

# Allemagne

## Consensus introuvable sur la réforme de l'assurance maladie

Patrick HASSENTEUFEL \*

Les lignes directrices d'une nouvelle réforme de l'assurance maladie ont été rendues publiques par la chancelière Angela Merkel début juillet 2006. Fruit d'un compromis difficile à trouver au sein de la « grande coalition » (CDU-CSU/SPD), ce projet de réforme suscite un rejet croissant de la part des principaux acteurs du système d'assurance maladie, en particulier les caisses et les médecins. Les tensions au sein de la grande coalition ont conduit à un report de trois mois de la réforme qui ne devrait donc pas être adoptée avant la fin de l'année 2006. Le vaste débat public auquel elle donne lieu se fait dans un contexte de retour au déficit de l'assurance maladie <sup>1</sup>.

---

### Le difficile accouchement d'un projet de réforme

Depuis 2003 la question du financement de l'assurance maladie est au cœur du débat politique du fait de l'adoption de propositions antagoniques par la CDU-CSU et le SPD. La CDU, depuis

son congrès de Leipzig de décembre 2003, demande la mise en place d'un paiement forfaitaire sous la forme d'une « prime solidaire pour la santé » (*Solidarische Gesundheitsprämie*) correspondant à un versement mensuel de 109 € environ. Le reste du financement serait assurée par les cotisations des employeurs plafonnées à un taux de 6,5 % et un apport direct de l'Etat afin de prendre en charge les enfants et partiellement les personnes à bas revenus (celles dont le salaire brut est inférieur à 1500 euros). L'objectif poursuivi est de découpler le financement de l'assurance maladie du salaire pour alléger le coût du travail et favoriser la compétitivité. L'accroissement des dépenses d'assurance maladie serait par conséquent uniquement supporté par les assurés (à travers la hausse du montant du forfait) et par l'Etat (augmentation de son apport), le taux de cotisation des employeurs restant fixe. Par contre le SPD, dans son manifeste électoral adopté en juillet 2005, demande la création d'une assurance citoyenne (*Bürgerversiche-*

---

\* Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, membre du CRAPE (CNRS-IEP Rennes-Rennes 1).

1. Selon les premières estimations, il serait d'environ 450 millions d'euros pour le premier semestre 2006.

## ALLEMAGNE

rung), financée par l'ensemble des revenus (y compris ceux des placements, des héritages et des locations) de tous les citoyens, et intégrant les assurances maladies privées (PKV), afin d'inclure les personnes aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire<sup>1</sup>, ce à quoi s'oppose la CDU-CSU. L'accord de coalition, signé en novembre 2005, ne tranchait pas ce débat<sup>2</sup> mais programmait pour 2006 l'adoption d'une solution de compromis. La tâche a été confiée début avril 2006 à un groupe de travail politique paritaire CDU-CSU/SPD co-dirigé par la ministre de la Santé Ulla Schmidt (SPD) et le vice-président du groupe parlementaire de la CDU-CSU Wolfgang Zoller. Chaque délégation comprend des élus fédéraux (en particulier les porte-parole de chacun des groupes parlementaires pour la santé) et des Länder (ministres de la Santé). Ce n'est qu'au bout de trois mois de discussion qu'un accord a pu être trouvé sur la question du nouveau mode de financement de l'assurance maladie qui est au cœur du projet de réforme. Celui-ci a été rendu public le 4 juillet 2006 après une ultime nuit de négociation.

### **Un nouveau fonds pour la santé**

L'élément central est la création d'un fonds pour la santé (*Gesundheitsfonds*). Ce fonds doit à l'avenir centraliser l'ensemble des sources de financement de l'assurance maladie : les cotisations des

salariés et des employeurs ainsi que les ressources fiscales qui lui sont affectées, pour la prise en charge des enfants en particulier. Par conséquent, ce ne sont plus les caisses qui gèrent directement les cotisations de leurs adhérents. Surtout, il doit en résulter la détermination (par la loi) d'un taux unique de cotisation pour l'ensemble des caisses alors que jusqu'à maintenant chaque caisse fixait son taux de cotisation. Ce fonds répartirait ensuite les ressources financières entre les caisses dans le cadre d'un nouveau système de péréquation basé sur le niveau de revenu des cotisants, la structure des risques pris en charge (mesuré par les critères de l'âge, du sexe et de la morbidité) et l'efficacité de la caisse.

