

Die „Modellierungsstudie“ von Watson et al.: Haben die „COVID-Impfungen“ wirklich 14 Millionen Todesfälle verhindert?

28. August 2022

Am 23. Juni 2022 wurde eine „Mathematische Modellierungsstudie“ in der medizinischen Zeitschrift THE LANCET Infectious Diseases publiziert [1], welche aufzeigen soll, dass die „COVID-Impfungen“ den Verlauf der Pandemie im ersten Jahr, in dem „geimpft“ wurde, „maßgeblich beeinflusst“ und 14.4 Millionen „COVID-Todesfälle“ verhindert haben. Wenn ein Arzneimittel schier Unmögliches vollbringt, dann lohnt es sich, die zu Grunde liegenden Daten und die Realität etwas genauer zu untersuchen und beide miteinander zu vergleichen.

1 Welche Anforderungen müssen für die Zulassung eines Arzneimittels/Impfstoffes normalerweise erfüllt sein?

Normalerweise ist der Nutzen eines neuen Arzneimittels in ausgedehnten klinischen Studien („Phase 3-Studien“) aufzuzeigen, damit es von Behörden nach intensiver Begutachtung der Unterlagen für den Markt zugelassen wird. Für eine ordentliche Zulassung muss eine Pharmafirma üblicherweise die folgenden Unterlagen einreichen:

- Dokumente, welche die Qualität des Arzneimittels und seiner Komponenten nachweisen,
- Präklinische Studien (Tierstudien),
- Phase 1- und Phase 2-Studien am Menschen und
- 12-Monats-Resultate von Phase 3-Studien, welche den Nutzen und die Sicherheit eines Arzneimittelkandidaten zweifelsfrei belegen.

Die „COVID-Impfstoffe“ wurden weltweit basierend auf verkürzten Phase 3-Studien (nur 2 anstatt 12 Monate) [2, 3], und auf ungenügenden bzw. fehlenden Tierstudien „befristet“ oder „bedingt“ zugelassen, erhielten also lediglich eine „Notzulassung“.

Die primären klinischen Endpunkte der Zulassungsstudien waren klinisch und gesellschaftlich nicht relevant, da überwiegend leichte Bagatellereignisse wie Kopfschmerzen, Husten oder Fieber im Zusammenhang mit einem positiven RT-PCR-Test als „COVID-Erkrankungsfälle“ gezählt wurden. Ein Einfluss der „Impfungen“ auf „Schwere COVID-Erkrankungen“, welche u.a. eine Hospitalisation erforderlich machten, wurde lediglich sekundär analysiert [4, 5]. Für die Zulassung war es somit formal nicht bindend, zu belegen, dass die „Impfungen“ schwere Verläufe in einem relevanten Ausmass reduzieren.



Abbildung 1 Täglich bestätigte weltweite „COVID-Todesfälle“, März 2020 bis Dezember 2022. Die Grafik wurde von Our World in Data Our World in Data [10] am 24. August 2022 abgerufen.

Dass die Zulassungsbehörden weltweit dieses fehlerhafte Studiendesign für eine Zulassung so akzeptiert haben, deutet darauf hin, dass sie nicht unabhängig agieren konnten. Die Zulassungsstudien haben bis heute keinen relevanten Nutzen belegt [6], Zulassungsdokumente waren insgesamt nachweislich völlig ungenügend und die Daten der Phase 3-Studien manipuliert [7-9].

Ist ein Arzneimittel einmal zugelassen, dann ist der Hersteller verpflichtet, seine Wirksamkeit und Sicherheit im realen Leben weiter zu untersuchen. Die auf diese Weise generierten Daten werden den Zulassungsbehörden nachgereicht und die Ergebnisse als „Real World Evidence“ den Ärzten präsentiert, um aufzuzeigen, dass diese Daten die Erkenntnisse aus den Zulassungsstudien, idealerweise, untermauern und um sie in ihrer Entscheidung, dieses Arzneimittel bei ihren Patienten einzusetzen, zu bestärken.

2 Was zeigt die Realität bei den „COVID-Impfstoffen“?

Die international verfügbaren „Real World Evidence“-Daten der „COVID-Impfstoffe“ bestätigen, was die Zulassungsstudien bereits angedeutet haben: Die „Impfstoffe“ sind mit keiner relevanten positiven Wirkung, sondern im Gegenteil sogar mit einer negativen Wirkung behaftet.

Eine fundierte Analyse von Kyle Beattie, welche die öffentlich publizierten COVID-Daten von „Our World in Data“ untersuchte, zeigt, dass bei 145 Ländern der Einsatz der „Impfstoffe“ positiv mit der Anzahl „COVID-Fälle“ und, weitaus besorgniserregender, mit der Anzahl „COVID-Todesfälle“ korreliert [11]. Länder, in denen für das Jahr 2020 nur wenige „COVID-Todesfälle“ rapportiert wurden, scheinen nach der Verabreichung des „Impfstoffes“ unter

