamer sind.**

Seite 49

Es gibt einen weiteren kritischen Artikel von Jeffrey Morris Do Pfizer vaccines "kill" 2 people for each 1 saved? Auswertung viraler Berichte in den sozialen Medien.

Im Grunde gefällt ihm der URF von 41 nicht und er ist der Meinung, dass es keine Kausalität gibt und dass die anderen Methoden wissenschaftlich nicht fundiert sind.

Er will nicht mit uns darüber diskutieren, wie es die Öffentlichkeit wünscht.

Was passiert, sind lange Angriffe, und dann muss die andere Seite noch längere Verteidigungen schreiben, und die Öffentlichkeit ist am Ende völlig verwirrt. Das ist genau

das, was er erreichen will: Verwirrung in den Köpfen der Menschen stiften. Das ist eine sehr effektive Technik, denn nur wenige Menschen haben die Zeit, sich mit den Details zu befassen. Das Schöne an einer Debatte ist, dass jede Seite nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung hat, so dass jede Seite gezwungen ist, ihre besten Argumente auszuwählen.

Auf einer hohen Ebene ist Jeffrey einfach unzufrieden mit der Qualität der verwendeten Beweise, und natürlich hadert er mit der Methodik. Sicher, ich bin auch nicht begeistert von der **Qualität der Beweise**, aber wir müssen das Beste aus dem machen, was wir haben. **Und wir haben eine Menge. Und es ist alles sehr konsistent.**

Jeffrey schreibt:

Sie zitieren auch eine Analyse der Todesfallrate (CFR), die zwar für die Hypothesenbildung interessant sein mag, aber angesichts ihrer völligen Abhängigkeit von den nationalen Fall- und Todesfallraten nicht für strenge Schlussfolgerungen verwendet werden kann. Unter Vernachlässigung der vielen potenziellen Störfaktoren kommen sie zu dem Schluss, **das die einzige Erklärung für den Anstieg der CFR nach der Impfung eine weit verbreitete betrügerische Fehleinstufung von Impftodesfällen als COVID-19-Todesfälle ist, die, wenn sie wahr ist, die größte und universellste medizinische Verschwörung der Geschichte darstellt und sie zu Schätzungen von 100 000 bis 200 000 durch Impfung verursachten Todesfällen in den USA führt.**

Wow! Er sagt im Grunde, dass die Regierungsstatistiken aus der ganzen Welt eine schlechte Datenquelle sind. OK, was sollen wir dann verwenden??? **Und sein Beweis ist, dass es nicht richtig sein kann, weil es eine zu große Verschwörung wäre. Er sollte das neue Buch von RFK Jr. lesen** (am 13.10.21 noch nicht veröffentlicht, wird aber bald erscheinen), **das die Verschwörung dokumentiert. Wie sonst sind all diese Regierungen im Gleichschritt? Es wird alles durch die falsche Darstellung der CDC angetrieben, dass es keine Todesfälle gibt. Niemand stellt das in Frage. Bis jetzt hat noch niemand die FDA oder CDC nach dem URF gefragt... Ich war der Erste. Wollen Sie mich auf den Arm nehmen? Niemand in der medizinischen Gemeinschaft will die URF wissen?!? Also ja, das ist der Beweis dafür, dass die Leute den Kopf in den Sand stecken und sich nicht für Sicherheitssignale interessieren.**

Der Unterschied zwischen Professor Morris und mir besteht darin, dass ich das nehme, was auf dem Tisch liegt, und Geld für Dinge wie Umfragen unter Fachleuten und Ärzten ausbe, um mehr Daten zu sammeln, und dann mein Bestes tue, um sie zu analysieren.

Seite 50

Was Morris tut, ist das Gegenteil. Er macht gerne jeden Versuch zunichte, eine ehrliche Bewertung der uns vorliegenden Daten vorzunehmen. Wenn er mit Daten konfrontiert wird, die ihm nicht gefallen, wie die Maddie de Garay-Geschichte oder die Dosisabhängigkeit der VAERS-Daten, wechselt er das Thema.

Das ist der Grund, warum Morris nicht mit uns diskutieren will. Er würde entlarvt werden.

Er kommt nie mit einer besseren URF daher. Er schlägt nie den "richtigen Weg" vor, dies zu tun. Im Grunde wirft er mit Steinen nach jedem, der versucht, aus den Daten einen Sinn zu machen. Damit erweist er Amerika einen gewaltigen Bärendienst.

Wir würden gerne mit Morris diskutieren, aber er hat jedes Mal gekniffen. Er weigert sich sogar, ein aufgezeichnetes Zoomgespräch mit uns zu führen.

Verwendung eines einzigen URF für VAERS

Da wir Anaphylaxie verwendet haben, das Ereignis, das am wahrscheinlichsten in VAERS gemeldet wird, **ist die von uns in diesem Dokument berechnete URF eine Mindest-URF für alle unerwünschten Ereignisse. Dies bedeutet, dass sie zur konservativen Schätzung aller unerwünschten Ereignisse, einschließlich des Todes, verwendet werden kann.**

Unsere Annahme, dass Anaphylaxie das Symptom ist, das am wahrscheinlichsten gemeldet wird, ist auf Folgendes zurückzuführen

1. Offensichtlicher Zusammenhang mit dem Impfstoff
2. Gesetzliche Meldepflicht von 100%
3. Alle medizinischen Fachkräfte wissen über VAERS Bescheid.

Im Gegensatz dazu werden Todesfälle weniger gemeldet, weil:

1. kein offensichtlicher Zusammenhang besteht (er tritt später ein)
2. HCW denken nicht, dass sie eine Meldung machen müssen (da derjenige, der mit dem Todesfall zu tun hat, den Impfstoff nicht injiziert hat)
3. Das Gesundheitspersonal, das den Todesfall behandelt, weiß möglicherweise nicht einmal von dem Impfstoff
4. Nur wenige Verbraucher wissen von VAERS (zur direkten Meldung)
5. HCW zögern, Meldung zu erstatten (wollen Vax nicht in ein schlechtes Licht rücken)
6. Die meisten Menschen, einschließlich der Ärzte, glauben nicht, dass der Impfstoff tödlich sein kann, warum also eine VAERS-Meldung machen, die die Menschen nur fälschlicherweise alarmieren würde. **Die CDC kann zum Beispiel keinen einzigen durch den Impfstoff verursachten Todesfall finden. Ein vielbeschäftigter Arzt wird also weniger Anreiz haben, eine Meldung zu machen.**
7. Es gibt keinen Anreiz für die Verbraucher, dem VAERS Bericht zu erstatten (es ist nicht vorgeschrieben, es ist schwer zu tun, und es gibt keine Belohnung).

Daher sollte die URF für Anaphylaxie eine UNTERE Grenze für die URF anderer Symptome einschließlich des Todes sein, und die Verwendung von 41 für den Tod sollte eine konservative Schätzung darstellen.

Aus diesem Grund verwendet die CDC selbst Anaphylaxie in ihren Papieren (z. B. in ihrem Papier von 2020, The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis

und für das Guillain-Barré-Syndrom). Beachten Sie, dass das frühere Papier von 2015, Safety monitoring in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), diese Methode nicht erwähnt und stattdessen eine begrenztere Technik beschreibt: Die Disproportionalitätsanalyse.

Der URF für VSD

VSD wird zu wenig gemeldet, genau wie VAERS. Wenn die CDC die VSD als Referenz für die Berechnung einer URF für VAERS verwendet, berechnet sie häufig URFs, die unter 2 liegen (d. h. eine Melderate von 50 % oder mehr, wie sie in The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome berechnet wurde).

Viel aufschlussreicher sind jedoch die Myokarditis-Daten aus der Präsentation der ACIP-Vorsitzenden Grace Lee. Hier ist Folie 13 in Grace Lees ACIP-Präsentation:

Dieses Diagramm macht jedem klar, dass VSD genauso wenig gemeldet wird wie VAERS. Bei nur einem Datenpunkt war die Melderate bei VSD höher. Wenn wir die Spalten zusammenzählen, kommen wir auf 42,5 Ereignisse pro Million für VAERS und 39,7 Ereignisse pro Million für VSD. Mit anderen Worten: VSD wird im Vergleich zu VAERS um 7 % weniger gemeldet.

Hier ist eine weitere Folie, diesmal von der Pfizer-Präsentation auf der VRBPAC-Sitzung am 26. Oktober 2021. Sie zeigt, dass VAERS eindeutig weniger als 20 % der Fälle erfasst (da auch Optum nicht vollständig gemeldet wird). Hier erfasst die VSD tatsächlich mehr Ereignisse als VAERS.

Seite 52

Fehlerbalken bei der JAMA-Anaphylaxie-Studie

Die JAMA-Studie des Mass General wies Fehlerbalken für die Anaphylaxierate auf: "Anaphylaxie wurde bei 16 Mitarbeitern bestätigt (0,025% [95% CI, 0,014%-0,040%])".

Das bedeutet, dass die "wahre" URF, die wir abgeleitet haben, im Bereich von

URF-Berechnung URF

1,4 pro 10.000 140/5,97 **23**

2,47 pro 10.000 247/5,97 **41**

4,0 pro 10.000 400/5,97 **67**

Es ist jedoch höchst unwahrscheinlich, dass sie 23 beträgt, da sie unter dem Wert von 31 liegt, den Jessica Rose in ihrer Arbeit anhand der Daten zu unerwünschten Ereignissen von Pfizer in einer eindeutig manipulierten Studie berechnet hat (mit anderen Worten, die URF in einer nicht manipulierten Studie, bei der die Population repräsentativ war, müsste viel größer als 31 sein).

Im allerschlimmsten Fall könnte unsere Schätzung der Todesfälle also um 32 % überhöht sein, was wir jedoch für sehr unwahrscheinlich halten.

Seite 53

Die URF von VAERS in diesem Jahr

19. Juli 2021 Deborah Conrads Brief an das HHS "Re: Underreporting to VAERS & Violation of COVID-19 Vaccine EUAs" **haben wir erfahren, dass:**

- Krankenhäuser verhindern, dass Mitarbeiter des Gesundheitswesens Meldungen an VAERS machen** (was unsere Berechnung eines hohen Unterberichts-faktors bestätigt)
- Es gibt eine hohe Anzahl von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen in ihrem Krankenhaus und auch in anderen Krankenhäusern in ihrem Gebiet
- Obwohl die Impfquote in der Bevölkerung bei 50 % liegt, werden 90 % der Krankenhauseinweisungen von Geimpften vorgenommen, was auf eine höhere Gesamtmorbidität hindeutet, wie die medizinische Literatur bestätigt.**

Das CDC-Papier selbst erklärt, wie man den URF BERECHNET. Wir haben es nach Vorschrift gemacht.

Es gibt ein Papier von fünf CDC-Autoren mit dem Titel The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome, das vor einem Jahr in der wissenschaftlichen Fachliteratur veröffentlicht wurde.

Seite 54

In dem Papier wird behauptet, dass schwerwiegende unerwünschte Ereignisse in der Vergangenheit höchstens um den Faktor 8,3 zu niedrig gemeldet wurden (bekannt als Unterberichterstattungsfaktor (URF)).

Noch wichtiger ist, dass die Methode zur Berechnung des URF beschrieben wird. Wir verwenden diese Methode auch hier.

Die zweite Blumenthal-Anaphylaxie-Studie in JAMA

(Leitartikel)

Dieser Leitartikel von Blumenthal bezieht sich auf den ursprünglichen Mass General JAMA-Artikel von Blumenthal. Die Raten im Leitartikel basieren auf der VSD (von der wir wissen, dass sie ebenso wenig berichtet wird wie VAERS).

Redaktionelle Rate: 5 Fälle pro Million Dosen

Forschungsbrief: 247 Fälle pro Million Dosen

Das ist eine ziemliche Diskrepanz von ein und demselben Autor! Ein Faktor von 50 weniger.

Das würde natürlich unseren $URF=41$ in einen neuen Wert von $URF=0,82$ verwandeln. Das würde beweisen, dass VAERS zu viele Meldungen macht.

Eines der Blumenthal-Papiere muss falsch sein. Sie können nicht beide richtig sein.

Wenn Sie nicht herausfinden können, welches Blumenthal-Papier richtig ist, ist es an der Zeit, mit dem Lesen aufzuhören.

Im Leitartikel heißt es weiter: "Die mRNA-Impfung war mit einem erhöhten Risiko für Myokarditis/Perikarditis bei Personen im Alter von 12 bis 39 Jahren verbunden, mit

geschätzten 6,3 (95 % CI, 4,9 bis 6,8) zusätzlichen Fällen pro Million Dosen in den Tagen 0 bis 7 nach der Impfung."

Kurz gesagt, es wurde bewiesen, dass die Impfstoffe kaum einen Einfluss auf die Myokarditis haben. Ernsthaft?!? Fazit: Am besten ignoriert man die neue Studie und hält sich an die alte.

Brian S. Hooker, Ph.D., P.E., Professor für Biologie an der Simpson University, ist einer der wenigen Wissenschaftler, die sich nicht scheuen, die Wahrheit zu sagen (sie sind heutzutage schwer zu finden). Hier ist, was er zu diesem Abschnitt schrieb (Hervorhebung von mir):

Sie haben Recht mit Ihrer Analyse. Die Rate von 2,4/10000 basiert auf allen gemeldeten Fällen von Anaphylaxie, die Rate von 5/1.000.000 jedoch nur auf stationären Krankenhausaufenthalten oder Besuchen in der Notaufnahme. Man kann eine Anaphylaxie erleiden, ohne ins Krankenhaus eingeliefert zu werden, indem man in die Notaufnahme geht. Ich glaube auch, dass die 5/1.000.000 die Kriterien der Brighton Collaboration viel zu eng anwenden. **Das zweite Papier ist reine Propaganda, um die Leute zum Impfen zu bewegen.**

Seite 55

Die überzähligen Todesfälle im Hintergrund sind nicht auf einen Mangel an medizinischer Versorgung während der Pandemie zurückzuführen.

Das Problem mit der Theorie, dass alle überzähligen Todesfälle durch den Mangel an medizinischer Versorgung während der Pandemie verursacht werden, ist Folgendes:

1) Die Todesfälle in VAERS sind mit dem Zeitpunkt der Impfung korreliert. Die meisten Todesfälle treten innerhalb weniger Tage nach der Impfung auf. Wenn es sich um Hintergrundtodesfälle handeln würde, würden sie zu zufälligen Zeiten auftreten. Das Diagramm der Todesfälle im Vergleich zu den Tagen seit der Impfung würde flach sein. Das ist aber nicht der Fall.

2) Dr. Schirmacher stellte fest, dass 30 bis 40 % der Todesfälle innerhalb von 2 Wochen nach der Impfung auftreten. Was ist mit diesen?

3) Die Ereignisrate hängt mit der Anzahl der Dosen zusammen. Es gibt keinen stärkeren kausalen Zusammenhang als die Dosisabhängigkeit. **Wenn es sich nur um Hintergrundtodesfälle handeln würde, gäbe es überhaupt keine Dosisabhängigkeit.**

4) Die Ursachen für die Todesfälle der Kinder (12-17) waren nicht "normal". Kinder werden normalerweise nicht medizinisch versorgt, um damit zu beginnen. Dass sie dann an einer Lungenembolie oder intrakraniellen Blutung sterben, kann nicht durch mangelnde medizinische Versorgung während der Pandemie verursacht worden sein.

5) Das Gleiche gilt für die Ursachen der Todesfälle bei Erwachsenen: Der "Fingerabdruck" der unerwünschten Ereignisse entspricht nicht den normalen Todesfällen.

Im Allgemeinen zeigen die Leute, die diese "alternativen Hypothesen" vorschlagen, nicht, wie ihre Hypothese besser zu den Daten passt als unsere.

Historische Anmerkung: Warum unsere Meldesysteme für unerwünschte Ereignisse alle schlecht sind? Das ist beabsichtigt.

Die Regierung bezahlte für die Schaffung eines Meldesystems, das nicht schlecht war (entwickelt von der Bundesagentur für Qualität in der Gesundheitsforschung (AHRQ)). Die AHRQ hat bewiesen, dass sie die meisten Impfstoffverletzungen erfassen kann. Die AHRQ plante ursprünglich, das System auf alle verbleibenden HMOs auszuweiten, aber nachdem sie die erschreckenden Ergebnisse der AHRQ gesehen hatte - **Impfstoffe verursachten bei einem von 40 Empfängern schwere Verletzungen -, **beendete die CDC das Projekt und stellte das System ein.****

Mit anderen Worten: Es funktionierte so gut, dass es Sicherheitssignale erkannte, von denen die Regierung nicht wollte, dass die Menschen sie erfahren. Deshalb haben sie es eingestellt.

Aus diesem Grund haben wir es mit Systemen zu tun, die zu wenig Ereignisse melden, wie z. B. VAERS und das VSD-System, über das fast ebenso wenig berichtet wird.

Aus dem Lazarus-Bericht über das AHRQ-Projekt:

Seite 56

Ursprünglich hatten wir geplant, das System zu bewerten, indem wir die Ergebnisse von unerwünschten Ereignissen mit denen des Vaccine Safety Datalink-Projekts vergleichen - einer Zusammenarbeit zwischen dem CDC Immunization Safety Office und acht großen Managed-Care-Organisationen. Im Rahmen einer randomisierten Studie würden wir auch die Hypothese testen, dass die Kombination aus sicherer, computergestützter, vom Arzt genehmigter Erkennung von unerwünschten Ereignissen und automatisierter elektronischer Meldung die Anzahl, Vollständigkeit, Validität und Aktualität der vom Arzt genehmigten Fallmeldungen an VAERS im Vergleich zum bestehenden Spontanmeldesystem erheblich steigern wird; aufgrund von Umstrukturierungen bei der CDC und den daraus resultierenden Verzögerungen bei der Entscheidungsfindung war es jedoch nicht möglich, die Diskussionen über die Bewertung der ESP:VAERS-Leistung in einer randomisierten Studie voranzutreiben und die ESP:VAERS-Leistung mit den vorhandenen VAERS- und Vaccine Safety Datalink-Daten zu vergleichen. Daher wurden die Komponenten dieses speziellen Ziels nicht erreicht.

Das System ist unter ESPHealth öffentlich zugänglich.

Hier gibt es einen schönen Artikel über die Leistung des ESP-VAERS-Systems: "Advanced Clinical Decision Support for Vaccine Adverse Event Detection and Reporting". **Darin wurde eine durchschnittliche Steigerung der Melderate um das 30-fache festgestellt (30 pro 100.000 gegenüber 1 pro 100.000), und der 95 %-KI ergab, dass VAERS tatsächlich eine 9,52- bis 95,5-fache Untererfassung aufweist. Kurz gesagt, ESP-VAERS "bestätigte", dass eine URF von 30 sehr vernünftig ist.**

Allein die Tatsache, dass VSD und VAERS anstelle von ESP-VAERS verwendet werden, ist also im Grunde ein "Beweis" dafür, dass beide Systeme eine erhebliche Untererfassung aufweisen.

Wir bringen unsere Kinder um, daran gibt es keinen Zweifel

15 Jahre alte gesunde Kinder sterben nicht im Schlaf... zwei Tage nach der Impfung

Seite 57

Der VAERS URF von der CDC: Sie sagen es uns nicht!