Si ces ressources ne suffisent pas, les caisses auraient la possibilité de demander un forfait complémentaire (*Gesundheitsprämie*) à leurs cotisants ; à l'inverse, si elles sont excédentaires elles pourraient consentir des ristournes, ce qui permettrait de continuer à faire jouer la concurrence entre caisses. Ce nouveau modèle de financement avait été proposé pour la première fois par le chef du groupe parlementaire CDU-CSU, Volker Kauder, à la mi-avril. Il préserve en fin de compte le financement assurantiel tout en le centralisant et en renforçant le déséquilibre entre cotisations des assurés (du fait du forfait complémentaire que peuvent mettre en place les caisses)<sup>3</sup> et des entreprises. En effet, il répond plus aux

1. Son montant est d'environ 40 000 euros de revenu annuel. 10 % de la population allemande (fonctionnaires, professions libérales, cadres supérieurs principalement) sont aujourd'hui entièrement couverts par des assurances privées.

2. Cf. Udo Rehfeldt, « La grande coalition et son programme économique et social », *Chronique internationale de l'IRES*, 98, janvier 2006.

3. Le financement paritaire de l'assurance maladie avait été remis en cause par la réforme de 2003 qui introduisait une cotisation complémentaire de 0,9 % pour les assurés. Sur cette réforme cf. Patrick Hassenteufel, « L'accélération des transformations du système d'assurance maladie allemand », dans I. Bourgeois (dir.), *Le modèle social allemand en mutation*, Travaux et documents du CIRAC, 2005.

conceptions de la CDU-CSU puisque l'assurance privée n'est pas intégrée au fonds de santé et qu'un forfait complémentaire est introduit ; de plus la CDU-CSU a obtenu une forte limitation des moyens fiscaux (pas d'augmentation d'impôts dans l'immédiat<sup>1</sup> puis une fiscalisation progressive de la prise en charge des enfants). Toutefois, le financement forfaitaire reste marginal et le SPD a obtenu que le montant de ce forfait complémentaire ne puisse pas excéder 1 % des revenus du cotisant. Mais le SPD n'est pas parvenu à étendre le financement de l'assurance maladie aux revenus du capital et de la propriété et l'incertitude est forte sur la mise en place de nouveaux outils fiscaux.

Surtout la conséquence de la mise en place de ce fonds serait une augmentation des taux de cotisation, y compris pour les employeurs, ce qui va à l'encontre des politiques d'assurance maladie menées depuis la fin des années 1970, visant au contraire à réduire le taux de cotisation pour favoriser la compétitivité des entreprises. On mesure là l'échec de la grande coalition (surtout de la CDU-CSU qui en avait fait son cheval de bataille) à parvenir à découpler le financement de l'assurance maladie du coût de travail. On comprend que l'accord de juillet ait suscité d'importantes réserves au sein même des deux partis de la grande coalition. Ces tensions ont fini par rendre impossible le respect du calendrier prévu, d'autant plus que l'opposition d'un grand nombre d'ac-

teurs du système d'assurance maladie est devenue de plus en plus forte.

---

#### **Caisses publiques et assureurs privés opposés à l'étatisation**

La critique la plus virulente du projet de réforme est venue des caisses, en particulier des caisses locales (AOK) qui couvrent la plus grande partie de la population. Elles dénoncent une perte importante de compétences et de pouvoirs.

#### **La perte annoncée du pouvoir des caisses**

En effet, le fonds de santé leur retirerait le droit de fixer leur taux de cotisation ; elles perdraient aussi leur rôle de gestionnaire des cotisations puisque le prélèvement serait centralisé au niveau régional et au niveau fédéral sous l'autorité du bureau fédéral de l'assurance qui serait aussi chargé de la péréquation entre caisses. De plus, celles-ci pourraient être contraintes à se regrouper au sein d'une structure fédérale et de structures régionales afin de centraliser la négociation collective avec les unions de médecins.

