

EMS und Chancengleichheit

Zwei Jahre Numerus clausus und Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz (EMS). Teil 2

K.-D. Hänsgen, B. Spicher

Im ersten Teil dieses Beitrages (siehe Heft Nr. 12/2000) wurde dargestellt, wie der EMS aufgebaut ist und wie seine gute Prognosefähigkeit der Studieneignung seine Verwendung als Zulassungskriterium begründet. Es wurde auch diskutiert, wie sich das Bewerbungsverhalten zum Medizinstudium verändert hat und möglicherweise weiter verändern wird. Bei der Testanwendung wird vor allem Chancengleichheit gefordert. Bezüglich der Vergleichbarkeit von Sprachgruppen wurden wegen der besonderen Relevanz für die Schweiz ein sehr aufwendiges Adaptationsverfahren verwendet, welches sicherstellt, dass keine testbedingten Unterschiede sich auf Leistungsunterschiede auswirken. Vor allem die unterschiedlichen Grössen und die Zusammensetzung der drei Sprachgruppen wirken sich hier aus. Die Chancengleichheit der Geschlechter ist nachweislich gegeben. Unterschiedliche Maturitätsquoten wirken sich nicht auf die Zulassungschancen zwischen den Kantonen aus – wohingegen sich einzelne regionale Besonderheiten zeigen, die der weiteren Diskussion bedürfen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Prinzip der Chancengleichheit durch den EMS realisiert wird. Aufgrund der sich kaum verändernden Nachfrage nach Studienplätzen wird eine beschränkte Zulassung mittels EMS in nächster Zeit weiter auf der Tagesordnung stehen müssen – eine Entscheidung, die aus den empirischen Ergebnissen ihre Rechtfertigung finden kann.

In diesem Teil des Beitrages soll dargestellt werden, welche Unterschiede sich zwischen verschiedenen soziologischen Gruppen ergeben. Diese Unterschiede sind vor allem unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit zu diskutieren – wobei aber nicht jeder ermittelte Werteunterschied als Chancenungleichheit interpretiert werden muss.

Korrespondenz:
Prof. Dr. Klaus-D. Hänsgen
Universität Freiburg
Departement für Psychologie
Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik
Route d'Englisberg 9
CH-1763 Granges-Paccot
E-mail ztd@unifr.ch

Äquivalenz der Sprachversionen

Das Kriterium der Rechtsgleichheit muss für die drei Sprachgruppen eingehalten sein. Der Test wurde nach den international üblichen Kriterien aus der deutschen Fassung in die französisch- und italienischsprachige Fassung übertragen, wofür die Bezeichnung «Adaptation» üblich ist. Dieser Prozess geht über die einfache Übersetzung eines Textes hinaus, mit dem Ziel, in den unterschiedlichen Sprachgruppen eine vergleichbare Schwierigkeit, Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Aufgaben zu erzielen. Dabei müssen sprach- und kulturspezifische Eigenheiten berücksichtigt werden. In den Berichten 4 und 5 des ZTD sind die Probleme ausführlich dargestellt – auch wegen der Komplexität der statistischen Voraussetzungen ist hier nur eine Kurzfassung darstellbar.

Besonders bei den komplizierteren sprachabhängigen Aufgaben sind in der deutschsprachigen Fassung sehr komplexe Sätze verwendet worden, bei deren Übertragung in die Zielsprachen nicht dem deutschen Satzbau gefolgt werden kann. Schwierigkeitsunterschiede der Aufgaben sind auch aufgrund internationaler Erfahrungen in Israel und den USA fast immer die Regel – und nur sehr bedingt von der Übersetzung abhängig.

Ein Beispiel für eine solche komplexe Testaufgabe (die nicht zu den schwierigsten gehört):

Im Kindesalter kann das Zentrum für Sprache, Spracherwerb und Sprachverständnis noch in der linken oder in der rechten Hälfte (Hemisphäre) des Gehirns in einem umschriebenen Hirnrindengebiet (sog. Sprachregion) angelegt werden. Spätestens im zwölften Lebensjahr sind die sprachlichen Fähigkeiten jedoch fest in einer der beiden Hemisphären verankert, und zwar bei den Rechtshändern in der Regel links, bei den Linkshändern in der Mehrzahl ebenfalls links, zum Teil aber auch rechts; die korrespondierende Region der Gegenseite hat zu diesem Zeitpunkt bereits andere Funktionen fest übernommen. Welche der nachfolgenden Aussagen lässt bzw. lassen sich aus diesen Informationen ableiten?