Auf die Frage nach dem URF für dieses Jahr schickte die CDC (von 'COVID19VaxSafety') eine Kopie des **URF von 2015** und sagte, sie hoffe, dass dies hilfreich sei.

Am selben Tag, dem 8. Oktober 2021, habe ich dies als Antwort geschickt:

Nein, das ist überhaupt nicht hilfreich. Das ist von 2015. Ich möchte die URF für dieses Jahr wissen.

Die CDC hat ihn zum Beispiel für frühere Jahre berechnet, siehe: Die Meldeempfindlichkeit

of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome | Request PDF

Seite 58

Wir möchten die Zahl(en) für dieses Jahr wissen und die Berechnung(en) sehen. Das ist sehr, sehr wichtig. Sicherlich müssen Sie das wissen.

Wenn Sie sie für dieses Jahr nicht kennen, dann erklären Sie uns bitte, wie Sie sie für frühere Jahre wissen konnten und für dieses Jahr nicht.

Können Sie mir auch die PDF-Datei des vollständigen Papiers schicken, da ich sie angefordert und nicht erhalten habe.

Außerdem sollte ich Sie auf Folgendes aufmerksam machen:

Sowohl die CDC als auch die FDA sind der Beantwortung der Frage ausgewichen, als sie danach gefragt wurden. Hier ist der Beweis bei der CDC (siehe Seite 1, die die Antwort der CDC auf den ursprünglichen Brief auf den Seiten 2 und 3 enthält).

Wie in dem Schreiben erwähnt, **bedeutet dies, dass VAERS Anaphylaxien um das 50- bis 123-fache zu niedrig meldet. Die CDC hat sich entschieden, nicht auf das Schreiben zu antworten.**

Bis zum 12. Oktober gab es weder von der FDA noch von der CDC eine Antwort auf die URF und wie sie in diesem Jahr berechnet wurde.

Das ist eine lange Zeit für eine einfache Frage, die Anfang März hätte berechnet werden müssen, als das Mass General Paper herauskam.

Ein ehemaliger Reporter der NY Times (der jetzt für eine andere große Zeitung arbeitet) wurde in ähnlicher Weise ignoriert, als er die Frage an die FDA stellte, es geht also nicht nur mir so.

Das bedeutet, dass es keiner dieser Behörden (und den einzelnen Mitgliedern ihrer externen Ausschüsse) wirklich egal ist, wie viele Menschen durch die Impfstoffe verletzt wurden oder gestorben sind. Es ist ihnen einfach scheißegal.

Seite 59

Dies alles in die richtige Perspektive rücken

COVID-Impfvorschriften sind notwendig, weil die Geschützten vor den Ungeschützten geschützt werden müssen, indem die Ungeschützten gezwungen werden, den Schutz zu verwenden, der die Geschützten nicht geschützt hat.

\$1M-Wette (inzwischen 2 Millionen-Dollar-Wette!)

Wenn Sie glauben, dass ich mich in Bezug auf die Todesfälle irre und Sie den Aussagen der CDC und der FDA Glauben schenken, dass nur wenige Menschen durch den Impfstoff gestorben sind, bin ich bereit, mein Geld in die Hand zu nehmen. Hier sind die Bedingungen für die 1-Million-Dollar-Wette. **Ich habe festgestellt, dass niemand von seiner Position so überzeugt ist, dass er darauf wetten möchte. Mit anderen Worten, kein einziger Mensch auf der Welt wird Geld wetten, um die erklärte Position der FDA und der CDC zu verteidigen. Warum also hören wir auf ihre Ratschläge, als würden wir glauben, dass sie wissen, wovon sie reden?**

Seite 60

\$1M Bug Bounty

Ich biete ein akademisches Stipendium in Höhe von 1 Mio. \$ für jeden, der nachweisen kann, dass die Analyse um den Faktor 4 oder mehr fehlerhaft ist, und eine genauere Analyse der korrekten Zahl vorlegt. Siehe die Bedingungen hier. Für dieses Angebot ist kein Geld im Voraus erforderlich.

Erbetene Rückmeldungen

Ich habe versucht, Feedback zu meiner Arbeit zu bekommen, **aber niemand in der medizinischen akademischen Welt konnte seine kognitive Dissonanz überwinden, um zu lesen, was ich geschrieben habe.**

Eine besondere Erwähnung gilt Professor Jeffrey Morris, der nur Teile meiner Arbeit liest, um sie zu kritisieren, aber er bietet nie ein konstruktives Feedback an, wie z. B.: "Die bessere Studie, die man verwenden sollte, ist..." oder "Eine glaubwürdigere Datenquelle ist..." oder eine "bessere Methode, die praktikabel ist, ist diese...". **Er hat sich noch nie einen Ball geschnappt, den ich ihm zugeworfen habe, und ist damit losgelaufen, um ihn zu verfeinern und zu beweisen, dass Impfstoffe sicher sind.** Er scheint sich nur die Bälle zu schnappen, die er versuchen kann zu bestreiten. **Er nennt sich selbst einen Wahrheitssucher, aber das ist nicht die Art, wie Wahrheitssucher arbeiten. Er hat auch alle meine Angebote abgelehnt, mit ihm in einem aufgezeichneten Zoomgespräch zu diskutieren. Wovor hat er solche Angst? Das ist die Frage, die er nie wirklich beantwortet** (er sagt nur: "So geht das nicht"; er glaubt, dass wir Jahre damit verbringen sollten, uns gegenseitig immer längere Dokumente zu schicken). **Bemerkenswert ist, dass Professor Morris kein einziges neues Sicherheitssignal in VAERS entdeckt hat. Bemerkenswerterweise hat er bei all den Studien zu Ivermectin, Fluvoxamin und HCQ das medizinische Establishment überhaupt nicht dafür getadelt, dass es das Medikament nicht verwendet, sondern stattdessen "mehr Studien" gefordert. Was für ein Typ.**

Und jetzt das:

Seite 61

Zusammenfassung

Unter Verwendung der VAERS-Datenbank und unabhängiger Raten von Anaphylaxie-Ereignissen aus einer Mass General-Studie **haben wir einen 41-fachen Unterberichterstattungsfaktor** (**aktualisiert auf 44,64/Stand 14.12.2021; der Faktor wird aufgrund der massiv ansteigenden Opferzahl weiter steigen!**) für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse in VAERS berechnet, was zu einer Schätzung von über 150.000 durch den Impfstoff verursachten Todesfällen führt.

Die Schätzungen wurden auf verschiedene, unabhängige Weise validiert.

Es ist interessant, dass General Motors die Bolt-Batterie zurückgerufen hat, nachdem drei Menschen verletzt worden waren, aber die US-Regierung ruft kein biologisches Produkt zurück, das bis heute über 150.000 Amerikaner getötet hat.

Es gibt keinen Beweis dafür, dass diese Impfstoffe mehr Leben retten als sie kosten. Unsere detaillierte Analyse zeigt, dass sie doppelt so viele Menschen töten wie durch COVID gerettet werden, und unsere Zahlen sind statistisch signifikant. Die eigene Studie von Pfizer hat gezeigt, dass die mit dem Impfstoff verbundenen unerwünschten Ereignisse größer waren als die durch den Impfstoff geretteten Leben, so dass sich ein negativer Nettonutzen ergab. Das Ergebnis war statistisch nicht signifikant, aber es ist beunruhigend, dass es keinen nachgewiesenen Nutzen für die Gesamtmortalität gibt.

Ohne einen statistisch signifikanten Gesamtnutzen für die Sterblichkeit und ohne den Nachweis, dass dieser freiwillige medizinische Eingriff bisher wahrscheinlich mehr als 150.000 Amerikaner getötet hat, sollte der Impfstoff ebenso wie die genetisch veränderten Batterien zurückgerufen werden. Es ist unethisch, diese Impfstoffe an andere Länder zu liefern.

Seite 62

Ein Impfzwang ist nicht zu rechtfertigen und sollte von allen Mitgliedern der medizinischen Gemeinschaft abgelehnt werden.

Frühzeitige Behandlungen mit einem Cocktail aus wiederverwendeten Medikamenten mit nachgewiesenem Sicherheitsprofil sind eine sicherere und wirksamere Alternative, die im Falle einer Infektion stets die Gesamtmortalität verbessert.

Zusätzliche Ressourcen

Eine vollständige Liste meiner Beiträge zur Impfstoffsicherheit finden Sie unter Impfstoffressourcen.

Insbesondere sollten Sie unbedingt die Kosten-Nutzen-Analyse nach Alter lesen, die zeigt, dass die Impfstoffe für alle Altersgruppen unsinnig sind.

Seite 63

Latest VAERS estimate: 388,000 Americans killed by the COVID vaccines

An independent derivation of the VAERS URF using the CMS death data leads to a URF of 44.64 which then leads to a 388K excess death estimate.



[Steve Kirsch](#)

Dec 15

My [estimate of the VAERS under-reporting factor \(URF\) at 41](#) was based on anaphylaxis rates reported in the [Blumenthal paper published in JAMA](#).

I have argued that the anaphylaxis rate is an appropriate number to use to (under) estimate deaths because I believed that deaths would be less reported than anaphylaxis to VAERS for two reasons: 1) usually lacks the time proximity to vaccination, 2) the person seeing the death may not know the vaccination status of the victim and may not technically be required to report the death.

Some people have quibbled with that assumption, including my friend Professor John Ioannidis, who argued that there is no evidence that that is true and it could be the other way around. It's a fair point and I told John it's only an estimate and I'm happy to modify it when we have more data.

That day has arrived courtesy of Wayne at VAERS Analysis.



[Wayne did a URF computation using death data in CMS](#). This overcomes any objections about the validity of using anaphylaxis rates as a proxy for death rates.

The VAERS URF he computed was 44.64.

This seems reasonable to me. It's [really not far from the 41 I calculated](#).

Also, [Wayne subsequently looked at the numbers for 9 states](#). The average value was 40, not far from the 41 I calculated from anaphylaxis.

I had two team members (Albert Benavides and Jessica Rose) double check his numbers. No mistake.

Now, let's see what that means.

As of Dec 14, 2021, there are 9,136 deaths reported into VAERS for domestic deaths (if you are using OpenVAERS, flip the switch at the top to see the US only deaths). If we subtract out more than twice the total number of deaths reported in any previous year (to be super conservative about estimating background deaths):

So our new best estimate of the number of “excess deaths” caused by the vaccine is 388,000. Because there isn't a plausible mechanism of excess death other than the vaccine (certainly our “always vigilant” CDC has never suggested an alternate cause), the process of elimination leads us to conclude the obvious: that these excess deaths were, in fact, caused by the vaccine.

This should really be a surprise to anyone paying attention to the clinical trials.

For example, in the Pfizer trial, you were much more likely to die if you got the vaccine than if you got the placebo. They simply [forgot to mention that in the abstract of the paper](#) (and [they were incapable of accurately counting the number of deaths in each group as well](#)). In short, the vaccine is a killing machine.

As the clinical trial showed, it was more likely to kill you than to save you. America still refuses to actually acknowledge that fact.

388,000 dead Americans is simply stunning

Today, our best estimate of vaccine fatalities using the VAERS data is that the US Government is responsible for killing 388,000 formerly healthy Americans. For no reason or societal benefit. Under the guise of saving them.

And we're not done yet. Those kids with myocarditis? Half of them could die in 5 years. We just don't know. [Prion diseases](#)... we don't know. Autoimmune diseases... we don't know. Reproductive issues... unknown. Original antigenic sin? Possibly. You get the idea.

By contrast, the Vietnam War was a long, deadly struggle that took place from 1954 to 1975 between North Vietnam and South Vietnam. The U.S. National Archives shows that 58,220 U.S. soldiers perished over the 21 years. Here, we've killed more than 6 times as many people in a fraction of the time... just 11 months.

No one in mainstream media will dare talk about this. They won't even ask the question. Not a single reporter.

Nobody in Congress will discuss it either. I tried to bring this information to the attention of Congressional staff, but they have ignored my requests.

Of course the FDA and CDC have no comment other than they “disagree” with me. They won't say why. Wow. We have a discrepancy of 388,000 Americans dead and they won't even say why I got it wrong.

I'm guessing that they can't say why because I used their numbers (they maintain VAERS and CMS) and [their methodology](#) and there were no math errors. So they have to go with the “hand waving” argument that “we disagree” since they can't go with facts, evidence, data, or methodology errors.

As for all the bogus arguments about VAERS and causality that are used by the “so-called fact-checkers” to attack my work, I [thoroughly dismantle those in my 63-page article](#). That is why none of the people at the FDA or CDC are willing to talk on the record to me: because I know how to dismantle their bogus excuses for looking the other way. They won't talk to [any of my associates](#) either. They just don't want to hear it.

Let me know in the comments if you find an error.

Finally, I know some of you are still unconvinced by all the data including [the stunning athlete data](#). I'm OK with that. I just have one request. Please consider sharing this article with your social network *before* you get your booster. OK?

Subscribe to Steve Kirsch's newsletter

By Steve Kirsch · Thousands of subscribers

I write about COVID vaccine safety and efficacy, corruption, censorship, mandates, masking, and early treatments. America is being misled by formerly trusted authorities.

Estimating the number of COVID vaccine deaths in America

By Steve Kirsch, Jessica Rose, Mathew Crawford

Last update: November 1, 2021

Abstract: Analysis of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) database can be used to estimate the number of excess deaths caused by the COVID vaccines. A simple analysis shows that it is likely that over 150,000 Americans have been killed by the current COVID vaccines as of Aug 28, 2021.

At this point, two separate stopping conditions have been satisfied:

1. The vaccines kill more people than they save
2. The vaccines have killed over 150,000 Americans so far.

This is an engineering estimate

This is an engineering analysis, not a strict scientific analysis.

What I mean by this is that our objective is to use all the available data and our own expert judgement in interpreting that data in a reasonable way in an attempt to get an accurate estimate.

For example, one analysis we reference said that up to 86% of VAERS deaths could be caused by the vaccine and 14% could not be. However, we know more about the causes of death after vaccination than someone who doesn't understand the mechanisms of action of the vaccine and common side effects reported by victims. So we took the high end of the estimate as being closer to the truth.

Similarly, critics delight in saying that the English translation of the Schirmacher article says he estimated that between 30% to 40% of the bodies he examined died from the vaccine. However, we know from personal contacts that the 30% to 40% is a floor.

Similarly, using anaphylaxis as a proxy for the URF was chosen because in our judgement, anaphylaxis should always be reported at a higher rate than deaths. It's the best-case adverse event. So calculating a URF from anaphylaxis yields a value that should always underestimate the number of actual events when applied to any event (such as death). **Nobody who has disputed this choice has produced any data at all that supports their hypothesis that our assumption wasn't correct; they just use hand-waving arguments.**

So all this extra knowledge is included in interpreting the data.

Because we validated our death estimates against the analysis of different datasets done by different people, we have high confidence our estimates are reasonable.

It is easy to criticize every single method and to tell us “you can’t do that” or “you have to use DB-RCT data” or other objections.

More constructive would be for our critics to come up with their estimate and provide the 7 independent ways they validated that their estimates were valid. And then show that all 8 of our methods are flawed. Then we can simply compare which analysis better fits the observed data.

Nobody seems to want to do that for some odd reason. We can’t fathom why...

Our research is supported by the peer reviewed literature

Our estimate is supported by multiple papers in the peer-reviewed scientific literature including:

[Why are we vaccinating children against COVID-19?](#) by Ron Kostoff

“Compared with the 28,000 deaths the CDC stated were due to COVID-19 and not associated morbidities for the 65+ age range, the **inoculation-based deaths are an order-of-magnitude greater than the COVID-19 deaths!**”

The [Walach paper](#) found the same thing: that the vaccines harm more people than they save. It has now been re-published in [Science, Public Health Policy and the Law](#) which is a peer-reviewed medical journal. The Walach paper appears in [this issue](#) along with a scathing editorial by the journal editor talking about how the paper authors were mistreated by the scientific community.

[Critical Appraisal of VAERS Pharmacovigilance: Is the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System \(VAERS\) a Functioning Pharmacovigilance System?](#) By Jessica Rose. “Using this URF for all VAERS-classified SAEs, estimates to date are as follows: **205,809 dead**, 818,462 hospitalizations, 1,830,891 ER visits, 230,113 life-threatening events, 212,691 disabled and 7,998 birth defects to date [39].”

Note that in this paper, the 205,809 deaths were not categorized into background deaths and excess deaths. We do that calculation in this paper. The point of this paper is she determined a URF of 31 using a very conservative method which determines a lower bound on the URF. Even with a URF of 31, the death toll is horrendous, and as we show in [Risk benefit by age of the COVID vaccines](#), virtually all these deaths are “excess”

deaths.

And other independent studies such as:

[Vaccine death report](#)

The VAERS database is the only pharmacovigilance database used by FDA and CDC that is accessible to the public. It is the only database to which the public can voluntarily report injuries or deaths following vaccinations. Medical professionals and pharmaceutical manufacturers are mandated to report serious injuries or deaths to VAERS following vaccinations when they are made aware of them. It is a “passive” system with uncertain reporting rates. VAERS is called the “early warning system” because it is intended to reveal early signals of problems, which can then be evaluated carefully by using an “active” surveillance system.

Those who believe the [FDA mantra that you cannot use VAERS to determine causality](#), should start by reading this editorial: [If Vaccine Adverse Events Tracking Systems Do Not Support Causal Inference, then “Pharmacovigilance” Does Not Exist.](#)

There are effectively two separate determinations:

1. What is the number of “excess deaths” which is the total # of deaths from this vac - # of deaths normally expected from the typical vaccine. Causality plays no role whatsoever in determining this number.
2. Ascribing a cause to the excess deaths. Were these excess deaths caused by the vaccine or by something else?

The detailed steps are:

1. Determine the under-reporting factor (URF) by using a known significant adverse event rate
2. Determine the number of US deaths reported into VAERS
3. Determine the propensity to report (PTR) significant adverse events this year
4. Estimate the number of excess deaths using these numbers
5. Validate the result using independent methods

Determining the VAERS under-reporting factor (URF)

One method to discover the VAERS under-reporting analysis can be done using a specific serious adverse event that should always be reported, data from the CDC, and a study published in JAMA.

Anaphylaxis after COVID-19 vaccination is rare and occurs in approximately 2 to 5 people per million vaccinated in the United States based on events reported to VAERS [according to the CDC report](#) on Selected Adverse Events Reported after COVID-19 Vaccination.

Anaphylaxis is a well known side effect and doctors are required to report it (see [FDA Fact Sheet](#) at the top of page 10) because it is considered a “severe adverse reaction.” It occurs right after the shot. You can’t miss it. It should always be reported.

[A study at Mass General Brigham \(MGH\) that assessed anaphylaxis in a clinical setting after the administration of COVID-19 vaccines](#) published in JAMA on March 8, 2021, found “severe reactions consistent with anaphylaxis occurred at a rate of 2.47 per 10,000 vaccinations.” This rate is based on reactions occurring within 2 hours of vaccination, the mean time was 17 minutes after vaccination. This study used “active” surveillance and tried not to miss any cases.

When asked about this, both the **CDC and FDA sidestepped answering the question.** [Here’s the proof at the CDC](#) (see page 1 which incorporates the CDC response to the original letter on pages 2 and 3).