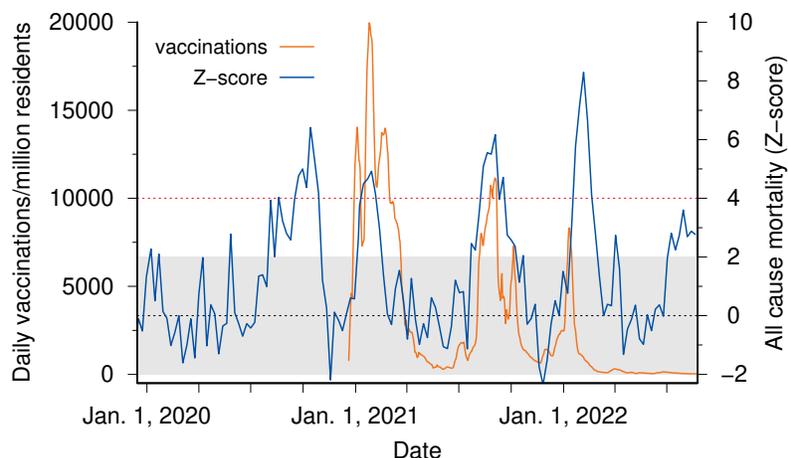


Abbildung 2 COVID-«Impfungen» und Gesamtmortalität (Z-Score) für Israel, 2020-2022. Die graue Fläche bezeichnet den normalen Bereich für den Z-Score; die gestrichelte rote Linie markiert den Grenzwert für einen "erheblichen Anstieg", laut EuroMomo. Die Impfdaten stammen von Our World in Data [13], die Mortalitätsdaten Daten von EuroMomo [14].

allen Ländern am schlechtesten abzuschneiden (z. B. Thailand). Basierend auf Beattie's Resultaten muss davon ausgegangen werden, dass in fast allen Ländern mehr Infektionen und Todesfälle auftraten, als wenn nicht „geimpft“ worden wäre. Als Basis für ein Modell, welches für die Berechnung der hypothetischen Fallzahlen ohne „Impfung“ diente, benutzte Beattie die Daten von vier Afrikanischen Ländern mit einer sehr niedrigen Impfquote im Sinne einer „Kontrollgruppe“.

Beattie's Schlussfolgerungen werden durch weitere Beobachtungen bestätigt. Bis Anfang August 2022 wurden laut offiziellen Zahlen 6.4 Millionen Tote vermeldet, die mit oder an COVID-19 verstorben sind. Ein Blick auf die Verlaufskurve der weltweit erfassten „COVID-Todesfälle“ lässt beim Ausrollen der Impfkampagne Ende 2020/Anfangs 2021 keinen relevanten positiven Effekt der „Impfung“ auf die „COVID-Todesfälle“ erkennen (Abb. 1).

Insgesamt steigen die „COVID-Todesfälle“ nach Einführen der «Impfung» im Gegenteil sogar an und stagnieren bis Ende 2021 auf einem hohen Niveau. Bei einem wirksamen Impfstoff wäre selbstverständlich nach einer Ausweitung der internationalen Impfkampagne ein deutlich erkennbares Sinken der Todesfallkurve zu erwarten.

Israel ist ein lehrreiches Beispiel, weil es früher als die meisten anderen Länder hohe Impfquoten erreichte. EuroMomo weist für Israel für Q1 2022, also zu einem Zeitpunkt, als die Mehrheit der Bevölkerung durch die «mRNA-Impfstoffe» angeblich maximal geschützt war, die höchste Übersterblichkeit seit Beginn der «Corona-Krise» überhaupt aus; und dies, obwohl zu dieser Zeit nur die Variante Omikron endemisch war, die etwa zehnmal weniger gefährlich ist als der ursprüngliche Wuhan-Stamm und die Delta-Variante [12]. Anstiege der Übersterblichkeitskurven korrelierten zeitlich mit den Impfkampagnen (Abb. 2). Eine ähnliche zeitliche Korrelation ist auch zwischen Impfungen und Todesfällen zu erkennen, die speziell auf COVID-19 zurückzuführen sind (Daten nicht gezeigt).

In den USA zeigte sich nach Einführung der „COVID-Impfungen“ nicht etwa eine Abflachung, sondern ein anhaltender Anstieg der Gesamtmortalität („All-cause Mortality“, Abb.3).

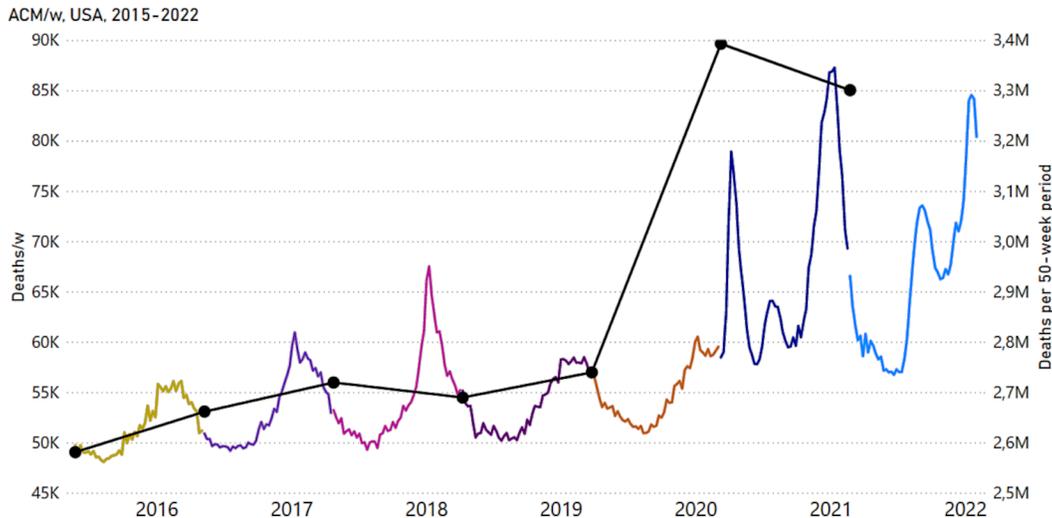


Abbildung 3 Gesamtmortalität nach Woche (Farben) und nach 50-Wochen-Zeitraum (schwarz) in den USA von 2015 bis 2022. Die Daten werden von Woche 21 im Jahr 2015 bis Woche 5 im Jahr 2022 angezeigt. Die verschiedenen Farben zeigen die aufeinanderfolgenden 50-Wochen-Perioden. Adaptiert von Abbildung 12 in [15].

