

Eine trügerische Konstruktion - Warum wir die COVID 19 Sterblichkeitsstatistik in Frage stellen müssen



von Iain Davis
Sonntag, 28. März 2021

Nach Angaben der britischen Regierung sind bis zum 27. März 2021 126.515 Menschen an den Folgen einer Infektion mit Covid-19 gestorben, und weitere 21.610 Menschen sind mit COVID-19 auf ihrem Totenschein gestorben.

Die Regierung behauptet daher, dass insgesamt 148.125 Menschen in Großbritannien an den Folgen von COVID-19 gestorben sind. Wie wir sehen werden, ist diese Behauptung nicht glaubwürdig.

Vertretbare Politik?

Behauptungen über die Sterblichkeit wurden sowohl von der Regierung als auch von den [Mainstream-Medien](#) benutzt, um die politische Reaktion zu rechtfertigen.

Das Tempo der Veränderungen, die durch diese politische Reaktion vorangetrieben wurden, ist erstaunlich. Mit der kürzlichen Ankündigung des Gesundheitsministers Matt Hancock, die [britische Gesundheitssicherheitsbehörde zu gründen](#) und *Maßnahmen zu ergreifen, um "Infektionskrankheiten und andere Gesundheitsgefahren einzudämmen,*

bevor sie auftreten", ist klar, dass die neue (Ab-)Normalität der Regierung hier ist, um zu bleiben.

Es gibt eindeutig eine Agenda; eine, die vollständig auf der Idee basiert, dass COVID-19 eine signifikante Bedrohung darstellt. Der primäre Beweis, der zur Untermauerung dieser Behauptung angeboten wird, ist die vermutete COVID-19-Mortalität.

Altersstandardisierte Sterblichkeit

Genau wie bei fast jeder anderen Todesursache steigt das COVID-19-Risiko proportional mit dem Alter. Statistiken für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zeigen ein Sterberisiko zwischen 0,0166 % und 0,0046 %, je nachdem, wem man glaubt. Das COVID-19-Risiko für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist statistisch unbedeutend. Für die unter 18-Jährigen ist es statistisch gesehen Null.

Das Sterberisiko betrifft Männer überproportional. Im Jahr 2018 lag das durchschnittliche Sterbealter für Männer bei etwa 80 Jahren und für Frauen bei 83 Jahren in England und Wales.

Das Durchschnittsalter der COVID-19-Todesfälle liegt knapp über 82 Jahren. Wenn wir die Standard-Mortalitätsverteilung betrachten, gibt es keine beobachtbaren Auswirkungen von COVID-19.

Auch die Gesamtsterblichkeit in Großbritannien gibt keinen Anlass zur Panik.

Das ONS veröffentlichte Daten, die für das Jahr 2020 eine Gesamtzahl von 607.173 Todesfällen aus allen Ursachen in England und Wales schätzen. Angesichts der demografischen Veränderungen im Laufe der Zeit verwendet das ONS altersstandardisierte Sterberaten (ASMRs), um relative Sterberaten zu berechnen. Die ASMR zeigte, dass 2020 das schlechteste Jahr für die Sterblichkeit im letzten Jahrzehnt war.

ASMRs waren in der Nachkriegszeit kontinuierlich rückläufig. Dieser Rückgang stoppte abrupt im Jahr 2009, als die wirtschaftlichen Auswirkungen der globalen Finanzkrise ihren Tribut forderten. Danach zeigte sie einen marginalen Anstieg bis 2019. Die Sterblichkeit in den Jahren 2020 und 2021 sollte im Zusammenhang mit einer globalen Finanzkrise gesehen werden, die die *Kreditkrise* von 2008 in den Schatten stellt.

AGE STANDARDISED MORTALITY

ENGLAND & WALES: 1971 - 2020

ASMRs ACCOUNT FOR CHANGES TO POPULATION SIZE AND AGE STRUCTURE



Die ASMR schwanken jährlich, und 2020 zeigte sich ein deutlicher Anstieg über den 5-Jahres-Durchschnitt der Sterblichkeitsrate. Dies war höher als die meisten Anstiege, aber keineswegs "beispiellos". ASMR's in [England seit 1938](#) zeigen ähnliche Anstiege in 1947, 1949, 1951, 1958, 1963, 1970, 1972, 1976, 1985, 1993 und 2014.

Die meisten dieser ASMR-Spitzen lagen in der Region von 35 bis 45 Punkten. Zum Beispiel stieg der ASMR im Jahr 2014 um 40,2, im Jahr 1993 um 38,4 und im Jahr 1985 um 46,3 Punkte. Im Jahr 1947 stieg sie um 90,5, 1963 um 83,5, 1970 um 104,9 und 1951 um 216,3. Der Anstieg von 118,5 im Jahr 2020 ist also keineswegs der schlechteste.

Die Zahl der Todesopfer im Jahr 1951 wurde auf die Grippeepidemie zurückgeführt, die einige Teile Großbritanniens (vor allem Liverpool) heimsuchte, andere aber relativ unbeschadet ließ. Bis zum heutigen Tag hat die Wissenschaft damit zu [kämpfen, dies zu erklären](#).

2020 hatte nicht nur nicht die höchste Sterblichkeitsrate in der Nachkriegszeit, sondern auch [nicht die](#) höchste Sterblichkeitsrate im 21. Jahrhundert. 2020 rangierte auf Platz 9, von 20 aufeinanderfolgenden Jahren, für die Sterblichkeit aller Ursachen in England und Wales. Es war das 11. am wenigsten gefährliche Jahr in den letzten 50 Jahren.

Obwohl es keine statistischen Beweise für eine beispiellose *globale Pandemie* in England und Wales (und auch nicht in Schottland und Nordirland) gibt, sagt dies wenig darüber aus, wie viele Todesfälle tatsächlich auf COVID-19 zurückzuführen waren. Es sagt auch nichts darüber aus, an welchem Punkt wir unsere Rechte, Freiheiten, die Ausbildung der Kinder und die Wirtschaft im Dienste der öffentlichen Gesundheit opfern sollten.

Wir haben sie sicherlich nicht 1947, 1963, 1970 und auch nicht 1951 geopfert. Warum war 2020 anders?

PCR bedeutet nicht COVID

Für die Zwecke dieser Analyse werden wir die höhere Angabe der Regierung von 148.000 Todesfällen verwenden. Die überwiegende Mehrheit dieser Todesfälle wurde auf der Grundlage eines positiven RT-PCR-Tests zugeschrieben. Das britische Coronavirus-Gesetz macht einen klaren Unterschied zwischen dem Virus und der Krankheit. Es besagt:

Coronavirus bedeutet Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom Coronavirus 2 (SARS-CoV-2); *Coronavirus-Krankheit* bedeutet COVID-19 (die offizielle Bezeichnung der Krankheit, die durch Coronavirus verursacht werden kann).

SARS-CoV-2 und COVID-19 sind nicht dasselbe. Das nachgewiesene Vorhandensein von SARS-CoV-2 bedeutet nicht, dass die Person COVID-19 hat oder entwickeln wird.