[As noted in the letter](#), this implies that VAERS is under-reporting anaphylaxis by 50X to 123X. **The CDC chose not to respond to the letter.**

Is the anaphylaxis under reporting rate a good proxy for reporting fatalities? Since anaphylaxis is such an obvious association, one could argue that the rate would be a lower bound. Others would argue that deaths are more important and would be more reported than anaphylaxis.

We don’t know, but it doesn’t matter because this is just an estimate to get to a ballpark figure. Since there are 5 other estimates, if we are wrong, we’ll know pretty quickly. Lacking a more definitive method, we go with this as our “best guess” in the meantime. We are working on a clever way to determine the fatality URF directly which will be a good “double check” on our estimate.

In general, most of us think It is therefore entirely reasonable to assert that deaths are reported even less frequently than anaphylaxis since deaths are not as temporally proximal to the injection event.

The MGH study used practically identical criteria as CDC used in its study to define a case of anaphylaxis.

We ran the numbers ourselves and confirmed this. Therefore, a conservative estimate (giving the government the greatest benefit of the doubt) would use 50X as the under-reporting rate.

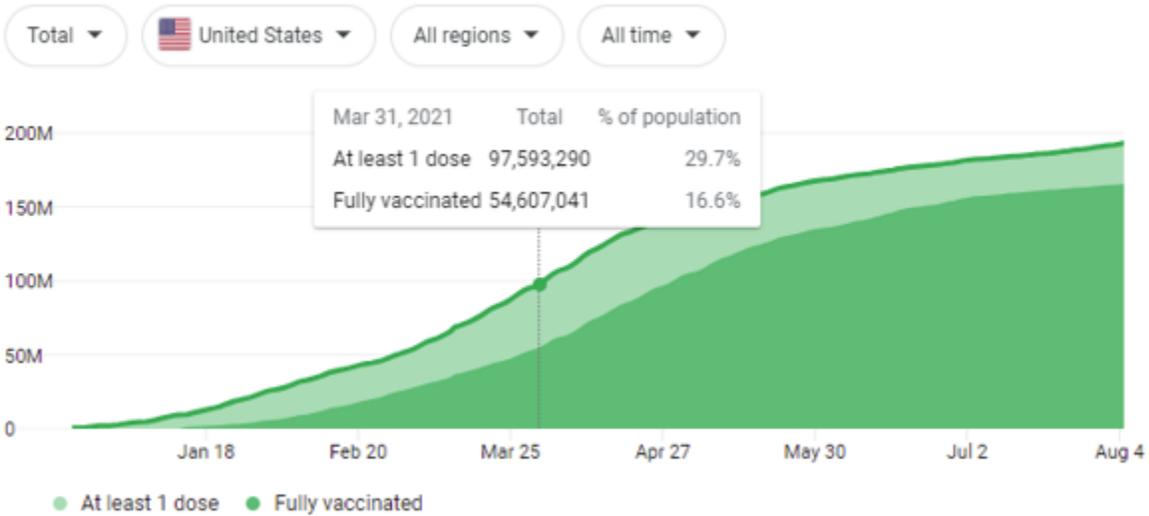
However, after the MGH study was published, one doctor pointed out that doctors were more careful to avoid anaphylaxis; **there was more careful screening of people likely to have anaphylaxis**, and they were advised to see their allergist and take more precautions prior to vaccination. This sort of thing would overstate the numbers above.

So we ran the numbers BEFORE the JAMA study appeared and got a more conservative estimate (and AFTER the FDA had issued an anaphylaxis warning in their [January 2021 fact sheet](#)).

Here's the data from Google (which uses World In Data):

Vaccinations

From [Our World in Data](#) · Last updated: 2 days ago



This data shows how many people have received at least 1 dose of a vaccine. People who are fully vaccinated may have received more than 1 dose. · [About this data](#)



Search Results

From the 7/30/2021 release of VAERS data:

Found 583 cases where Location is U.S. States or Unknown and Onset Interval is 0 and Vaccine is COVID19 and Vaccine Dose is '1' and Symptom is Anaphylactic reaction or Anaphylactic shock and Vaccination Date on/before '2021-03-31'

Table

↓	↑ ↓	
Event Outcome	Count	Percent
Death	2	0.34%
Permanent Disability	3	0.51%
Office Visit	111	19.04%
Emergency Doctor/Room	388	66.55%
Hospitalized	71	12.18%
Recovered	308	52.83%
Life Threatening	112	19.21%
Not Serious	51	8.75%
TOTAL	† 1,046	† 179.42%
† Because some cases have multiple vaccinations and symptoms, a single case can account for multiple entries in this table. This is the reason why the Total Count is greater than 583 (the number of cases found), and the Total Percentage is greater than 100.		

We've vaccinated 97.5M people from the start thru March 2021 and there were 583 reports in VAERS who had an anaphylaxis reaction on their first dose. This is a VAERS rate of 5.97 per million doses which is nearly half the rate found by the [CDC using VAERS \(11.1 cases per million\)](#) posted on January 6, 2021. This makes sense because after that CDC report, doctors were made aware of the problem. A [paper published in JAMA on August 31, 2021](#), confirmed the lower number, and reported "an updated reported anaphylaxis rate of 4.7 cases per 1 million doses" into the VAERS system which is lower than our number.

Using the MGH numbers with our own VAERS queries, we have 247 cases per million doses from the MGH study divided by 5.97 cases per million doses from VAERS. $247/5.97 = 41$.

This suggests that the VAERS under-reporting factor (URF) is 41X.

There was also [a Japanese study of Japanese healthcare](#) workers that found an anaphylaxis rate of “204.2 cases per million doses administered” which is 17% lower than the MGH number. So we could also use that number and take the more recent CDC number for the event rate in VAERS (4.7 anaphylaxis reports per million doses) and we’d get $204.2/4.7 = 43X$.

Note: Even though 41% of the cases analyzed were deemed to have satisfied Brighton criteria 1,2,3, this may simply be due to lack of sufficient data that was recorded in the record. What is more important is what the institutions themselves believed were anaphylaxis cases since that is what is important to the VAERS URF; all of those cases should have been reported to VAERS.

So the URF=43 is based on 1) the official CDC count of VAERS anaphylaxis reports published in JAMA and 2) measured anaphylaxis rates in Japan which were even lower than the US numbers. So that’s a very conservative approach: I’m using the latest CDC number and the more conservative anaphylaxis numbers.

We’ll go with the lower 41X number for the rest of this analysis to be even more conservative (since we wouldn’t want any fact checker to criticize us for “inflating” the numbers).

Other estimates such as [How Underreported Are Post-Vaccination Serious Injuries and Deaths in VAERS?](#) suggests UFR=30 factor based on VAERS. However, this used a serious adverse event rate from the Pfizer Phase 3 study which we believe under-reported these events for three reasons: 1) the patients were much healthier than average with a 10X lower rate of cardiac arrest than the general public (for example), 2) it was hard to report adverse events if you were in the trial (the evidence of this was unfortunately deleted when Facebook removed the vaccine side effect groups), and 3) there was known malfeasance in the reporting of adverse events in the 12-15 year old trial where the paralysis of 12-year-old Maddie de Garay was never included in the trial results and the FDA and CDC refused to investigate and the mainstream media would not report on it.

Another way to estimate the URF is to use myocarditis, but we don’t have a good reference for a fully reported number that we trust. The CDC trusts VSD, but that is a huge mistake since it is as underreported as VAERS (sometimes more, sometimes less).

The point of this paper is not to find the exact number of deaths, but merely to find the most credible estimate for deaths. We think that anaphylaxis is an excellent proxy for a serious adverse event that, like a death, should always be reported so we think 41X is the most accurate number.

Our hypothesis is that this number will be applicable to deaths as well. In order to confirm our hypothesis, we must derive the death count in different ways and see if we come up with the same answer.

When used for less serious events, such as a headache, it's likely that 41X is going to be low since such events are less likely to be reported.

In summary, others estimated the URF of:

Reference	URF
Aaron Siri using anaphylaxis	50
Rose using serious adverse events	30
Vaersanalysis using CMS data	44.6

So our hypothesis is that 41X is a safe, conservative factor useful for all types of events.

Determining the number of US deaths

As of August 27th, 2021, a search of the VAERS database shows that there are 7,149 domestic deaths in the VAERS database (US/Territories/Unknown).

Estimate the Propensity To Report (PTR) for 2021

The PTR is a number that allows us to compare reporting rates between years. It is expressed as a number relative to the average URF:

$$\text{PTR} = (\text{Average URF}) / (\text{current URF})$$

The higher the PTR, the more likely people are to file reports.

You could measure PTR from year to year and derive the URF from that.

Or you can calculate the URF each year and derive the PTR from that.

Ideally, you do both as a double check.

Of course, the CDC and FDA apparently do neither [as clearly pointed out in my video](#).

For example, the CDC determined the URF is 10 in previous years, and based on their behavior, they think the URF is 1 this year, so the PTR would be 10 and so they think they can write off the increased events being reported as just background over reporting.

How do we know what the PTR is? We know the URF for the COVID vaccines is 41 and the URF for previous years was around 10 from CDC papers (which we know are always “right”), for example, [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome | Request PDF](#) which was written by 5 CDC authors. Here is the full paper written by five CDC authors: [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome](#).

So $10/41 = 0.25$.

So if we have 1 event reported this year it is comparable to 4 events reported last year. If we have 25 times higher reporting frequency last year, then in reality it is 100X higher than last year!

So we are using CDC data to show that things are even more under-reported this year.

This is exactly the OPPOSITE of what the FDA had claimed. Their claim is that VAERS is vastly over-reported which explains the huge number of events for 2021. But they never provide any evidence of this, just a hand waving argument (just like [Jeffrey Morris does](#)). What we’ve found from all the reports we’ve received (no cherry picking) is the less frequent filing of reports to VAERS by physicians based on the fact that many believe that these products are safe.

We find that “neutral events” such as otitis media aren’t affected much by the vaccine are actually elevated in the COVID search, rather than reduced. Why is that?

The answer is that these vaccines are not safe for use in humans. Thus, more people are coming in to see their doctors. When they do, they bring their ear aches with them. So if this vaccine is, for example, 5 times more dangerous than previous vaccines with regards to the total number of people seeing their doctors, we’d expect a reporting rate of unrelated background events to be similarly elevated since there are more severe events being reported. So there is correlation here, not causality, for ear infections..

The bottom line is an event that has 10 reports in 2019 could be 50 in 2021 and that would just be considered a “flat” event.

For otitis media, there are 52 reports in VAERS for the COVID vaccines excluding foreign (as of 10/13/21), and 67 over a 5-year period. This means we are getting $52/67*5=3.9$ times as many reports this year as in a typical year.

Therefore, a symptom elevation of 3.9X from a previous year shouldn't necessarily trigger any alarms since there are simply many more people reporting (about $593K/35K=16.9$ times as many people reporting which is taken from the # of reporters this year divided by the average number of reporters in previous years).

This means that the PTR derived from actual data is $3.9/16.9=.23$ which is interesting since it matches the derivation from the CDC URF vs. our URF for this year.

So once again, no matter which derivation you prefer to use, we are under-reporting this year, which means these huge spikes are not just "over-reporting" of background events. They are actual spikes in events (i.e., excess events) and they are even more extreme than anyone ever thought (since at worst people thought that the PTR was the same as previous years which it clearly is not).

But death is special since it never piggybacks on other symptoms. It's the final symptom, the "buck stops here" symptom. So an elevated death count this year is not simply due to the patient coming in for some other reason like a sore arm.

So for death, any increase over the previous year is considered "excess" since there is no evidence of a higher propensity to report this year based on the actual data (our 3.9X should have been 16.9X), physician surveys, or logical arguments based on observed behaviors.



Search Results

From the 10/1/2021 release of VAERS data:

Found 52 cases where Location is U.S., Territories, or Unknown and Vaccine is COVID19 and Symptom is Otitis media

Table

 Age	  Count	Percent
17-44 Years	20	38.46%
44-65 Years	22	42.31%
65-75 Years	7	13.46%
75+ Years	3	5.77%
TOTAL	52	100%



Search Results

From the 10/1/2021 release of VAERS data:

Found 67 cases where Location is U.S., Territories, or Unknown and Symptom is Otitis media and Vaccination Date from '2015-01-01' to '2019-12-31'

Table

↓	↑ ↓	
Age	Count	Percent
< 3 Years	51	76.12%
3-6 Years	3	4.48%
17-44 Years	5	7.46%
44-65 Years	2	2.99%
65-75 Years	3	4.48%
75+ Years	1	1.49%
Unknown	2	2.99%
TOTAL	67	100%

However, I don't believe that the PTR is .25 because I think the CDC's URF for previous years is a garbage number because it was derived from VSD which is as under-reported as VAERS.

A safer assumption is that the PTR=1, i.e., people are as likely to report this year as they did in previous years. I think it is somewhat less than 1, so using 1 is a safe bet. This is primarily for two reasons:

1. because there are so many events this year that doctors with a lot of events are simply going to give up.
2. Doctors have been brainwashed into believing the vaccines are safe, so they won't waste time reporting an event that "obviously" couldn't be caused by the vaccine; that wastes the doctor's time, wastes the government's time, and increases vaccine hesitancy which is bad for the country. So the patriotic thing to do is not report since they falsely believe that the vaccine is our only hope to save America.
3. The healthcare systems frown upon making VAERS reports [as all saw firsthand in the Project Veritas under-cover story #1](#).

Healthcare providers have been required by [law to report serious adverse events in VAERS](#) with passage of the [National Childhood Vaccine Injury Act \(NCVIA\)](#) in 1986.

Therefore, nothing has changed this year vs. previous years:

1. no new legal requirements,
2. no noticeable promotion or incentives to report into VAERS.

Some people claim that more than 10 times as many doctors are reporting because of the scale of the COVID vaccination program. This claim requires corroboration..

To make things simple, there are basically two hypotheses:

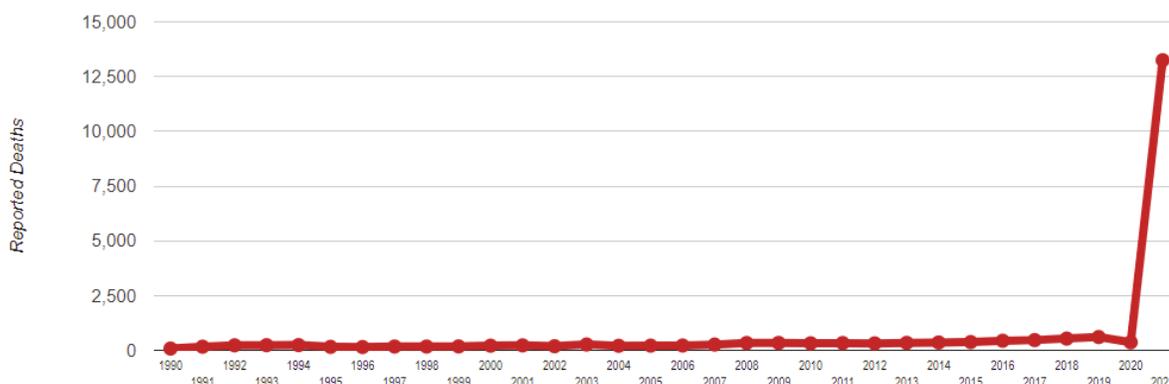
1. VAERS is over-reported this year for COVID19 events so all the deaths are simply background deaths. The vaccine has caused zero deaths. This is the FDA/CDC claim.
2. VAERS is reported this year at the same rate as previous years. All the excess deaths relative to previous years are due to the vaccine. This is our hypothesis.

Now, let's look at the evidence/arguments. We leave it up to the reader to decide for themselves which hypothesis better reflects the data.

Even when there are strong promotions to report adverse events as there was [with H1N1 in 2009 where there were serious campaigns to raise the visibility of reporting](#), this didn't impact the background fatality event reporting: **it didn't go up at all in 2009 and 2010** as can be seen from the graph below.

In short, it is extremely difficult to materially change the PTR serious adverse events into the VAERS system; it is remarkably consistent from year to year. This makes sense: old habits die hard... behaviors are hard to change. And there was nothing "new" this year to incentivize a massive change in behavior.

All Deaths Reported to VAERS by Year



Method #1: Look at the weekly data below. The massive increase in reporting pretty much happened almost instantaneously as soon as the vaccines started rolling out. And it was proportional to the rollout. That is not how behavioral change works... behavioral change would happen very slowly over time; especially if you are trying to get doctors to change their long term behaviors. The reporting basically followed the roll out of the vaccine. Doctors were more likely to report to VAERS this year because there were simply more events to report. We have verified that by talking directly to the doctors as the reason they are reporting more for these vaccines.

Results

1.1 General information

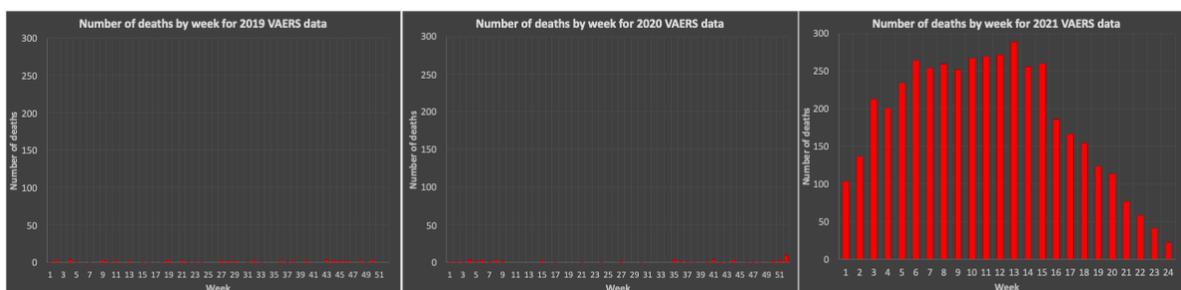


Figure 1: Bar plots showing the number of VAERS reported deaths per week for 2019, 2020 and 2021. Analysis: Dr. Jessica Rose

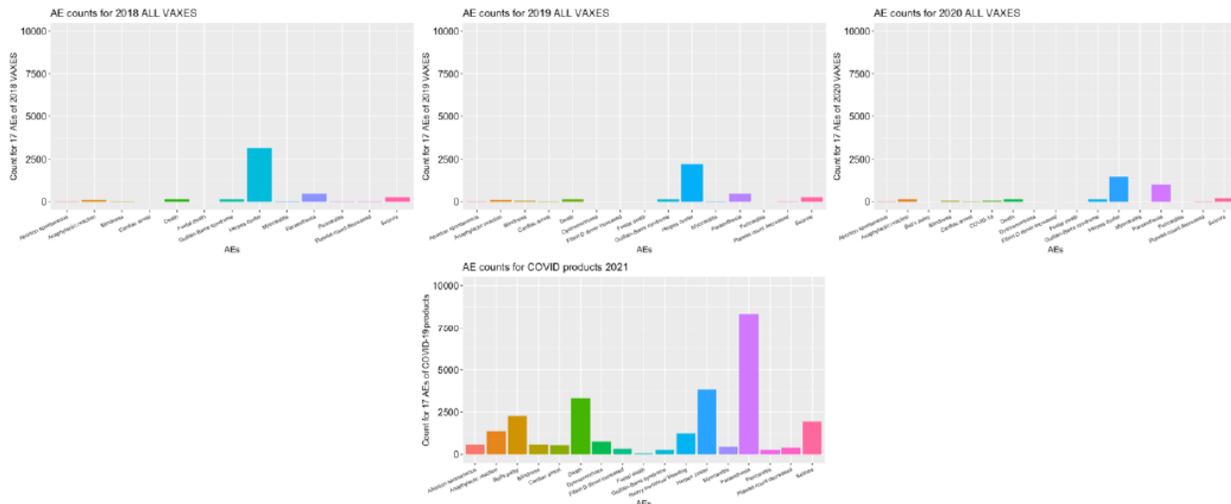
Method #2: To double check our hypothesis that the PTR is unchanged this year, we ran VAERS queries using symptoms unrelated to those impacted by the vaccines. We ruled out any known co-morbidities like diabetes and obesity since these would likely be elevated since there are more adverse events.