Auch in Australien ist ein ähnliches Phänomen zu beobachten: Nachdem das Australische Gesundheitsministerium im Juli 2022 allen Personen ab 30 Jahren eine 2. «Boosterdosis» der COVID-«Impfung» empfiehlt, verzeichnet das Land, obwohl nach wie vor ungefährliche Omikron-Variante vorherrschend ist, eine Häufung an «COVID-Todesfällen» von noch nie dagewesenem Ausmass (Abb. 4).

3 Auf welche Daten stützen Watson et al. ihre Schlussfolgerungen, dass die „COVID-Impfung“ 14 Millionen Todesfälle verhindert hat?

Bei besagter Studie handelt es sich um eine mathematische Modellierung, die, wie jede Modellierung, von den zu Grunde liegenden Daten abhängt. Ein genauerer Blick auf diese Datengrundlage wirft gravierende Fragen auf und stellt nicht nur den wissenschaftlichen Wert dieser Publikation in Frage, sondern auch ihre Glaubwürdigkeit.

In der „Modellierungsstudie“ von Watson et al. dienen hypothetische und nicht reale Daten als Grundlage:

„For this mathematical modelling study, we used a previously published COVID-19 transmission model and fitting framework to obtain profiles of the COVID-19 pandemic in each country.“

Die Autoren haben somit bereits publizierte Modelle verwendet, um hierauf basierend wiederum neue Daten zu errechnen. Das Problem besteht darin, dass diese publizierten Modelle aus der Anfangszeit der „Pandemie“ stammen und auf Daten beruhen, die spätestens ab 2021 nicht mehr aktuell waren und mittlerweile nachweislich falsch sind. Inzwischen ist bekannt, dass SARS-CoV-2, weder für die Allgemeinbevölkerung, noch für das Gesundheitssystem, aussergewöhnlich gefährlich ist. Bereits zu Beginn der „Pandemie“, also zu einem Zeitpunkt, als der originale Wuhan-Stamm des Virus vorherrschte, lag die Infektionssterblichkeit (infection fatality rate, IFR) bei 0.15%, bei unter 70-Jährigen bei weniger als 0.05%



Abbildung 4 Täglich bestätigte „COVID-Todesfälle“ (pro Million Einwohner) in Australien. Die Graphik wurde von Our World in Data [10] am 24. August 2022 abgerufen.

und bei Kindern bei 0.00% [16]. Die IFR der aktuell zirkulierenden Omikron-Variante ist etwa 10 mal niedriger als diejenige der Wuhan- und Delta-Varianten [12]. Sämtliche Annahmen, auf denen basierend weltweit Millionen von „COVID-Toten“ veranschlagt wurden, sind somit grundlegend falsch und obsolet.

4 Watson et al. verwendeten aufgeblähte „COVID-Todesfallzahlen“

Mittlerweile ist bekannt, dass „COVID-Todesfälle“ weltweit massiv übererfasst wurden, weil in die Fallstatistik sowohl „bestätigte Fälle“ (positiver RT-PCR-Test), als auch „wahrscheinliche Fälle“ mit passender klinischer Symptomatik, aber ohne Bestätigung durch ein positives RT-PCR-Testergebnis, aggregiert einfließen [17]. Dies macht medizinisch keinen Sinn und dient einzig dazu, die Fallstatistik auf unwissenschaftliche Art und Weise aufzublähen.

Das Corman-Drosten-RT-PCR-Test-Protokoll zum Nachweis von SARS-CoV-2 [18] ist wissenschaftlich mehr als nur mangelhaft: Der darauf basierende Test ist nicht validiert, nicht standardisiert, hypersensitiv, wenig spezifisch (Spezifität 98.6% bzw. 92.4% bei Ab- bzw. Anwesenheit anderer Beta-Coronaviren; die Rate falsch positiver Ergebnisse ist folglich 1.4% bzw. 7.6%), deshalb falsch und nicht dafür geeignet, eine Krankheitsaktivität nachzuweisen [19, 20].

Nur bei 5% der in den USA erfassten „COVID-Todesfälle“ war „COVID“ als alleinige Todesursache auf dem Totenschein aufgeführt und eine Erkrankung mit SARS-CoV-2 somit ursächlich für den Tod verantwortlich [21]. Eine Untersuchung in Italien zeigte, dass sogar nur 0.8% der „COVID-Toten“ keine Begleiterkrankung aufwiesen [22]. Anstatt diese Fakten zu berücksichtigen und die Fallzahlen entsprechend nach unten zu korrigieren, behaupten Watson et al. sogar, dass von einer massiven Untererfassung von „COVID-Todesfällen“ ausgegangen werden muss.

