發佈：2010-07-20, 週二 18:25
點擊數：9659

參、德國健保系統淺介與羅斯勒的健保改革企畫

關於德國作為社
會醫療保險的代表體系，國內網
站與文獻上已經有許多的介紹，
不過大部分都認為德國是
強制納保制度和我國一樣，其實這是不正確的
！德國到現在所實施的制度不是如同我國的法定強制納保，而是雙軌並行制度(Zweigleisiges Krankenkassensystem)，二零零六年荷蘭政府已經採行這種策略[17]。

德國現行的雙軌並行制分成兩大系統，一個稱之為法定保險系統(GKV)，另一個稱之為私立保險系統(PKV)，法定保險系統下的保險公司例如AOK
或是Barmer，而私人保險系統下的公司例如Allianz 或是DKV。在德國是以個人所得作為一個決定可否參與法定保險系統或是私立保險系統的標準。筆者到現在還搞不清楚台灣的家戶所得是什麼樣的概念？這種兄弟獨創所發明的三民主義，總是讓人一頭霧水，計算上也十分困難，因為德國的社會保險和健康保險是一個大型網絡，孩子基本上是跟隨父母的保險的，而大部分的家庭，太太也是跟著先生一起投保的，而且基本上孩子是免保費的，這當然是考量家庭成員後，並加以徵收合理的費用，這是以被保險人計費，全家受益！實質上若是現行實質負擔的百分之七點九的應繳
額度
，事實上
可能一個人要繳的
錢不到百分之三！這不是雙薪家庭所
得併計卻沒有打折，像台灣所謂的以家戶所得為單位
，卻實質擴大家庭健保費基的奇怪制度。德國並沒有什麼家戶所得當健保費基的問題，這種簡化法是根本沒弄懂德國法定的多重保險關係制度(In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es verschiedene Arten des Versicherungsverh □ltnisses)，這也難怪這種台製家戶所得算出來的結論是大幅調漲保費，不公不義到了極點[18]。

德國的健保費率是由報稅個人所得月收入(未扣除稅款)是否超過約四千歐元(二零一零年的法定保險界線(Versicherungsgrenz)是四千一百六十二點五歐元)，作為是否可以脫離法定保險而全面加入私人保險的界線，基本上參與法定保險的人他的月收入低於約四千歐元，也可以加入法定保險項目沒有的私人保險以做為個人需求的補充，而私人保險都會派遣解說員加以詳盡的解說，大部分這類的項目是外國保險，涉及牙醫治療部分，以及特別醫師的服務與療程等等。加入私人保險最大的好處是沒有一個固定的費率，如果說是年輕而高收入的族群，私保會提供比較適合的風險估算服務，而不是說必須以所得做連結，這樣可以省掉一些錢。

當然獨立營業者，如企業主等或是自由業如律師，醫師以及藝術家等，他們可以選擇是否退出公保，只要他們的個人所得超過了約四千歐元的界線，但是大部分的人會選擇留在公保體系內，現階段的公保費率經過二零零九年的修正，現在是個人所得的百分之十四點九作為健保的費率，這裡有百分之七是由雇主負擔，百分之七點九是由被保險人負擔，因為金融危機之後，政府要減免人民的健保負擔而從原來的百分之十五點五調降下來。最重要的是德國的健保有一個費率

Phoca PDF

的限制，就是每個月的收入最多僅能以三千七百五十歐元來做計算，也就是上限費率基準線(Beitragsbemessungsgrenz)，換言之這個基準線讓超過這個所得的人可以不用負擔更多的保費，這也是一個社會保險的本旨[19]。

用最簡單的說明來解釋，就是德國採用
的是健保的報備制
，不論公
保或私保可以讓人
民有選擇，但是一定要有保險，這在
對待外國人也是相同！而台灣採取的是健保的許可制，
就是要退出健保必
須經過政府特別許可，或有特別的法
定原因，否則不准退出[20]
！這一點必須先行闡明，德國制度的好處在於，人民可以選擇更好的保險方式，不妨害人民的一般形成自由權，而且對於弱勢者的照護更加完善，因為德國政府經濟能力尚可支應，所以能維持健保不墜；台灣的強制納保主要是擔心富人集體退保，弱勢族群不受照護，台灣的經濟力量並非不如德國，只是一方面要以龐大的國防支出抗衡中國的侵略，二方面要照顧弱勢，又必須兼顧財閥和高所得族群的抗爭，所以採取強制納保可以理解，要求富人稍微分擔政府責任，並且採取資本主義式的自營方式，最後讓健保自行運作，這是不得已的作法！