We found that the reporting rates for these unrelated events (listed in the table below) are no different this year than in previous years and for some of these events, the reporting rate is

dramatically lower. Note that the number in the 2015-2019 column is the total for the 5 years, not an average annual amount. The Rate Increase is an X factor (i.e., A/B*5)

Symptom	2021	2015-2019	Rate increase
Metal poisoning	2	47	0.22
Otitis media	48	255	0.94
Hepatitis	331	1457	1.13
Wart	1	7	0.71
Cancer	31	132	1.17
Breech delivery	0	3	0

Method #3: Another way to show that 2021 isn't simply over-reporting normal background adverse events is to look at the "adverse event (AE) footprint" of the vaccine. You do that by listing adverse events on the X-axis and AE counts on the Y-axis. If there is over-reporting this year, the overall outline of the boxes will be exactly the same as previous years, and they will just be higher due to the higher PTR the same types of events. As you can see, that is not the case here. This vaccine is definitely causing a completely different "shape" of severe adverse events. Here we show 2018, 2019, 2020, and 2021.



For a more detailed set of vaccine fingerprints (COVID vs. other vaccines), see [these charts](#) from Jessica Rose.

Method #4: Another way to confirm there wasn't over-reporting is through informal physician surveys. In our informal physician surveys we saw a bias to under-report serious adverse events in order to make the vaccines look as safe as possible to the American public since most physicians believe they are hurting society if they do anything to create vaccine hesitancy. Secondly, we'd estimate that at least 95% of physicians have completely bought into the "safe and effective" narrative and thus any event that they observe they deem as simply anecdotal and don't bother to report it since it couldn't have been caused by such a safe vaccine that appeared to do so well in the Phase 3 trials. The physicians who are clued into the danger of the vaccines say there is more reporting this year because there are more events. Our neurologist for example had 2,000 events to report this year, but had 0 in all 11 years she's been in practice.

Method #5: A fifth way is to simply look at the reporting curve relative to vaccination date. As you can see from the chart below, the curve is flat for a safe vaccine and peaks at Day 1 for this vaccine with a very strong peak in the first few days:

Method #6: The [Scott Mclachlan paper](#) determined that 86% of the deaths could have been caused by the vaccine

Method #7: The [CDC VAERS review of the 12-17 year old data](#) shows these kids didn't die from normal causes. More below.

Method #8: The [German pathologist who determined that at least 30 to 40% of the deaths after vaccination were due to the vaccine](#).

None of these is definitive proof but the evidence is mounting and corroborative. These points are consistent with the hypothesis that there are a significant number of excess deaths and thus the PTR hasn't changed much, if at all. The FDA must provide clear evidence that the deaths associated with the COVID-19 products are not caused by them.

Determining the number of excess deaths caused by the COVID vaccines

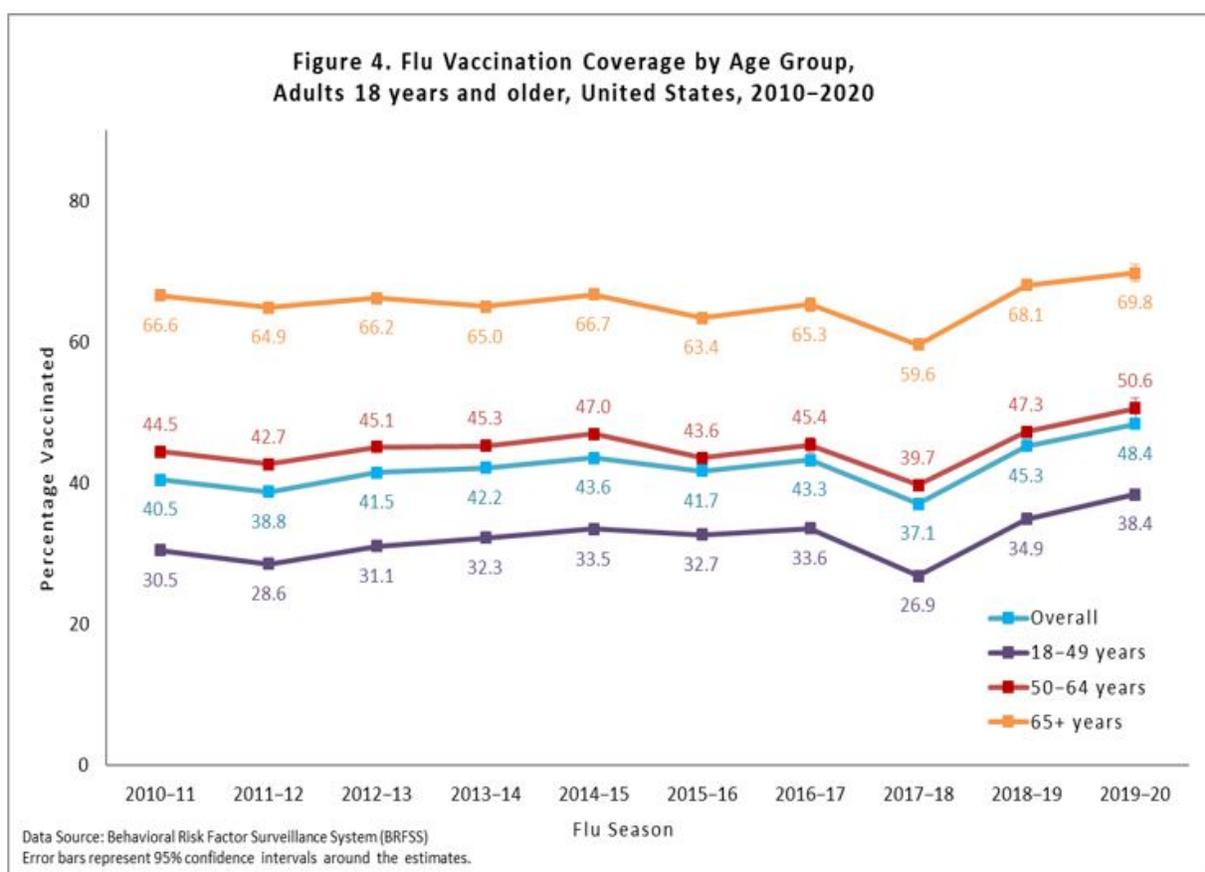
There are three ways to estimate the number of excess deaths caused by the vaccine. Using these methods we can estimate the low and high likely bounds for the number of excess deaths caused by the vaccine:

1. Subtract the average number of background deaths in previous years
2. Use 86% based on the analysis in the [Mclachlan study](#)
3. Use 40% based on the [estimate of Dr. Peter Schirmacher](#)
4. Use 99% based on [this risk-benefit analysis](#)

Here are the results that we obtain from these four methods:

Method	
Subtract average background deaths	$(7149-1000)*41 = 252,109$
Mclachlan case analysis	$.86 * 41 * 7149 = 252,073$
Pathologist estimate	$.60 * 41 * 7149 = 175,865$
Risk-benefit analysis	$.99 * 41 * 7149 = 290,177$

In the first method, we used 500 background deaths as normal for a year since the PTR is the same this year as in previous years as shown earlier. However, we should assume that the age cohort is older this year than previous years. For example, [here are the vaccination rates shown in a CDC report](#) for influenza:



So a conservative estimate is to take the <500 deaths per year and increase it by 50% to more than account for a shift to higher ages so subtract 750 background deaths.

In the second method, [Mclachlan](#) examined 250 VAERS reports in detail and concluded that up to 86% of the deaths were consistent with the vaccine being causal for the death. We use the higher number, because using a lower number makes no sense since it leads to a background

death rate that would be excessive compared to previous years (.14*7149 = 1,000 which is already higher than the 500/yr background death rate).

The third method uses estimates made by [Dr. Peter Schirmacher, one of the world's top pathologists](#), for the % of deaths examined by autopsy within 2 weeks of the vaccine that were clearly caused by the vaccine. The range was from [30% to 40%](#) and we used the high end of the range since we believed that in making a potentially career-ending revelation such as this that Dr. Schirmacher was being extremely conservative and only estimating what he was 100% certain of proving. 40% is likely very conservative since Norway was under no such reputational pressure and in the the first 13 bodies they assessed, 100% of the deaths were found to be caused by the vaccine (see [Norwegian Medicines Agency links 13 deaths to vaccine side effects](#)). Therefore using a 60% number seems relatively conservative (less than the 65% average of 30 and 100).

Therefore we have a range of death estimates from **148,000 to 216,000** deaths which averages to 182,000 deaths.

Sanity check using seven other methods

In order to validate that our estimates are reasonable (or simply that the evidence was more likely consistent with the hypothesis that the vaccine does more harm than good), we looked at seven different quantitative methods from very small to very large and summarized their estimates in the table below.

The most credible analysis in the table are the two done by Crawford.

We didn't rely on ANY of these analyses. All can have flaws. But now we have 8 different methods that are disjoint and they all come to the same conclusion.

It is hard to explain that the CDC's analysis that there have been no excess deaths caused by the vaccine is consistent with any of these methods.

Method	Estimate of US excess vaccine deaths
Excess CFR analysis done in Europe determines 200-500 D/M doses	72,000 - 180,000
Excess death analysis done in 23 nations (comprising 25% of world population) which includes 2 Europe nations in the CFR analysis which determined a 411 D/M doses.	147,960 (411 D/M)
Together, the two analyses cover 35% of the global population	

Small island study done by Marc Girardot	171,000
By mid-January, Norway had vaccinated around 40,000 people. They had 23 reported deaths , so 1 in 1700 (maybe more because it's hard to know when such statements are formulated relative to a program that was vaccinating several thousand per day). That scales to 575/M, and assuming a 2:1 ratio for 1st:2nd dose puts the U.S. in the ballpark of 150k deaths.	150,000
Professional pollster analysis #1 (311 people) Few people attribute death to the vaccine (including doctors); it just looks like “bad luck.” So “death caused by the vaccines” is likely to be under-reported in the surveys. Even with that, the estimated death count is staggering.	174,000
Professional pollster analysis #2 Larger poll (1,000 people surveyed)	146,863
Asking my doctor friends who are “clued in” that the vaccines can cause death. Charles Hoffe found 1 death in 1,000. Ira Bernstein had two deaths in 700. George Fareed had 3 deaths in 3,000 patients. A lot of docs simply don’t know the answer since they don’t track it unfortunately, so it is hard to get good data points. I wish I had more data on this, but this was not cherry picked and this is the weakest item on this list, but what we found was consistent.	~ 200,000
Pilot data Pilot deaths are rare. British Airways lost 4 pilots in ~1 month after the jabs rolled out. The vaccination status of each pilot was officially “unknown.” They each died from a different cause, but each cause was verified elevated by the vaccine. It is statistically unlikely this happened by chance (1 in 525,000). We’ll assume one death was just	~ 200,000

bad luck. That leaves 3 deaths out of an estimated 3,000 jabbed pilots (75%) which is 1 in 1,000	
Scotland data See below.	192,000 (480 D/M)

Here's the scoop regarding the Scotland number which was too large to fit in the table.

As far as I know there is only ONE government in the world that has OFFICIALLY released the death figures following vaccination. Public Health Scotland. They did it only once, in one report and never updated the figures.

<https://publichealthscotland.scot/publications/covid-19-statistical-report/covid-19-statistical-report-23-june-2021/>

Page 29 gives the death figures totalling 5522. They do try to claim that they are the number of deaths they would have expected without the vaccines but as they are happy to use a blanket unfiltered 28 days when exaggerating the deaths from Covid I believe it is reasonable to apply the same standard to vaccine deaths.

Page 30 shows the number of vaccinations as 2.3million.

2.3m fully vaccinated / 5522 deaths means 1 death within 28 days for every 416.5 people fully vaccinated. Obviously the earlier vaccinations were of the elderly so this figure may contain deaths from other causes, we can never know whether the vaccinations have accelerated deaths among those already weak.

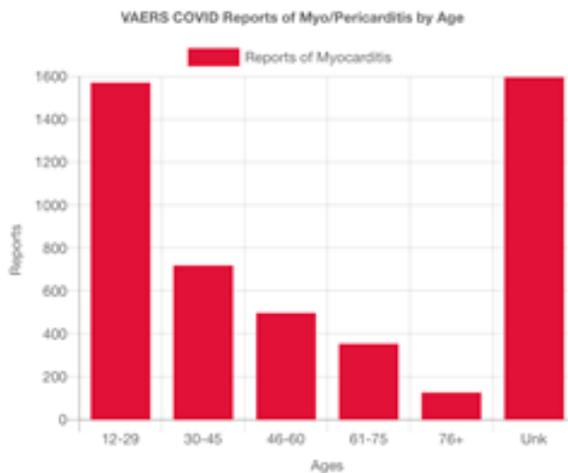
Note: 5,522 is roughly 0.1% of the entire Scottish population.

Now, let's conservatively assume that only 40% of those deaths were due to the vaccine (based on Schirmacher). $2.3M / (.4 * 5522)$ is 1 death per 1041 fully vaccinated or essentially 1 death per 2082 doses or $1/2082 * 1000000 = 480$ deaths per million doses. So for 400M doses, it would be 192,000 people killed.

There are additional qualitative methods that show a large number of deaths. The point of these methods is to show that the FDA assumption that "the vaccines are safe and all of the reports in VAERS are background events" is not even close to being true.

Example 5: The pericarditis data below shows that the number of events for these vaccines are anything but safe: they generate myocarditis/pericarditis at **860 times the rate of the typical flu vaccine in a year.**

Myo/Pericarditis



Myo/Pericarditis Cases post COVID 19 Vaccine VS. All Flu Vaccines

AGE RANGE	FLU CASES IN 20 YRS.	COVID19 CASES IN 7 MOS.
6-18	16	694
19-29	61	877
30-39	28	481

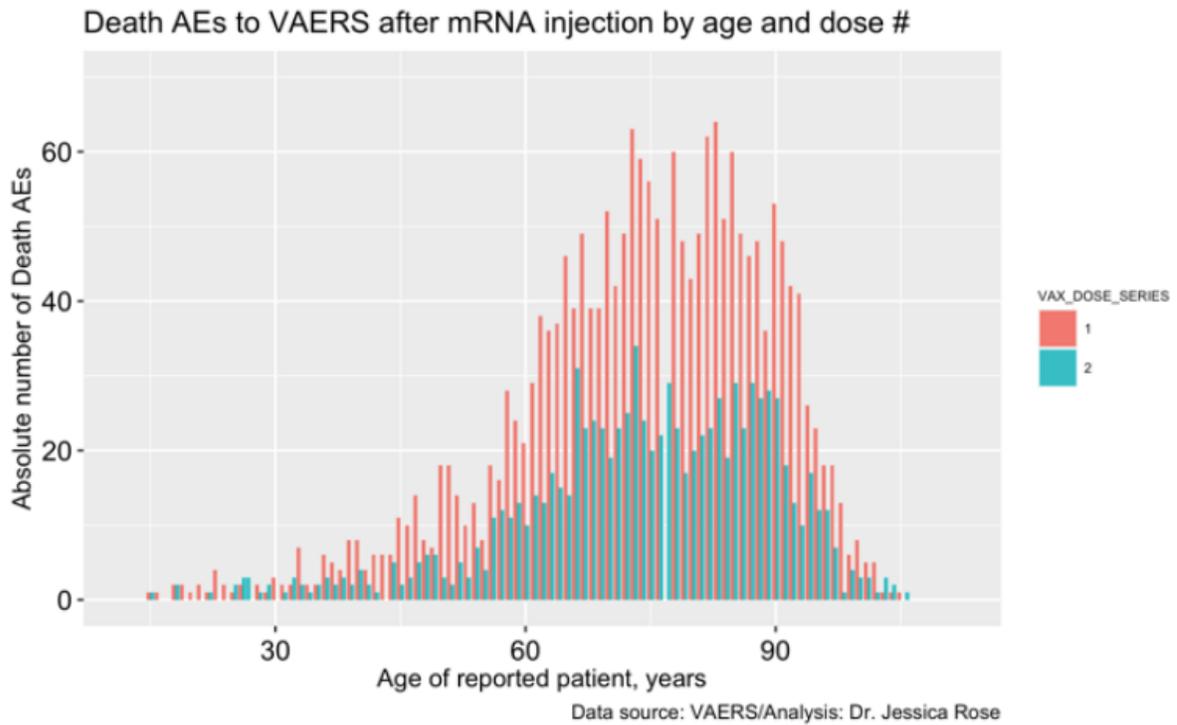
A friend of ours got pericarditis right after getting the influenza vaccine when she was 30 years old. It took her two years to recover. The heart muscle never really regenerates like other organs unfortunately.

Example #6: A total of 23 deaths have been reported in connection with the corona vaccination to the Norwegian Medicines Agency. Of those, 13 deaths were linked to the vaccine's side effects. The other 10 haven't been evaluated yet. Thus, 100% of the reported deaths have been deemed to be caused by the vaccine. If the vaccine is perfectly safe and has killed no one, then this is statistically impossible. Someone is lying. The fact that there are no autopsies being done in the US in public view suggests that it is more likely that the CDC is lying than the Norwegian Medicines Agency.

Example #7: An [analysis of excess deaths in Israel, especially among young people, that was done by Dr. Steven Ohana](#), clearly shows a huge rise in excess deaths that have no explanation other than the rollout of a mass vaccination program.

Example #8: A published analysis of VAERS data by Dr. Jessica Rose (Rose, J. 2021. A report on US Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) of the COVID-19 messenger ribonucleic acid (mRNA) biologicals. Science, Public Health Policy & the Law. 2:59-80/[VAERS UPDATE for CCCA \(Canadian COVID Care Alliance\)](#)) and a more recent [analysis of VAERS data done by Christine Cotton](#) show massive numbers of cardiovascular and neurological adverse events occurring within temporal proximity to the injection date.

Example #9: Causality of these adverse events is confirmed using [Dose 1 and Dose 2 studies](#) done by Dr. Jessica Rose.



Example #10: If the vaccine is perfectly safe, the number of deaths would be equally likely after the first dose vs. the second dose since both are effectively “non-events.” Because there are 15% fewer people who get the second dose than the first dose, we should expect the blue bars to be uniformly 15% lower than the red bars. This is not the case here. If the vaccine kills 50% of the 1% most vulnerable people each time it is administered, this can explain the dramatic drop off in events.