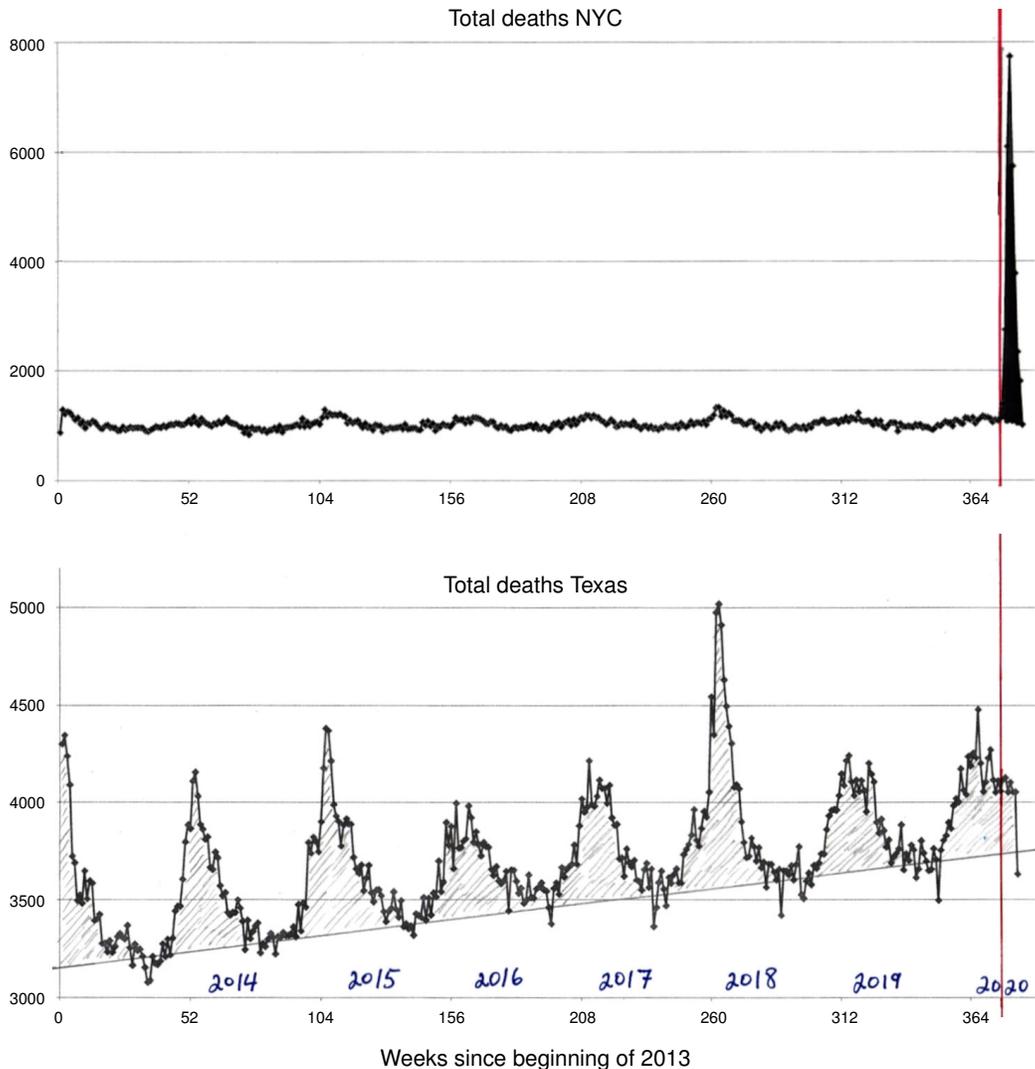


Abbildung 5 Gesamtmortalität in New York City und in Texas vor und nach Ausrufung der «Pandemie» durch die WHO (rote vertikale Linie). Die x-Achse zeigt die Zeit in Wochen seit dem Beginn des Jahres 2013. Unmittelbar nach der Ausrufung der Pandemie kam es in New York City zu einem starken, aber kurzzeitigen Anstieg der Gesamtmortalität, während in Texas kein solches Ereignis zu beobachten war. Es gilt zu beachten, dass die Gesamtmortalität für den Winter 2019/20 deutlich niedriger war als zwei Jahre zuvor; die höhere Sterblichkeitsrate in der vorangegangenen Wintersaison war auf einen weltweiten Ausbruch der Influenza zurückzuführen, die nicht zu einer Pandemie erklärt worden war. Die Grafiken entsprechen den Abbildungen 8 und 10 der Publikation von Rancourt [23].

Würden die von den Modellierungen prophezeiten immensen Zahlen von Menschen, die an COVID verstorben sind, stimmen, dann hätte sich dies vor der Einführung der Impfung in einem konstanten relevanten Anstieg der Übersterblichkeit in den Wintermonaten, in denen die „Corona-Pandemie“ grassierte, bemerkbar machen müssen.

