Prof. Dr. Peter Dierich 27.06.2025

Statistiken gegen die COVID-”Impfstoff”-Lüge

0. Vorbemerkungen

Der Vortrag formuliert statistische Aussagen zu medizinischen Sachverhalten. Diese Aussagen werfen Fragen auf, die aber nicht von einem Mathematiker / Statistiker beantwortet werden können. Sie dienen als Anregungen für die Medizin, nach Antworten zu suchen und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen.

Der Begriff Corona-*Pandemie* wird im Sinne der neuen Definition der Weltgesundheitsorganisation von 2009 benutzt. Mit Pandemie ist gemeint, dass es sich um eine weltweite Verbreitung einer Krankheit (oder eines Virus) handelt, ohne etwas über die Schwere der Krankheit auszusagen. Die Politik hat die ursprünglich einschüchternde Bedeutung des Begriffes allerdings weiter weidlich zur Angst- und Panikmache genutzt.

Der Begriff COVID-*”Impfung”* kommt im Text verständlicherweise sehr häufig vor. Der Autor geht davon aus, dass es sich bei dieser Impfung um keine Impfung im eigentlichen Sinne handelt (und auch nicht als solche von der EMA zugelassen ist) und deshalb immer mit Anführungsstrichen geschrieben werden müsste. Zur besseren Lesbarkeit (und aus Bequemlichkeit) wird aber darauf verzichtet.

Im Weiteren wird der Begriff *Impftote* benutzt, wenn aus statistischen Quellen die “gemeldeten Verdachtsfälle unerwünschter Nebenwirkungen mit tödlichem Ausgang” recherchiert werden. Dies scheint mehr als gerechtfertigt zu sein, weil die passiven Erfassungssysteme (VAERS, EMA, Yellow Card) alle unter einem äußerst hohen Untererfassungsfaktor (20 bis 40) leiden.

Im Text wird von der Anzahl der COVID-*Infektionen* gesprochen, obwohl die Anzahl der positiven Corona-Tests gezählt wurde. Es soll bewusst auf den Unterschied hingewiesen werden; im Text wird aber trotzdem der übliche Begriff COVID-Infektionen verwendet.

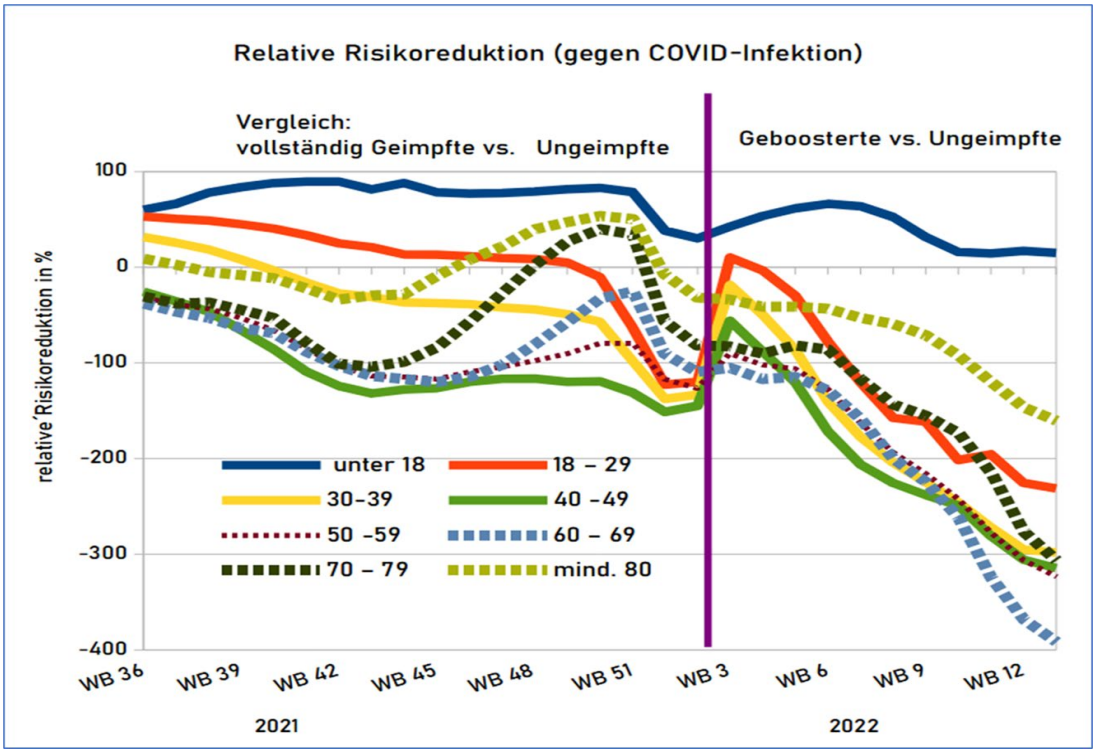
1. Reale Impfwirksamkeit

In den offiziellen Mitteilungen werden fast ausschließlich nur die in den Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller angegebenen Impfwirksamkeiten angegeben. Diese entstammen aber aus zeitlich begrenzten Beobachtungen, die unter “Laborbedingungen” entstanden sind und bei denen häufig modifizierte Technologien bei der Herstellung der Impfstoffe verwendet wurden.