Daher beweist die Zuordnung der Sterblichkeit allein aufgrund eines positiven Testergebnisses in keiner Weise, dass die Person an COVID-19 gestorben ist. Das Ausmaß, in dem die Krankheit einen Tod verursacht oder dazu beigetragen hat, ist eine genaue medizinische Bewertung. Die britische Regierung hat einen Prozess zur Bescheinigung und Registrierung von Todesfällen geschaffen, bei dem dies in einer unbekannt Anzahl von Fällen nicht der Fall war. Wir müssen wissen, wie hoch diese Zahl ist.

COVID-19 hat eine ausgeprägte Präsentation, die eine sorgfältige Diagnose erfordert. Die *einzigartigen* Symptome sind schwere Hypoxämie (niedriger Sauerstoffgehalt im Blut), Hyperkapnie (erhöhte Co₂-Sättigung im Blut) und ungewöhnlicherweise kein entsprechender Verlust der Compliance des Atemsystems.

Die Messung des Gasaustauschs und der Flüssigkeitsretention in der Lunge erscheint normal, während der Patient in schweren Fällen nach Atem ringt. Dies ist anders als bei anderen grippeähnlichen Erkrankungen (ILI's).

Dennoch beschreibt der NHS eine Liste von COVID-19-Symptomen, die auf jede ILI zurückzuführen sein könnten. Hohes Fieber, anhaltender Husten und Verlust von Geschmack und Geruch werden mit vielen in Verbindung gebracht. Obwohl es sich hierbei um öffentliche Informationen handelt, die uns bei der Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen oder einen Test zu machen, helfen sollen, erweitert sich die Liste der möglichen Ursachen weiter, da der NHS angibt, dass nur eines dieser Symptome möglicherweise auf COVID-19 hinweist.

Ohne genaue symptomatische Diagnose ist es schwierig, COVID-19 von einer Reihe anderer Atemwegserkrankungen zu unterscheiden. Eine Studie der Universität von Toronto fand:

Die Symptome können variieren, wobei einige Patienten asymptomatisch bleiben, während andere mit Fieber, Husten, Müdigkeit und einer Vielzahl anderer Symptome auftreten. Die Symptome können ähnlich wie bei Patienten mit Grippe oder Erkältung sein.

Eine [Cochran-Review-Metaanalyse](#) der verfügbaren Studien suchte nach einer klaren Definition der COVID-19-Symptome. Veröffentlicht im Juni 2020, stellten die Reviewer fest:

Die einzelnen Anzeichen und Symptome, die in dieser Überprüfung enthalten sind, scheinen sehr schlechte diagnostische Eigenschaften zu haben ... Basierend auf den derzeit verfügbaren Daten sind weder das Fehlen noch das Vorhandensein von Anzeichen oder Symptomen genau genug, um eine Erkrankung auszuschließen oder zu bestätigen.

Selbst mit fortschrittlicher Diagnostik, wie z. B. einer Computertomographie (CT), lässt sich nicht immer ein eindeutiges Ergebnis erzielen. Eine Studie, die versucht, die [Differentialdiagnose mit CT-Scans](#) zu verbessern, fand:

Obwohl in aktuellen Studien über typische und atypische CT-Bildbefunde von COVID-19 berichtet wird, überschneiden sich die CT-Bildmerkmale von COVID-19 mit denen von viraler Pneumonie und anderen Atemwegserkrankungen. Daher ist es schwierig, eine exklusive Diagnose zu stellen.

Unabhängig von ihrem SARS-CoV-2-Teststatus könnten Patienten mit Verdacht auf COVID-19 ohne eine sehr genaue Diagnose der Symptome an einer von einer Reihe von ILIs leiden. Nochmals: Ein positives Testergebnis bedeutet nicht, dass der Patient an COVID-19 gestorben ist, auch wenn er entsprechende Symptome hatte.

Meldungen von Infektionskrankheiten

In England und Wales ist es für alle registrierten Ärzte gesetzlich vorgeschrieben, ihrer örtlichen Gesundheitsbehörde [alle Verdachtsfälle von meldepflichtigen Krankheiten zu](#) melden. Die Liste der meldepflichtigen Infektionskrankheiten (NOIDS) [enthält COVID-19](#). Dies ist nicht optional.

Alle diagnostizierenden Ärzte müssen einen NOIDS-Bericht ausfüllen, wenn sie eine Diagnose stellen. Testlabore sind außerdem verpflichtet, Public Health England (PHE) über positive Tests auf meldepflichtige Krankheiten zu informieren.

Laut dem Faktenchecker FullFact gab es im gesamten Jahr 2020 [18.152 COVID-19-Meldungen](#) von Ärzten.

Dennoch behauptet die Regierung, dass es in England und Wales im selben Jahr [70.853 COVID-19-Todesfälle](#), geschweige denn *Fälle, gab*.

Fullfact bot eine Erklärung für diese scheinbar große Diskrepanz:

Menschen mit Covid-Symptomen wird geraten, sich testen zu lassen, aber nicht ihren Arzt aufzusuchen. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass Ärzte so wenige Fälle der Krankheit über NOIDS gemeldet haben. Seitdem Covid in Großbritannien weit verbreitet ist und auf andere Weise überwacht wird, ist es auch möglich, dass Ärzte es für wenig notwendig hielten, PHE weiterhin über jeden Fall zu informieren.

Dies ist nicht glaubwürdig. Es stimmt zwar, dass den Leuten gesagt wurde, sie sollten nicht zum Arzt gehen, wenn sie den Verdacht haben, COVID-19 zu haben, aber eine Diagnose durch einen Arzt war trotzdem irgendwann notwendig. Eine Selbstdiagnose bietet normalerweise keinen Zugang zu einer Krankenhausbehandlung. Die Andeutung von FullFact, dass Ärzte einseitig beschlossen haben, sich nicht um ihre gesetzlichen Pflichten zu kümmern, ist lächerlich.

Dieser massive Unterschied zwischen den gemeldeten Fällen, der späteren COVID-19-Mortalität und NOIDS zeigt, dass die Ärzte bei der Erfüllung der Meldepflicht weitgehend auf Labortests angewiesen waren. Dies verleiht der Vorstellung, **dass Labortests in der überwältigenden Mehrheit der COVID-19-Diagnosen die führende Determinante waren**, erhebliches Gewicht.

Bis Mitte August 2020 wurde ein britischer COVID-19-Todesfall gemeldet, wenn der Verstorbene zu irgendeinem Zeitpunkt in den vorangegangenen Monaten *positiv getestet worden war*. Eine Person kann im März positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden sein, im August an Krebs gestorben sein und anschließend als COVID-19-Statistik erfasst worden sein.

Die wissenschaftliche Begründung dafür gab es nicht. Die von Wissenschaftlern der Universität Oxford durchgeführten Untersuchungen analysierten das COVID-19 Hospitalisation in England Surveillance System (CHESS) und berechneten die durchschnittliche Zeit zwischen Infektion (positiver Test) und Sterblichkeit auf 26,8 Tage.