一、德國健保形成史簡介

健康保險是屬於社會保險的一環，源自於一八八三年六月十五日的勞工健康保險法是經過一段長時間的歷史抉擇，而且這個勞工健康保險法也開展了一個新的且當時無法預見的到的發展。健康保險如同社會保險一般，必須追溯於傳統上的同儕團體自我互助，傳統的商會，行會，兄弟會，聯誼會以及工會的疾病互助金，困難互助金以及所謂的死亡救助金是有作用的，這些簡單的負擔救助金組織逐步解決了低薪階級的問題，當時外觀形式上的互助金是同儕團體建立並自行運作而存在的。

不過在一八零六年到一八四八年之間隨著這些商業或工業的同業公會的被取消，這樣的互助金制度就被突顯出來了，當然工業社會的問題裡互助金並非完善。只能針對勞工的某些損害補償，甚至有著區域性的不公平以及過快的耗盡勞工的給付能力。於是參與互助金的人就出現停滯的情況，窮人則被排擠出去，自由意願加入毫無功能。

早在一八四五年的普魯士的某些鄉鎮主動的要求學徒或是一些工廠的工人強迫加入這類互助金，並且賦予他們的雇主義務，必須籌集一半的互助金費用。不過鄉鎮當時力量薄弱，根本就沒有能力強迫不聽話的工廠執行。這樣的狀況直到一八五四年更高層級的縣政府被選出來，才真的不是表面功夫的保險。一八七四年，全國也只有百分之五的民眾有這樣的互助金型式的保險。

到了一八七六年這樣的成型的私保險制度透過法律規定的互助保險而有了半官方的地位(ein halb □fentlicher Status)，全國八百萬勞工的僅有二百萬有這個保險，而且這個保險並非全面性的且給付功能低落，特別是因為當時並沒有保險互助群體的風險估算(Risikoausgleich)。

Phoca PDF

這裡十分清楚的是，這類問題逐漸成長，而且勞工開始激進而且有政治意圖的組織起來。疾病在工業社會變成一個普遍現象，除了一些舊的致病因素之外，工廠也給勞工壓力，毒害以及工作意外。比較差的工作環境和惡名昭彰的居住條件是四分之一的勞工的致病原因。而生病一方面並非主要的僅在于身體病痛的忍受，更重要的是引起了家庭的經濟危機。

當時自由主義國家仍是主流。這種互助保險法令在一八七六年根本沒有效用。保險公司的數量幾乎沒有增加，除此之外這些保險系統則是被扭曲而不同的給付，搞的不夠全面且沒效率。這些都推動成一個解決模式，就是人們開始尋找一個工業社會勞工的總體強制保險的方向。這個模式則是從礦場形成，回溯答案到一八七八年，當時就區分了意外災害險做為健康保險的補充。

第二帝國當局則在一八八一年十一月十七日允諾一個法律案，就是職業健康保險組織的任務的提出。因為意外災害險的實現的延後，在一八八二年則區分開了醫療健康保險。人們期待真正的進展，因為職業健康保險是被視作生存的條件。爾後決定了一個全面性的強制保險，不僅全方位整合現有的架構並且透過強制原則實施。在礦業，工業，鐵路，以及蒸汽船運，手工藝以及一般傳統工業，特別是允許延伸至運輸業，私人工廠以及農林漁牧業的三大族群達到年薪貳千帝國馬克的勞工及他從業人員法律上保險義務就此成文化。

幾乎所有的受薪階級通通強制涵括在已經有的或是新完成的保險裡，這含有鄉鎮的，地區的，企業的以及行會保險以及礦業保險以及已登記的互助金制度；且可以至少得到十三週的醫師和醫藥保險。以半數的日薪給付做為疾病給付，十三週的經濟支援給付，以及死亡給付。這同時適用在工作意外肇致的病害，相當程度的簡化了意外險的門檻。對於勞工失能給付從健康保險的附錄進入正式的勞工失能給付制度。