Die reale Wirksamkeit der COVID-Impfung kann aber wirklichkeitsnäher bestimmt werden, wenn Daten - untergliedert nach dem Impfstatus – für die Anzahl der COVID-Infektionen, der daraus resultierenden Anzahl der notwendigen Hospitalisierungen und die Anzahl der COVID-Todesfälle (jeweils bezogen auf die Anzahl der Personen in dem entsprechenden Impfstatus → Inzidenz) vorliegen. Dies ist zumindest in den **Wochenberichten**[1)] der Kalenderwoche 36 des Jahres 2021 bis zur KW 13 / 2022 von der britischen Gesundheitsbehörde UKHSA (UK Health & Security Agency), die die Daten der ca. 60 Millionen Menschen von England und Wales umfasst, veröffentlicht worden. Die Wochenberichte

1) https://assets.publishing.service.gov.uk/media/624d5090d3bf7f32b5aa072a/Vaccine-surveillance-report-week-13.pdf

beziehen sich immer auf den 4-Wochen-Zeitraum davor. Jeder neue Bericht streicht die am längsten zurückliegende Woche und nimmt die Daten der neuen Woche auf. So kann das Geschehen (und die Veränderungen) recht kontinuierlich verfolgt werden.
Die Wochenberichte vergleichen u.a. die Raten von COVID-Infektionen von Geimpften und Ungeimpften (jeweils bezogen auf 100.000 Personen), abgekürzt: Inzidenz COVID-Infektionen. Durch Differenzbildung der Inzidenz Ungeimpfter und Inzidenz Geimpfter geteilt durch die Inzidenz Ungeimpfter erhält man die Relative Risikoreduktion (RRR) der COVID-Impfung gegen COVID-Infektionen. Diese Relative Risikoreduktion entspricht der realen Impfwirksamkeit. Die Abbildung 1 zeigt die zeitliche Entwicklung der realen Impfwirksamkeit für 8 verschiedene Altersgruppen, die aus den 29 Wochenberichten ermittelt wurden. Dabei ist zu beachten, dass bis zur KW 02 /2022 der Vergleich zwischen Grund-immunisierten (zweifach geimpft) und Ungeimpften und ab KW 03 / 2022 zwischen Geboosterten (mindestens dreifach geimpft) und Ungeimpften erfolgte.



<u>Abbildung 1</u>: Zeitliche Entwicklung der relative Risikoreduktion gegen Infektion (nach Altersgruppen)

Die Abbildung 1 zeigt, dass bereits zu Beginn der Veröffentlichungen (KW36/2021) in mehreren Altersgruppen die reale Impfwirksamkeit gegen COVID-Infektionen negativ war. Die Impfkampagne im Herbst 2021 bringt eine vorübergehende Verbesserung (aber immer noch im negativen Bereich bleibend). Mit Dominanz der Omikron-Variante fällt die Impfwirksamkeit sehr rasch ab. Die Gesundheitsbehörde stellt deshalb mit Wochenbericht KW03/2022 den Vergleich von Ungeimpften zu Geboosterten (statt zu Grundimmunisierten) um. Man erkennt wieder eine kurze Verbesserung mit einem sich anschließenden katastrophalen Abfall der Impfwirksamkeit.
Die berechnete relative Risikoreduktion (reale Impfwirksamkeit) für die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen (letzter Punkt der blau gestrichelten Kurve) beträgt für Monat März 2022 (WB13/2022) **– 400 %.** Das bedeutet, dass sich Geboosterte in dieser Altersgruppe 5-mal häufiger mit COVID infizierten als Ungeimpfte !

Die für eine Impfung äußerst desaströse Situation ist unverkennbar. Die Reaktion der britischen Gesundheitsbehörde darauf, die **Veröffentlichung dieser Daten** mit dem Wochenbericht 13 / 2022 **ersatzlos einzustellen** ist aus Sicht des Autors äußerst beschämend und verantwortungslos. Das noch stärkere Versagen der Impfung gegen eine COVID-Infektion ist wahrscheinlich, aber durch Daten nicht mehr verfügbar …

An dieser Stelle soll fairerweise gegenüber der britischen Gesundheitsbörde erwähnt werden, dass in Deutschland das Robert-Koch-Institut (RKI) **nie** auswertbare Daten dieser Art (nach Impfstatus unterschieden) veröffentlicht hat. In den Wochenberichten des RKI werden nur etwa 10 % der Fälle nach Impfstatus aufgeführt, angeblich aus Datenschutzgründen.

Die Abbildung 2 fasst die 8 Altersgruppen durch ein gewichtetes arithmetisches Mittel (gewichtet nach dem Anteil der Altersgruppen in der Bevölkerung) zu einer Kurve zusammen.

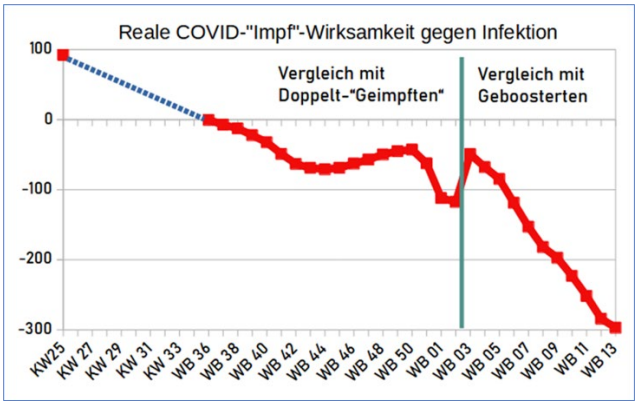


Abbildung 2: Reale Impfwirksamkeit gegen Infektion (über alle Altersgruppen gemittelt)

Das Brisante in der Abbildung 2 ist, dass bereits am 06.09.2021 (WB26/2021) bekannt war, dass die COVID-Impfung keinen positiven Einfluss auf die Eindämmung des Infektionsgeschehen hatte und im März 2022 eine durchschnittliche negative Impfwirksamkeit von ca. **- 300 %** aufwies (über alle Altersgruppen gemittelt: **Geboosterte infizierten sich mit COVID 4-mal häufiger als Ungeimpfte**).
Das Wissen (aus offiziellen staatlichen Daten) lag also bereits vor, als auch noch in Deutschland die allgemeine Impfpflicht diskutiert und die sektorale Impfpflicht eingeführt wurde, wo der Weltärzteverbandspräsident Montgomery von der „Pandemie der Ungeimpften“ sprach und der damalige Oppositionsführer Friedrich Merz behauptete „die Ungeimpften nehmen das Land in Geiselhaft“.
Später wurde zugegeben, dass die COVID-Impfung nicht so gut gegen Infektion schützt (es wurde aber nie zugegeben, dass offensichtlich nur noch die Impfung die Pandemie 2022 /23 „am Laufen“ gehalten hat), aber schwere COVID-Verläufe und COVID-Todesfälle reduziert.