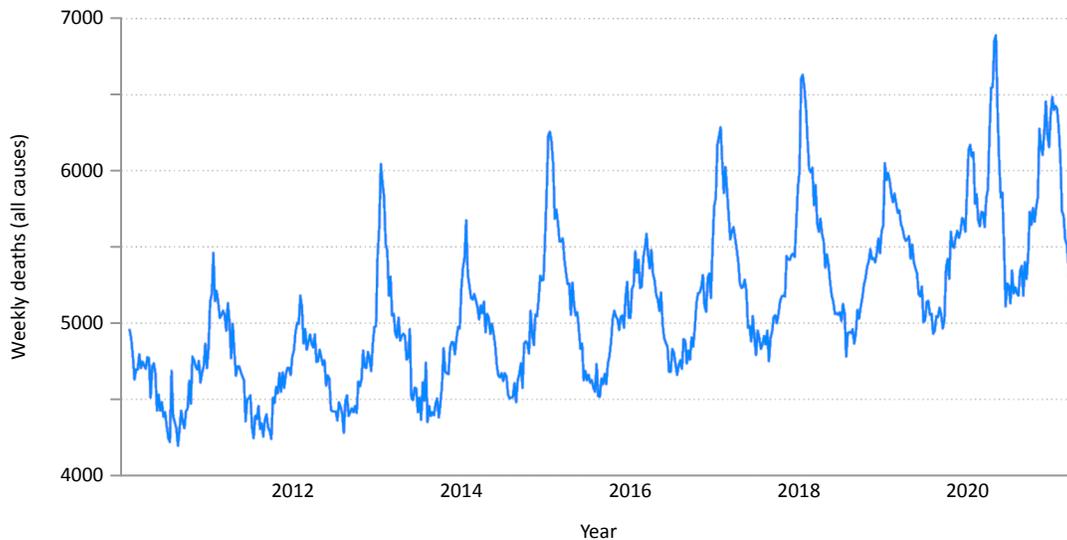


Abbildung 6 Gesamtmortalität in Kanada nach Wochen, 2010-2021. Graphik von Rancourt u. a. [24].

5 Keine relevante Übersterblichkeit im «Pandemiewinter» 2020

Dies ist nachweislich nicht der Fall: Für den Winter 2020 wurde kein relevanter langfristiger Anstieg der Gesamtsterblichkeit („All-Cause Mortality“) beobachtet. Rancourt hat den zeitlichen Zusammenhang zwischen der Ausrufung der «Pandemie» durch die WHO und der Gesamtsterblichkeit in verschiedenen Staaten und Bezirken untersucht [23]. In einigen Regionen wurde ein starker Anstieg der Gesamtsterblichkeit beobachtet, in anderen jedoch nicht. Diese Diskrepanz ist in Abb. 5 für New York City und Texas dargestellt.

Der gesunde Menschenverstand und historische Präzedenzfälle legen nahe, dass die Ausbreitung eines tödlichen Virus nicht an den Grenzen zwischen Staaten oder Provinzen haltmacht. Wäre das Virus tatsächlich tödlich und wirklich neuartig gewesen, dann wäre auch die Welle der Todesfälle in New York nicht innerhalb eines so kurzen Zeitraums abgeklungen, wie aus Abbildung 5 ersichtlich ist. Der steil ansteigende und ebenso rasch wieder abfallende Peak lässt vermuten, dass infizierte Personen aus anderen Regionen nach New York City gebracht wurden, dort (falsch) behandelt wurden und verstarben.

Die Mortalitätskurve für den Bundesstaat Texas zeigt für den Winter 2020 keine Auffälligkeiten, weder vor noch nach der Ausrufung der Pandemie durch die WHO. Das Gleiche gilt auch für andere Regionen wie Kanada (Abb. 6) und Europa. Insgesamt ist für den Winter 2020 kein Muster überhöhter Sterblichkeit erkennbar, welches auf eine aussergewöhnlich schwere und tödliche Viruspandemie hindeutet.

6 Falsche Thesen dienen als Grundlage für die Berechnungen

Die in der „Modellierungsstudie“ von Watson et al. verwendeten Daten beruhen auf Thesen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, die sich mittlerweile als eindeutig falsch erwiesen haben:

1. Dass es keine bestehende Immunität gibt und dass die Pandemie jeden erfasst.
2. Dass sie nur durch politische Massnahmen in ihrem Effekt reduziert werden kann.