L'accord gouvernemental prévoit également des fusions, incitées et contrôlées par le ministère<sup>2</sup>, entre caisses de types différents. Les caisses mettent donc en avant la remise en cause de leur autonomie que traduirait aussi le changement dans le mode de nomination des membres de la commission fédérale de l'assurance maladie, l'institution au sommet du système de l'auto-administration. En effet, les caisses perdraient leur pouvoir de no-

---

1. Du fait de la réforme de 2003 le montant des impôts affectés à l'assurance maladie va même baisser de 4,2 milliards d'euros actuellement à 1,5 milliard en 2008. Ce n'est qu'après cette date que le montant devrait être relevé pour prendre en charge les enfants.

2. La ministre de la Santé a déclaré que 50 caisses seraient suffisantes alors qu'il y en a 250 aujourd'hui.

## ALLEMAGNE

mination de leurs représentants au profit d'un simple pouvoir de proposition. Surtout, le projet prévoit que les membres seront désormais des experts indépendants.

Les caisses locales craignent aussi d'importantes pertes d'effectifs résultant de cet abandon de compétence en faveur de l'Etat. Fin juillet, le syndicat Ver.di qui prédit la suppression de 30 000 postes dans les caisses a organisé une première manifestation à Berlin et dans plusieurs grandes villes allemandes. Les caisses mettent également en avant les risques liés à la mise en place de la prime complémentaire puisque dans certains Länder (surtout à l'Est) le montant ne pourrait être que très faible (entre 10 et 20 euros) du fait des niveaux de salaire assez bas de la majorité des cotisants. Les caisses locales des Länder les plus pauvres seraient ainsi fortement handicapées dans le cadre de la concurrence entre caisses. Enfin, selon leurs estimations, les augmentations de cotisations seront plus élevées que celles anticipées par le gouvernement<sup>1</sup> et les coûts de gestion seront multipliés par deux du fait de la mise en place d'un fonds unifié.

Toutefois, si le projet de réforme correspond indéniablement à une étatisation ou plutôt à une centralisation du système d'assurance, il affaiblit plus les caisses individuellement que collectivement. Tout d'abord, la mise en place de structures régionales et fédérale de l'ensemble des caisses les renforce dans le cadre de la négociation collective avec les unions de médecins (déjà centralisées depuis les années 1930). Ensuite, le projet prévoit la possibilité, depuis longtemps envisagée, de passer des accords avec des groupes de

médecins ou des médecins individuellement en dehors des unions. Leur capacité à structurer l'offre de soins pourrait donc être encore accrue, d'autant plus que chaque caisse devrait désormais proposer un système de parcours de soins à partir du choix d'un médecin généraliste qui devient obligatoire pour chaque caisse (même si l'assuré n'est pas obligé de le choisir) et que la prise en charge intégrée des soins est renforcée (surtout le financement de soins spécialisés). Enfin, les caisses seraient amenées à renforcer leur rôle en matière de prévention.

### **Les griefs des assureurs privés**

L'opposition n'est pas moins forte de la part des assureurs privés même si, dans le texte de juillet, ils ne sont pas intégrés au fond de santé et ne participent donc pas au système de péréquation des risques avec les caisses publiques. Mais, cet accord rend plus difficile le passage d'une caisse publique à un assureur privé en introduisant un délai de trois ans après le dépassement du plafond de l'assurance maladie obligatoire et vise à renforcer la concurrence entre assureurs privés en mettant en place la portabilité des réserves liées au risque vieillissement, qui devront par conséquent être individualisées.

De plus, une première version du projet de loi, rédigée par des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et rendue publique fin août, durcit les contraintes pour les assureurs privés puisqu'ils seraient contraints de s'aligner sur les caisses publiques en séparant contrat de base et contrat complémentaire. Les compagnies d'assurance dénoncent cet alignement qui les cantonnerait à l'assurance

---

1. Le taux moyen pourrait atteindre 15,6 % du salaire brut d'ici 2009 alors qu'il est de 14,2 % aujourd'hui. Le gouvernement prévoit une augmentation allant seulement jusqu'à 14,6 %.

complémentaire. Elles prévoient la perte de 50 000 emplois et des hausses de cotisations qui pourraient aller jusqu'à 36,5 % pour les jeunes assurés. Une autre conséquence du projet serait l'alignement des honoraires qu'elles prennent en charge sur ceux de l'assurance maladie légale ce qui suscite également le mécontentement des médecins puisque le montant des honoraires dits « privés » est plus élevé.