Auch dafür liefern die Wochenberichte der britischen Gesundheitsbehörde die Daten. In den Abbildungen 3 (RRR gegen Hospitalisierung) und 4 (RRR gegen COVID-Todesfälle) sind die Daten aus den WB03 bis WB13/2022 (Vergleich Geboosterte mit Ungeimpften) für die Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen und der mind. 80-Jährigen ausgewertet.

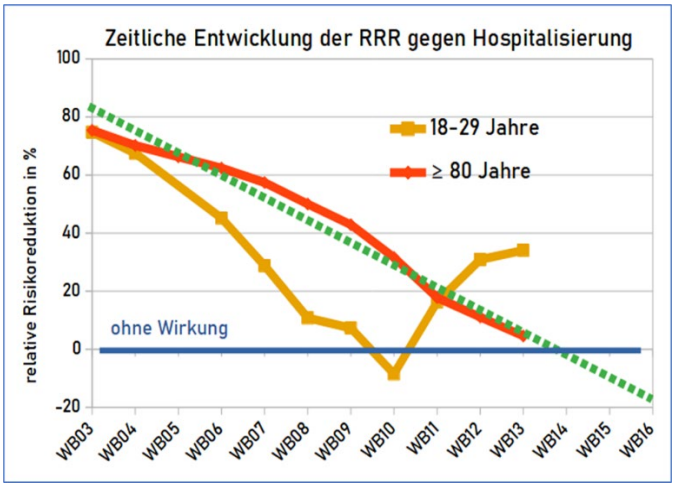


Abbildung 3: Reale Impfwirksamkeit gegen Hospitalisierung (AG mind. 80-Jährige)

Die Kurve für die 18-bis 29-Jährigen wurde nur der Vollständigkeit halber mit aufgenommen, weil sie von dem Üblichen abwich. In der weiteren Diskussion soll die rote Kurve der realen Impfwirksamkeit für die mind. 80-Jährigen betrachtet werden. Hier ist durchaus zu Beginn des Jahres 2022 eine positive Impfwirksamkeit vorhanden, wenn auch eine rasch abnehmbare, zu erkennen. Am Ende des Veröffentlichungszeitraum (März 2022)

betrug die reale Impfwirksamkeit gegen Hospitalisierung für die mind. 80-Jährigen noch 4,5 %. In den 11 Wochen der Berichterstattung ist die Impfwirksamkeit von 75,4 % (WB03/22) auf 4,5 % (WB13/22) gefallen, wohlgemerkt im Vergleich von Geboosterten und Ungeimpften. Setzt man einen ungefähren linearen Trend (grün gestrichelt) voraus, wäre die Impfwirksamkeit gegen Hospitalisierung im folgenden Wochenbericht negativ geworden. Aber dieser durfte nicht mehr mit solchen Daten erscheinen …

Die Abbildung 4 zeigt für die reale Impfwirksamkeit gegen COVID-Todesfälle ein ähnliches, rasch abfallendes Verhalten, allerdings mit einem gewissen Stabilisierungseffekt bei ca. 25 %.
Hier wäre der wirkliche weitere Verlauf interessant. Wegen der fehlenden Daten, kann man nur wieder extrapolieren. Eine lineare Trendgerade würde den Schnitt mit der Linie der Nullwirksamkeit für den WB16/22 erwarten lassen. Eine statistisch besser geeignete logarithmische Anpassung zeigt, dass die reale Impfwirksamkeit gegen COVID-Todesfälle zur KW26/22 negativ würde.

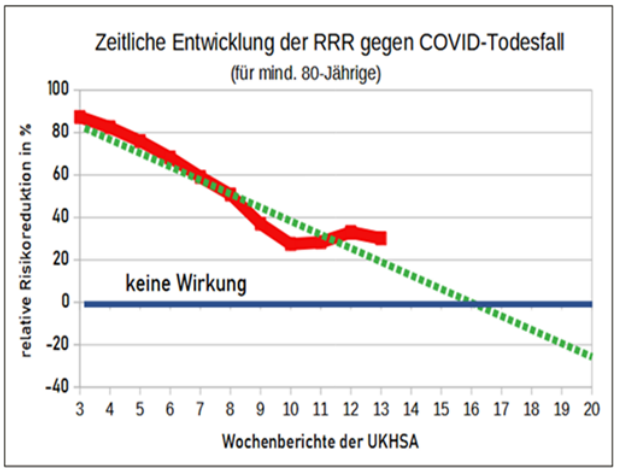


Abbildung 4: Reale Impfwirksamkeit gegen COVID-Todesfälle (mind. 80 Jahre)

In beiden Fällen ist die Möglichkeit des Negativwerdens der Impfwirksamkeit ein sehr fatales Ergebnis, da hier die unerwünschten Impfnebenwirkungen, die erst in den nächsten Abschnitten betrachtet werden, noch unberücksichtigt blieben.