Bei irreversiblen Hirnrindenverletzungen im Bereich der sogenannten Sprachregion der linken Hemisphäre ...

- I kommt es bei erwachsenen Linkshändern in der Regel zu keinen wesentlichen Sprachstörungen.
 - II kommt es bei einem Vorschulkind in der Regel zu einer bleibenden Unfähigkeit, die Muttersprache wieder zu erlernen.
 - III ist bei zwanzigjährigen Rechtshändern die Fähigkeit, eine Sprache zu erlernen, in der Regel verloren gegangen.
- A Nur Ausfall I ist zu erwarten.
 - B Nur Ausfall II ist zu erwarten.
 - C Nur Ausfall III ist zu erwarten.
 - D Nur die Ausfälle I und III sind zu erwarten.
 - E Nur die Ausfälle II und III sind zu erwarten.

Abbildung 1

Faktoren, die sich auf die Unterschiede zwischen den Sprachversionen auswirken.

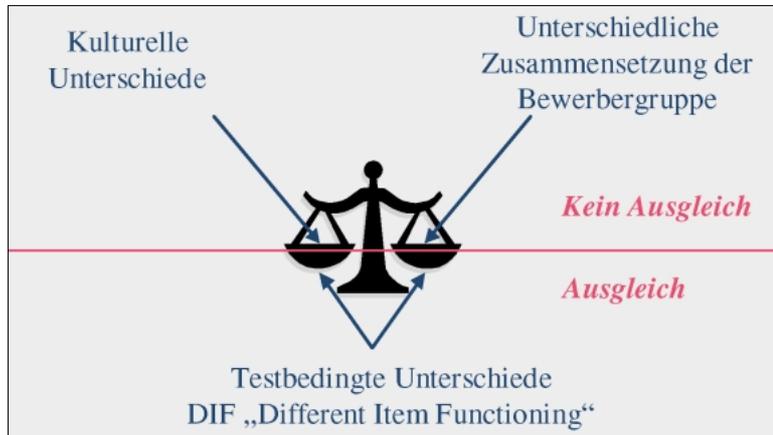
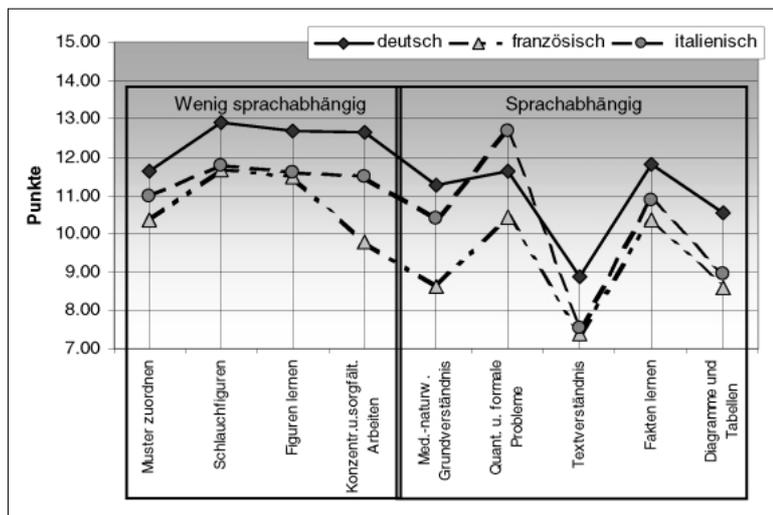


Abbildung 2

Mittelwerte der Untertests für die Sprachgruppen 1999 (unkorrigiert).