Und so änderte sich dieser Ansatz auf Druck der Öffentlichkeit und der Wissenschaft dahingehend, dass ein COVID-19-Todesfall nur noch innerhalb von 28 Tagen nach einem *positiven Test* erfasst wird. Dennoch würde die britische Regierung nicht von ihrem aufgeblähten Zahlensystem ablassen, das nichts als statistische Verwirrung hinzufügt, verkündeten sie:

In England wird auch ein neuer wöchentlicher Satz von Zahlen veröffentlicht, der die Anzahl der Todesfälle zeigt, die innerhalb von 60 Tagen nach einem positiven Test auftreten. **Todesfälle, die nach 60 Tagen auftreten, werden ebenfalls zu dieser Zahl hinzugezählt, wenn COVID-19 auf dem Totenschein erscheint.**

Die methodische Änderung vom August reduzierte die behaupteten COVID-19-Todesfälle allein in England um 5.377. Dies änderte nichts an der Anzahl der Menschen, die an COVID-19 gestorben waren, es änderte nur die Anzahl der Menschen, die *angeblich* an COVID-19 gestorben waren.

Dies war nicht die einzige bemerkenswerte Änderung des Datenerfassungsprozesses. Kurz vor dem signifikanten Anstieg der Sterblichkeit im Frühjahr, am 30. März 2020, berichteten die MSM, dass die Regierung das ONS angewiesen hatte, die Art und Weise zu ändern, wie sie COVID-19-Todesfälle erfassen. Bislang meldete das ONS einen COVID-19-Todesfall nur dann, wenn er als direkte oder zugrundeliegende Ursache erfasst wurde. Dies wurde geändert, um "*Erwähnungen*" von COVID-19 zu erfassen. Eine Sprecherin des ONS sagte:

Sie wird auf Erwähnungen von Covid-19 auf Totenscheinen basieren. Sie wird Verdachtsfälle von Covid-19 enthalten, bei denen jemand nicht positiv auf Covid-19 getestet wurde.

Die Meldung der COVID-19-Komorbiditätsraten wurde im Juli "pausiert" und muss noch wieder aufgenommen werden. Die letzte veröffentlichte ONS-Analyse, die direkt die Anzahl der Vorerkrankungen für Todesfälle "mit" COVID-19 auf der Sterbeurkunde erwähnt, wurde für den Zeitraum bis zum 30. Juni 2020 veröffentlicht.

Daraus erfuhren wir, dass 91,1 % der vermeintlichen COVID-Todesfälle mindestens eine schwere zusätzliche Komorbidität aufwiesen. Die durchschnittliche Anzahl der Komorbiditäten bei den unter 70-Jährigen lag bei 2,1 und bei der großen Mehrheit der über 70-Jährigen bei 2,3.

Es ist absurd zu behaupten, dass ein Verstorbener, der Krebs und eine Lungenentzündung hatte und gerade operiert worden war, aber vier Wochen zuvor positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde, vernünftigerweise als COVID-19-Todesfall eingestuft werden könnte. Doch genau das ist passiert und passiert bis heute.

Covid-19 heilt die Grippe

COVID-19 heilte auch Grippe und andere Atemwegserkrankungen, wie z. B. Adenovirus. Anfang Januar ist immer ein Zeitraum mit bemerkenswerten Grippeausbrüchen, daraus resultierenden Krankenhauseinweisungen und Sterblichkeit. Dies wird deutlich, wenn man sich den Weekly Influenza Report von PHE für Woche 2 in jedem Jahr vor 2020 ansieht.

Im Jahr 2020 gab es laut dem neu kombinierten PHE Weekly Influenza and COVID Report so gut wie keine Grippefälle, Behandlungen oder damit verbundene Todesfälle.

Das ONS notiert alle Details auf einer Sterbeurkunde. In ihrem Mortalitäts-Roundup für den Zeitraum Januar bis August 2020 gaben sie an:

Grippe und Lungenentzündung wurde auf mehr Totenscheinen erwähnt als COVID-19, jedoch war COVID-19 die zugrunde liegende Todesursache bei mehr als dreimal so vielen Todesfällen zwischen Januar und August 2020.

Wie können Grippe und Lungenentzündung auf mehr Totenscheinen auftauchen als COVID-19, wenn es, wie die Medien und PHE behaupten, ausgerottet wurde? Es scheint, dass die Ärzteschaft das Memo nicht bekommen hat.

Eine systemische Zwickmühle

Ein positiver SARS-CoV-2-Test scheint der Hauptgrund für die Zuordnung der Sterblichkeit zu sein. Nur die anspruchsvollste Diagnose kann zwischen COVID-19-Symptomen und anderen ILI's differenzieren. Ist es glaubwürdig, dass Grippe und

Lungenentzündung auf mehr Totenscheinen stehen, COVID-19 aber auf dreimal so vielen medizinischen Todesursachenbescheinigungen (MCCDs) als Todesursache angegeben wird?

Dies sind eher rhetorische Fragen. Der Grund, warum bizarre Anomalien wie diese auftraten, ist, dass die Aufnahme von COVID-19 als Todesursache praktisch unvermeidbar war.

Der Coronavirus Act überholte die MCCD- und Todesregistrierungsprozesse. Darüber hinaus führten Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der Kodierung sowie Richtlinien des NHS und anderer medizinischer Behörden zu einer systemischen *Zwickmühle*.

In England und Wales wird ein MCCD online unter Verwendung der von der WHO empfohlenen Kodierung ausgefüllt. Die MCCD ist in Abschnitte unterteilt. Teil 1. a) *"Krankheit oder Zustand, der direkt zum Tod führt"*; b) *"Andere Krankheit oder Zustand, falls vorhanden, der zu (a) führt"*; und c) *"Andere Krankheit oder Zustand, falls vorhanden, der zu (b) führt"*.

Teil 2 erfasst *"Andere signifikante Bedingungen, die zum Tod beigetragen haben, aber nicht mit der Krankheit oder dem Zustand zusammenhängen, der den Tod verursacht hat."* Zum Beispiel kann eine Person an Herzversagen gestorben sein, das durch eine Lungenentzündung verursacht wurde, aber Fettleibigkeit, obwohl sie nicht direkt mit der unmittelbaren Todesursache zusammenhängt, könnte dazu beigetragen haben und würde daher in Teil 2 erfasst werden.

Bei einer Atemwegserkrankung kann die direkte Todesursache ein akutes Atemnotsyndrom (ARDS) sein. Dies kann z. B. durch eine Lungenentzündung hervorgerufen werden, die durch eine Influenza verursacht wurde. In diesem Fall würde die unmittelbare Todesursache in Teil 1. a) als ARDS, ausgelöst durch eine Lungenentzündung in Teil 1. b), und die zugrundeliegende Ursache in Teil 1. c) als Influenza eingetragen werden.

Die WHO Family of International Classifications (WHOFIC) Network Classification and Statistics Advisory Committee (CSAC) erstellte neue International Classification of Diseases-Codes (ICD-10-Codes) für COVID-19. Wenn der Verstorbene positiv getestet wurde oder mit jemandem in Kontakt war, der positiv getestet hatte, war ein registrierter COVID-19-Todesfall praktisch eine vollendete Tatsache.

Ein *"bestätigter Fall"* war allein von einem positiven Testergebnis abhängig und wurde mit dem Code U07.1 versehen. Beobachtbare Symptome waren nicht notwendig, um den Code U07.1 auf einem Totenschein zu vermerken.

Ein COVID-19-Verdachtsfall wurde als U07.2 kodiert. Ein Verstorbener, von dem bekannt ist, dass er Kontakt zu einer SARS-CoV-2-positiven Person hatte, die zwar weder positiv getestet wurde noch selbst Symptome aufwies, wurde als COVID-19-Verdachtsfall betrachtet und mit dem Code U07.2 versehen.