Zusammengefasst muss man zur Wirksamkeit der COVID-Impfung sagen, sie hat das Infektionsgeschehen sogar verstärkt und nur zeitlich sehr begrenzt Hospitalisierungen und COVID-Todesfälle vermieden.

2. Anzahl der Impfnebenwirkungen

In diesem Abschnitt soll vor allem die veränderte Quantität der auftretenden Impfnebenwirkungen betrachtet werden. Eine qualitative Bewertung (Art der Erkrankungen, die zugenommen haben) muss aus Zeitgründen ausbleiben. Die Anzahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen ist in allen Erfassungssystemen 2021 unübersehbar sprunghaft angestiegen.

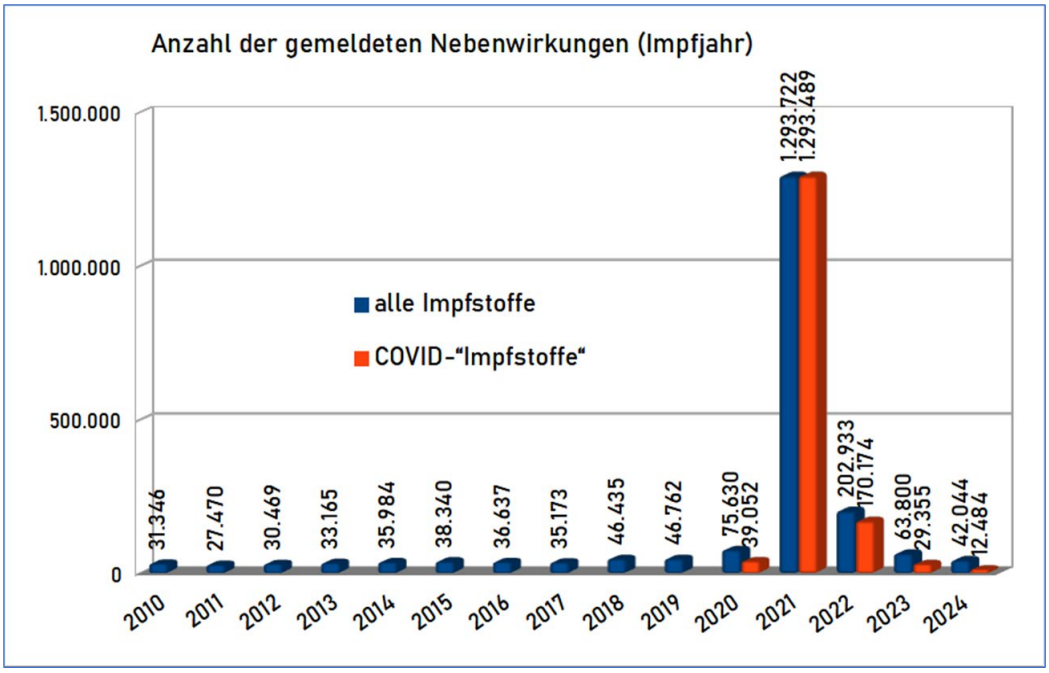
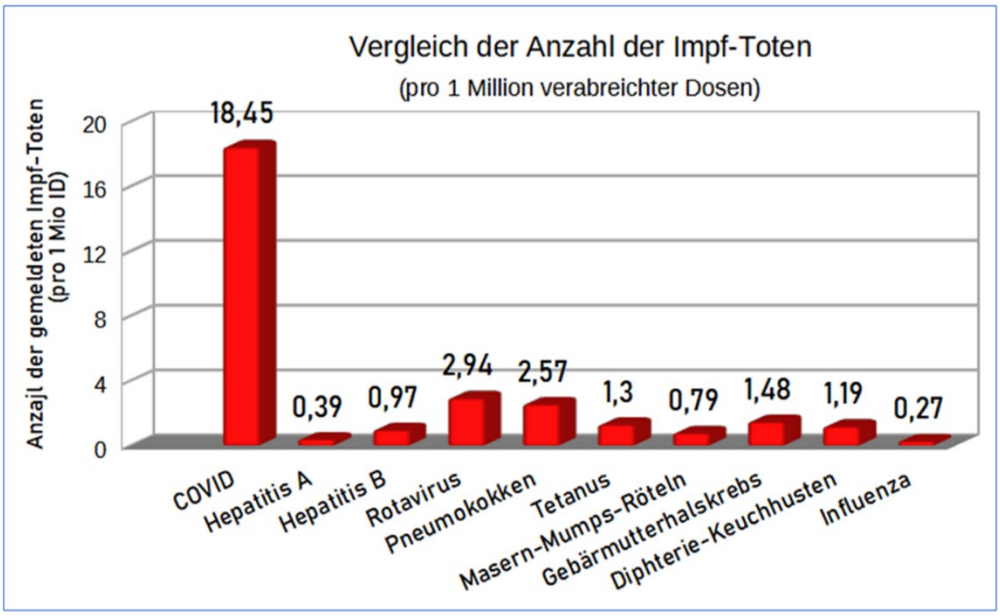


Abbildung 5: Anzahl der jährlichen Impfnebenwirkungen (alle Impfstoffe - blau, davon COVID-Impfstoffe - rot)

In der Abbildung 5 sind die Ergebnisse aus dem amerikanischen Erfassungssystem VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) dargestellt, da sich diese durch das **Recherche--System**[2] „CDC wonder“ einfach ermitteln lassen.
Es ist klar erkennbar, dass in den Jahren 2010 bis 2019 durchschnittlich 40.000 Meldungen von Impfnebenwirkungen registriert wurden, diese Zahl aber 2021 auf über 1,2 Millionen Meldungen anwächst; das ist das 30-Fache ! Das Anwachsen ist ausschließlich der COVID-Impfung geschuldet.
Der mögliche Einwand, dass Zunahme der Impfnebenwirkungen allein durch die hohe Anzahl der COVID-Impfungen entstanden ist, entkräftet die Abbildung 6. Hier wird die Anzahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen auf die Anzahl der verabreichten Impfdosen für eine Reihe von Impfstoffen bezogen.