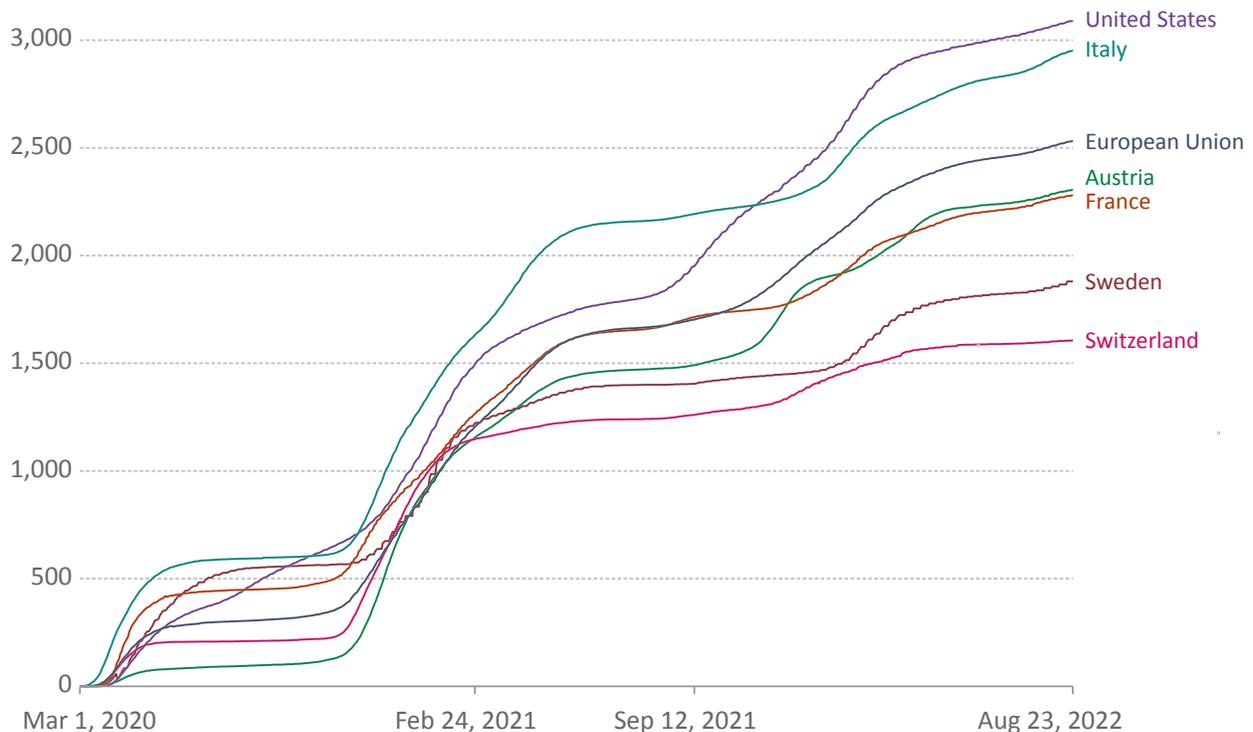


Abbildung 7 Kumulative bestätigte COVID-19-Todesfälle pro Million Menschen in verschiedenen westlichen Ländern, wie angegeben. Grafik entnommen aus [30].

Ad 1: Untersuchungen zeigen, dass SARS-CoV-2 in Italien [25] bereits im September 2019 und in Frankreich [26], bereits im November 2019 endemisch war, was somit für Europa insgesamt gelten dürfte, ohne dass klinisch eine gehäufte Krankheitsaktivität beobachtet wurde. Antikörper gegen SARS-CoV-2 wurden in der Untersuchung in Italien in der präpandemischen Phase bei bis zu 53% der untersuchten asymptomatischen Personen gefunden. Mittlerweile belegen über 90 Studien, dass eine durchgemachte Erkrankung mit SARS-CoV-2 zuverlässig vor einer erneuten Erkrankung, auch mit neuen Varianten, schützt [27]. Reinfektionen mit neuen Varianten sind zwar möglich, aber nicht schwerwiegend [28]. Diese essentiellen Fakten werden von den Autoren gänzlich ignoriert. Sie spekulieren im Gegenteil, dass möglicherweise durch die „Impfung“ noch mehr Todesfälle als die veranschlagten 14 Millionen verhindert worden seien, weil sie in ihren Berechnungen möglicherweise den Einfluss unterschätzt hätten, dass das Immunsystem neue Varianten nicht erkenne und infolgedessen das Risiko für eine erneute Infektion noch höher sei.

Ad2: Über 400 Untersuchungen zeigen, dass nicht pharmazeutische Interventionen wie Lockdowns oder Schulschliessungen zur Verhinderung einer Pandemie mit keinem Nutzen, sondern nur mit Schaden verbunden sind [29]. Schweden schnitt, als eines der Länder, wo kaum Restriktionen zur Anwendung kamen, hinsichtlich der Anzahl von „COVID-Todesfällen“ deutlich besser ab als viele andere Länder mit strengen Lockdown-Massnahmen (Abb. 7).

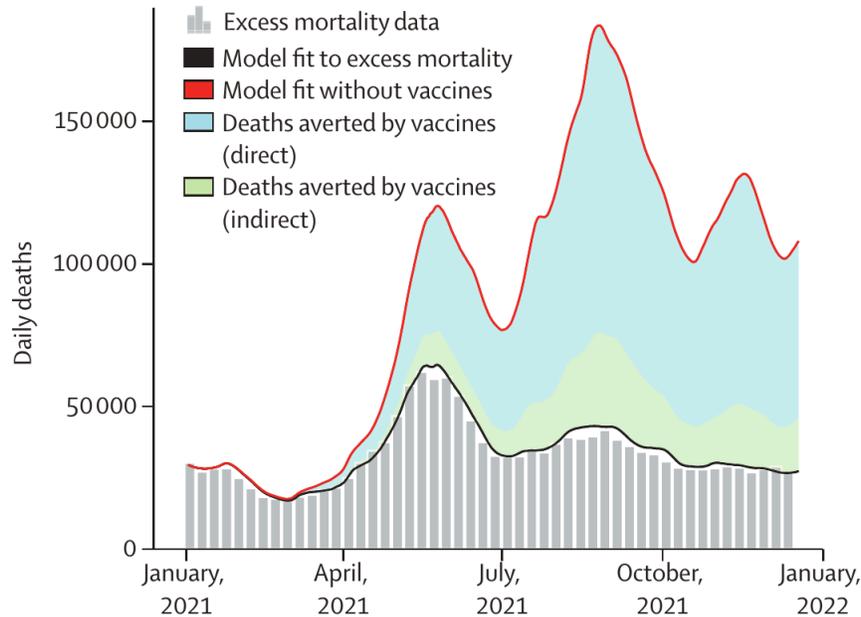


Abbildung 8 Verhinderte globale COVID-19-Todesfälle, laut Watson et al. Mittlere Anzahl der täglichen „COVID-19-Todesfälle“ auf der Grundlage von Schätzungen der Übersterblichkeit (graue vertikale Balken) im ersten Jahr der Impfung. Die Basisschätzung der täglichen COVID-19-Todesfälle, die sich aus der Anpassung des Modells an die Übersterblichkeit ergibt, ist als durchgezogene schwarze Linie dargestellt, während das gegenteilige Szenario, ohne Impfstoffe, als rote Linie eingezeichnet ist. Der Abstand zwischen der roten und der schwarzen Linie ergibt die Schätzung der durch die Impfung verhinderten Todesfälle, wobei der Anteil der durch den direkten Impfschutz verhinderten Todesfälle in Blau und der indirekte Schutz in Grün dargestellt ist. Adaptiert von Abb. 1A in [1].