Weder für die Codes U07.1 noch für U07.2 war ein Nachweis erforderlich, dass der Erblasse COVID-19 hatte.

Da der Code U07.1 einen "*bestätigten Fall*" anzeigte, würde ein positiver Test auf SARS-CoV-2 fast automatisch COVID-19 als Todesursache *bestätigen*, es sei denn, der Verstorbene starb an etwas, das offensichtlich nicht damit zusammenhing, z. B. an einem Kopftrauma.

Die WHO hat diesen Prozess in ihren internationalen MCCD-Kodierrichtlinien klar beschrieben. Sie definierten, was Tod "*aufgrund*" von COVID-19 ist:

Ein Todesfall aufgrund von COVID-19 ist für Überwachungszwecke definiert als ein Todesfall infolge einer klinisch kompatiblen Erkrankung, in einem wahrscheinlichen oder bestätigten COVID-19-Fall, es sei denn, es gibt eine eindeutige alternative Todesursache, die nicht mit der COVID-Erkrankung in Verbindung gebracht werden kann (z. B. Trauma). Zwischen Erkrankung und Tod sollte kein Zeitraum der vollständigen Genesung von COVID-19 liegen. Ein Todesfall aufgrund von COVID-19 darf nicht auf eine andere Krankheit (z. B. Krebs) zurückgeführt werden.

Eine klinisch kompatible Krankheit könnte jede ILI sein. Selbst wenn die Person an Krebs gestorben ist, solange sie positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde oder der Arzt Atemnot vermutete, würde der Tod als "*aufgrund*" von COVID-19 registriert werden. COVID-19 würde wieder als *zugrundeliegende* Ursache gemeldet werden.

Zusätzliche Richtlinien der WHO besagen:

COVID-19 sollte auf der ärztlichen Bescheinigung der Todesursache für ALLE Verstorbenen vermerkt werden, bei denen die Krankheit den Tod verursacht hat oder von der angenommen wird, dass sie ihn verursacht oder zu ihm beigetragen hat. Obwohl beide Kategorien, U07.1...und U07.2..., für die Kodierung..... der Todesursache geeignet sind, wird empfohlen, COVID-19 nur für Mortalitätszwecke vorläufig in U07.1 zu kodieren, es sei denn, es wird als wahrscheinlich oder vermutet angegeben.

Wenn ein Arzt unsicher war und lediglich einen *wahrscheinlichen* COVID-19-Fall *vermutete*, wurde ihm klar geraten, diesen auf dem MCCD als *bestätigten* Fall (U07.1 und nicht U07.2) zu erfassen. Auch dies würde sicherstellen, dass es als "*zugrundeliegende Ursache*" gemeldet wird.

Das Office of National Statistics gab an:

Zu den Todesfällen, die mit dem Coronavirus (COVID-19) in Verbindung stehen, gehören solche, die eine Ursache oder einen Hinweis auf U07.1 (COVID-19, Virus identifiziert) oder U07.2 (COVID-19, Virus nicht identifiziert) haben ...

Wenn der Arzt standhaft bliebe und COVID-19 als U07.2 in Teil 2 des MCCD kodieren würde, würde das ONS (und die NRS und NISA) es trotzdem als COVID-19-Todesfall melden.

Im Klaren

Der Coronavirus Act stellte alle NHS-Ärzte von jeglichen Ansprüchen wegen Fehlverhaltens oder Fahrlässigkeit frei. Es beseitigte die Notwendigkeit eines zweiten medizinischen Gutachtens (Medical Examiner), es schloss sowohl Post-Mortem-Untersuchungen als auch von Geschworenen geleitete Leichenschauen effektiv aus, erlaubte praktisch jedem, als qualifizierter Informant zu fungieren und erleichterte eine schnelle Einäscherung.

Als Reaktion auf das Coronavirus-Gesetz und die IC10-Kodierung der WHO gab der NHS eine Anleitung für Ärzte zum Ausfüllen der medizinischen Bescheinigung der Todesursache (MCCD) heraus. Der COVID-19-Todesbescheinigungs- und -registrierungsprozess, den sie produzierten, entbehrt jeglicher Grundlage. Im Rahmen der Anleitung handelten sie auf eigene Faust, ohne ein bestätigendes Gutachten:

Jeder Arzt mit GMC-Registrierung kann das MCCD unterschreiben, auch wenn er den Verstorbenen während seiner letzten Krankheit nicht behandelt hat.

Anwesend sein heißt auch nicht untersuchen. Es reicht aus, den Verstorbenen per Zoom zu besuchen. Wenn der unterzeichnende MCCD-Arzt den Verstorbenen erst nach dem Tod gesehen hat, ist eine Durchsicht der Notizen immer noch ausreichend, um einen COVID-19-Todesfall zu erfassen, vorausgesetzt, der Test war positiv. Der NHS gab an, dass COVID-19 überall aufgezeichnet werden kann:

Ein Arzt hat den Verstorbenen innerhalb von 28 Tagen vor dem Tod besucht (einschließlich Sicht-/Videokonsultation) oder den Körper nach dem Tod persönlich besichtigt.

Im Einklang mit den WHO-Kodierrichtlinien ist nicht einmal ein positives Testergebnis erforderlich. Die NHS-Richtlinie fügte hinzu:

Wenn der Patient vor dem Tod Symptome hatte, die typisch für eine COVID-19-Infektion sind, aber das Testergebnis nicht vorliegt, ist es zufriedenstellend, "COVID-19" als Todesursache anzugeben ... Unter den Umständen, dass kein Abstrich vorliegt, ist es zufriedenstellend, das klinische Urteil anzuwenden.

Der NHS schuf daraufhin ein System der Ferntodesbescheinigung:

In Zeiten übermäßiger Todesfälle aufgrund von COVID-19 werden die Gesundheitsdienstleister ermutigt, Mediziner, deren Aufgabe normalerweise nicht die direkte Patientenversorgung umfasst, wie z. B. einige Gerichtsmediziner, zur indirekten Unterstützung einzusetzen, indem sie als engagierte Zertifizierer arbeiten und MCCDs ausfüllen.

Diese speziellen *Zertifizierer sind* zwar medizinisch qualifiziert, haben aber die Aufgabe, COVID-19 MCCDs abzuzeichnen. Allgemeinmediziner und Krankenhausärzte sammeln Berichte, z. B. aus einer Durchsicht der medizinischen Aufzeichnungen des Verstorbenen oder einer Videokonferenz mit einem

Pflegedienstleister, und leiten diese Informationen an den speziellen *COVID-19-Zertifizierer* zum Ausfüllen der MCCD weiter.

Der NHS wies darauf hin, dass für die Zuordnung eines COVID-19-Todes kein Nachweis erforderlich sei. Sie erklärten:

Ohne diagnostischen Nachweis, falls angemessen und um Verzögerungen zu vermeiden, kann der Arzt im MCCD eine "2" einkreisen (Informationen aus der Obduktion können später verfügbar sein)

Die Vermutung, dass eine Obduktion *vorliegen könnte*, ist unplausibel.