Abbildung 6:
Vergleich der Anzahl der Impftoten (bezogen auf Anzahl der Impfdosen) für verschiedene Impfstoffe



Die **Analyse**[3] zeigt beispielsweise den Unterschied zwischen COVID-Impfung (18,45) und der Influenza-/Grippe-Impfung (0,27). Bei der COVID-Impfung traten Todesfälle als Impfnebenwirkung 68-mal häufiger auf !

Eine weitere beunruhigende Feststellung ist, dass von den Impfnebenwirkungen vor allem die mittleren Altersgruppen betroffen sind. Die Abbildung 7 stellt die Ergebnisse (Zahl der Impfnebenwirkungen bezogen auf Stärke der Altersgruppe) einer kanadischen **Studie**[4] dar.

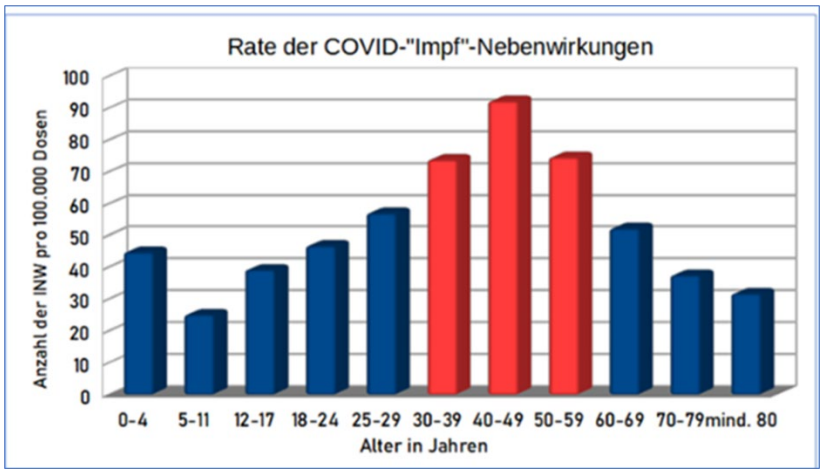


Abbildung 7:
Rate der Impfnebenwirkungen (nach Altersgruppen)

2) https://wonder.cdc.gov/vaers.html (abgefragt am 23.06.2025)
3) https://vaersanalysis.info/2025/04/08/vaers-summary-for-covid-19-vaccines-through-3-28-2025/
4) https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/

3. Übersterblichkeit

In der Abbildung 8 ist die Entwicklung der Übersterblichkeit in **Deutschland** im Zeitraum 2015 bis 2025 dargestellt. Als Basiswerte zum Vergleich wurden die Sterbezahlen der Jahre 2015 bis 2019 verwendet. Die Daten entstammen der statistischen **Sonderauswertung**[5] der Sterbefälle des Statistischen Bundesamtes.
Der Verlauf der Übersterblichkeit stellt im Normalfall eine Wellenlinie um das Nullniveau dar. Nach der Phase einer Übersterblichkeit (Pandemie, Epidemie, Hitzewelle, u.ä.), in der vor allem die schwächsten Glieder der Gesellschaft versterben, folgt normalerweise eine Phase der Untersterblichkeit (weil die Gefährdeten schon vorab verstorben sind). Dieses Muster ist mit dem Jahr 2021 (Beginn der COVID-Impfung) durchbrochen.