Bei diesem Aufgabentyp folgen nach der Schilderung des Sachverhalts in der Regel drei oder fünf Aussagen in Form von Behauptungen. Die Testperson muss sich dabei entscheiden, ob sich die Aussagen aus den im Aufgabentext enthaltenen Informationen ableiten lassen. Die korrekte Beurteilung der einzelnen Aussagen setzt das Verstehen des Sachverhalts voraus sowie die Fähigkeit, Schlussfolgerungen aus den im Text enthaltenen Informationen zu ziehen. Durch die Übersetzung werden die Informationen bzw. ihre Gewichtungen beeinflusst. Lehnt man sich am deutschen Satzbau an, wird der Text in der Regel unverständlich. Er darf beim Übersetzen allerdings auch nicht vereinfacht werden – dass dann etwa die relevanten Informationen leichter zu finden sind.

Im Jahre 1998 wurden die Testwerte für die drei Sprachgruppen getrennt behandelt. Der Vorteil war eine gleiche Zulassungswahrscheinlichkeit für jede Sprachgruppe. Der «Preis» war, dass alle Unterschiede

ausgeglichen worden sind – also auch nicht testbedingte, deren Ausgleich eigentlich nicht gerechtfertigt war. Die geringen Stichprobengrößen der französisch- und italienischsprachigen Gruppe und fehlende statistische Schätzverfahren (die zu diesem Zeitpunkt nur an grossen Stichproben überprüft waren) lieferten eine Begründung für dieses Vorgehen, die noch heute Bestand hat.

In diesem Jahr wurde ein differenziertes Vorgehen angewendet, welches nicht zuletzt auf neuen Ergebnissen – v.a. bezüglich der statistischen Prüfverfahren für kleine Stichproben – beruht, welche im Frühjahr 1999 anlässlich eines Workshops der Internationalen Testkommission zu Testadaptationen bekannt gegeben wurden.

Zielstellung ist, dass der Test in den drei Sprachgruppen gleich schwer sein muss – dass also die Lösungswahrscheinlichkeit einer Aufgabe bei gleicher Fähigkeit tatsächlich gleich sein muss. Diese Gleichheit ist nicht allein durch Übersetzung zu beeinflussen, sondern hängt von mehreren Faktoren ab. Bei allen Adaptationen muss mit solchen Unterschieden gerechnet werden:

Kulturelle Unterschiede zwischen den Sprachgruppen

- Mögliche generelle Fähigkeitsunterschiede oder, präziser ausgedrückt, unterschiedliche Fähigkeitsprofile (anderes Verhältnis der einzelnen Fähigkeiten zueinander) im Vergleich der Kulturen können vorhanden sein, die beispielsweise auf Unterschiede im Schulsystem zurückzuführen sein können. Auch die Strategien, wie entsprechende Aufgaben gelöst werden, können sich unterscheiden und auf die Ergebnisse auswirken.
- Unterschiede in Leistungsvoraussetzungen (z.B. Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer) können zu unterschiedlichen Resultaten beitragen.

Unterschiedliche Repräsentativität der Stichproben für die Sprachgruppen

- Die jeweils untersuchten Stichproben können verschiedene Ausschnitte aus der jeweiligen Sprachgruppe sein. Die geringe Zahl der französisch- und italienischsprachigen Teilnehmer macht dies wahrscheinlich – die Auswahl kann die «Spitze» oder das «Ende» der Leistungsreihe aller Maturanden der jeweiligen Sprachgruppe überrepräsentieren, etwa durch unterschiedliches «Wahlverhalten» aufgrund der Alternativen für Studienorte ohne NC.

Testbedingte Unterschiede

- Die Testaufgaben können nach der Übertragung eine unterschiedliche Aufgabenschwierigkeit aufweisen, indem durch Satzstellung, Wortwahl, Kompliziertheit des Satzes etc. ein Unterschied auftritt. Die Lösungsschwierigkeit eines Items wird unter anderem auch von der Formulierung und dem Satzaufbau einer Fragestellung beeinflusst. Bereits geringe Änderungen innerhalb einer Sprache können zu unterschiedlichen

Abbildung 3

Zulassungsquoten nach Fächern und Sprache.