但保險的金融來源，卻和俾斯麥的構想相反，以致於三分之一的保費是由雇主負擔，但是受薪階級則需負擔三分之二。當時處於相對弱勢國會的反對勢力雖反對這個自由主義者的法案，且社會民主黨人因此宣稱，這將會削掉帝國架構的稜角，如果這必須遵守的話。

不過這個卻並未毀棄傳統。這個新的保險強制，強制受薪階級參與，所以快速導致參與保險人數的倍增。在保費如同互助金的勞工自我管理下，受薪階級在自身工資給付的保險費上過份負擔了雇主本應負擔的三分之二，當然這種長時期的過份負擔成果的證明仍有待觀察。不過這個健康保險給付決定了從一八八三年開始直至今日的標準，當時是醫療給付從第三天開始最多有十三週的半薪，並且透過保險而有契約的縣屬的免費醫師診治以及實質給付。這些生病逾週者可以有四週的援助。這是合於之前的情勢且令人滿意的，而且健康保險從此深植於公共意識中。若健康保險有越多的成員，則他們的給付能力就越強。

到了一九一三年包含了家屬進入這樣的保險體制，甚至有百分之六十二的人民被保險。在十九世紀與二十世紀之交，德國醫師呈現倍數成長，而當時人口也增長了百分之十一點五。對於所有的醫療職業這是絕對相關的，因為這開拓了一個大市場的相當給付。透過市場機制的分配，醫師個別的公會組織權力獲得擴張。一八九四年德國有兩個大的聯盟產生，一個是醫師公會(Hartmann-Bund)，另一個則是健康保險的公會。在一次世界大戰短暫之前有著利益衝突。保險有義務對於被保險人提供到縣屬醫師及其他事實給付，保險自己決定契約給誰，醫師若不參加這個系統，首先就會感覺受到威脅，因為同業的競爭快速增長。所以當時的醫師公會的目標就是取消雙軌保險系統以及讓所有的醫師都有機會參加健康保險的制度。這在一九一三年引起了一般醫療事務的混亂威脅。緊接著柏林公約不僅規範加入保險醫師的許可程序也造成了醫師的適當比例，一個醫師對上一千三百五十個被保險人。若回溯到個人成本負擔的角度以及承擔團體的耗費，這樣一個制度到今天為止都有有利及不利的部分[21]。

Phoca PDF

二、羅斯勒的難題 (Das Dilemma von Dr. R □sler)

自一九九六年以來，德國人就可以選擇成文法規定的健康保險公司，並強迫他們改善自己的服務。這些法定保險從超過一千家的規模縮小為現在的約只有兩百家左右。

階級是這些保險公司主要的經濟來源，所得的低成長逐漸造成不利而且產生了不平等。二零一零年一月當保險公司對他們的消費者課徵健保浪費稅時，競爭的壓力就浮現了。一個結果就是出現更多的合併，導致大保險公司出現更多的市場區塊。過去的政府是用疾病管理(disease management)的計畫的標準化服務來對於慢性病患如糖尿病患者，給予醫院總額支付(lump-sum)去減少浮濫的不當治療(discourage over-treatment)。感謝這些小規模修正的改革，德國健保花費在過去十年內少於其他的國家。但是若俾斯麥仍在，想必記憶猶新，個人所得稅對這個法案貢獻良多。十三萬四千家的小型診所經營體，大部分都是醫師們在獨立運作和經營。他們被強迫和保險業者協商，但卻不能完全分享病患醫療的投資與合作。大型的醫院則被聯邦和各邦的政府保護。所以想要改革這種情況幾乎如同前衛生部官員法蘭茲
柯尼普斯所說的這是與鯊共舞[22]。

衛生部長羅斯勒則在上任後面臨下面的難題，也就是抑制藥價，以及醫師與保險業協商要求提高薪資與健保財政漏洞補充的問題。

(一)羅斯勒採取與藥廠協商與獨立藥品審定機構的方法抑制高藥價的問題

一個巨大的差額存在於關於大眾的健康事務的健保基金的保費收入和健保基金的支出上，大約有保費上十五億元的缺口在二零一一年可預見，為了補救， 羅斯勒基本上要重新徹底打造健保事務亦即重新調整付費模式。就個案言政府部門當然現階段尚未處理，但是對於自由民主黨的羅斯勒則有現階段下列兩個主題，藥品的花費簡省與醫師荒的改變[23]。