Another explanation is that the vulnerable population experienced severe adverse events following Dose 1 and thus chose not to get a second Dose despite the societal pressure (vaccine mandates, peer pressure, etc) to do so. It is likely a combination of both effects. Here is an example of this from a comment posted to TrialSiteNews on [A New Low For the FDA](#):

KatieZ2

August 23, 2021

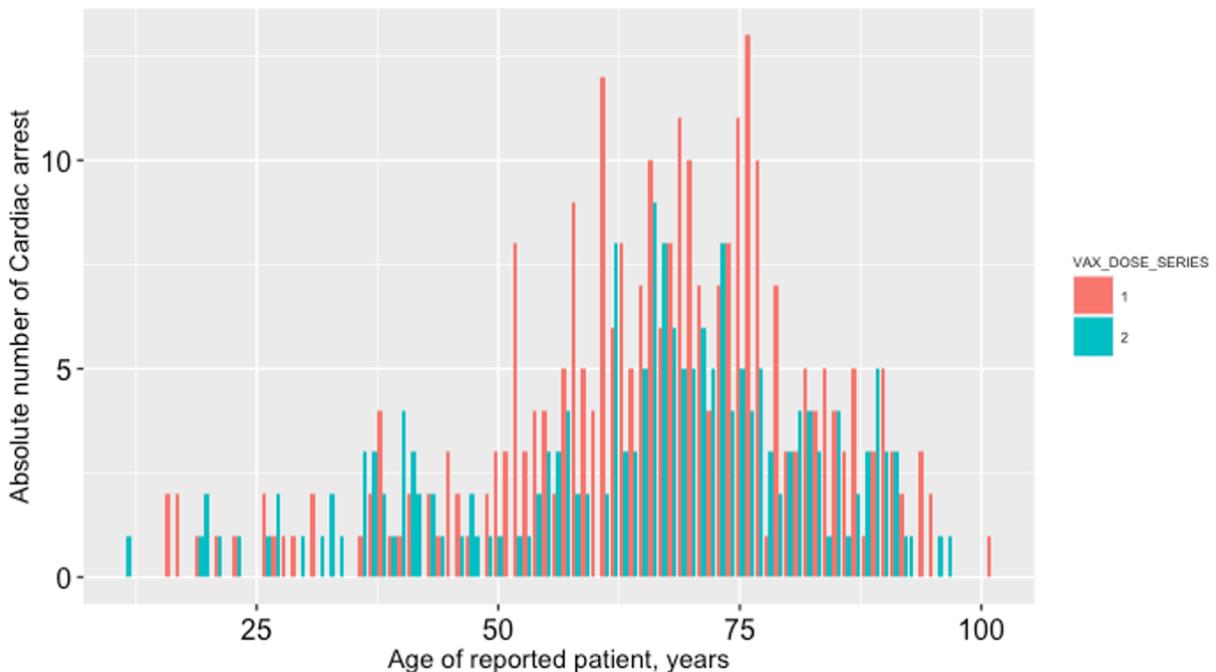
As someone who suffered one of these adverse effects, all I can say is shame on the FDA. I am on the Liberal side of the fence, and would not typically see myself on something like TrialSiteNews, but I am being shunned by my own camp any time I say anything about my story or the safety of these vaccines. I was very excited to get my vaccine but had so many symptoms post dose #1, including heart involvement, that I was unable to get dose #2. More than one VAERS report in – doctor completed a VAERS. Absolutely no follow-through by anyone. It's also correct that no one gets back to you – Senators or Congressmen. It has taken months to get better. The Ivy drug that shall not be named has helped me. There are docs using the Ivy med trying to help both long haul covid and post vax patients. Except for a few brave docs, all the injured are just being ignored. I can't believe it. I just can't fathom it.

Reply Edit

Whatever the cause, evidence to support the arisal and reporting of multiple severe adverse events that are dose-related is a very strong safety signal that requires investigation.

Example #11: The same commentary as before applies for cardiac arrest; a safe vaccine should have blue bars on average 15% below the red bars.

Cardiac arrest in VAERS after mRNA injection by age and dose #



Data source: VAERS/Analysis: Dr. Jessica Rose

Example 12: Absolute numbers of VAERS reports plotted according to “time to death” is very revealing. We don’t know what the exact distribution of timing looks like because this was never measured. But we speculate that maximum accumulation of spike protein is achieved around 24 hours or so after injection and then it plateaus after that point as the mRNA disintegrates. Therefore, we would expect to see a death peak more than 24 hours after injection, i.e., on Day 1 and not on Day 0. This is exactly what happens in practice:

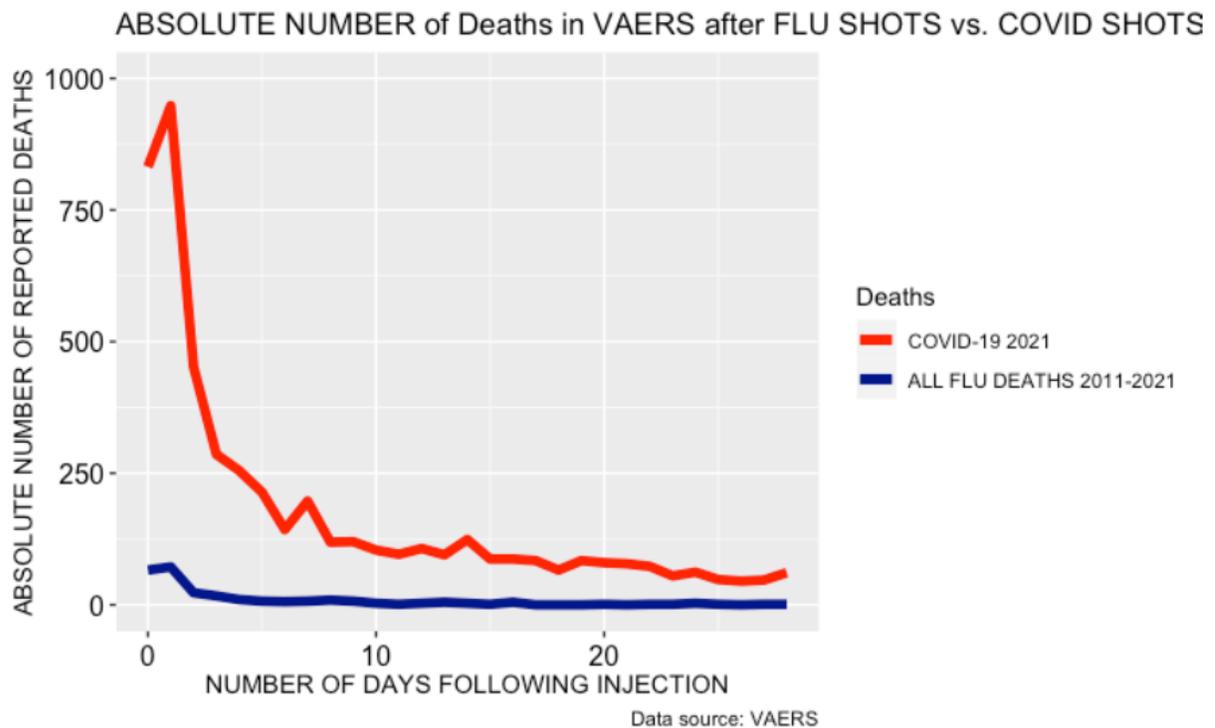


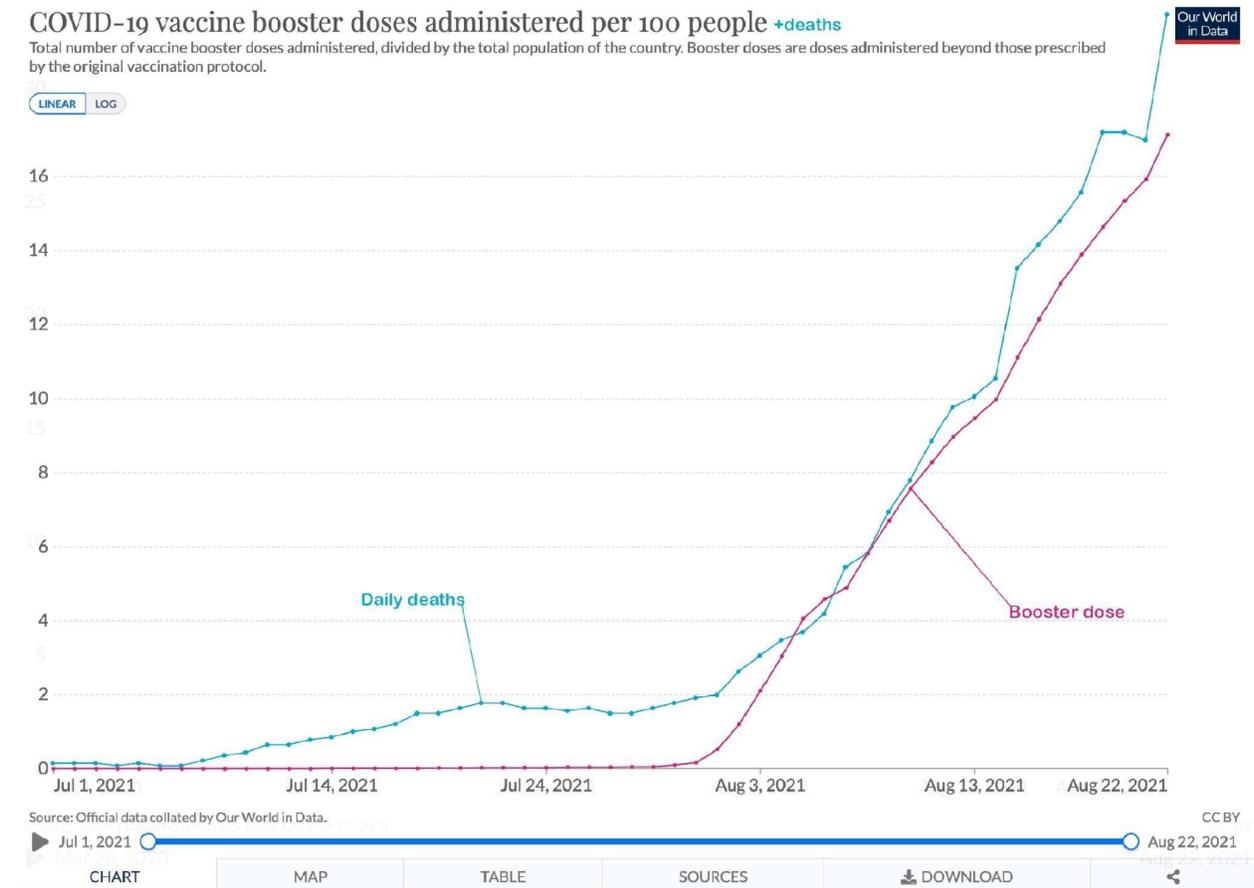
Figure 5: Absolute number of reported deaths for all COVID-19 deaths and all FLU deaths reported to VAERS with respect to time elapsed between injection date and AE onset.

If these were simply random background deaths, we would expect to see a peak on the first day since that has the highest PTR, and it would drop from there; it would never peak on Day 1. In the graph above, we plot 8 months of the COVID19 vaccine reports compared to all death reports from all influenza vaccines for the past 10 years combined. The blue line at 0 is 20 years of death reports, it is **not** an annual average. In short, the killing power of this vaccine is at least 200X greater than the influenza vaccine and probably a lot more than that since background deaths are included in both red and blue bars.

Furthermore, the shape of the two curves is completely different. The combined flu deaths are relatively flat with a slight rise in the first few days. The COVID vaccine generally kills people very quickly, and then gradually over time from there.

Example 13: A visual way to show that excess deaths are likely caused by the vaccine is to plot vaccinations and deaths on the same axis using [data from the COVID-19 data explorer](#). For

Israel we get this chart which shows a correlation between vaccine booster doses given (cumulative booster doses per 100 people) and average daily deaths per million: they track almost in lock step. This is hard to explain any other way.



Example 14: I did an analysis of random countries that had little to no incidence of covid cases for more than a year after the initial known outbreak in late 2019. In every case, the death rate skyrocketed within a few weeks of the vaccine rollout. Charts here:

<https://twitter.com/milehijules/status/1425591290155225104?s=20>

So if it wasn't the vaccine that caused these deaths after vax rollout, what did?

In summary, the qualitative and quantitative confirmation techniques we used were all independent of each other and of our main method, yet all were consistent with the hypothesis that the vaccines cause large numbers of serious adverse events and excess deaths and are inconsistent with the null hypothesis that the vaccines have no effect on mortality and have a safety profile comparable to that of other vaccines.

We were not able to find a single piece of evidence that supported the FDA and CDC position that all the excess deaths were simply over-reporting of natural cause deaths.

Serious adverse events elevated by the COVID vaccines

To isolate events caused by the vaccine, we can compare reporting rates between years (corrected using the PTR) and then look for elevated signals.

But the problem with that is that the reported events could be:

1. Directly caused by the vax (e.g., death, myocarditis, etc)
2. Indirectly caused by the vax (e.g., fracture could be caused by having a stroke while driven)
3. A co-morbidity like diabetes (association not causation)
4. Unrelated (such as metal poisoning).

In general, the higher the ratio of event rates between adjacent years, the more likely we are to have causality.

The tables below were made using uncorrected event rates (no PTR correction), so the absolute numbers are currently wrong, but the relative numbers are unchanged. Anything with a value of 16 or more would be considered very troubling.

We made a table comparing the rate of adverse events this year relative to the annual VAERS incidence rate reported for all vaccines over the period from 2015-2019 for ages 20 to 60. We limited the age range to show that these events are affecting young people and not just the elderly. Also, the signal to noise ratio is much stronger in this younger age group since they are less likely to suffer “background” adverse events. A value of 473 means the rate reported in VAERS for the COVID19 vaccines in 2021 was 473 times higher than what is typical for all vaccines combined in the typical average year.

Nearly all serious adverse events we examined were strongly elevated compared to the expected normal baseline event rate. This table is useful when assessing whether the vaccine may have been involved in causing death in particular cases. The symptoms listed here are consistent with the presumed mechanism of action for how these vaccines systematically disrupt normal human physiological functioning (producing spike protein throughout the body that cause inflammation, scarring, and blood clots).

Surprisingly, [only some of these adverse events are listed in the labeling of the recently approved Pfizer vaccine](#). Thus, this table is important and timely.

Symptom	Incidence rate elevation over normal (X factor)
Pulmonary embolism	473
Stroke	326
Deep vein thrombosis	264.3
Thrombosis	250.5
Fibrin D dimer increased	220.8
Appendicitis	145.5
Tinnitus	97.3
Cardiac arrest	75
Death	58.1
Parkinson's disease	55
Slow speech	54.3
Aphasia (inability to talk)	52.3
Fatigue	50.9
Pericardial effusion	50.5
Headache	46.4
Chills	45.6
Pericarditis	44.9
Deafness	44.7
Myocarditis	43.2
Haemorrhage intracranial	42.5
Abortion Spontaneous	41.3
Cough	38.5
Bell's Palsy	36.6
Paraesthesia	29.5
Blindness	29.1

Dyspnea (difficulty breathing)	28.4
Myalgia	28.4
Dysstasia (difficulty standing)	27.8
Seizure	27
Thrombocytopenia	25
Anaphylactic Reaction	21
Suicide	18.3
Speech disorder	17.2
Convulsion	16.3
Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)	16.3
Paralysis	16
Swelling	14.3
Diarrhoea	11.9
Neuropathy	11.2
Multiple organ dysfunction syndrome	11.1
Depression	8.9

Child deaths are consistent with symptoms elevated by the COVID vaccines

Perhaps most troubling of all are child deaths.

The [CDC VAERS review of the 12-17 year old data](#) released on July 30, 2021 showed that there were [345 cases of myocarditis](#) and [14 deaths](#). The death rate associated with children is very different from the death rate associated with the elderly. We can all agree on this.

Using the table above and investigating each death, sufficient details described in the death reports showed that the deaths involved one or more of the symptoms listed in the elevated adverse event table.

14*41 = 574 deaths

There are fewer total child deaths for 17 and under (which is a much wider age range than above) in the entire pandemic.

PEDIATRIC MORTALITY

Pediatric Deaths of Ages 17 and Under, COVID-19 vs. Recent Flu Outbreaks

H1N1 April 12, 2009 - April 10, 2010 (1)	COVID-19 Jan. 1, 2020 - Aug. 14, 2021 (3)
1,282	361
2012-13 Flu Season (2)	2010-11 Flu Season
1,161	352
2014-15 Flu Season	2015-16 Flu Season
803	266
2017-18 Flu Season	2016-17 Flu Season
643	251
2018-19 Flu Season	2013-14 Flu Season
477	130
2019-20 Flu Season	(2011-12 estimate unavailable)
434	

(1) Clinical Infectious Diseases journal, Vol. 52, published January 2011

https://academic.oup.com/cid/article/52/suppl_1/S75/499147

(2) CDC, Past Seasons Estimated Influenza Disease Burden for 2010-11 through 2019-20

<https://www.cdc.gov/flu/about/burden/past-seasons.html>

(3) CDC Provisional COVID-19 Deaths by Sex and Age

<https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Deaths-by-Sex-and-Age/9bhg-hcku/data>

Therefore, the cost benefit case for children isn't there.

Lack of a stopping condition

In [1976, they halted the H1N1 vaccine after 500 GBS cases](#) and 32 people died.

However, there is no stopping mortality condition for these vaccines. We are likely at 150,000 deaths and counting and nobody in the mainstream medical establishment, mainstream media, or Congress is raising any concerns.

No member of the medical community, the policy makers, the FDA or the CDC is calling for any stopping condition nor autopsies. We find this troubling.

Negative efficacy

[This paper](#) shows that the vaccines we received may well shortly become **completely useless to protect us** and, to make matters worse, might **enhance the ability of future variants to infect us** due to vaccine enhanced infectivity/replication, rather than “classical” ADE.

In short, even if the vaccine were perfectly safe and killed no one, it’s rapidly becoming a net negative based on efficacy alone.

We are starting to see evidence of this today. [UK data destroys the entire premise for vaccine push](#). August 21. 2021. “Again, 402 deaths out of 47,008 cases or 0.855% CFR in fully vaccinated, and; 253 deaths out of 151,054 cases or 0.17% CFR in unvaccinated. If you get Covid having been fully vaccinated, according to this UK data, **you are five (5) times more likely to die than if you were not vaccinated!**”

All-cause mortality is the single most important thing to focus on and it’s not there

Today, most people focus on the relative risk reduction of the vaccines against infection, and hospitalization death from COVID. They pay less attention to the absolute risk reduction from COVID. And they pay no attention at all to the absolute all-cause mortality benefit.

We should be focusing on these in the opposite order that how they are listed here, however.

All-cause mortality is key. If there is no improvement in all-cause mortality, nothing else matters.

In short, if a vaccine reduces the risk of dying from COVID by 2X, but it comes with a cost, e.g., increasing your risk of dying from a heart attack by 4X, both events are equally likely, then the risk/benefit ratio is skewed away from a beneficial outcome: you’re more likely to die if you took the vaccine.

Here are the results from the [Pfizer 6-month study](#):

Phase	Vaccine deaths	Placebo deaths
Pre-unblinding	15	14
Post-unblinding	5	0

Discussion of these results is quite a bit more complex than we have space to go into here, but these are the basic stats. For more information, see the 10-page discussion of the Pfizer 6 month trial at [Why so many Americans are refusing to get vaccinated](#).

All the all-cause mortality numbers are negative from the 6 month Pfizer study. This is not a surprise: it is caused by the high rates of adverse events we've already discussed.

There is no evidence of statistically-significant mortality improvement.