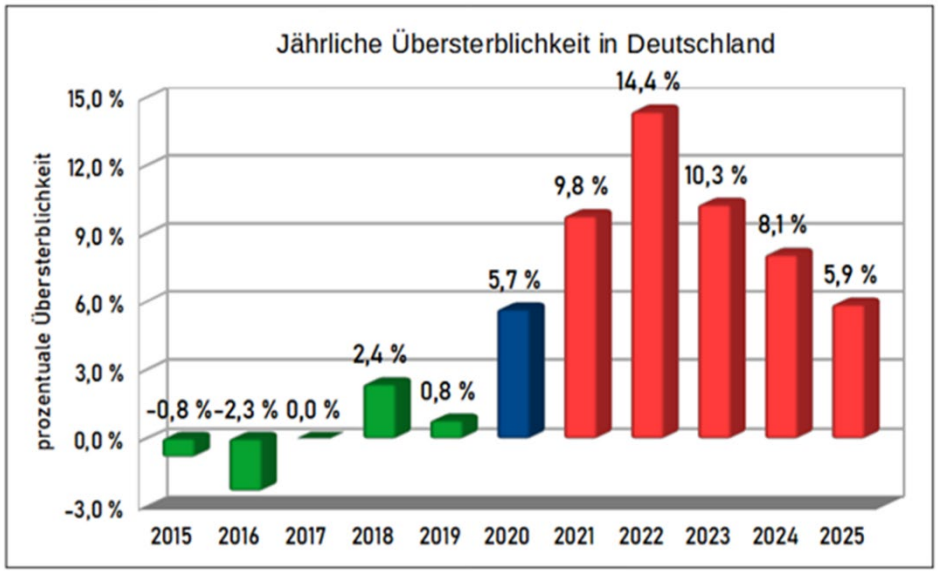


Abbildung 8:
Jährliche Übersterblichkeit in Deutschland in Prozent

In der Vor-Pandemie-Phase ist diese Wellenlinie deutlich erkennbar: nach einer Phase der Untersterblichkeit folgt eine Phase der Übersterblichkeit, die auch wieder abklingt. Die Entwicklung wird im Pandemiejahr 2020 gestört, um ab 2021 Werte anzunehmen, die in Friedenszeiten in Deutschland nicht gekannt sind.
Noch deutlicher wird das Außergewöhnliche der Situation, wenn man die kumulative (aufsummierte) Übersterblichkeit (Abbildung 9) darstellt. Das ununterbrochene Anwachsen der kumulativen Übersterblichkeit bis zur Gegenwart (für 2025 wurden nur die Monate Januar bis April verglichen) ist alarmierend.
Die Übersterblichkeit der Jahre 2021 bis 2025 umfasst ca. 430.000 zusätzliche Tote. Die Zahl der COVID-Toten in Deutschland wird für diesen Zeitraum aber offiziell mit 150.000 angegeben. Es muss also noch ein anderer Grund (oder Gründe) für die hohe Übersterblichkeit vorliegen.

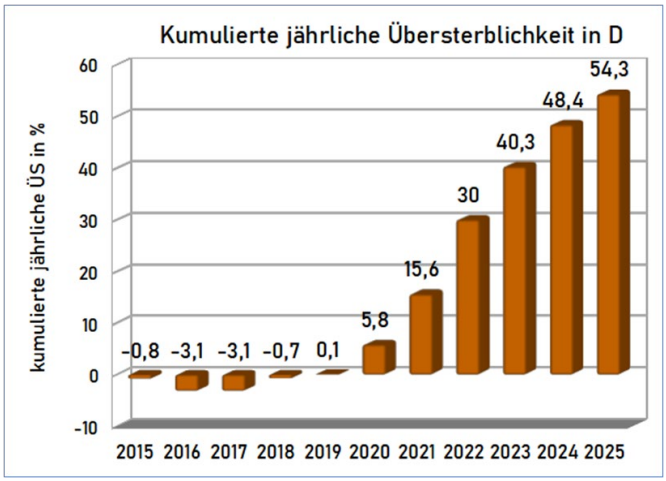


Abbildung 9: Kumulative Übersterblichkeit In Deutschland

5) https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/statistischer-bericht-sterbefaelle-tage-wochen-monate-aktuell-5126109.html (abgerufen am 25.05.2025)

Das Gezeigte gilt nicht nur für Deutschland, sondern für fast alle europäischen Länder, Ausnahmen bilden beispielsweise Rumänien und Bulgarien, die gegenwärtig eine abnehmende kumulierte Übersterblichkeit haben. Das sind aber auch die Länder, die 2022 ziemlich rigide die COVID-Impfungen heruntergefahren haben. Rumänien und Bulgarien kommen zwar von einem sehr hohen Übersterblichkeitsniveau, haben aber jetzt eine spürbare Untersterblichkeit.

Auch für **Europa** gibt es in den Jahren 2021 bis 2024 eine erhebliche Übersterblichkeit. Nach **Daten**[6)] von EUROSTAT (Übersterblichkeit als Vergleich zum Mittelwert der Jahre 2016 bis 2019) ergeben sich für den Zeitraum 2021 bis 2024 **fast 1,9 Millionen zusätzliche Todesfälle** (genau: 1.869.380 zusätzliche Todesfälle). Alle bei EUROSTAT erfassten Länder haben für den Zeitraum 2021 bis 2014 im Durchschnitt eine Überheblichkeit (zwischen 14,92 % bei der Slowakei bis 3,64 % bei Schweden). Schweden hat die niedrigste Übersterblichkeit. Das zeigt aber auch, dass nicht allein die Impfung einen Einfluss auf die Übersterblichkeit hatte, sondern offensichtlich auch die Strenge der Corona-Maßnahmen. Denn in der Impfstrategie unterscheidet sich Schweden nicht so sehr stark von anderen europäischen Ländern, aber in Art und Umfang der Corona-Maßnahmen.

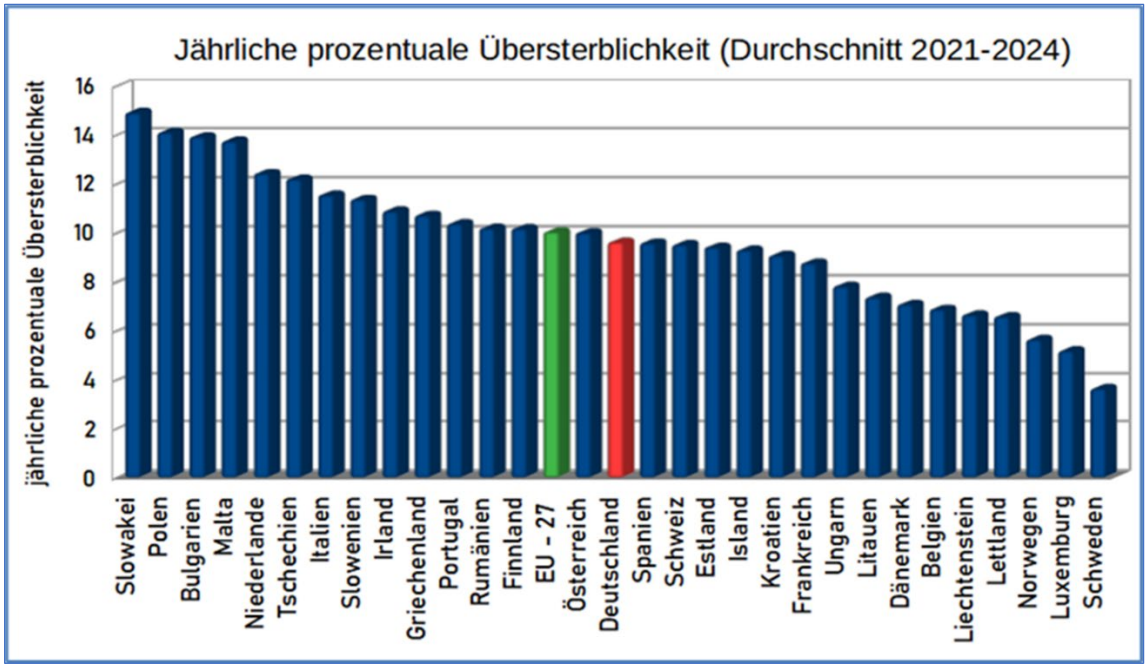


Abbildung 10: Durchschnittliche jährliche prozentuale Übersterblichkeit (2021-2024)