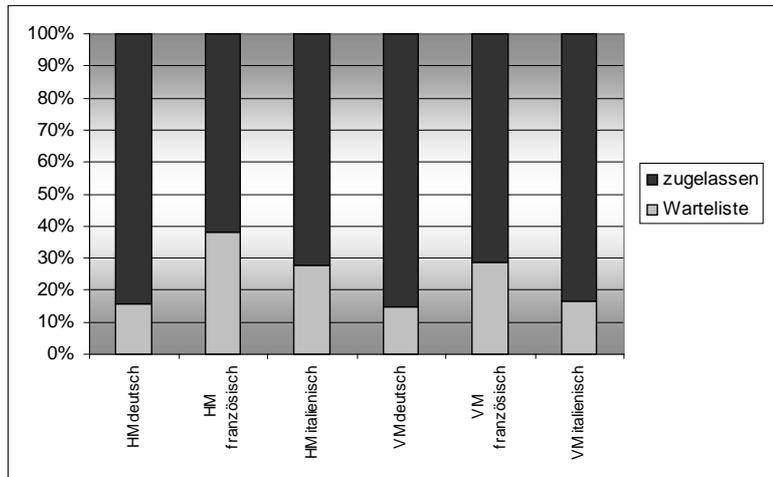
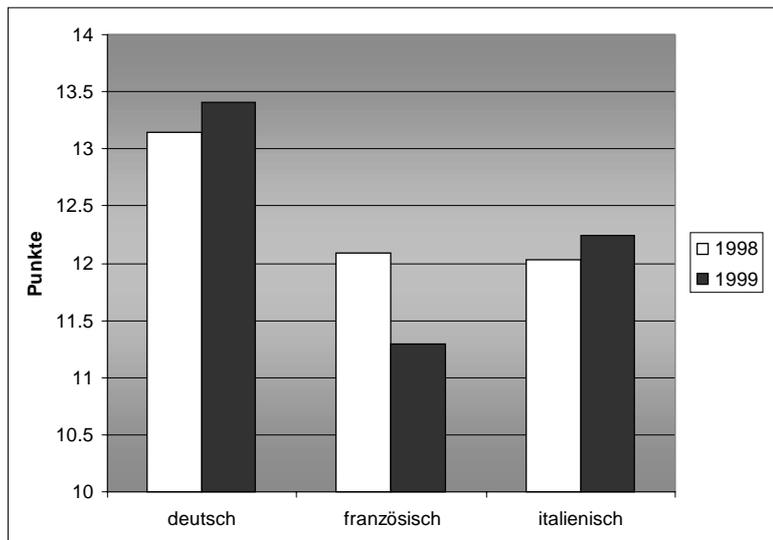


Abbildung 4

Punkte in den 1998 und 1999 identischen Aufgaben für die Sprachgruppen (Einstreuaufgaben).



Schwierigkeiten führen. Allerdings sind diese Differenzen nicht vorherzusehen, sondern können erst empirisch nachgewiesen werden.

Die ersten beiden Unterschiede sollten logischerweise nicht ausgeglichen werden – der dritte muss möglichst vollständig ausgeglichen werden. Bei der Anwendung statistischer Verfahren zur Abschätzung dieser Einflüsse machen sich die unterschiedlichen Stichprobengrößen und besonders die geringe Personenzahl in der italienischsprachigen Gruppe einschränkend bemerkbar. Die Anwendungen von Lineargleichungen zur Testwertschätzung wie in Israel ist beispielsweise nicht möglich.

Aufgrund der Analyse der Ergebnisse von 1998 hat die Schweizerische Hochschulkonferenz den Beschluss gefasst,

1. einen Ausgleich nur bei sprachabhängigen Tests vorzunehmen. Dies sind fünf von neun Untertests. Der Sprachausgleich beschränkt sich demnach prinzipiell auf die eher sprachabhängigen Untertests «Medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis», «Quantitative und formale Probleme», «Textverständnis», «Fakten lernen» sowie «Diagramme und Tabellen». Für die anderen Untertests sind testbedingte Unterschiede relativ unwahrscheinlich;
2. den Ausgleich nur vorzunehmen, wenn Mittelwertunterschiede im entsprechenden Untertest vorhanden sind. Geprüft werden dazu die Abweichungen der jeweiligen Zielsprache von der deutschen Sprachgruppe.