If there was the CDC, FDA, and NIH would certainly let us know. But just the opposite happened: when the Pfizer 6 month study came out, the mainstream media and mainstream medical scientists were silent on the lack of all-cause mortality evidence. It didn't even make it into the abstract. The fact that 4 times as many people were killed by cardiac arrest wasn't even mentioned.

When you combine (1) the negative efficacy of the vaccine with (2) the negative all-cause mortality benefit, it's impossible to justify vaccination. Either alone is sufficient to kill the benefit; both of them together makes things even more difficult for recommending vaccination.

The bottom line is clear: If you got the vaccine you were simply more likely to die. The younger you are, the greater the disparity.

Early treatment using repurposed drugs has always been the safer and easier way to treat COVID infections

Early treatment protocols such as those used by Fareed and Tyson have been shown to provide more than a 99% relative risk reduction, work for all variants, and the drugs don't maim or harm the recipients. It is baffling that we are ignoring these treatments and waiting for more evidence when we have a vaccine which appears to kill more people than it saves, soon will be

completely useless against future variants, and is likely going to make things worse for the recipient by enhancing replication and/or infectivity.

There are also a variety of prophylaxis techniques that are simple, safe, and highly effective including. The precautionary principle suggests that if there is evidence from a credible source of the benefits of these treatments (which there are), that doctors should discuss these treatments with patients in a shared decision-making process.

Because early treatments using repurposed drugs don't create a measurable risk of death, the all-cause mortality for early treatments is always positive.

Many people assume that vaccination is the only path forward. It isn't. Allowing people to be infected and develop recovered immunity leads to immunity which is broader against variants and lasts longer. See "Recovered immunity is broader and longer lasting" in [this document](#).

It is instructive to compare Israel with India.

Israel is one of the most vaccinated countries on Earth with [80 percent of citizens above the age of 12 fully inoculated](#). As of Aug 24, 2021, Israel reported 9,831 new diagnosed cases on Tuesday, a hairbreadth away from the worst daily figure ever recorded in the country—10,000—at the peak of the third wave.

At the same time, India recorded 354 deaths in a day, Israel was reporting 26 deaths and [record high cases](#). Here's how they stack up:

Country	Population (M)	Vaccination rate	Covid deaths per million
India	1395	9.5%	0.25
Israel	8.7	80%	2.9

Obviously, India has 11.6X lower deaths per capita than Israel.

The conclusion is clear, vaccination is not the only solution nor the best solution.

What is the Bradford-Hill test for causality?

Our symptoms meet all nine of the Bradford-Hill criteria for evidence of causality. 5 are listed below.

You cannot infer causality from data unless you satisfy all these conditions (known as the [Bradford-Hill criteria](#)):

1. **Temporal relation:** the patient did not have the condition BEFORE the injection and the condition is new AFTER the injection. Note the condition could be an exacerbation of an existing condition, e.g., worsening of insulin resistance.
2. **Strength of association:** the rates should be higher than normal and the absolute numbers are large enough that it wasn't just random small numbers chance
3. **Consistency:** The results are consistent (e.g., it isn't just from one region or reports all from the same doctor or one batch of drug or happened in the first week and not any other week)
4. **Specificity:** The event shouldn't occur on its own or as a result of just the action of getting an injection or visiting the doctor, e.g., anxiety could be associated with the vaccination itself and would thus be not specific to the injection. So it should be a reaction that is specific to getting vaccinated such as a severe headache that starts within hours after the injection
5. **Biological plausibility:** The mechanism of action of the vaccine for how it harms patients should be able to explain the outcome. For example, mercury poisoning isn't caused by vaccines. However, a wide range of neurological and cardiovascular events are within scope as are organ failures including multiple organ failure. Dysfunction of the brain, heart, and lungs, especially are suspect.

Countering the “fact checker” arguments

Let's take a look at the so-called “fact check” on FactCheck.org disputing the VAERS data.

[Viral Posts Misuse VAERS Data to Make False Claims About COVID-19 Vaccines](#)

It was written by [Catalina Jaramillo](#) and uses [Susan S. Ellenberg, PhD](#) as a source. I reached out to Catalina via LinkedIn InMail and to Susan via email on Sep 22, 2021. Susan said we were wrong and we should try to publish our results in the medical literature. So we did that (Kostoff's article). Then she stopped responding to further emails.

Let's address the false claims in the fact check, claims which are common in such articles. Here are some examples of what the “fact checkers” will claim is true:

1. **Improperly cite:** Yet over and over [websites and social media posts improperly cite unverified raw data from VAERS](#)
2. **Data may be inaccurate, incomplete, fraudulent, etc:** All reports are accepted into the database without determining whether the event was caused by a particular vaccine, and therefore, as a [disclaimer warns](#), submissions “may include incomplete, inaccurate, coincidental and unverified information.” Another issue, Ellenberg said, is the accuracy and completeness of the data because anything that anybody reports

goes into the database. A person could file a report omitting important details, such as which vaccine they got. Or someone could even report a false event, or report an event without having received a vaccine in the first place — although filing a false VAERS report intentionally [is a violation of federal law](#) punishable by fine and imprisonment.

3. **You can't determine causality:** Except, as the VAERS [website warns](#), any report submitted to the database “is not documentation that a vaccine caused the event.” As [we've explained before](#), anyone can submit a report of an event to VAERS, even if it's not clear that a vaccine caused the problem. “One of the main limitations of VAERS data is that it cannot determine if the vaccine caused the reported adverse event,” reads its [website](#). “This limitation has caused confusion in the publicly available data from VAERS WONDER, specifically regarding the number of reported deaths. There have been instances where people have misinterpreted reports of deaths following vaccination as deaths caused by the vaccines; that is not accurate.” So when VAERS says it has received [2,509 reports of death](#) among people who received a COVID-19 vaccine as of March 29, that does not mean that those deaths were caused by the vaccine. “The biggest limitation is it usually cannot help us assess causation, it provides signals,” Orenstein said. “Just because somebody reports death doesn't mean that the vaccine caused the death. So we don't use VAERS to determine death rates or anything concerning death,” a CDC spokesperson [told us previously](#). “People die, unfortunately, without vaccination,” Orenstein told us. “The issue is to determine where the vaccine enhances that risk of death and not, and that's why we have this very careful system.” He [Orenstein] said **the fact that VAERS doesn't determine causation is difficult for people to understand**, despite all the disclaimers on its website and brochures.
4. **No control group:** One of the major problems, she said, is that there's no control group to study because unvaccinated people do not report adverse events to VAERS. Therefore, there's no way to determine if the number of reported events is different from the number that would have been observed without vaccination. “You're going to have deaths that had nothing to do with the vaccines,” Ellenberg told us.
5. **There are no deaths:** In fact, after reviewing medical records, autopsies and death certificates for all of those cases, physicians from both the

CDC and the FDA determined that there was “no evidence that vaccination contributed to patient deaths.”

6. **Follow up shows the vaccines aren't dangerous:** Because of the urgency of the ongoing pandemic, the FDA required at least two months of follow-up data on half or more of the participants in phase 3 clinical trials for a COVID-19 vaccine to get an emergency use authorization. As [we've explained](#), full licensure requires a minimum of six months, though experts say there's little reason to think more time would uncover safety concerns.
7. **It's worthless:** “There are people who have said VAERS, and those kinds of systems are worthless, we shouldn't even bother with them,” Ellenberg said. “I don't agree with that.”

OK, let's take down each of these false and misleading arguments one at a time. However, fact checkers never read this part. They skip over it because it's uncomfortable for them to read. In fact, I haven't talked to a single fact checker so far that has made any attempt to read this document at all.

1. **Improperly cite:** Addressing the other claims disputes this one. It is possible that some people make mistakes. Assigning causality can be tricky in some instances, to really address this claim we'd have to see the specific case. There's no doubt people make mistakes. This argument doesn't affect anything here AFAIK. All we are saying in our symptom elevation claims is these are the numbers. The cause of that elevation has to be determined on a case by case basis. For example, diabetes is elevated vs. previous years. But we don't think the vaccine causes diabetes. Does it make it worse? Maybe, we haven't investigated this. Is diabetes a comorbidity? I think yes. But again, our claims are # of deaths that we are making. Anything else about elevated symptoms at this point is a distraction and we've put all our energies into the # of excess deaths.
2. **Data may be inaccurate, incomplete, fraudulent, etc:** Yup. So what? All data is noisy. Everyone knows this. There are 2 records in the 1.5M records that are fraudulent. It doesn't change the result at all. This is a smokescreen argument that people are fond of making. The purveyor of these arguments never ever shows any evidence that such mistakes affect the analysis. This is a hand waving argument without any data to back up the claim that the inaccuracies, etc. are sufficiently high as to

invalidate the analyses. They aren't. You can clearly see the myocarditis signal in the data for example. That contradicts their argument.

3. **You can't determine causality:** This is a widely held belief. People think if the CDC says it, it must be true. They ignore the peer-reviewed literature and common sense (see [If Vaccine Adverse Events Tracking Systems Do Not Support Causal Inference, then "Pharmacovigilance" Does Not Exist](#)). Let's take a simple example to disprove this. Suppose VAERS has 10 death reports every year for all vaccines. In every case, people died from strokes. No heart attacks. This year the COVID vaccine has 10,000 death reports filed against it. In every single month, the number of deaths reported is proportional to the number of doses delivered. In every case the person dies exactly 3 days after the shot, all from a heart attack. Did the vaccine cause this? If you said yes, in this (contrived scenario), it did. And you'd be right. It can't be over-reporting because the cause of death is different. Which means the CDC has been lying about this all these years about you cannot determine causality and nobody caught it. Whoops! Now in the current case, the analysis is more sophisticated, but basically we remove background deaths and when we do that we find around 200,000 excess deaths. Then we scratch our heads and say, "Wow. That's a lot of deaths. Wonder what could've caused it? Well it would have to be something new, and given to lots of people. We've never seen deaths like this before. So new and given to a lot of people and also it seems like the deaths were temporarily matching up with the vaccine rollout too.. The more vaccines the higher the death rate... so I wonder what all these people died from"
4. **No control group:** The "control group" is basically the previous years' data to see what is "normal" in a year since approximately a similar number of people are vaccinated according to the CDC data.
5. **There are no deaths that have been linked to the vaccine:** That's complete horseshit. Nobody in the world believes that. If they did, they'd jump at [my \\$1M bet](#). But there are no takers to my bet. Nobody is that stupid to believe the CDC on that whopper. How does one of the world's top pathologists do autopsies on 40 patients and determine that at least 30% of deaths within 2 weeks after the vaccine were caused by the vaccine? (See [Chief pathologist insists on more autopsies of vaccinated people](#)). Norway found a similar outcome based only on medical records of just 100 patients (see [Dødsfall i sykehjem etter covid-19-vaksine](#)). Our

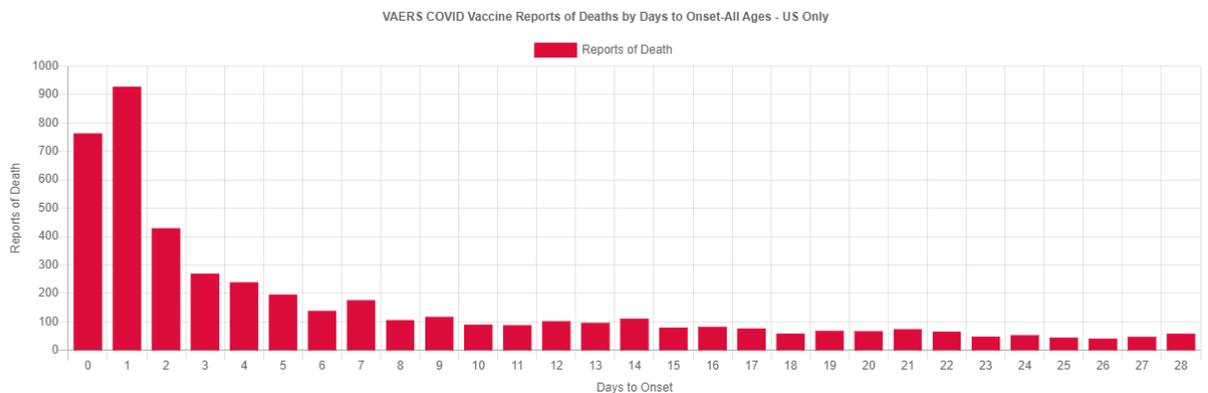
CDC found nothing after investigating [15,000 deaths](#). Are you kidding me?!? Basically the people at the CDC looking at this stuff are bozos. I'm sorry but there is simply no excuse for the ineptitude here. There is no public report issued on the analysis. Why not? I did a video on the death analysis of the [14 kids \(aged 12-17\) who died in the CDC/ACIP analysis](#). You can [watch it on my Rumble channel](#). Or you can [read the analysis here](#) (page 57). Those kids didn't die just randomly. That is not a normal pattern of just background death. No way. These kids died to send a message to the world: these vaccines are unsafe. The world ignored it. The ACIP committee ignored it. Everyone ignored it. The 14 kids represent 574 deaths which is more than the kids killed by COVID. This sucks. Our society is truly messed up for parents to allow their kids to be vaccinated and die. Go watch [this video as well from a mother in Trinidad](#) whose child was vaccinated in the morning and he died later that night of a massive brain hemorrhage (a leading cause of death in the kids the CDC investigated). It's not normal. Or talk to our doctors who relate stories like "the 24-year-old worker in perfect health died in his sleep less than 24 hours after getting the vaccine. 24-year-olds never die in their sleep." The VAERS database is screaming out 250,000 excess deaths, but nobody is listening.

6. **Follow up shows the vaccines aren't dangerous:** That's false. The most definitive data from the gamed clinical trials were that 20 people who took the drug died vs. 14 placebo. That doesn't show the vaccines aren't dangerous. It just shows a gamed trial. See my [Pfizer analysis for details](#) starting on page 33 and the "We don't think Pfizer is trustworthy" section on page 45. So the pathologist and the Norway doctors are not just making this shit up. People are dying in droves. See the nursing home slides in [All you need to know](#) (Hawaii, Canada, Germany). Explain that one for me. That looks dangerous to me. All the docs I talk to say the death rate is 1 in 1,000. Maybe I am just talking to the wrong people. But if you TRUST the clinical trials, then the clinical trials show NO death benefit from COVID. There was only 1 net COVID life saved in the trial of 44,000 participants. Do the math. We are turning the entire world upside down for a drug whose benefit is to save 10,000 lives after 200M are vaccinated. That's insane. But that's what the (statistically insignificant) trial said that everyone believes: 2 COVID deaths Placebo, 1 COVID death in treatment: 1 life saved in 22,000 people given the drug.

7. **VAERS is worthless:** I agree with Ellenberg: the VAERS is a useful tool. It was one of 8 ways we found that over 150,000 people have died.
8. **It's just over-reporting of background events compared to last year; there is nothing to see here:** This is the FDA hand waving argument: VAERS just over-reported this year....that's why you see so many reports. This is bullshit again. We calculated the PTR above. It came in at .25. This means that VAERS is under-reported by 4x this year. So the fact we have a huge spike is mind blowing because 4X under reporting means the spike 4x larger than anyone thought it was (and it was already large as you can see from the mortality hockey stick graph). There are many other ways to tell it wasn't over-reporting: physician surveys, hard to train good habits, nobody has time to report, nobody wants to make the vaccines look unsafe, etc. The URF is great because it allows us to normalize for bad behaviors and the PTR allows us to compare numbers with previous years. The other way to tell is the distribution of symptoms... These vaccines don't look normal in VAERS. You never see facebook groups of 200,000 people on the flu vaccine.

There is also Schirmacher's study. You have to find that at least 30% of the VAERS report were causal. It's impossible that they were all background. Schirmacher's results were replicated by others.

If the deaths were all background, they would be perfectly flat over time (since they are not related to the vaccine). In other words, if it were background deaths, we'd have the same bar height for all days since the day of death would be not related to the day of the jab.



So basically, it's a nice hypothesis, but the data doesn't line up to support the hypothesis.

If anyone brings this up, you know they are not a serious scientist with a valid critique; they are someone defending their allegiance to the false narrative.

9. **“I don't know anyone who died from the vaccine but I know 10 people who died from COVID.”** That's not surprising. When you die from COVID, it has a telltale signature and progression. When you die from the vaccine, unless you know what to look for, it just looks like you died from “bad luck” since there is a huge range for the causes of death. Nobody dies “from the vaccine.” They all die from symptoms that are elevated by the vaccine including cardiovascular and neurological symptoms in general ranging from depression, suicide, multi organ failure, stroke, pulmonary embolism, cardiac arrest, intercranial haemorrhage , etc. So most people don't know what to look for. If you look at the [facebook comments here](#), you'll see that of the 200,000 respondents, most all believe the vaccine is far more dangerous than COVID. This is why we use 8 different methods to assess the number rather than relying on a few data points. If the vaccine were as safe as they said, we wouldn't have groups on Facebook with over 250,000 members talking about vaccine side effects. Of course, all those Facebook groups quickly get deleted by Facebook. Have you ever wondered, if the vaccine was as safe as they say, I wonder what those people are talking about. And if the vaccines are so safe, why not drop the liability protection? And what do you say to Maddie's mom? Or watch [this video](#) of John Looney at 15:00 for 2 minutes. Or read through this slide deck [All you need to know](#).

In addition, the fact checkers NEVER fact check the FDA/CDC by asking revealing questions like:

1. What is the PTR this year and how did you calculate it? May I see the derivation?
2. What is the URF for deaths this year and how did you calculate it? May I see the derivation?

3. You say you disagree with Kirsch's methods, but he uses the same methods you do to calculate the URF. So please explain what is specifically wrong with his methodology for calculating the URF.
4. What are the number of excess deaths showing in the VAERS system for the COVID vaccines?
5. If those excess deaths were not caused by the vaccine, then how do you explain them? Can you show me the evidence that backs that up?
6. There are doctors who never in their career had to write a single VAERS report and this year, they need to file over 2,000 for a single practice. If the vaccines are perfectly safe, then how do you explain this?
7. Why can't you supply anyone to debate Kirsch's scientific team? Discrediting his entire team in a live debate will decrease vaccine hesitancy. The public surveys show people want to see a debate on the key issues ASAP. Do you know anyone credible that would debate his team?

Sanity checking all of this using the cost benefit data

I recently wrote another [paper on calculating the cost benefit of the vaccine broken down by age](#) looking only at mortality. This is a very important paper because it shows that the vaccines are nonsensical for every age group including the elderly. That result has been confirmed in the literature (see [Why are We Vaccinating Children against COVID-19?](#)).

What was very interesting in that paper is that the death counts in every age group were over 100X times greater if you got a COVID vaccine. It averaged 177 times greater than previous years.

So then you say, "hah! If it is only 177 times worse than previous years, and if we only kill 50 people a year in earlier years, then the vaccines have only killed 8,850 Americans! You're wrong!"

Except that argument would be misleading. Here's the correct way to state it:

In previous years, we get only 34.8 death reports in a year in the age range above 20. But the URF of those years is 10 [based on the CDC paper](#). So it's really 348 deaths. We multiply by 177 to get the deaths this year since the vaccine is 177 times worse than previous vaccines. But we must also correct for the PTR which is .25 as explained above so we have to multiply the previous year's real deaths (348) by the 708 (which is 177×4 since the [table](#) noted that the 177 was prior to PTR adjustment). $348 \times 708 = 246,384$. So it all makes perfect sense and is consistent with our calculations that used just the

VAERS data exclusively from 2021. In short, we used the VAERS data both on a year-to-year relative basis as well as let's compute it solely on the 2021 data and both methods have the same result.