羅斯勒當然是小心的選擇他的鯊魚。因為德國付出高藥價已經不是新鮮事，藥價幾乎在過去十年裡占了健保給付的三分之二。羅斯勒提出了積極建議，一個獨立機構將評量是否新藥可以取代現存的藥劑。假如是這樣，藥廠將與保險人協商藥價和訴諸媒體其不滿兩種選擇。羅斯勒希望能夠在年度藥價總額的三十二億歐元中削減兩億歐元。藥商反對這個想法，並認為這是飲鴆止渴，可是大部分的民眾都贊成。柯尼普斯就說這是政府健保政策的第一個真正的勝利[24]。

在於羅斯勒認為，藥價在二零零九年重新調高了一點五億歐元，政府必須用長時間培育的模式，讓德國藥業能在高度研發創新的藥事領域獲得生機。而且重要的方法是，德國衛生部強迫藥業在契約協商時接受政府價碼，對於高額的藥價進行即時的互相對話，進行是否可以調降的討論，並給予製藥研發的折扣以及有藥品價格不哄抬的時效期，除了讓藥價維持一個穩定的成本也讓藥商不會因此失去研發與國際大藥廠競爭的生機[25]。

羅斯勒為了避免藥品獨斷，則是在施政重點中強調藥業的責任，他主張成立一個獨立的政府審查機構，因為不論是企業在藥品的實用性上，特別是相關的成分使用明確性以及學術研究計畫上。企業都必須交付這些資訊以及
證明所研發的新藥本質的經濟效益和可以用於人體的品質[26]。

Phoca PDF

(二)醫師在總額給付下的待遇改革以及北萊因威斯法倫邦二零一零年五月九日的大選落敗

從這個健保系統中可以確定的擠出一堆盈餘來。不過羅斯勒十分謹慎，部分是因為醫師，藥師，以及牙醫師都是支持自由民主黨的人。保險業者對於消費者的競爭有許多都是來自於和健保醫療提供者的談判。朵理絲 普芬芙爾 國家健保協會基金的主席 就抱怨他想和選好的團體進行協商，但是醫院卻阻止保險業者簽下個別醫師的契約。羅斯勒對此表示，如果讓保險業者進行對個別醫師的這類協商，他擔心而他的政黨也質疑，在大保險業者和被選定的醫師團體之間會有某種程度的不公平[27]。

這裡要談的是醫師在總額給付下早就將一八九四年以來保險公司聯盟與醫師公會的抗爭加以深化了，醫師要求提高自身的待遇，在藥品支出預算排擠下爭取健保總額支付的合理待遇！

二零零九年五月號的 健康保險雜誌(Die Krankenversicherung)就讓聯邦健保醫師協會(KBV)的主席安得理亞斯 ·柯勒醫師 與國家法定保險最高聯合會 (GKV-Spitzenverband)

主席約翰納 馬革努斯 ·封· 史塔柯爾堡針對醫師的提高自身待遇的逐年抗爭的理由與國家法定保險最高聯合會坐下來談。當然這個討價還價的狀況在當年度的五月二十號的評議委員會有一個暫時性的決議。聯邦健保醫師協會卻對此展開一連串的連署抗爭，其主席柯勒認為

(1)首先大環境變化，醫師接受了包裹式給付DRGs
的流程控管，所以理應提供醫師合理的給付。
柯勒醫師認為二零零八年一月三十一日到二零零九年一月一日的某些醫師的報酬條件必須調整，醫師已經接受所謂的磨合期了，如同我們曾經接納醫院導入的DRGs包裹式給付制度，這種把同一種類，狀況，年齡以及併發症相類似的病人合在一起的制度。健保開銷避免浪費醫療資源的目的已經達成，只是大部分醫師欠缺勇氣爭取合理的給付，導致醫師很難集結力量抗爭這些不合理的給付。但這個給付確實不合理！

(2)再者給付體系出現問題
，所以保險業者給的一連串給付，事實上健保醫師根本沒得到東西，例如醫師的加班費，或是精神科醫師的諮商費用甚至是其他的醫療服務，這些健保業者都沒有考量！聯邦政府給的補助金三億歐元根本不是流向醫師而是全部給保險業者，這十分不公平。