Zusätzliche Richtlinien, die vom [Royal College of Pathologists](#) herausgegeben wurden, besagen:

Wenn ein Todesfall vermutlich auf eine bestätigte COVID-19-Infektion zurückzuführen ist, muss wahrscheinlich keine Obduktion durchgeführt werden, und es sollte eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache ausgestellt werden.

Wenn man bedenkt, dass die WHO *verdächtige* U07.2-Todesfälle als *bestätigte* U07.1-Todesfälle kodiert hatte, ist die Chance, dass etwas anderes als ein *bestätigter COVID-19-Todesfall* einen Pathologen erreicht, extrem gering. Jede MCCD, die "*ohne diagnostischen Beweis*" unterschrieben wird, würde mit ziemlicher Sicherheit vom Pathologen ohne weitere Prüfung akzeptiert werden. Der bloße Akt, COVID-19 irgendwo auf dem MCCD zu vermerken, reichte aus, um die Notwendigkeit einer Obduktion zu negieren.

Dieses neue System der Todesbescheinigung, das speziell für COVID-19 entwickelt wurde, hat verständlicherweise für Verwirrung gesorgt. Der [Leitfaden](#) der British Medical Association zur [Verifizierung des Todes](#) rät, dass, wenn kein unterzeichnender Arzt den Verstorbenen vor dem Ausfüllen des MCCD gesehen hat, dieser an den Gerichtsmediziner verwiesen werden sollte. Dies war jedoch nur eine politische Empfehlung und keine gesetzliche Vorschrift.

Im Gegensatz dazu riet der Chief Coroner:

COVID-19 ist eine natürlich vorkommende Krankheit und kann daher eine natürliche Todesursache sein ... Das Ziel des Systems sollte sein, dass jeder Todesfall durch COVID-19, der rechtlich nicht die Überweisung an den Gerichtsmediziner erfordert, über den MCCD-Prozess behandelt wird.

Das bedeutet, dass ein Gerichtsmediziner, selbst wenn er eine Überweisung von einem Arzt erhält, mit hoher Wahrscheinlichkeit automatisch die MCCD ohne weitere Untersuchung genehmigen wird. Da eine Obduktion bereits faktisch ausgeschlossen wurde, wird es für den Gerichtsmediziner wenig Sinn machen, weitere Untersuchungen durchzuführen.

NHS-Mitarbeiter und Betreuer, denen all dies vielleicht unangenehm war, haben sich keinen Illusionen hingegen. Die Verwendung von [drakonischen Krankenhaus-Trust](#)

Nachrichtensperren (Non Disclosure Agreements) sind weithin berichtet. Pflegekräfte, die sich geäußert haben, wurden entlassen.

Um dieses unglaubliche COVID-19-Todesmeldesystem abzuschließen, wurde mit dem Coronavirus-Gesetz auch die standardmäßige Zweitmeinung, die vor einer Einäscherung erforderlich war, aufgehoben. Die Notwendigkeit, das Einäscherungsformular⁵ auszufüllen, wurde für alle COVID-19-Todesfälle aufgehoben.

Vermeintliche COVID-19 Verstorbene können ohne eindeutige Beweise, dass sie jemals die Krankheit hatten, eingeäschert werden, ungeachtet des Wunsches ihrer Familie, was jede Chance einer Untersuchung durch skeptische Familienmitglieder schnell beendet.

Was war die Todesursache?

SAGE bewertete die mittlere operative Falsch-Positiv-Rate (FPR) für RT-PCR in Großbritannien mit 2,3 % aller durchgeführten Tests. Die Regierung sagt, dass sie etwas mehr als 118 Millionen Tests durchgeführt haben, von denen 4,3 Millionen positiv waren. Darin enthalten ist eine unbekannt Anzahl von Mehrfachtests der gleichen Person. Eine mittlere FPR von 2,3 % legt nahe, dass 2,7 Mio. dieser 4,3 Mio. positiven Tests falsch-positiv waren. Dies entspricht 62,7 % aller positiven Testergebnisse.

Wie wir bereits erörtert haben, ist es sehr wahrscheinlich, dass Labortests die primäre Determinante für eine Diagnose von COVID-19 waren. Daher ist es nicht unvernünftig zu vermuten, dass mindestens 50% der behaupteten COVID-19-Todesfälle auf der Basis von falsch-positiven Befunden zugeschrieben wurden. Wir können die behaupteten 148.000 auf 74.000 COVID-19-Todesfälle halbieren.

Die ONS-Mortalitätsdaten für 2020 für England zeigten einen Rückgang der Todesfälle durch eine Reihe anderer Ursachen.

Die Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten lagen 1.450 unter dem 5-Jahres-Durchschnitt. Zerebrovaskuläre Erkrankungen gingen um 2.276 zurück, bösartige Neubildungen der Atemwege um 1.537, chronische Erkrankungen der unteren Atemwege um 2.764 und Todesfälle durch Grippe und Lungenentzündung lagen 7.313 unter dem 5-Jahres-Durchschnitt. Eine offensichtliche Reduktion von 15.340 Todesfällen durch andere Ursachen.

Es scheint sehr wahrscheinlich, dass diese Todesfälle fälschlicherweise als COVID-19 erfasst wurden.

Wie wir oben gesehen haben, hatten etwa 90% der vermeintlichen COVID-19 Verstorbenen mindestens eine andere Komorbidität. Wenn wir die 148.125 Zahlen der Regierung verwenden, könnten wir daher behaupten, dass nur etwa 15.000 von ihnen an und nicht mit der Krankheit starben.

Ist dieser Anspruch gerechtfertigt? Nun, bedenken Sie Folgendes:

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales [veröffentlichte eine Studie](#) über Bewohner von Pflegeheimen, die angeblich die Gesamtzahl der *bestätigten Fälle* angab. Unter dieser Zahl behaupteten sie:

80,9 % der Bewohner, die positiv getestet wurden, waren asymptomatisch.

Eine Meta-Analyse des [Oxford Centre for Evidence Based Medicine](#) ergab, dass die Asymptomrate unter den positiv Getesteten zwischen 5 % und 80 % schwankt. Wenn keine Symptome vorhanden sind, kann die Krankheit nicht zu einem Todesfall beigetragen haben.

Wenn man alles in Betracht zieht, von hohen Raten an Komorbidität, zu niedrigen Raten an symptomatischen Personen, den Auswirkungen von falsch-positiven Tests und einem Sterbebescheinigungssystem, das stark darauf ausgerichtet ist, COVID-19 als zugrundeliegende Ursache zu erfassen, dann ist es vernünftig zu schließen, dass die Gesamtzahl der Todesfälle durch Covid-19 weder 148.000 noch 126.000 beträgt, sondern viel näher an 15.000 liegt.

(Mehr von Iain Davis lesen Sie in seinem Blog unter [In This Together](#))

Quelle: <https://www.ukcolumn.org/article/deceptive-construction-why-we-must-question-covid-19-mortality-statistics>
20210415 DT (<https://stopreset.ch>)

A Deceptive Construction - Why We Must Question The COVID 19 Mortality Statistics



by Iain Davis
Sunday, 28th March 2021

According to the UK Government, as of 27 March 2021, 126,515 people have died as a result of contracting Covid-19, and an additional 21,610 people have died with COVID-19 on their death certificates.

The government alleges, therefore, that a total of 148,125 people in the UK have died as a result of COVID-19. As we shall see, this claim is not credible.