So basically, the average vaccine results in far more deaths of people 20 or older than people thought (350 per year) and the current vaccines are 708 times more deadly than previous vaccines if we consider all 350 deaths causal.

Here's the kicker. If we consider almost all those 350 deaths as 90% background deaths (which the FDA would claim) so that there are only 35 "real" deaths caused by the vaccine, then the story gets even worse for the government: **These vaccines are more than 7,000 times more deadly than previous vaccines** if we compare "real" excess deaths from vaccines in a typical year (35) to "real" excess deaths from COVID vaccines (250,000).

And that my friends is the inconvenient truth.

Therefore, spending any amount of time on elevated symptoms is simply rearranging deck chairs on the Titanic. The mortality rate sinks the ship. These are deadly vaccines.

Criticisms

When people criticize this work, they never show me their "correct" analysis and point out how their analysis can be verified using 8 different methods. So these critics aren't really concerned that their hypothesis fits all the data. They are basically just interested in making points to shoot down my analysis by finding what they think is an error. It would be more constructive if they were to present the correct method.

However, in the interests of defending what I wrote, it's important to address any attacks.

I know of at least four criticisms of this work:

1. The JAMA study using VSD data shows that the $URF \leq 1$ so you should use that and ignore everything else
2. There can't be 150,000 deaths because we'd see it in the excess deaths
3. Article by Jeffrey Morris [Evaluating claim in "peer reviewed" Toxicology Reports article vaccines kill 5 for every 1 save](#)
4. Article by Jeffrey Morris [Do Pfizer vaccines "kill" 2 people for every 1 saved? Evaluating viral social media reports](#)

Let's address each one of these claims.

First the JAMA study.

Our critic, Matt Timberlake, claims that the JAMA VSD study proves that VAERS is actually over-reported by 15% and claims that the URF should be less than 1 (he claims $URF=0.85$) in his tweet below.

This is a stunning assertion since there is nothing in the scientific literature that has ever claimed that VAERS is over-reported. Moreover, there is no evidence of that happening anywhere I'm aware of. This would mean that 15% of the reports are fabricated. We only know of 2 fabricated claims in 1.6M records. Does Matt know something we don't? Of course not.

So on it's face, we can dismiss this claim as ridiculous.



Steve Kirsch @stkirsch · 9/14/21 ...

200K death analysis: skirsch.com/covid/Deaths.p...

10

85

228



Matt Timberlake ...

@mjtimber2

Replying to @stkirsch

Awful data. Here is ACTUAL data from hospital systems on anaphylaxis over 11.8 million doses. Not VAERS.

Confirmed cases. 4.8-5.1/mil, or 497 expected cases for 97.5 mil. So $497/583=0.85$ would suggest OVER reporting, not 41 times under

reporting. jamanetwork.com/journals/jama/...

Let's examine a more rational claim that the URF is close to 1.

Matt is referring to a [vaccine safety datalink \(VSD\) study published in JAMA on Sept 3, 2021](#) that said that "The estimated incidence rate of confirmed anaphylaxis was 4.8 (95% CI, 3.2-6.9) per million BNT162b2 doses and 5.1 (95% CI, 3.3-7.6) per million mRNA-1273 doses." This is close to the [anaphylaxis numbers reported from VSD in this ACIP presentation \(slide 27\)](#) and this [presentation](#) (slide 10).

As we mentioned earlier, a [paper from CDC authors published in JAMA on August 31, 2021](#), reported “an updated anaphylaxis reporting rate of 4.7 cases per 1 million doses” based on VAERS data.

So this suggests that VAERS is under-reporting by 5% and that the URF might be as low as $4.8/4.7=1.02$.

This is obviously very different from the 41 number we used in the text above. Did we make a mistake?

There are at least 9 reasons we have ignored the VSD datapoint for the derivation of the URF:

1. The Lazarus report shows that VAERS is under-reported by a factor of 10 to 100 because it is effectively a voluntary system. This is exactly what we found in our analysis: $10 < 41 < 100$. And the Lazarus report should know since the system they built reliably detected 10X events or more.
2. All the anecdotal evidence we have from doctors is that they are under-reporting this year compared to other years. We don't know of a single doctor who is over-reporting events and Matt didn't have one either. He's since backed off the .85 number and now claims it is fully reported. All it takes is one of my “anecdotes” to disprove that assertion (the neurologist who reported 2 out of 2,000 events).
3. Most of the public is clueless about VAERS which suggests a URF of 1 is hard to believe since the public isn't likely to make up for the under-reporting of the healthcare workers.
4. We've done surveys of people who died and looked them up in VAERS and found that in most cases they aren't reported. If the URF=1, all those cases would be found. So this again disproves Matt's claims.
5. VSD denominators are suspect, just like with VAERS because not all incidents are captured. This is why, for example, the rate of excess myocarditis/pericarditis cases found in VSD is comparable to the myocarditis/pericarditis reporting rate in VAERS for 18-24 year olds (see [slide 13 in Grace Lee's ACIP presentation](#)). So if VAERS and VSD are your only datapoints, then Matt's argument would make sense. But they are not our only datapoints because both systems are known to under-report which is why the CDC likes them (see [Historical note: Why our adverse event reporting systems all suck](#)).
6. But we know from the [Ministry of Health of Israel that the rates of excess myocarditis caused by the Pfizer vaccine is at least 1 in 12,000](#) doses. This is at least 83 cases per million doses and could be as high as 166 cases per million doses. However, VSD found only 7.5 cases per million doses ($(14.4+.7)/2$). This means that VSD is under-reporting by at least 11 and more likely by at least 22. Therefore, the Israeli data shows that the assumption that VSD is a fully reported system is clearly false. Therefore, using rates of anaphylaxis from direct observation of controlled study of healthcare workers is going to be much more accurate than using VSD. And the [Mass General](#) and [Japanese](#) studies both pretty much agreed with each other on the rate they observed.
7. The [Mass General](#) and [Japanese](#) studies found more events and were published as well in peer reviewed journals. There is no reason to believe that both these studies

were simply making up cases out of thin air. Given that both studies were specifically designed to capture anaphylaxis cases, it's more reasonable to believe them.

8. The death count that follows from a URF of around 1 doesn't agree with any of the other 7 methods we used so it's unlikely to be right. This is somewhat circular but we didn't use this argument for our other methods so there isn't a positive feedback bias going on here. Matt was unable to show that any of these methods are flawed in either data or methodology. Every method has its limitations, but when you go about it 8 different ways and get the same results, it's pretty hard not to believe it. By contrast, Matt didn't show us his "correct" use of the 8 methods and show us how he got a consistent answer.
9. VSD isn't a very transparent system. Access is restricted and tightly controlled. Therefore, it is hard to verify the data that was actually used in the study. We've heard that a lot of the data used in VSD is healthcare claims data which suffer from under reporting. We have never asserted that VSD was fully reported so we've never changed our position on VSD as anything but under-reported. If VSD was fully exposed, people would realize it was under-reported, and subject to a URF of its own and thus show similar safety signals.
10. [Another paper published in JAMA using VSD](#) shows no safety signals at all in 21 symptoms monitored (which for some reason didn't include the most significant adverse event of death) which is not what VAERS shows which is further proof that VSD is not good for spotting safety events. They couldn't even spot myocarditis as a safety issue because VSD is under-reported just like VAERS. That is why there are no safety signals. They treat it like it is fully reported. It isn't.
11. And they use the rates in VSD for calibrating the VAERS under-reporting factor which explains why the [URF's they found in their paper](#) are so unrealistically low (e.g., less than 2 in the stats they cite).
12. Mathew Crawford [wrote about VSD here](#) with similar concerns.
13. See the section below [The URF for VSD](#).

When I engaged in a Twitter conversation with Matt he said the URF=31 and that all of the deaths reported are all simply background deaths; that the vaccine has only killed 3 people. So the 31 would be the multiplier that gets you to the total number of background deaths reported in that time period. So this is different than the .85 number he said before. It's really hard to keep up with all the changes. And if they are all background deaths as he claims, then that means the German pathologists are all lying and kids dying in their sleep are normal. Anything is possible, but this is far fetched.

Now, let's examine the second attack: there can't be 150,000 deaths because if there was, it would show up as excess deaths.

The short summary is that there are excess deaths in 2021 and they are more than sufficient to cover our 150,000 death estimate.

Let's look at the numbers from the [CDC Weekly reports](#):

Year	Week 1-8 all cause deaths	Week 1-26 all cause deaths	Week 27-52 all cause deaths
2018		1,463,608	1,368,393
2019	465,489	1,451,714	1,394,243
2020		1,632,977	1,747,908
2021	620,659	1,673,896	

So there are 222,182 more deaths in the first 26 weeks in 2021 than in 2019, about the same number of excess deaths as in 2020. And there were 211,388 COVID deaths in the first 6 months of 2021. **In the first two months of 2021, the excess deaths were 155,170.**

By [June 16, 2021, the US had 600,000 COVID deaths.](#)

Our excess death count for the 18 months since Jan 2020 vs Jan 2018 is 5054781-4283715 = 771066. Assuming it was really 600,000 COVID deaths as the government claims, this leaves 171,066 excess deaths unaccounted for. That's a massive number of excess deaths. These could cover the 150,000 vaccine deaths. Plus, we believe that perhaps up to 100,000 of the COVID deaths (or more) could have been due to the vaccine because the [Scott Mclachlan paper](#) revealed that all the VAERS records they looked at were classified as COVID deaths even though there was no COVID in the record, so it's clear that the government has been playing games and classifying vaccine deaths as COVID deaths.

Therefore, the total numbers are plausible to support the 150K excess deaths we claim and also with respect to the timing, there were 222,182 excess deaths in the first 26 weeks of 2021 (vs. the same period 2019).

Also, the death rate is not going to be proportional to doses. The peak death rate will be in January and decline over time since it is based on when the oldest people were vaccinated. Those are the most likely to die. So the excess death curve does not follow the number of vaccine doses delivered because of this (which is why it doesn't peak in April).

Daily COVID-19 vaccine doses administered

Number of daily doses administered (rolling 7-day average).



[LINEAR](#) [LOG](#)



Source: Official data collated by Our World in Data. For vaccines that require multiple doses, each individual dose is counted.

CC BY

Excess mortality: deaths from all causes compared to previous years

Shown is how the number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 differs as a percentage from the average number of deaths in the same period over the years 2015–2019. This metric is called the P-score. The reported number of deaths might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in death reporting.



Source: Human Mortality Database (2021) and World Mortality Dataset (2021)

CC BY

Next there is Morris's article [Evaluating claim in "peer reviewed" Toxicology Reports article vaccines kill 5 for every 1 save](#)

The problem with his criticism is that even if Kostoff used a significantly less aggressive URF like 20, it's still problematic for the vaccine. With a $URF=20$, the deaths are easily justifiable from the excess deaths as we mentioned above, and the case for vaccination is still nonsensical.

Also, Morris as a scientist should be looking at hypotheses that fit all the data points. What happened to Schirmacher's study that 30% to 40% of deaths after vaccination are causal? And the independent validation of that? Or to the testimony from whistleblowers about high death rates and morbidity rates in nursing homes after vaccination? Or our UK mortician who said death rates in nursing homes went through the roof after they rolled out the vaccines? Well, he doesn't mention any of that. Why not? Because he can't explain it. For details, see [All you need to know](#). Morris simply cherry picks fights he can make a case for. He never attempts to show that his hypothesis is a better fit to all the data.

How about this datapoint which admits that even the clinical trials themselves showed a .1% severe adverse event rate:

← Tweet



MassimauX
@masimauX



What is the number of Americans having experienced life threatening AEs from mRNA vaccines?

Moderna

19/15,210 = 0.13%

nejm.org/doi/suppl/10.1...

Pfizer

21/21,720 = 0.096%

nejm.org/doi/suppl/10.1...



187,000 Americans have likely experienced life threatening AEs from mRNA vaccines

Sep. 25, 2021	Moderna	Pfizer	
Fully vaccinated Americans	70,000,000	100,000,000	
% of life threatening adverse events (extracted from respective trials)	0.13%	0.096%	TOTAL
Estimated number of Americans experiencing life threatening adverse events from mRNA vaccines	91,000	96,000	187,000

10:19 AM · Sep 25, 2021 · Twitter Web App

Once you realize that the clinical trials themselves are gamed to enroll a super healthy population who die at a much lower rate than the population at large (approaching 10x lower) and you see that 187,000 people would come “close” to death in that population, it doesn’t look like we are just making this stuff up out of thin air about 150,000 actual deaths in a real population.

Finally, Morris doesn't mention the success rates of alternatives such as early treatments as a safer alternative to vaccination because he doesn't want to let anyone know that there are safer alternatives that are more effective.

← Tweet



MassimauX
@masimauX



OK, so what do we have here? Two doctors have treated over 7,000 patients and **NOT A SINGLE DEATH** if treated within 5-7 days of symptoms.

How? Multidrug regimen based on hydroxychloroquine and ivermectin.

Wait a minute! Didn't Dr. Boulware prove in 2020 that HCQ is ineffective?

Dr. Fared explained that patients can almost always be saved when they start the early treatment cocktail within the first five to seven days of symptoms.

"We have now treated **over 7,000 patients** and there has not been a single death in patients treated within the first five to seven days of the onset of symptoms. **NOT A SINGLE DEATH**. This (series) includes patients with multiple co-morbidities as well as patients in their nineties!"

- Protocol 1 uses of **hydroxychloroquine** an agent with antiviral reactivity against SARS-CoV-2, two antibiotics (azithromycin, doxycycline) along with aspirin and a multivitamin pack (including zinc, vitamin C, vitamin D, and others), and with selective use of one or a combination of inhaled budesonide, dexamethasone, prednisone, colchicine or other treatments deemed appropriate.
- Protocol 2 includes all of these options, plus ivermectin where deemed appropriate by physicians.

11:27 AM · Sep 20, 2021 · Twitter Web App

5 Retweets 1 Quote Tweet 6 Likes

There is another Morris criticism article by Jeffrey Morris [Do Pfizer vaccines "kill" 2 people for every 1 saved? Evaluating viral social media reports.](#)

Basically, he doesn't like the URF of 41 and thinks there is no causality and thinks that the other methods are not scientifically sound.

He won't debate us on any of this like the public wants.

What happens is long attacks, and then the other side has to write even longer defenses and the public is totally confused at the end. This is exactly what he wants to do: create confusion in people's minds. It's a very effective technique because few people have the time to go through the details. The beauty of a debate is that each side has limited time so it forces each side to choose their best arguments.

At a high level, Jeffrey is simply unhappy with the quality of the evidence used and of course he quibbles with the methodology. Sure, I'm not thrilled with the quality of the evidence either but we have to do the best we can with what we got. And we got a lot. And it's all very consistent.

Jeffrey writes:

They also cite an analysis of case fatality rate (CFR) that may be interesting for hypothesis generation, but cannot be used to draw any rigorous conclusions given its **complete dependence on national case and death rates**. Ignoring any of the many potential confounding factors, they conclude the only explanation for increasing CFR after vaccination is widespread fraudulent misclassification of vaccine deaths as COVID-19 deaths that, if true, comprises the greatest and most universal medical conspiracy in history, and leads them to infer estimates of 100k to 200k vaccine caused deaths in the USA.

Wow. He's basically saying the government statistics from all over the world are a bad data source. OK, then what are we supposed to use??? And his proof is that it can't be right because it would be too big a conspiracy. He should read RFK Jr.'s new book (not yet published as of 10/13/21, but will be out soon) which documents the conspiracy. How else are all these governments in lock-step? It's all driven by the CDC false narrative that there are no deaths. Nobody questions that. Nobody until now has even asked the FDA or CDC for the URF... I was the first one. Are you kidding me? Nobody in the medical community wants to know the URF?!? So yeah, that's proof that people have their head in the sand and aren't interested in safety signals.

The difference between Professor Morris and me is that I will take what is on the table, and spend money to do things like professional polls and physician surveys to gather more data and then do my best to analyze it.

What Morris does is the opposite. He likes to shoot down anyone's attempt to do an honest assessment of the data in front of us. When he is confronted with data he doesn't like such as the Maddie de Garay story or the dose-dependency in the VAERS data, he changes the topic.

This is why Morris won't debate us. He'd be exposed.

He never comes up with a better URF. He never proposes the "right way" to do this. He basically throws stones at anyone trying to make sense of the data. That is a tremendous disservice to America.

We would love to debate Morris but he has chickened out every time. He even refuses to do a recorded zoom call with us.

Use of a single URF for VAERS

Because we used anaphylaxis, the event "most likely" to be reported into VAERS, the URF we calculated in this paper is a minimum URF for all adverse events. This means that it can be used to conservatively estimate any adverse event including death.

Our assumption that anaphylaxis is the "most likely to be reported" symptom is due to:

1. Obvious association with the vaccine
2. Required by law to report 100%
3. All HCW's know about VAERS

By contrast, death is less reported because:

1. no obvious association (it happens later)
2. HCW don't think they need to report (since the party dealing with the death didn't inject the vaccine)
3. The HCW handling the death may not even know about the vaccine
4. Few consumers know about VAERS (to directly report)
5. HCW reluctant to report (don't want to make vax look bad)
6. Most people, including doctors, don't think the vaccine can cause death, so why make a VAERS report that would just falsely alarm people. For example, the CDC can't find a single death caused by the vaccine. So a busy doctor is going to have less incentive to report.
7. There is no incentive for consumers to report to VAERS (it is not required, it is hard to do, and there is no reward)

Therefore, the URF for anaphylaxis should be a LOWER bound for URF of other symptoms including death and using 41 for death should provide a conservative estimate.

This is why the CDC itself uses anaphylaxis in their papers (such as their 2020 paper, [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis](#))

[and for Guillain-Barré syndrome](#)). Note that the earlier 2015 paper, [Safety monitoring in the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\)](#), doesn't mention this method and instead describes a more limited technique: Disproportionality analysis.

The URF for VSD

VSD is under-reported, just like VAERS. When the CDC uses VSD as the reference to compute a URF for VAERS, they often compute URFs that are less than 2 (meaning 50% or more reporting rate as they computed in [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome](#)).

Much more telling though is the myocarditis data from ACIP Chairman Grace Lee's presentation. Here's [slide 13 in Grace Lee's ACIP presentation](#):

Myocarditis/Pericarditis – 0-7 day risk interval

Ages (yrs)	VAERS reporting rates per million doses administered				VSD excess cases per million doses based on chart confirmed data			
	Pfizer Dose 1	Pfizer Dose 2	Moderna Dose 1	Moderna Dose 2	Pfizer Dose 1	Pfizer Dose 2	Moderna Dose 1	Moderna Dose 2
12–15	2.6	20.9			0.7	14.4	4.9	19.7
16–17	2.5	34.0						
18–24	1.1	18.5	2.7	20.2				
25–29	1.0	7.2	1.7	10.3				
30–39	0.8	3.4	1.0	4.2				

Data presented at Aug 30, 2021 ACIP Meeting 13

This chart makes it crystal clear to everyone that **VSD is as under-reported as VAERS**. In only one datapoint did VSD have a higher reporting rate. If we sum up the columns, we have 42.5 events per million for VAERS and 39.7 events per million for VSD. In other words, VSD is actually 7% under reported compared to VAERS.