Wie 1998 treten Unterschiede zwischen den Sprachgruppen in sprachabhängigen und wenig sprachabhängigen Untertests auf. Ebenfalls wie 1998 erzielt die italienischsprachige Gruppe den besten Wert bei «Quantitative und formale Probleme» – ansonsten sind die Werte der deutschen Sprachgruppe jeweils am besten.

Es wurde ein differenziertes Korrekturverfahren erarbeitet, welches *nur* die möglichen testbedingten Unterschiede ausgleichen soll. Die Identifikation und der Ausgleich testbedingter Unterschiede geschieht wie folgt:

1. Sprachausgleiche werden nur in den sprachabhängigen Untertests «Medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis», «Quantitative und formale Probleme», «Textverständnis», «Fakten lernen» sowie «Diagramme und Tabellen» vorgenommen. Dass Unterschiede in den nichtsprachlichen Tests testbedingt sind (und ausgeglichen werden müssen), ist unwahrscheinlich. Die Aufgaben erfordern praktisch keine Sprachkompetenzen und das sprachabhängige Verständnis der Instruktion scheint so einfach, dass Verständnisunterschiede unwahrscheinlich sind.
2. Damit ein Sprachausgleich in einem bestimmten sprachabhängigen Untertest erfolgt, müssen sich die entsprechenden Punktzahlen signifikant unterscheiden (Vergleich Deutsch – Französisch, beziehungsweise Deutsch – Italienisch). Wenn keine Mittelwert- und Varianzunterschiede vorhanden sind, trägt der Untertest auch nicht zu Unterschieden beim Testwert bei.
3. Es werden jene Items ausgeglichen, welche über eine systematische Differenz hinaus spezifische Unterschiede aufweisen («different item functioning» oder DIF). Nur für diese Items ist der Verdacht begründet, dass es sich um wirklich testbedingte Differenzen handelt.
4. Als Sprachausgleich wird den französisch- und italienischsprachigen Probanden die Differenz zur entsprechenden Itemschwierigkeit in der deutschsprachigen Version gutgeschrieben, falls sie das Item nicht gelöst haben. Man kann das so interpretieren, dass für DIF-Items bei Nichtlösung zumindest der Schwierigkeitsunterschied zur Referenzgruppe ausgeglichen wird.

Abbildung 5

z-transformierte Abweichung (Delta z) für den Testwert zwischen deutscher und französischer Sprachgruppe. Je höher, desto geringer die Leistung der französischen Sprachgruppe.

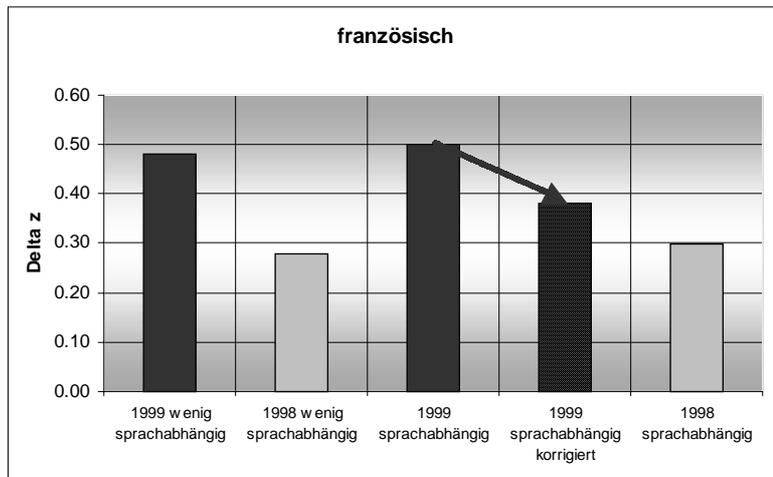
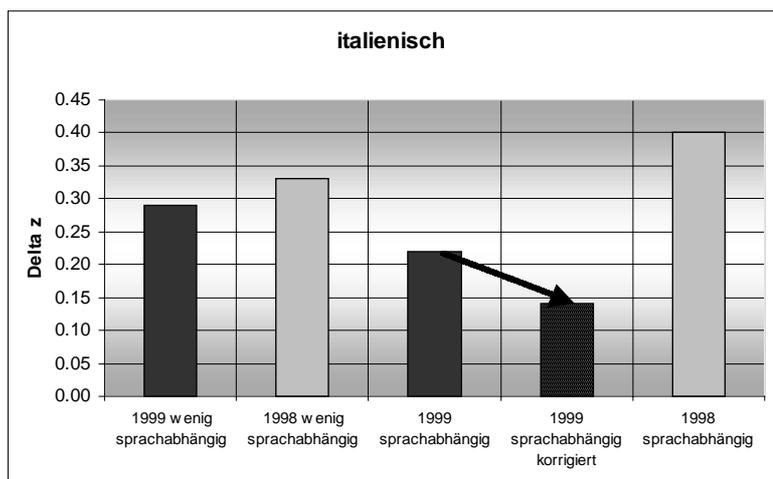