(3)
對於醫師有無限制要求卻僅有限制薪水
的結構應該檢討！
醫師調高薪資是很正常的，不應該從反醫的角度來看待問題，沒錯，德國是從八零年代以來經濟下降，甚至去年也經歷經濟危機，但如果這樣講，不就是全部醫師的需求都可以用這種理由去搪塞掉！重點應該在這個榨乾醫師精力，卻限制醫師薪資的不合理結構的檢討。

國家法定保險最高聯合會代表封史塔柯爾堡則就此加以駁斥，其主張

(1)提高醫師薪資根本是醫師內部分配問題，

Phoca PDF

因為就算是來和保險業者談判的醫師代表也受限於自身內部溝通的問題，錯誤的資訊和不確定感造成醫師群體的發酵和抗爭，如果某些醫師執意要硬幹，那法定保險最高聯合會的立場很簡單，就是遵照之前已經公開的大家談好的修正薪資內容，一毛也不會多給。

(2)
給付體系根本沒有問題，因為本來已經達成的結論就是固定項目的給付清單變動基本上是維持原狀的
，因為總額支付的醫師薪資部分早就已經改過了，個別醫師或是醫師團體可以在如同麻醉，支氣管鏡的支付或是精神科醫師的諮商中獲得有利的給付，這些是從個案認定，而不是適用所有的醫師，這本來就要看醫療給付的實質去作決定，不是所謂的沒有提高薪資。至於政府整體補助的三億歐元是要以二零零七年的基準作比較，這個醫師代表和保險業者早有合意，甚至某些地區的醫師在零八年薪資都已經提高了百分之六，這說不公平與事實不符。

(3)
醫師應從病人的角度出發，不要活在自己
的象牙塔裡！
在金融危機發生時，有多少人擔心失去自己的工作啊！某些醫師甚至是他們的行動者要求幾百萬歐元之譜的薪資提告。這恐怕不妥當。現在的薪資已經是德國醫療給付有史以來最高的了。在某些醫師的想像中這仍然是不足，這些醫師的要求基本上是沒有考慮到病患的經濟利益。更何況醫師自己內部分配的衝突問題憑什麼拿出來要求健保的病人去給付，這正是我們法定健康保險聯合會的基本立場[28]。

至於所謂的企
業家投資醫療產業或是加入
醫療研發工作以促進經濟成長，衛生部長羅斯勒是表態反對的。
其認為開放門診給外面的投資者，儘管多元的醫師門診會比一人醫師有效率而且也更能夠對於病患的複雜病況作聯合診斷。如同Polikum，老闆·佛爾福朗· 奧圖的說法，他的柏林連鎖診所比傳統門診少了百分之二十的花費但提供同樣的醫療服務。但羅斯勒卻主張，要限制外界投資者對於門診只能有最少利害關係。避免醫療企業經營化帶來的社會不公義，變成只有有錢人能看病，而窮人則被拒絕在外。

羅斯勒認為，醫師首
先要把病人放到第一位，而不是利益。對
於外行人來說[29]，講
這樣的話不啻是隸屬自由民主黨的羅斯勒向可創造利益的自由主義原則投降了。

當然與此同時，在二零一零年五月十一日德國醫師公會發起了要求提高薪資的訴求，但是
在敗選的北萊因威斯法倫邦卻早在五月六日就有十一萬四千名病人反對提高醫師待遇，並且連署抗爭
，因為醫師要求提高自身在總額支付下的待遇本質上是把病人可能的治療途徑加以縮減[30]。

Phoca PDF

二零一零年五月九日，執政的基督教民主聯盟和自由民主黨在健保改革構想公布的同時遭遇了北萊因威斯法倫邦的選舉敗陣，這不啻是對羅斯勒的一個重大打擊，因為他的健保改革似乎並未受到選民青睞[31]
，反對黨社會民主黨正式在政治上取得第一個反健保改革的門票，特別是對於羅斯勒的健保費率調整計畫。（待續）

作者段正明為民間司改會歐洲特派員
（本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫之立場）

註解：

17.（http://www.1a-krankenversicherung.org/nachrichten/20090717/3487/zweigleisiges-krankenkassensystem-nur-noch-in-deutschland/）