---

**Le mécontentement croissant des médecins**

L'accord gouvernemental de juillet avait pourtant été salué positivement par l'union fédérale des médecins parce qu'il prévoit la suppression des budgets médicaux (*Praxisbudgets*)<sup>1</sup> et le système de rémunération flottant qui l'accompagne. D'ici 2009 au plus tard, les budgets devraient être remplacés par des forfaits au montant fixé en euros (et non plus en points). La rémunération des actes médicaux ne serait donc plus fluctuante (selon le volume d'activité) mais dépendrait de montants fixés préalablement et liés au type d'activité médicale. Il s'agit là d'une revendication très importante pour les

médecins, qui a joué un rôle moteur dans leur mobilisation depuis l'automne dernier<sup>2</sup>.

Mais des incertitudes demeurent. Tout d'abord, le mode de fixation de ces forfaits qui devrait prendre en compte des critères d'âge, de sexe et de morbidité est flou. Par ailleurs, la maîtrise du volume des actes n'est pas abandonnée, mais ses modalités devront être négociées entre les médecins et les caisses dans le cadre d'enveloppes financières régionales basées sur la morbidité. Surtout, du fait des limites de la réforme du financement, les représentants des médecins ont exprimé leur inquiétude sur le montant de ces forfaits ; ils craignent que leurs revendications de revalorisation des honoraires, au cœur de leur mobilisation depuis l'automne dernier, ne puissent pas être prises en compte. En effet, le gouvernement espère des économies d'un montant de 2 milliards d'euros grâce à la réforme<sup>3</sup> alors que l'union fédérale demande des augmentations d'honoraires d'un montant global de 5 milliards d'euros. De plus, pour l'alliance des associations de médecins allemands (*Allianz Deutscher Ärzteverbände*)<sup>4</sup>, qui a joué un rôle moteur dans la mobilisation, la réforme tire

- 
1. En 1997, chaque médecin exerçant dans le cadre de l'assurance maladie s'est vu attribuer un budget annuel tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de sa spécialité, des caractéristiques sanitaires de sa région, de sa qualification et des spécificités de sa clientèle. Des reversements sont prévus en cas de dépassement du budget, des versements dans le cas contraire.
  2. Cf. Patrick Hassenteufel, « Allemagne : les mobilisations multiples des médecins », *Chronique internationale de l'IRES*, 99, mars 2006.
  3. Essentiellement grâce aux mesures prévues dans le domaine pharmaceutique, en particulier le renforcement de l'évaluation coût/efficacité des nouveaux médicaments par l'Institut sur la qualité et l'efficacité ainsi que la réduction des marges des pharmaciens.
  4. Cette nouvelle structure regroupant six organisations de médecins (dont Medi, NAV, le Hartmannbund et la fédération des associations de spécialistes) a été créée fin mai 2006 dans le cadre du congrès annuel des médecins. Ces associations avaient été au cœur de l'organisation de journées d'action des médecins depuis janvier 2006 et avaient rendu public, en mars 2006, un projet de réforme du système d'assurance maladie prévoyant une rémunération fixe des actes médicaux en euros (et non en points), la remise en cause du tiers-payant, et enfin la définition d'un panier de prestations de base obligatoirement pris en charge par les caisses d'assurance maladie et financé par un forfait.

## ALLEMAGNE

un trait sur la remise en cause du tiers-payant, une de leurs principales revendications et réduit le rôle du paiement à l'acte. Enfin, l'étatisation et la centralisation de l'assurance maladie, est également dénoncée tout comme l'affaiblissement des unions. Une nouvelle journée nationale d'action des médecins a été organisée le 22 septembre. Toutefois, malgré cette opposition croissante, la mise en place d'un front uni des médecins contre la réforme n'est pas certaine du fait de l'achèvement du long conflit des médecins hospitaliers.

---

### Fin de la grève des médecins hospitaliers ...

Ce mouvement de protestation des médecins hospitaliers a commencé en mai 2005, après le retrait de certains Länder (Hesse, Bade-Wurtemberg, Berlin) de la convention collective des employés du secteur public (*Bundesangestelltentarifvertrag*) qui a entraîné, pour les médecins des hôpitaux universitaires (*Universitätskliniken*), la suppression de primes et l'augmentation de la durée hebdomadaire du travail sans compensation salariale.