Abbildung 6

z-transformierte Abweichung (Delta z) für den Testwert zwischen deutscher und italienischer Sprachgruppe. Je höher, desto geringer die Leistung der italienischen Sprachgruppe.



Im Unterschied zu 1998 zeigen sich in diesem Jahr signifikante Unterschiede bei der Zulassung für Humanmedizin für die Sprachgruppen, weil nur testbedingte Unterschiede ausgeglichen worden sind. Bei Veterinärmedizin sind die Unterschiede nicht signifikant – die geringe Stichprobengrösse wirkt sich hier allerdings aus. Vor allem die französische Sprachgruppe schneidet deutlich schlechter ab als die anderen beiden Gruppen.

Bevor vorschnell der Schluss gezogen wird, dass es sich hier um keine Gleichbehandlung handelt, muss man die Gruppen genauer analysieren. Es handelt sich hier nämlich mit ziemlicher Sicherheit *nicht um testbedingte Unterschiede*.

Die französische Sprachgruppe schneidet 1999 deutlich schlechter ab als 1998, während sich die deutsch- und die italienischsprachige Gruppe verbessern: Aus

technischen Gründen wurden im Test 1999 in jeder der beiden Testformen 22 Aufgaben des Tests von 1998 als Einstreuaufgaben erneut verwendet. Dies betrifft die Untertests «Muster zuordnen», «Medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis», «Quantitative und formale Probleme», «Textverständnis» und «Diagramme und Tabellen». Dies geschah auch mit dem Ziel, die Stabilität der Leistungen zu untersuchen. Die Befunde unterstreichen, dass besonders die französischsprachige Gruppe mit der des Vorjahres nicht vergleichbar ist: deren Leistungen nehmen im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen deutlich ab. Erwartet hätten wir auch hier den Leistungsanstieg der beiden anderen Sprachgruppen, der vermutlich v.a. auf eine bessere Vorbereitung auf den Test mit den veröffentlichten Materialien zurückzuführen ist – die Erfahrungen aus 1998 haben den Test und die Notwendigkeit der Vorbereitung deutlicher gemacht als es bei der erstmaligen Durchführung war.

Eine bereits im Vorjahr diskutierte Frage war die nach dem Verhältnis der Unterschiede in sprachabhängigen und wenig sprachabhängigen Tests. Aufgrund des Faktormodells, des Generalfaktors mit sehr hohem Varianzanteil, ist zu erwarten, dass die Fähigkeiten in beiden Bereichen hoch korreliert sind und allfällige Abweichungen der Sprachgruppen in beiden Bereichen etwa gleich sein müssen, wenn es sich nicht um testbedingte Unterschiede handelt.