Die zeitliche Entwicklung der Übersterblichkeit ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Während Bulgarien von einer Übersterblichkeit von 38 % im Jahr 2022 auf eine Untersterblichkeit von – 7 % im Jahr 2024 fällt, bleibt die Übersterblichkeit in den Niederlanden und Malta konstant hoch bei etwa 13 % und in Irland wächst die Übersterblichkeit 2024 noch auf 14 %.

Ganz kurz soll noch auf die Übersterblichkeit weltweit eingegangen werden. Eine **Studie**[7)] untersuchte die Übersterblichkeit in 47 Ländern der westlichen **Welt** und stellt für den Zeitraum vom 1.Januar 2020 bis 31. Dezember 2022 fest: 3.098.456 überzählige Todesfälle.
Rechnet man dies theoretisch auf die Welt-Bevölkerung hoch, kommt man auf 26,1 Mio zusätzliche Todesfälle (davon 6,65 Mio COVID-Tote).

6) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/tps00029?lang=de (abgerufen am 26.05.2025)

7) https://bmjpublichealth.bmj.com/content/2/1/e000282

4. Korrelation zwischen COVID-Impfung und Übersterblichkeit

Im vorangegangenen Abschnitt ist vor allem die Tatsache der weltweiten Übersterblichkeit beschrieben worden. In diesem Abschnitt soll statistisch nach einer Ursache gesucht werden. Die Stärke eines statistischen Zusammenhanges zwischen zwei Größen kann mathematisch durch eine Korrelationsrechnung bestimmt werden. In Abbildung 11 wird für die 16 Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise der Zusammenhang zwischen der COVID-**Impfquote**[8)] (grundimmunisiert - mindestens zweifach geimpft) und der **Übersterblichkeit**[9)] des Jahres 2022 dargestellt. Ein Punkt im Diagramm stellt das entsprechende Wertepaar für jedes Bundesland dar. (SN – Sachsen mit 65,1 % Impfquote und 6,03 % Übersterblichkeit, HB – Bremen mit 88,3 % Impfquote und 11,66 % Übersterblichkeit.)

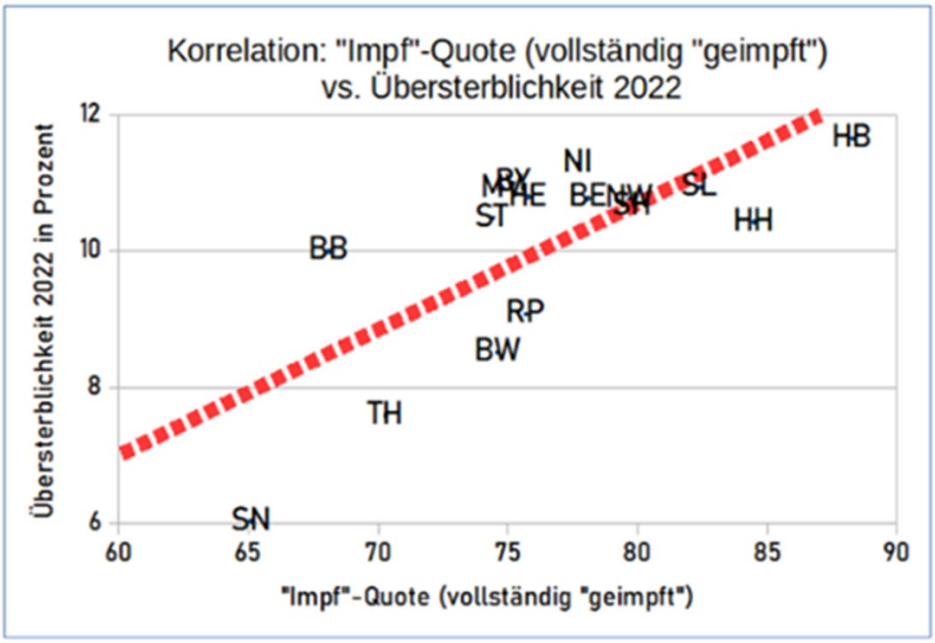


Abbildung 11:
Korrelation zwischen COVID-Impfquote und Übersterblichkeit der 16 Bundesländer

Die Korrelationsbetrachtung (rot gestrichelte Linie) ergibt einen statistisch gesicherten Zusammenhang (Korrelationskoeffizient r = 0,72): Je höher die COVID-Impfquote, desto höher ist die Übersterblichkeit in dem Bundesland. Nun ist klar, nicht jede Korrelation beruht auf einer Kausalität. Die Vielzahl solcher festgestellten Korrelationen stellt aber mehr als einen kausalen Anfangsverdacht dar. Um dies zu verdeutlichen, sind in der folgenden Tabelle verschiedene Impfquoten mit den Übersterblichkeiten aus unterschiedlichen Jahren kombiniert worden, zu insgesamt 16 Korrelationen. In allen Fällen ergibt sich diese erschreckende Art von Korrelation, für die Übersterblichkeiten der Jahre 2022, 2023 und 2024 sogar ein statistisch gesicherter Zusammenhang.