Here's another slide, this time from the [Pfizer presentation at the October 26, 2021 VRBPAC meeting](#). This shows that VAERS is clearly capturing less than 20% of the cases (since Optum isn't fully reported either). Here, VSD is actually capturing more events than VAERS.

Benefit-Risk Supports a Revision to the EUA for BNT162b2 to Include 5 to <12 Years of Age

Model-Predicted Benefit-Risk Outcomes Based on FDA Scenario 4 and CDC Risk Scenarios per One Million Fully Vaccinated Children Ages 5 to <12 Years Over 6 Months
(Assumes a rate of myocarditis in 5 to <12 year-olds equal to that of 12-15 yo which may be an overestimate)

Model Scenario*	Benefits COVID-19 Outcomes Prevented				Risks Excess Myocarditis Cases		
	Cases ¹	Hosp. ¹	ICU ¹	Deaths ¹	VAERS ²	VSD ³	Optum ¹
Males and Females – FDA Scenario 4 <i>VE=90% against cases</i> <i>VE=100% against hosp.</i>	58,851	241	77	1	22	57	106

*FDA scenario assumes the COVID-19 incidence as of September 11, 2021.

1. FDA Briefing Document, EUA amendment request for Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine for use in children 5 through 11 years of age. VRBPAC October 26, 2021.
2. Su JR. Myopericarditis following COVID-19 vaccination: Updates from the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); Slide 7 (7-day risk period post Dose 2). ACIP Meeting October 21, 2021. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-10-20-21/07-COVID-Su-508.pdf>
3. Klein N. Myocarditis Analyses in the Vaccine Safety Datalink: Rapid Cycle Analyses and “Head-to-Head” Product Comparisons; Slide 18 (12-17 year olds; 21-day risk period post Dose 2). ACIP Meeting October 21, 2021 Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-10-20-21/08-COVID-Klein-508.pdf>

CC-32

Error bars on the JAMA anaphylaxis study

The Mass General [JAMA study](#) had error bars on the rate of anaphylaxis: “Anaphylaxis was confirmed in 16 employees (0.025% [95% CI, 0.014%-0.040%])”

This means the “true” URF that we derived could range from

	URF Calculation	URF
1.4 per 10,000	140/5.97	23
2.47 per 10,000	247/5.97	41
4.0 per 10,000	400/5.97	67

But it’s highly unlikely it is 23 since that is less than the value of 31 that was calculated by [Jessica Rose in her paper](#) using the Pfizer adverse event data on a trial that was clearly gamed (in other words, the URF in a non-gamed study where the population was representative should be much larger than 31).

So in the very worst case, our estimate of deaths could be overstated by 32%, but we think that this is very unlikely.

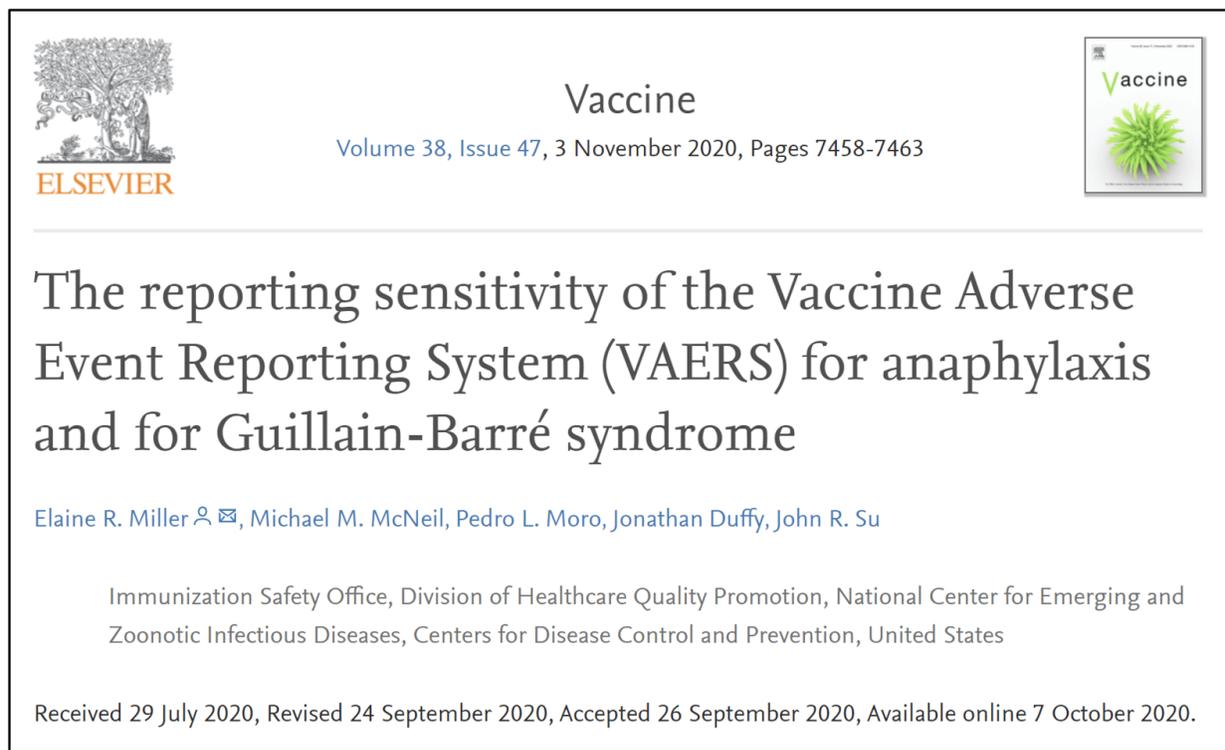
The URF of VAERS this year

[July 19, 2021 Deborah Conrad letter to HHS](#) “Re: Underreporting to VAERS & Violation of COVID-19 Vaccine EUAs” we learned that:

1. Hospitals are preventing healthcare workers from reporting to VAERS (confirming our calculation of a high under reporting factor)
2. There are a high number of serious adverse events happening in their hospital and also in other hospitals in their area
3. Although the rate of vaccination in the community is 50%, 90% of hospital admissions are from the vaccinated suggesting [higher all-cause morbidity as the medical literature confirms](#).

The CDC’s own paper explains how to compute the URF. We did it by the book.

There is a paper written by five CDC authors, [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome](#), that was published a year ago in the peer-reviewed scientific literature.



 **ELSEVIER**

Vaccine
Volume 38, Issue 47, 3 November 2020, Pages 7458-7463



The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome

Elaine R. Miller  , Michael M. McNeil, Pedro L. Moro, Jonathan Duffy, John R. Su

Immunization Safety Office, Division of Healthcare Quality Promotion, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, United States

Received 29 July 2020, Revised 24 September 2020, Accepted 26 September 2020, Available online 7 October 2020.

The paper claims that serious adverse events in the past have been under-reported by at most a factor of 8.3 (known as the under-reporting factor (URF)).

More importantly, it describes the method for calculating the URF. We use that same method here.

The second Blumenthal anaphylaxis paper in JAMA (Editorial)

This [Editorial](#) by Blumenthal references the original [Mass General JAMA paper by Blumenthal](#). The rates in the Editorial were based on VSD (which we know is as under reported as VAERS).

Editorial rate: 5 cases per million doses
Research letter; 247 cases per million doses

That's quite a discrepancy by the same author! A factor of 50 less.

This of course would transform our $URF=41$ to a new value of $URF=.82$. It would prove that VAERS is over reporting.

One of the Blumenthal papers must be wrong. They cannot both be right.

If you cannot figure out which Blumenthal paper is right, it's time to stop reading.

The Editorial also said, "mRNA vaccination was associated with excess risk of myocarditis/pericarditis among those aged 12 to 39 years with an estimated 6.3 (95% CI, 4.9 to 6.8) additional cases per million doses in days 0 through 7 after vaccination."

In short, it proved that the vaccines hardly move the needle on myocarditis. Seriously?!?

Bottom line: best to ignore the new study and go with the old one.

Brian S. Hooker, Ph.D., P.E., Professor of Biology at Simpson University is one of the few scientists not afraid to speak the truth (they are hard to find nowadays). Here's what he wrote on this section (emphasis mine):

You are correct in your analysis. The 2.4/10000 rate is based on all cases of anaphylaxis reported but the 5/1,000,000 is based only on inpatient hospital or emergency department visits. You can undergo anaphylaxis without being admitted into the hospital going to the emergency room. I also believe that the 5/1,000,000 applied the Brighton Collaboration criteria much too narrowly. **The second paper is just propaganda to get people vaccinated.**

Excess background deaths aren't caused by lack of medical care during the pandemic

The problem with the theory that all the excess deaths are caused by the lack of medical care during the pandemic is that:

- 1) The deaths in VAERS are correlated with the vaccination time. Most of the deaths happen within a few days of the vaccination. If it were background deaths, they would occur at random times. The chart of deaths vs. days since vaccination would be flat. It isn't.
- 2) Dr. Schirmacher determined 30% to 40% of the deaths happening within 2 weeks of vaccination. What about those?
- 3) The event rate is related to the dose number. There isn't a stronger causal case than dose dependency. If these were all background deaths, there would be no dose dependency at all.
- 4) The causes of the children's deaths (12-17) were not "normal." Children aren't normally getting medical care to begin with. Having them then die from PE or intracranial hemorrhage could not have been caused by lack of medical care during the pandemic.
- 5) Same can be said for the causes of the deaths in adults: the "fingerprint" pattern of adverse events doesn't match normal death patterns.

In general, people who propose these "alternate hypotheses" always fail to show how their hypothesis is a better fit to the data than ours.

Historical note: Why our adverse event reporting systems all suck

It's intentional.

The government paid for the creation of a reporting system that didn't suck (designed by the federal Agency for Health Care Research Quality (AHRQ). AHRQ proved that it could capture most vaccine injuries. AHRQ initially planned to roll out the system to all remaining HMOs, but after seeing the AHRQ's frightening results—vaccines were causing serious injuries in 1 in every 40 recipients—CDC killed the project and shelved the system.

In other words, it worked so well, **it spotted safety signals that the government didn't want people to know**. That's why they canned it.

This is why we are stuck with systems which under-report events, such as VAERS and the almost equally under-reported VSD system.

From the [Lazarus report](#) on the AHRQ project:

We had initially planned to evaluate the system by comparing adverse event findings to those in the Vaccine Safety Datalink project—a collaborative effort between CDC’s Immunization Safety Office and eight large managed care organizations. Through a randomized trial, we would also test the hypothesis that the combination of secure, computer-assisted, clinician approved, adverse event detection, and automated electronic reporting will substantially increase the number, completeness, validity, and timeliness of physician-approved case reports to VAERS compared to the existing spontaneous reporting system; however, **due to restructuring at CDC and consequent delays in terms of decision making, it became impossible to move forward with discussions regarding the evaluation of ESP:VAERS performance** in a randomized trial, and compare ESP:VAERS performance to existing VAERS and Vaccine Safety Datalink data. Therefore, the components under this particular Aim were not achieved.

The system is publicly available at [ESPHealth](#).

There was a nice paper on how well the ESP-VAERS system performed here: [Advanced Clinical Decision Support for Vaccine Adverse Event Detection and Reporting](#). This paper showed an average increase in 30X the reporting rate (30 per 100,000 vs. 1 per 100,000) and the 95% CI was that VAERS was effectively 9.52X to 95.5X under-reported. **In short, ESP-VAERS “confirmed” that a URF of 30 is very reasonable.**

So the very fact that they use VSD and VAERS instead of ESP-VAERS is basically “proof” that both systems are significantly under-reported.

We are killing our kids, there is no doubt about it

15 year old healthy kids don’t die in their sleep... two days after vaccination

**

Sonoma County Sheriff's Office

Mark Essick, Sheriff-Coroner
Coroner Investigations Unit
3336 Chanate Road, Santa Rosa, CA 95404
(707) 565-5070



DEATH INVESTIGATION SYNOPSIS REPORT

CORONER CASE #
21-000670

INCIDENT INFORMATION

LAW ENFORCEMENT AGENCY WITH JURISDICTION: Santa Rosa Police Department		REPRESENTATIVE TITLE AND NAME: Officer Jose Andrade #568	AGENCY CR #. <input type="checkbox"/> N/A 21-0006115
MANNER OF DEATH: Undetermined	DATE/TIME RECEIVED: 06/07/2021 14:35		

DECEDENT INFORMATION

DECEDENT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST): [REDACTED]	AGE: 15 yrs
--	-----------------------

DEATH INFORMATION

PLACE OF DEATH (if facility Name or Address Location): [REDACTED]	DATE OF DEATH: 06/07/2021 [Found]	TIME OF DEATH: 14:04 [Found]
--	---	--

SYNOPSIS

The decedent was found unresponsive in his bedroom after his mother was checking on his welfare long after he was supposed to wake in the morning. The decedent was pronounced dead at the scene due to obvious death. The decedent had been in good health with no medical history and had received his second Pfizer COVID-19 Vaccination approximately two days before his death.

The decedent's body was transported to the Sonoma County Morgue Facility, where he was registered for a postmortem examination by a forensic pathologist.

After extensive research, additional testing, and collaboration with numerous other entities, the cause of death was determined to be: **"STRESS CARDIOMYOPATHY WITH PERIVASCULAR CORONARY ARTERY INFLAMMATION (hours to days), due to, UNKNOWN ETIOLOGY IN SETTING OF RECENT PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINATION (days)."** There were no other significant conditions contributing to the death listed.

Since the etiology of the stress cardiomyopathy with perivascular coronary artery inflammation was unknown but was in the setting of a recent Pfizer-Biontech Covid-19 vaccination, I mannered this death as **"UNDETERMINED,"** which was consistent with the circumstances and cause.

The VAERS URF from the CDC: they won't tell us!

When asked for the URF for this year, the CDC (from 'COVID19VaxSafety') sent a copy of a 2015 saying they hope it helps.

On the same day, Oct 8, 2021, I sent this in response:

No, it's not helpful at all. That is from 2015. I want to know the URF for this year.

The CDC has calculated it for previous years for example, see: [The reporting sensitivity of the Vaccine Adverse Event Reporting System \(VAERS\) for anaphylaxis and for Guillain-Barré syndrome | Request PDF](#)

We want to know the number(s) for this year and see the calculation(s). This is very very important. Surely, you must know that.

If you don't know it for this year, then please explain how you could know it for previous years and not this year.

Also, can you send the PDF of the full paper above as I have requested it and not received it.

Also, I should call you attention to this:

When asked about this, both the **CDC and FDA sidestepped answering the question.** [Here's the proof at the CDC](#) (see page 1 which incorporates the CDC response to the original letter on pages 2 and 3).

[As noted in the letter](#), this implies that VAERS is under-reporting anaphylaxis by 50X to 123X. **The CDC chose not to respond to the letter.**

As of October 12, there is still no response from either the FDA or CDC on the URF and how it was calculated this year.

That's a long long time for a simple question that should have been calculated in early March when the [Mass General paper came out](#).

A former NY Times reporter (now working for another big newspaper) was similarly ignored when he asked the question of the FDA, so it isn't just me.

It means that neither of these agencies (and the individual members of their outside committees) really don't care to know how many people have been injured or died from the vaccines. **They simply don't give a shit.**

Re: wow. the FDA admits it has no idea of the URF !!!



Byram Bridle <bbridle@uoguelph.ca>
To Steve Kirsch



10:29 AM

 You replied to this message on 10/12/2021 1:09 PM.
If there are problems with how this message is displayed, [click here to view it in a web browser.](#)

Hi Steve,

How can the FDA not have some kind of estimate for the URF at this late stage of the declared pandemic?!? How have at least five international groups (incl. yours) done this and come up with #s in the same reasonable ballpark and they don't have this info. on-hand?!? ...despicable and embarrassing. Surprisingly, I have seen some people on the other side of the narrative trying to publish papers on the basis that the VAERS has captured 100% of the problems! The FDA needs to provide some leadership in this area.

Sincerely,
Byram

Byram W. Bridle, PhD
Associate Professor of Viral Immunology
Office Room #4834
Lab Room #3808

Putting this all in perspective

COVID vaccine mandates are necessary because the protected need to be protected from the unprotected by forcing the unprotected to use the protection that didn't protect the protected.

\$1M bet

If you think I'm wrong about the deaths and you believe what the CDC and FDA are saying that only a few people have died from the vaccine, I'm willing to put my money where my mouth is. [Here are the terms of the \\$1M bet.](#) I've found that nobody is confident in their position to want to bet money on it. In other words, **not a single person in the world will bet money to defend the stated position of the FDA and CDC.** So why are we listening to their advice like we believe that they know what they are talking about?

\$1M bug bounty

I'm offering a \$1M academic grant to anyone who can show the analysis is flawed by a factor of 4 or more in either direction and provide a more accurate analysis to the correct number. [See the terms here](#). No upfront cash is required for this offer.

Solicited feedback

I tried to get feedback on my paper but nobody in mainstream medical academia could overcome their cognitive dissonance to read what I wrote.

A special mention for Professor Jeffrey Morris who reads only parts of what I write so he can critique it but he never offers any constructive feedback, like, “the better study to use is...” or “a more credible data source is ...” or a “stronger method that is practical is this...” He has never grabbed any ball I've thrown him and run with it to refine it to prove that vaccines are safe. He only seems to grab the balls that he can attempt to dispute. He calls himself a truthseeker, but that is not how truthseekers operate. He also has refused all my offers to debate him in a recorded zoom call. What is he so afraid of? That's the question he never really answers (he just says, “that's not the way it is done”; he believes we should spend years sending longer and longer documents to each other). Remarkably, Professor Morris has not spotted a single new safety signal in VAERS. Remarkably, with all the studies on ivermectin, fluvoxamine, and HCQ, he hasn't chided the medical establishment at all for not using the drug, but has instead called for “more studies.” What a guy.

And now this:



Summary

Using the VAERS database and independent rates of anaphylaxis events from a Mass General study, we computed a 41X under-reporting factor for serious adverse events in VAERS, leading to an estimate of over 150,000 excess deaths caused by the vaccine.

The estimates were validated using multiple, independent ways.

It's interesting that General Motors recalled the Bolt battery after 3 people were injured, but the US government doesn't recall a biological product that has killed over 150,000 Americans to date.

There is no evidence that these vaccines save more lives than they cost. Our [detailed analysis](#) shows they kill twice as many people as are saved from COVID and our numbers are statistically significant. Pfizer's own study showed that adverse events consistent with the vaccine were greater than the lives saved by the vaccine to yield a net negative benefit. The result wasn't statistically significant but is troubling that there is no proven all-cause mortality benefit.

Without an overall statistically significant all-cause mortality benefit, and evidence that this optional medical intervention has likely killed over 150,000 Americans so far, the vaccine should be recalled just like the GM batteries. It is unethical to supply these vaccines to other countries.

Vaccination mandates are not justifiable and should be opposed by all members of the medical community.

[Early treatments using a cocktail of repurposed drugs](#) with proven safety profiles are a safer, more effective alternative which always improves all-cause mortality in the event of infection and there are also safe, simple, and effective protocols for prophylaxis.

Additional resources

See [Vaccine resources](#) for a full list of my content on vaccine safety.

In particular, you definitely want to read [Cost benefit by age analysis](#) which shows that the vaccines are nonsensical for all age groups.