7 Die Behauptung des «Impferfolges» basiert auf unwissenschaftlichen Kalkulationen

Während die Schätzung der hypothetischen COVID-Sterblichkeit ohne Impfung von Kyle Beattie auf realen Daten beruht, nämlich auf Beobachtungen aus Ländern mit sehr niedriger Impfquote [11], verwenden Watson et al. für ihre Kalkulationen zum vermeintlichen Beweis der Wirksamkeit der „COVID-Impfstoffe“ völlig unrealistische und nachweislich falsche Zahlen. Es werden viel zu hohe hypothetische Todesfallzahlen, die angeblich ohne „Impfung“ eingetroffen wären (orange Kurve) veranschlagt, von denen die offiziell eingetroffenen Todesfallzahlen (schwarze Kurve) subtrahiert werden. Die Differenz wird als „Erfolg der Impfung“ verbucht (Abb. 8). Eine unwissenschaftlichere und irreführendere Vorgehensweise als diese ist nur schwer vorstellbar.

8 Gravierende Interessenskonflikte

Wirft eine Publikation derart viele Fragen auf, wie es hier der Fall ist, dann sollte zwingend ihre Finanzierung ausfindig gemacht werden. Im vorliegenden Fall wurde die „Modellierungstudie“, laut in der Publikation deklariertem „Funding“ u.a. von eben denjenigen Institutionen bezahlt, welche an den „Impfungen“ dank des beeindruckenden „Return on Investment“-Verhältnisses von 20:1 [31], zumindest indirekt, Millionen verdienen.

9 Fazit

Die Hypothese, dass die „COVID-Impfungen“ 14 Millionen „COVID-Todesfälle“ verhindert und die „Pandemie“ somit massgeblich beeinflusst haben, basiert auf unrealistischen Zahlen und nachweislich falschen Kalkulationen. Bis heute haben die experimentellen „Impfstoffe“, für die eine Integration ins menschliche Genom bis heute nicht sicher ausgeschlossen werden [32, 33], sondern im Gegenteil als durchaus möglich in Erwägung gezogen werden muss [34], weder in den Zulassungsstudien noch danach einen relevanten Nutzen belegen können. „Real World Evidence“-Daten zeigen, dass die „COVID-Impfstoffe“ mit einem negativen Effekt behaftet sind und positiv mit einem Anstieg von Erkrankungs- und Todesfallzahlen im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion korrelieren. Die „Modellierungsstudie“ von Watson et al. ist insgesamt als unseriöser, unwissenschaftlicher und unlauterer Versuch zu werten, die „Impfstoffe“ fälschlich in ein positives Licht zu rücken. Die gravierenden Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der „Modellierungsstudie“ von Watson et al. untergraben nicht nur die Glaubwürdigkeit der Publikation selbst, sondern auch diejenige der medizinischen Zeitschrift, welche sie veröffentlicht hat.

10 Danksagung

Wir bedanken uns bei Prof. Harald Walach, der mit seinem Blog-Artikel einen wichtigen Beitrag für diese Stellungnahme geleistet hat [35].

Literatur

- [1] O. J. Watson u. a.: Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *Lancet Infect. Dis.* (2022). PMID: [35753318](#).
- [2] F. P. Polack u. a.: Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N. Engl. J. Med.* 383 (2020), 2603–2615. DOI: [10.1056/nejmoa2034577](#).
- [3] L. R. Baden u. a.: Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N. Engl. J. Med.* 384 (2021), 403–416. PMID: [33378609](#).
- [4] Anonymous: *A phase 1/2/3, placebo-controlled, randomized, observer-blind, dose-finding study to evaluate the safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy of SARS-CoV-2 RNA vaccine candidates against Covid-19 in healthy individuals*. 2020. URL: https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf.
- [5] T. Zaks: *A Phase 3, Randomized, Stratified, Observer-Blind, Placebo-Controlled Study to Evaluate the Efficacy, Safety, and Immunogenicity of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adults Aged 18 Years and Older*. 2020. URL: <https://web.archive.org/web/20220325130049/https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf>.
- [6] P. Olliaro u. a.: COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness—the elephant (not) in the room. *Lancet Microbe* 2 (2021), e279–e280. PMID: [33899038](#).
- [7] Canadian COVID Care Alliance: *Fact Checking The Fact Checkers*. 2022. URL: <https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/01/Fact-Checking-The-Fact-Checkers-1.pdf>.
- [8] A. Latyopva: *Did Pfizer Perform Adequate Safety Testing for its Covid-19 mRNA Vaccine in Preclinical Studies? Evidence of Scientific and Regulatory Fraud*. 2022. URL: <https://doctors4covidethics.org/did-pfizer-perform-adequate-safety-testing-for->

its-covid-19-mrna-vaccine-in-preclinical-studies-evidence-of-scientific-and-regulatory-fraud/.