Tabelle:
Lineare Korrelationskoeffizienten zwischen COVID-Impfquoten und Übersterblichkeit (16 Bundesländern)

Korrelationskoeffizienten	2022	2023	2024	2025
Mind. 1 Dosis	0,668	0,546	0,731	0,204
vollständig geimpft	0,715	0,577	0,729	0,199
geboostert	0,713	0,57	0,738	0,349
Mind. 2 Auffrischungen	0,632	0,601	0,748	0,351

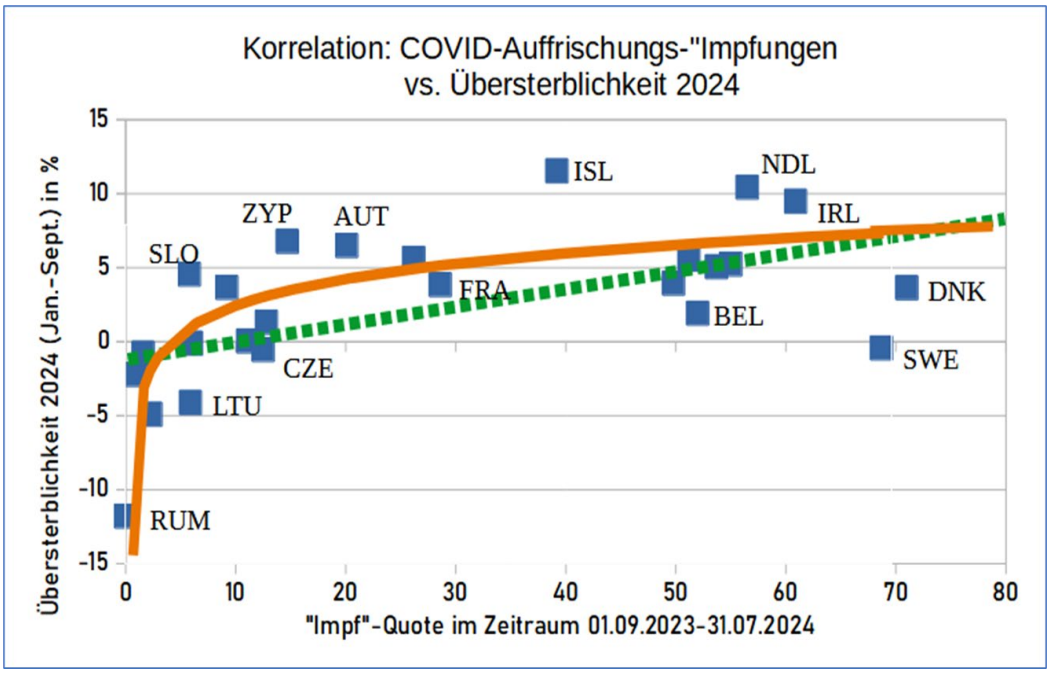
8) https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfungen-A-Z/COVID-9/Impfquoten/Impfquoten-Tab.html

9) https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12613/table/12613-0010

Übrigens erhält man ähnliche Ergebnisse, wenn man die 50 **Bundesstaaten**[10)] der USA oder die 7 **Bundessaaten**[11)] Australiens betrachtet.

Abschließend wird noch ein Blick auf die Korrelation bei den **europäischen Ländern** geworfen. Auch hier ergibt sich in Abbildung 12 wieder der statistisch gesicherte Zusammenhang, hier konkret: Je höher die Impfquote der COVID-**Auffrischungs-Impfungen**[12)], desto höher die **Übersterblichkeit**[13)] im Jahr 2024.

Abbildung 12:
Korrelation zwischen Auffrischungs-Impfquote und Übersterblichkeit 2024 (europäische Länder mit mehr als 500.000 Einwohner)



Konkret erhält man für eine lineare Korrelation (grün gestrichelte Linie) einen Wert des Korrelationskoeffizienten von r = 0,55 und bei einer logarithmischen Korrelation (rote Linie) sogar r = 0,78. Diese Werte verdeutlichen ebenfalls, das kausale Untersuchungen zwischen COVID-Impfquote und Übersterblichkeit dringend geboten sind. Denn, wenn ein kausaler Zusammenhang in der Art bestehen würde, wie es immer wieder behauptet wird, dass „die COVID-Impfung viele Menschenleben gerettet hat“, dann müsste sich dies aber in den Korrelationsrechnungen widerspiegeln (negative Korrelation). Dies ist aber nicht der Fall !

5. Resümee

Zusammengefasst muss gesagt werden: Bei der sogenannten Covid-Impfung handelt es sich um etwas, was das Infektionsgeschehen verstärkt und schwere Verläufe und Todesfälle nur geringfügig reduziert, aber eine wesentliche Anzahl von Nebenwirkungen produziert hat.

Es gab in der Geschichte der Menschheit noch nie einen Impfstoff, der so eklatant gegen das Prinzip „Primum non nocere“ (zuerst Schaden vermeiden) verstoßen hat. Die Forderung nach einem **sofortigen Stopp** der COVID-“Impfung“ ist deshalb die logische Folge.

10) https://peterdierich.info/corona-informationsblatt/corona-informationsblatt-27-november-2023-118-ausgabe
11) https://peterdierich.info/corona-informationsblatt/corona-informationsblatt-26-mai-2025-177-ausgabe
12) https://ourworldindata.org/search?q=vaccination
13) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MEXRT__custom_1210067/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=fc27a3a9-082b-461d-830b-a4c7b36caf4f