Justifiable Policy?

Claims about mortality have been used by both the government and [the mainstream media](#) to justify the policy response.

The pace of change driven by that policy response has been astonishing. With Health Secretary Matt Hancock's recent announcement of the [creation of the UK Health Security Agency](#) and its commitment to take "*action to mitigate infectious diseases and other hazards to health before they materialise,*" it is clear the government's new (ab)normal is here to stay.

There is clearly an agenda; one entirely founded upon the idea that COVID-19 presents a significant threat. The primary evidence offered to substantiate this claim is suggested COVID-19 mortality.

Age Standardised Mortality

Just like nearly every other mortality cause, COVID-19 risks increase proportionately with age. Statistics for those of working age show a population mortality risk of between 0.0166% and 0.0046%, depending upon [who you believe](#). The COVID-19 risk to the working age population is statistically insignificant. For the under 18's it is statistically zero.

Mortality risk [disproportionately impacts](#) men. In 2018 the [average age of death](#) for men was approximately 80, and 83 for women in England and Wales.

The average age of [COVID-19 death](#) is just over 82. When we look at standard mortality distribution, there is no observable impact from COVID-19.

UK all cause mortality doesn't suggest any need to panic either.

The [ONS released data](#) estimating a total of 607,173 deaths from all causes in England and Wales for 2020. Given demographic changes over time, the ONS use [Age Standardised Mortality Rates](#) (ASMR's) to calculate relative death rates. The ASMR showed that [2020 was the worst year](#) for mortality in the last decade.

ASMR's were in continual decline throughout the post war period. That decline stopped abruptly in 2009 as the economic impact of the global financial crisis took its toll on public health. Thereafter it showed a marginal rise to 2019. Mortality in 2020 and 2021 should be seen in the context of a global financial crisis that dwarfs the *credit crunch* of 2008.

AGE STANDARDISED MORTALITY RATE

ENGLAND & WALES: 1971 - 2020

ASMRs ACCOUNT FOR CHANGES TO POPULATION SIZE AND AGE STRUCTURE



UKCOLUMN

ASMR's fluctuate annually and 2020 showed a significant increase above the 5 year average mortality rate. This was higher than most rises but by no means "unprecedented." ASMR's in [England since 1938](#) show similar increases in 1947, 1949, 1951, 1958, 1963, 1970, 1972, 1976, 1985, 1993 and 2014.

Most of these spikes in ASMR's were in the region of 35 to 45 points. For example, in 2014 the ASMR rose by 40.2, in 1993 by 38.4 and in 1985 by 46.3 points. It rose by 90.5 in 1947, by 83.5 in 1963, it went up by 104.9 in 1970 and in 1951 by 216.3. So the 2020 rise of 118.5 is by no means the worst.

The death toll in 1951 was attributed to the the influenza epidemic which struck some parts of the UK (most notably Liverpool) but left others relatively unscathed. To this day science has [struggled to account for this](#).

2020 not only didn't have the highest mortality rate in the post war period, it [didn't have](#) the highest mortality rate in the 21st century either. 2020 ranked 9th, out of 20

consecutive years, for all cause mortality in England and Wales. It was the 11th least dangerous year in the last 50.

While there is no statistical evidence of an unprecedented *global pandemic* in England and Wales (nor in Scotland and Northern Ireland) this tells us little about how many deaths were genuinely attributable to COVID-19. Nor does it indicate at which point we should sacrifice our rights, freedoms, children's educations and economy in the service of public health.

We certainly didn't sacrifice them in 1947, 1963, 1970, nor even in 1951. Why was 2020 different?

PCR Does Not Mean COVID

For the purposes of this analysis, we will use the government's higher claim of 148,000 deaths. The vast majority of these deaths were attributed based upon a positive RT-PCR test. The UK Coronavirus Act makes a clear distinction between the virus and the disease. It states:

Coronavirus means severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2); *coronavirus disease* means COVID-19 (the official designation of the disease which can be caused by coronavirus).

SARS-CoV-2 and COVID-19 are not the same thing. The detected presence of SARS-CoV-2 does not mean the person has or will develop COVID-19.

Therefore the attribution of mortality based solely upon a positive test result in no way proves the person died of COVID-19. The extent to which the disease caused or contributed towards a death is a precise medical assessment. The UK government created a death certification and registration process where this did not occur in an unknown number of cases. We need to know what that number is.

COVID-19 has a distinct presentation that requires careful diagnosis. The *unique* symptoms are severe hypoxemia (low blood oxygen levels), hypercapnia (elevated blood Co2 saturation) and unusually no corresponding loss of respiratory system compliance.

Measurement of gaseous exchange and fluid retention in the lungs appears normal, meanwhile the patient, in serious cases, struggles to breath. This is unlike other influenza like illnesses (ILI's).

Yet the NHS describe a list of COVID-19 symptoms that could be attributable to any ILI. A high temperature, continuous cough and loss of taste and smell are associated with many. While this is public information, intended to guide our decision to seek medical advice or a test, the list of possible causes expands further given that the NHS state just one of these symptoms possibly indicates COVID-19.

Without precise symptomatic diagnosis, it is difficult to distinguish COVID-19 from a range of other respiratory illnesses. A study from [the University of Toronto](#) found:

The symptoms can vary, with some patients remaining asymptomatic, while others present with fever, cough, fatigue, and a host of other symptoms. The symptoms may be similar to patients with influenza or the common cold.

A [Cochran Review meta analysis](#) of available studies looked for a clear definition of COVID-19 symptoms. Published in June 2020, the reviewers noted:

The individual signs and symptoms included in this review appear to have very poor diagnostic properties ... Based on currently available data, neither absence nor presence of signs or symptoms are accurate enough to rule in or rule out disease.

Even using advanced diagnostics, such as a computer tomography (CT) scan, won't always provide a clear result. A study attempting to improve [differential diagnosis using CT scans](#) found:

Although typical and atypical CT image findings of COVID-19 are reported in current studies, the CT image features of COVID-19 overlap with those of viral pneumonia and other respiratory diseases. Hence, it is difficult to make an exclusive diagnosis.

Regardless of their SARS-CoV-2 test status, without a very accurate diagnosis of symptoms, suspected COVID-19 patients could be suffering from one among a range of ILI's. Again, a positive test result does not mean the patient died from COVID-19, even if they had corresponding symptoms.

Notifications of Infectious Diseases

In England and Wales it is a legal requirement for all registered medical practitioners to notify their local health authority of [any suspected cases of notifiable diseases](#). The list of Notifiable Infectious Diseases (NOIDS) [includes COVID-19](#). This is not optional.

All diagnosing doctors must complete a NOIDS report upon making a diagnosis. Testing laboratories are also required to notify Public Health England (PHE) of positive tests for notifiable diseases.

According to the fact checker FullFact there were [18,152 COVID-19 notifications](#) made by doctors in the whole of 2020.

Yet the government claim that there were 70,853 COVID-19 deaths, never mind cases, in England and Wales in the same year.

Fullfact offered an explanation for this apparent huge discrepancy:

People with Covid symptoms are advised to get a test, but not to visit their doctor, which may be part of the reason why doctors reported so few cases of the disease through NOIDS. Since Covid became widespread in the UK, and began to be

monitored in other ways, it is also possible that doctors felt there was little need to continue notifying PHE about each case.