Cette mobilisation s'est intensifiée durant l'automne 2005 du fait de la signature de la convention collective du secteur public par la fédération syndicale Ver.di (*Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst*) qui doit s'appliquer aux hôpitaux communaux. Elle a été récusée par le Marburger Bund, l'organisation syndicale des médecins hospitaliers<sup>1</sup>, qui demande une grille de salaires spécifique

aux médecins hospitaliers, avec un niveau de salaire supérieur de 30 % par rapport à la convention collective existante.

Le Marburger Bund estime, en particulier, que la nouvelle convention collective conduit à des baisses de revenus pouvant aller jusqu'à 6,7 % en fin de carrière. Cette position a conduit le Marburger Bund à remettre en cause, à la mi-septembre 2005, le mandat en matière de négociation avec les employeurs publics donné à Ver.di. L'échec des négociations avec les Länder et les communes a entraîné, début mars 2006, le déclenchement d'une grève des soins non urgents par le Marburger Bund. Quelques jours plus tard le Marburger Bund a interrompu les négociations avec l'association des Länder (au moment même où s'engageaient les négociations avec l'association des employeurs communaux) du fait de son refus d'accepter le principe d'une convention collective spécifique aux médecins hospitaliers, comprenant en particulier une augmentation des salaires de 30 %, la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures et le paiement des heures supplémentaires.

Le vote organisé par le syndicat a traduit un soutien massif à la grève (98,4 % des médecins hospitaliers qui ont participé au vote se sont déclarés en sa faveur). La grève des soins (à l'exception des soins urgents et des soins intensifs) a débuté le 16 mars 2006 dans huit hôpitaux universitaires, puis s'est progressivement étendue à la majorité des hôpitaux universitaires qui emploient au total 22 000 médecins.

---

1. Plus précisément, il représente tous les médecins salariés ce qui est plus large que les médecins hospitaliers. Il revendique 100 000 adhérents, soit un taux de syndiqués d'environ 60 %.

A la mi-mai Ver.di a signé un accord pour les employés de la fonction publique avec les Länder. Le texte a été refusé par le Marburger Bund qui a poursuivi la grève pour trois raisons : Ver.di n'a pas de mandat pour négocier pour les médecins, la durée de travail des médecins est portée à 42 heures sans compensation salariale intégrale et les gardes ayant lieu les jours fériés ne sont pas rémunérées spécifiquement. Ce n'est qu'à la mi-juin, au bout de 14 semaines de grève, qu'un accord est trouvé avec les Länder.

Par rapport à l'ancienne convention collective pour les salariés du secteur public, la nouvelle convention avec les Länder, spécifique aux médecins, prévoit des augmentations de salaire de 15 % pour les jeunes médecins et de 20 % pour les médecins-chef en fin de carrière. Les gardes et les astreintes sont également mieux rémunérées : pour les gardes, un complément de 25 % est versé les jours fériés et leur montant varie en fonction de l'activité effective. Enfin, le temps de travail hebdomadaire est fixé à 42 heures avec un compte-temps annuel flexible (le temps de travail quotidien ne pouvant pas excéder 12 heures).

Mais, parallèlement l'association des communes a refusé un accord sur le modèle de la convention avec les Länder ce qui a entraîné le déclenchement d'une nouvelle grève après un vote donnant une majorité de 97 % en sa faveur. Le conflit a eu une ampleur encore plus grande car près de 70 000 médecins (employés dans 760 communes) étaient concernés. Après plusieurs échecs des négociations, une extension de la grève qui a impliqué plus de 15 000 médecins dans plus de 150 communes et le rejet d'un accord avec Ver.di, un compromis a finalement été trouvé à la mi-août au bout de huit semaines de conflit. Ce compromis prévoit des

augmentations de salaires comprises entre 10 % et 13 % (soit 3 % à 4 % de mieux que l'accord avec Ver.di) et une amélioration au niveau du temps de travail : le temps de garde est limité à 18 heures en semaine (24 heures le week-end) et le temps de travail sera mesuré électroniquement, ce qui est une revendication ancienne du Marburger Bund car elle facilite le paiement des heures supplémentaires.