- [9] S. Latypova: *Moderna's Non-clinical Summary for Spikevax—Evidence of Scientific and Regulatory Fraud*. 2022. URL: <https://www.trialsitenews.com/a/modernas-non-clinical-summary-for-spikevax-evidence-of-scientific-and-regulatory-fraud-fd53b4f7>.
- [10] Our World in Data: *Coronavirus (COVID-19) Deaths*. 2022. URL: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>.
- [11] K. A. Beattie: Worldwide Bayesian Causal Impact Analysis of Vaccine Administration on Deaths and Cases Associated with COVID-19: A Big Data Analysis of 145 Countries. *ResearchGate* (2021). DOI: [10.13140/RG.2.2.34214.65605](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34214.65605).
- [12] Y. Liu u. a.: Reduction in the infection fatality rate of Omicron variant compared with previous variants in South Africa. *Int. J. Infect. Dis.* 120 (2022), 146–149. PMID: [35462038](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35462038/).
- [13] Our World in Data: *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. 2022. URL: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- [14] EuroMomo: *Graphs and maps*. 2022. URL: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>.
- [15] D. G. Rancourt u. a.: COVID-Period Mass Vaccination Campaign and Public Health Disaster in the USA. *ResearchGate* (2022). DOI: [10.13140/RG.2.2.12688.28164](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12688.28164).
- [16] J. P. A. Ioannidis: Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. *Eur. J. Clin. Invest.* 5 (2021), e133554. PMID: [33768536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33768536/).
- [17] CDC: *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2021 Case Definition*. 2021. URL: <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/coronavirus-disease-2019-2021/>.
- [18] V. M. Corman u. a.: Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill.* 25 (2020). PMID: [31992387](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992387/).
- [19] H. Zeichhardt und M. Kammel: *Kommentar zum Extra Ringversuch Gruppe 340 Virusgenom-Nachweis—SARS-CoV-2*. 2020. URL: https://transition-news.org/IMG/pdf/340_de_sars-cov-2_genom_april_2020_20200502j.pdf.
- [20] P. Borger u. a.: *Corman-Drosten review report*. 2020. URL: <https://cormandrostenreview.com/>.
- [21] Anonymous: *Weekly Updates by Select Demographic and Geographic Characteristics*. 2022. URL: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm.
- [22] Anonymous: *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia. Il presente report è basato sui dati aggiornati al 17 Marzo 2020*. 2020. URL: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_17_marzo-v2.pdf.
- [23] D. Rancourt: All-cause mortality during COVID-19: No plague and a likely signature of mass homicide by government response (2020). URL: <https://denisrancourt.ca/entries.php?id=9>.
- [24] D. G. Rancourt u. a.: *Analysis of all-cause mortality by week in Canada 2010-2021, by province, age and sex: There was no COVID-19 pandemic, and there is strong evidence of response-caused deaths in the most elderly and in young males*. 2021. URL: <https://denisrancourt.ca/entries.php?id=104>.
- [25] G. Apolone u. a.: Unexpected detection of SARS-CoV-2 antibodies in the prepandemic period in Italy. *Tumori* 107 (2021), 446–451. PMID: [33176598](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33176598/).

- [26] F. Carrat u. a.: Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort. *Eur. J. Epidemiol.* 36 (2021), 219–222. PMID: [33548003](#).
- [27] P. Alexander: *91 Scientific Studies prove Naturally Acquired Immunity provides better protection than the Covid-19 Vaccines*. 2021. URL: <https://expose-news.com/2021/10/23/91-studies-prove-natural-immunity-is-better-than-covid-19-vaccines/>.
- [28] M. S. Dhar u. a.: Genomic characterization and epidemiology of an emerging SARS-CoV-2 variant in Delhi, India. *Science* 374 (2021), 995–999. PMID: [34648303](#).
- [29] P. Alexander: *More Than 400 Studies on the Failure of Compulsory Covid Interventions (Lock-downs, Restrictions, Closures)*. 2021. URL: <https://brownstone.org/articles/more-than-400-studies-on-the-failure-of-compulsory-covid-interventions/>.
- [30] Our World in Data: *Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people*. 2022. URL: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?time=2020-03-01..latest&facet=none&Metric=Confirmed+deaths&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=SWE~European+Union~USA~AUT~ITA~FRA~CHE>.
- [31] M. J. Belvedere: *Bill Gates: My 'best investment' turned 10 billion into 200 billion worth of economic benefit*. 2019. URL: <https://www.cnbc.com/2019/01/23/bill-gates-turns-10-billion-into-200-billion-worth-of-economic-benefit.html>.
- [32] L. Zhang u. a.: Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 118 (2021). PMID: [33958444](#).
- [33] T. Domazet-Lošo: mRNA vaccines: Why is the biology of retroposition ignored? *Preprint* (2021). DOI: [10.31219/osf.io/uwx32](https://doi.org/10.31219/osf.io/uwx32).
- [34] M. Aldén u. a.: Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line. *Curr. Issues Mol. Biol.* 44 (2022), 1115–1126. PMID: [35723296](#).
- [35] H. Walach: *Ohne Impfung 18 Millionen mehr Tote weltweit? – Wirklich? [Without vaccination 18 million more deaths worldwide? Really?]* 2022. URL: <https://harald-walach.de/2022/08/04/ohne-impfung-18-millionen-mehr-tote-weltweit-wirklich/>.