This is not credible. While it is true that people were told not to go to a doctor if they suspected they had COVID-19, a diagnosis by a doctor was still necessary at some point. Self diagnosis doesn't usually afford access to hospital treatment. The suggestion by FullFact that doctors unilaterally decided not to bother with their statutory obligations is ridiculous.

What this massive difference between claimed cases, subsequent COVID-19 mortality and NOIDS indicates, is that Doctors were largely reliant upon laboratory testing to fulfil the duty to notify the authorities. This adds considerable weight to the notion that laboratory testing was the leading determinant in the overwhelming majority of COVID-19 diagnosis.

Until mid August 2020, a UK COVID-19 death was reported if the decedent had *tested positive* at any point during the preceding months. An individual may have tested positive for SARS-CoV-2 in March, have died of cancer in August and subsequently have been recorded as a COVID-19 statistic.

The scientific rationale for this did not exist. Research conducted by [scientists at Oxford University](#) analysed the COVID-19 Hospitalisation in England Surveillance System (CHESS) and calculated the average time between infection (positive test) and mortality to be 26.8 days.

And so, in response to public [and scientific pressure](#) this approach changed to only recording a COVID-19 death within 28 days of a *positive test*. Still the UK government would not let go of its inflated number system, adding nothing but statistical confusion, they announced:

In England, a new weekly set of figures will also be published, showing the number of deaths that occur within 60 days of a positive test. Deaths that occur after 60 days will also be added to this figure if COVID-19 appears on the death certificate.

The August methodological change [reduced claimed COVID-19 deaths](#) by 5,377 in England alone. This didn't make any difference to the number of people who had died from COVID-19, it just changed the number of people who had *reportedly* died from COVID-19.

This wasn't the only notable change to the data gathering process. Just before the significant spring spike in mortality, on the 30th March 2020, [the MSM reported](#) that the government had instructed the ONS to change the way they record COVID-19 deaths. Hitherto the ONS only reported a COVID-19 death if it was recorded as the direct or underlying cause. This was changed to recording "*mentions*" of COVID-19. A spokesperson for the ONS said:

It will be based on mentions of Covid-19 on death certificates. It will include suspected cases of Covid-19 where someone has not been tested positive for Covid-19.

The [reporting of COVID-19 comorbidity rates](#) was "paused" in July and has yet to resume. The final [published ONS analysis](#) that directly reported the number of pre-existing conditions for deaths "with" COVID-19 mentioned on the death certificate, was released for the period ending 30 June 2020.

From this we learned that 91.1% of alleged COVID deaths had at least 1 serious additional comorbidity. The mean number of comorbidities for those under 70 was 2.1 and for the vast majority over 70 it was 2.3.

It is preposterous to claim that a decedent who had cancer, pneumonia and had just had surgery, but tested positive for SARS-CoV-2 four weeks earlier, could reasonably be categorised as a COVID-19 death. Yet that is precisely what happened, and continues to happen to this day.

Covid-19 Cures the Flu

COVID-19 also cured influenza and other respiratory disease, such as adenovirus. Early January is always a period of notable influenza outbreaks, resultant hospital admissions and mortality. This is evident if we look at PHE's Weekly Influenza Report for week 2 [in any year prior to 2020](#).

In 2020, according to [the newly combined](#) PHE Weekly Influenza and COVID Report, there have been virtually no cases of influenza, treatment or related deaths.

The ONS note all the details on a death certificate. In their mortality roundup for the January to August 2020 period they stated:

Influenza and pneumonia was mentioned on more death certificates than COVID-19, however COVID-19 was the underlying cause of death in over three times as many deaths between January and August 2020.

How can flu and pneumonia possibly be on more death certificates than COVID-19 if, [as the media](#) and PHE allege, it has been wiped out? It seems the medical profession didn't get the memo.

A Systemic Catch-22

A positive SARS-CoV-2 test appears to be the primary reason for attribution of mortality. Only the most fastidious diagnosis can differentiate between COVID-19 symptoms and other ILI's. Is it credible to believe that flu and pneumonia are on more death certificates but that COVID-19 is deemed the cause of death on three times as many Medical Certificates of Cause of Death (MCCD's)?

These are somewhat rhetorical questions. The reason why bizarre anomalies like this occurred is because recording COVID-19 as the cause of death was practically unavoidable.

The Coronavirus Act overhauled the MCCD and death registration processes. In addition, World Health Organisation Coding changes and guidance issued by the NHS and other medical authorities combined to create a systemic *Catch-22*.

In England and Wales an MCCD is completed online using the [WHO's recommended coding](#). The MCCD is split into sections. Part 1. a) "*Disease or condition directly leading to death*"; b) "*Other disease or condition, if any, leading to (a)*"; and c) "*Other disease or condition, if any, leading to (b)*".

Part 2 records "*Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it.*" For example, a person may have died from heart failure caused by pneumonia but obesity, though not directly related to the immediate cause of death, could have contributed and would therefore be recorded in Part 2.

In the case of respiratory disease, the direct cause of death could be Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). This may be brought on by, for example, pneumonia which was caused by influenza. In this instance the direct cause of death would be recorded in Part 1. a) as ARDS, prompted by pneumonia in Part 1. b), and the underlying cause would be set as influenza in Part 1. c).

The WHO Family of International Classifications (WHOFIC) Network Classification and Statistics Advisory Committee (CSAC) created new International Classification of Diseases codes (ICD-10 codes) for COVID-19. If the decedent had tested positive, or had been in contact with anyone else who had, a recorded COVID-19 death was practically a fait accompli.

A "*confirmed case*" was [dependent solely upon a positive test result](#) and was given the code U07.1. Observable symptoms were not necessary for U07.1 code to be recorded on a death certificate.

A *suspected* COVID-19 case was coded as U07.2. A decedent known to have had contact with a SARS-CoV-2 positive person who, while neither testing positive nor having any symptoms themselves, was deemed a *suspected/probable* COVID-19 case and given the code U07.2.

Neither the U07.1 nor the U07.2 codes required any evidence that the decedent had COVID-19.

As the U07.1 code indicated a "*confirmed case*," unless the decedent passed away from something obviously unrelated, such as head trauma, a SARS-CoV-2 positive test would almost automatically *confirm* COVID-19 as the *underlying* cause of death.

The WHO clearly described this process in their [International MCCD coding guidelines](#). They defined what death "*due*" to COVID-19 was:

A death due to COVID-19 is defined for surveillance purposes as a death resulting from a clinically compatible illness, in a probable or confirmed COVID-19 case, unless there is a clear alternative cause of death that cannot be related to COVID disease (e.g. trauma). There should be no period of complete recovery from COVID-19

between illness and death. A death due to COVID-19 may not be attributed to another disease (e.g. cancer).

A clinically compatible illness could be any ILI. Even if the individual died from cancer, as long as they tested positive for SARS-CoV-2, or the Doctor suspected respiratory distress, the death would be registered as "*due to*" COVID-19. COVID-19 would again be the reported as the *underlying* cause.

Additional WHO guidance stated:

COVID-19 should be recorded on the medical certificate of cause of death for ALL decedents where the disease caused, or is assumed to have caused, or contributed to death. Although both categories, U07.1...and U07.2are suitable for cause of death coding.....it is recommended, for mortality purposes only, to code COVID-19 provisionally to U07.1 unless it is stated as probable or suspected.