---

**... et incertitudes  
sur le financement des hôpitaux**

Si ces deux conventions ont mis fin aux grèves des médecins, plusieurs questions restent ouvertes. La première est leur acceptation. Si les accords ont été majoritairement approuvés, le problème se pose pour les Länder de l'Est où aucune des deux conventions ne prévoit une harmonisation complète des salaires entre l'Est et l'Ouest puisque des différences subsistent (11 % d'écart moyen de salaire dans les hôpitaux universitaires, près de 5 % dans les communes). La deuxième question est celle des hôpitaux privés et des structures gérées par des associations culturelles ou caritatives pour lesquelles il n'existe pas d'accord spécifique pour les médecins.

Une troisième question concerne les effets sur le paysage syndical dans la fonction publique puisque pour la première fois une convention collective spécifique à une catégorie de la fonction publique a été signée, ce qui affaiblit Ver.di. Et ceci d'autant plus que le président du Marburger Bund a lancé l'idée d'étendre son syndicat à l'ensemble des personnels des hôpitaux. Enfin, se pose la question du coût pour les hôpitaux. Selon l'association hospitalière allemande le coût supplémentaire pour les hôpitaux serait d'un montant de 1,5 milliard d'euros, alors

## ALLEMAGNE

même que la réforme prévoit une réduction des budgets hospitaliers de 750 millions d'euros par an. De ce fait, elle annonce des fermetures d'hôpitaux communaux.

### Le report de la réforme

Il s'agit là d'un élément d'incertitude supplémentaire pesant sur l'adoption de la réforme. En effet, les tensions au sein de la grande coalition ont été accrues à la suite de la publication d'une première version du projet de loi rédigé par les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé que des ténors de la CDU accusent de porter la marque du SPD. Les critiques sont surtout venues de certains ministres-présidents<sup>1</sup> ou de ministres de la Santé CDU ou CSU au niveau des Länder (du Sud de l'Allemagne principalement). Ils craignent que la réforme entraîne une forte hausse des cotisations au détriment des caisses de leur Land (où les niveaux de cotisation sont plus faibles) du fait du nouveau système de péréquation et une remise en cause du rôle de l'assurance privée. Ils demandent aussi la suppression du plafond de 1 % pour le montant du forfait afin de renforcer la concurrence entre caisses.

Ces prises de position ont suscité de vives réactions au sein du SPD, en particulier de son aile gauche, qui souhaite au contraire limiter le plus possible la part de financement forfaitaire, augmenter la part financée directement par l'Etat et intégrer plus fortement l'assurance privée.

Au sein des partis de la grande coalition, de plus en plus de membres expriment ouvertement leur opposition à la

mise en place du fonds pour la santé dans sa forme actuelle, au cœur du projet de réforme comme on l'a vu. De toutes les manières, sa mise en place pose de gros problèmes et elle est, en outre, subordonnée à la résorption de la dette des caisses (un tiers d'entre elles sont endettées pour un volume global de 4 milliards d'euros). Enfin, le contexte politique est de moins en moins favorable du fait de l'opposition de l'ensemble des acteurs du système d'assurance maladie et du rejet par l'opinion publique. Un sondage de l'institut Forsa auprès de 1 000 personnes, publié dans le magazine *Stern* fin août, montre que 78 % des personnes interrogées se sont déclarées opposés à la réforme.

Les tensions entre et au sein des partis de la grande coalition, dont l'impopularité croît, ont entraîné un report de trois mois de l'élaboration du projet de loi qui aurait dû être soumis au Parlement fin septembre 2006. La grande coalition joue une partie de sa crédibilité sur ce dossier. La chancelière et sa ministre de la Santé s'appuient toujours sur les lignes directrices de l'accord de juillet, mais une remise en cause en profondeur n'est plus à exclure tant les lignes de clivage d'avant l'été semblent se reconstituer.

### Sources :

*Ärzte Zeitung, Handelsblatt, Süddeutsche Zeitung.*

[www.bmgesundheit.de](http://www.bmgesundheit.de)

[www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)

[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

---

1. Il s'agit en particulier de Peter Müller, ministre-président de la Sarre considéré comme l'un des principaux rivaux d'Angela Merkel à la tête de CDU. Edmund Stoiber, ministre-président CSU de Bavière, s'était déjà opposé à un accord avec le SPD sur une augmentation de la part de financement direct par l'Etat en juin.