- 1999 wichen in der französischen Sprachgruppe die Leistungen in sprachabhängigen Tests mehr von der deutschen Sprachgruppe ab als die weniger sprachabhängigen. Nach der Korrektur sind die sprachabhängigen Tests weniger abweichend als die weniger sprachabhängigen. Das Korrekturverfahren hat also eine mögliche Benachteiligung in den sprachabhängigen Tests mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen.
- 1999 zeigen die Unterschiede in der italienischen Sprachgruppe bereits vor der Korrektur keine deutlichen Differenzen für sprachabhängige Tests (hier gehen die besseren Leistungen bei «Quantitativen und formalen Problemen» mit ein). Das Korrekturverfahren erhöht die Sicherheit ebenfalls, dass keine Benachteiligung durch testbedingte Unterschiede auftreten.
- Es wird auch deutlich, dass die Unterschiede in der französischen Sprachgruppe 1998 in beiden Bereichen wesentlich geringer waren. In der italienischen Gruppe trat vor allem in den sprachabhängigen Tests ein grösserer Unterschied als bei den weniger sprachabhängigen auf.

Diesem Problem muss auch zukünftig grosse Aufmerksamkeit gewidmet werden. Eine gesamtschweizerische Testanwendung würde es zumindest ermöglichen, den Effekt der unterschiedlichen Zusammensetzung der Sprachgruppen besser zu kontrollieren: die französisch und mit Abstrichen auch die italienischsprachige Gruppe (der ein Studium in Italien bleibt) wären grösser und umfassen alle Bewerberinnen und Bewerber.

Abbildung 7

Boxplot für den Testwert nach Geschlecht und Disziplinen.

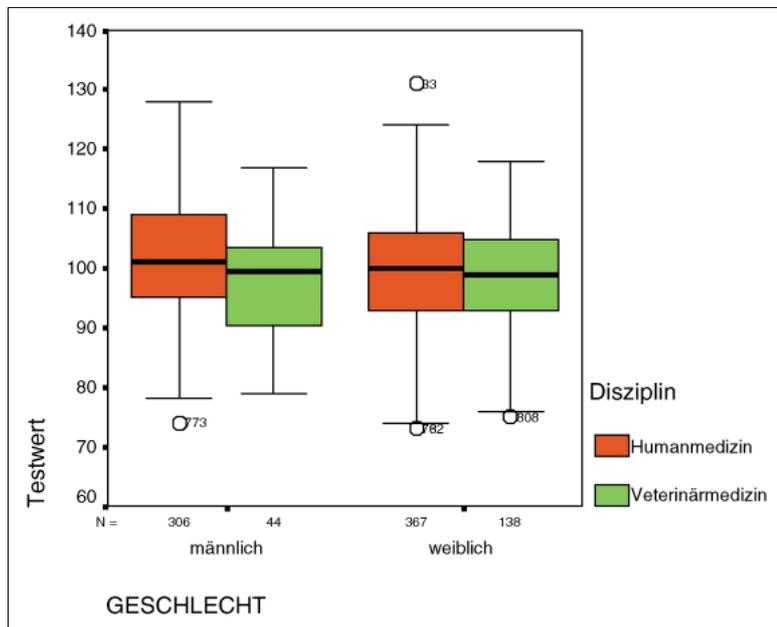
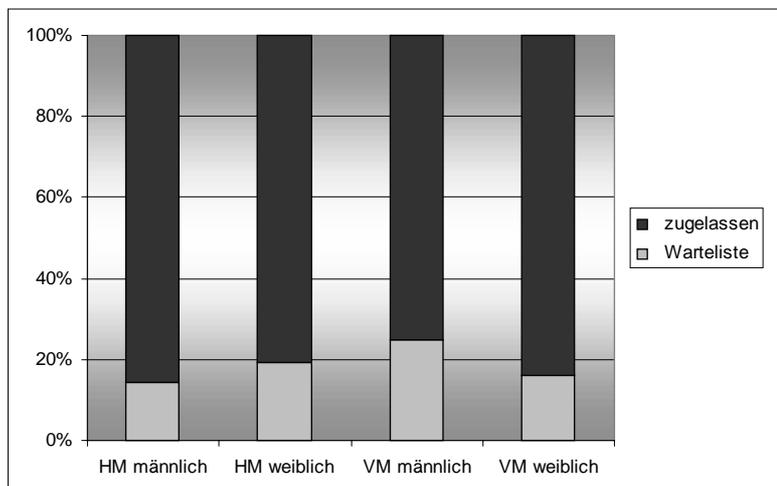


Abbildung 8

Zulassung nach Disziplinen Humanmedizin (HM) und Veterinärmedizin (VM) für die Geschlechter – alle Testteilnehmer auf je 100% bezogen.