If a doctor was uncertain and merely *suspected a probable* COVID-19 case, they were clearly advised to record it on the MCCD as a *confirmed* case (U07.1 and not U07.2). Again, ensuring it would be reported as the "*underlying cause.*"

The Office of National Statistics stated:

Deaths involving the coronavirus (COVID-19) include those with an underlying cause, or any mention, of U07.1 (COVID-19, virus identified) or U07.2 (COVID-19, virus not identified) ...

If the Doctor held firm and coded COVID-19 as U07.2 on Part 2 of the MCCD, the ONS (and the NRS and NISA) would still report it as a COVID-19 death.

In the Clear

The Coronavirus Act indemnified all NHS doctors against any claims of malpractice or negligence. It removed the need for a second medical opinion (Medical Examiner), it effectively ruled out both post-mortem examinations and jury-led coroner's inquests, allowed virtually anyone to act as the qualified informant and facilitated rapid cremation.

In response to the Coronavirus Act and WHO IC10 coding, the NHS issued guidance to doctors for the completion of the Medical Certificate of Cause of Death (MCCD). The COVID-19 death certification and registration process they produced beggars belief. Under the guidance, acting on their own without any corroborating opinion:

Any medical practitioner with GMC registration can sign the MCCD, even if they did not attend the deceased during their last illness.

Attend doesn't mean examine either. Checking in with the decedent via Zoom is sufficient. Failing that, if the MCCD signing doctor has only seen the decedent after

death, providing they have tested positive, a review of their notes is still sufficient to record a COVID-19 death. The NHS stated COVID-19 could be recorded wherever:

A medical practitioner has attended the deceased (including visual/video consultation) within 28 days before death, or viewed the body in person after death.

In keeping with the WHO coding guidelines, there isn't even any need for a positive test result. The NHS guidance added:

If before death the patient had symptoms typical of COVID-19 infection, but the test result has not been received, it would be satisfactory to give 'COVID-19' as the cause of death ... In the circumstances of there being no swab, it is satisfactory to apply clinical judgement.

The NHS then created a system of remote death certification:

During periods of excess deaths due to COVID-19, healthcare providers are encouraged to redeploy medical practitioners whose role does not usually include direct patient care, such as some medical examiners, to provide indirect support by working as dedicated certifiers, completing MCCDs.

These dedicated *certifiers*, though medically qualified, are tasked with signing off COVID-19 MCCD's. GP's and hospital physicians gather reports, perhaps from a review of the deceased's medical notes or a video conference with a care home provider, and pass that information to the dedicated COVID-19 *certifier* for MCCD completion.

The NHS advised that no proof was required for the attribution of a COVID-19 death. They stated:

Without diagnostic proof, if appropriate and to avoid delay, medical practitioners can circle '2' in the MCCD (information from post-mortem may be available later)

This suggestion that a post mortem *may be available* is implausible.

Additional guidance issued by the [Royal College of Pathologists](#) states:

If a death is believed to be due to confirmed COVID-19 infection, there is unlikely to be any need for a post-mortem examination to be conducted and the Medical Certificate of Cause of Death should be issued.

Bearing in mind that the WHO had instructed *suspected* U07.2 deaths to be coded as *confirmed* U07.1 deaths, the chance of anything other than *confirmed COVID-19 death* reaching a pathologist is extremely remote. Any MCCD signed "*without diagnostic proof*" would almost certainly be agreed by the pathologist without further scrutiny. The mere act of putting COVID-19 anywhere on the MCCD was enough to negate the need for a post mortem.

This new death certification system, specifically designed for COVID-19, has understandably caused confusion. The British Medical Association's [verification of](#)

[death guidance](#) advises that if no signing doctor has seen the decedent prior to completing the MCCD they should refer it to the coroner. However, this was only a policy recommendation not a legal requirement.

Contradicting this, the Chief Coroner advised:

COVID-19 is a naturally occurring disease and therefore is capable of being a natural cause of death ... The aim of the system should be that every death from COVID-19 which does not in law require referral to the coroner should be dealt with via the MCCD process.

This means that even if a coroner receives a referral from a doctor, they will be highly likely to automatically approve the MCCD without further inquiry. Since a post mortem has already effectively been ruled out, there will be little point in the coroner investigating further.

NHS staff and carers who may have been uncomfortable with all this have been under no illusions. The use of [draconian Hospital Trust gagging orders](#) (non disclosure agreements) are widely reported. Carers who have spoken out [have been sacked](#).

To finalise this unbelievable COVID-19 death registration system, the Coronavirus Act also withdrew the standard second opinion required prior to cremation. The need to complete [Cremation form 5](#) was suspended for all COVID-19 deaths.

Alleged COVID-19 decedents can be cremated without any clear evidence that they ever had the disease, regardless of their family's wishes, swiftly ending any chance of any investigation by sceptical family members.

What was the Cause of Death?

SAGE assessed the UK mean operational false positive rate (FPR) for RT-PCR to be [2.3% of all conducted tests](#). The government say they have conducted just over 118M tests of which 4.3M were positive. This includes an unknown number of multiple tests of the same individual. A mean FPR of 2.3% suggests 2.7M of those 4.3M positive tests were false positives. This equates to 62.7% of all positive test results.

As we have already discussed it is highly likely that laboratory testing was the primary determinant for a diagnosis of COVID-19. Therefore it is not unreasonable to surmise that at least 50% of claimed COVID-19 deaths were attributed on the basis of false positives. We can halve the claimed 148,000 to 74,000 COVID-19 deaths.

The 2020 [ONS mortality data](#) for England showed a reduction in deaths from a number of other causes.

Deaths from Ischaemic heart diseases were 1,450 below the 5 year average. Cerebrovascular disease was down by 2,276, malignant respiratory neoplasm by 1,537, chronic lower respiratory disease by 2,764 and influenza and pneumonia deaths

were 7,313 below the 5 year average. An apparent reduction of 15,340 deaths from other causes.

It seems highly likely that these deaths were wrongly recorded as COVID-19.

As we have seen above, approximately 90% of supposed COVID-19 decedents had at least one other comorbidity. Using the Government's 148,125 figure, we might claim, therefore that only something like 15,000 of these died *of*, rather than *with*.

Is this claim justifiable? Well, consider this:

The Department of Health and Social Care [published a study](#) of residents in care homes which purported to show the total number of *confirmed* cases. Among this number they claimed:

80.9% of residents who tested positive were asymptomatic.

A meta analysis by the [Oxford Centre for Evidence Based Medicine](#) found that asymptomatic rates among those who tested positive varied between 5% - 80%. If there are no symptoms, then the disease cannot have contributed towards a death.

Taking everything into account, from high rates of comorbidity, to low rates of symptomatic individuals, the impact of false positives on testing and a death certification regime heavily biased towards recording COVID-19 as the underlying cause, then it is reasonable to conclude that the total number of deaths from Covid-19 is not 148,000, nor 126,000, but much closer to 15,000.

[You can read more by Iain Davis on his blog at [In This Together](#)]

Quelle: <https://www.ukcolumn.org/article/deceptive-construction-why-we-must-question-covid-19-mortality-statistics>
20210415 DT (<https://stopreset.ch>)