18.德國家庭，
年長者，婦女及青少年照護部
的網站即對於這類關係加以說明。（
http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/7-Soziale-sicherung/7-7-Frauen-und-maenner-in-der-kranken-und-in-der-pflegeversicherung/7-7-1-gesetzliche-krankenversicherung.html
）筆者在台灣有太多的不懂，包括什麼單一選區兩票制，日本的檢察事務官制度引進，這些翻譯甚至理解外國制度不清不楚的東西，到了台灣居然變成了基本概念和理所當然，真是不知道從何而來，只能以莫名其妙形容之，如同馬英九當選五大最有膽識的領袖一樣，純屬鬧劇一場！沒有辦法運作或有實益的家戶所得概念，充其量只是人民剝一層皮的工具，或是健保捐，那麼政府應該重新立法規定這類法定租稅，怎可混亂因果，胡說八道！在被保險人家庭受益制基礎之下，關於雙薪三口小家庭超越四千歐元基準線加入私保的基礎計算，另可參閱消基會新聞稿，二代健保年年漲，單身，雙薪，三薪漲近一倍2010.05.11（http://www.consumers.org.tw/unit412.aspx?id=1328）

19.本文此一概念解析，特此鳴謝德國友人，健康醫療管理經濟系 工商制碩士尤莉安娜
海克小姐對於德國健保制度釋疑，以及司法考試系 財經法律碩士 摯友曼努爾
史溫德爾先生對於公法概念的意見提供。

20.這裡台灣的許可制和德國報備制就真的是考量國情不同了，對人民的福利給付的事項和限制人民權利義務的事項在這裡的思考是完全不同的，可參閱段正明，馬英九不懂德國法律，蘋果日報2008/11/14（http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art_id/31140374/IssueID/20081114）

21.Vgl..M.Stolleis ,Geschichte des Sozialrechts in Deutschland,S:76-79, 2003

22.The Ecnomist , Dr R □sler's difficult t prescription ,P.31. May 1st 2010.

23.J. Barenberg Interview mit Dr.R □sler ,Wir brauchen natürlich auch Innovationen im Arzneimittelbereich,DLF 26/04/2010（http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168602/SharedDocs/Interviews/DE/10-04-24-dlf.html?__nnn=true）而在台灣醫師荒的問題恐怕必須分成醫師間的世代正義，醫事倫理與台灣醫學教育，中國或其他醫學落後台灣地區國學歷承認的合理性問題加以討論，關於開放承認外國學歷可以參照 段正明，德國經驗看共同市場下的醫師養成教育認證及外籍醫師，（http://blog.roodo.com/duanchengmin/archives/8015493.html）

Phoca PDF

24.The Ecnomist , Dr R □sler’s difficult t prescription ,P.31. May 1st 2010.

25.A.a.O ., Fußnote 17

26.The Ecnomist , Dr R □sler’s difficult t prescription ,P.31. May 1st 2010.

27.Ibid.at P.31

28. A.K □hler/ J-M.von Stackelberg , Vergütungsreform : Prinzipien richtig ,Reformbedarf bleibt , Die Krankenversicherung , 2009/05 , S100-101.

29.例如某些醫師就會認為病患與醫師間是買賣事業，這樣的想法其實是不對的，也令人痛心！對醫師逐漸低落的社會地位沒有改善。關於醫師的人格教育和本位思考不待筆者深入研究，國內已有許多醫界大老及學者專家沈痛呼籲。醫師應該要爭取的是自己的尊嚴，而不是爭取金錢利益和搖尾乞憐式的向政客博取同情！尊嚴來自於對原則的堅持與絕不妥協，這點值得參考與深思！王昶閔，陳定信:醫療當生意，泯滅良知2010/5/17,
（http://www.libertytimes.com.tw/2010/new/may/17/today-life4.htm）

30.關於醫師的給付在德國一直都是一個難解的問題，因為篇幅所限，只能概述，其餘留待另文詳細說明。 北萊因威斯法倫邦的反醫師提高待遇可參閱， □rzte Zeitung.de 06.05.2010（http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/601801/angst-benachteiligung-114-000-unterschriften-honorarreform.html）

31.NRW w □hlt die Schwarz-Gelb ab, Die Zeit , 09.05.2010（http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-05/nrw-landtagswahl-wahlergebnis）

Phoca PDF