Chancengleichheit der Geschlechter

Im Vorfeld des Tests wurde die Forderung nach Gleichbehandlung der Geschlechter mehrfach thematisiert. Dies betraf vor allem Fragen der Testfairness: Es darf keine Gruppe beim Test benachteiligt sein. Die Definition, was Testfairness ist, spielt dabei allerdings eine wichtige Rolle. Eine Vergabe der Plätze entsprechend der Bewerberquoten würde dann «unfair» sein, wenn unterschiedliche Bewerberquoten Einfluss auf die Verteilung der Testleistung hätten. Auch die Erwartung, dass Männer und Frauen numerisch gleiche Testwerte

im Mittel erreichen müssen, wäre kein Fairnesskriterium: Es wurde mehrfach empirisch nachgewiesen, dass Frauen im statistischen Notendurchschnitt die Medizinprüfungen etwas schlechter abschliessen als Männer (vgl. Trost, 1995, für die Schweiz Hänsgen, Hofer & Ruefli, 1996). In Deutschland erreichten Frauen im Test langjährig etwa um 2 Punkte tiefere Werte als Männer. Relativ gesehen (bezogen auf die Streuungen) war der Geschlechterunterschied bei den Noten dort übrigens grösser als im Test. Wenn der Test die Realität abbilden und ein «Probestudium» sein soll, welches die Studienleistungen gut vorhersagt, dann müsste sich dieser Unterschied im Test wiederfinden.

Bei der Bewertung der vorliegenden Ergebnisse muss auch berücksichtigt werden, dass sich mehr Frauen zum Studium beworben haben als Männer. Damit könnten sich unterschiedliche Quoteneffekte auf die Testleistungen auswirken. Besonders bei «Veterinärmedizin» unterscheiden sich diese Quoten beträchtlich.

Anhand der konkreten Ergebnisse der deutschen Sprachgruppe kann festgestellt werden, dass sich die Testwerte für Humanmedizin bei einer Streuung von 10 nur um 1,5 unterscheiden. Im Vorjahr betrug diese Differenz des Testwertes 0,9. Dieser Unterschied von 1999 ist statistisch allerdings wie im Jahre 1998 nicht signifikant, er liegt bei Annahme von 5% Irrtumswahrscheinlichkeit im Bereich des Zufalls.

Im Vergleich zu Deutschland scheint der Leistungsunterschied zwischen den Geschlechtern in der Schweiz offenbar geringer zu sein. Dies wird auch durch die Ergebnisse des Probelaufes des EMS im Jahre 1995 gestützt, wo Frauen sogar bessere Werte erreichten als Männer.

Differenziert man die Zulassung noch nach der Disziplin, haben Männer in Veterinärmedizin um ca. 10% geringere Zulassungschancen als in Humanmedizin. Bei Frauen beträgt dieser Unterschied nur 3%. Auch dieser Befund spricht dafür, dass die Unterschiede vor allem das Studienwahlverhalten betreffen und nicht als «generelle» Unterschiede der Leistungen zwischen Männern und Frauen interpretiert werden dürfen.

Chancengleichheit zwischen den Regionen

Dass alle Vergleiche sich nur auf die Medizinbewerbungen beziehen, wurde bereits mehrfach betont. Bei allen regionalen Vergleichen muss vor einem weiteren Missverständnis gewarnt werden, welches Oswald (1999) aufzeigt: Er sieht einen «Gegensatz, in welchem sich der EMS zur gegenwärtigen Bildungslandschaft befindet» (S. 1314) und begründet diesen u.a. mit der Gegenüberstellung einer «Schülerzentriertheit» der Bildungspolitik und einer «Gegenstandsorientiertheit» des Tests. Wenn die im EMS geprüften Funktionen bzw. Fähigkeiten in «herrschenden pädagogisch-didaktischen Dogmen» (ebenda) tatsächlich geringgeschätzt werden, so ist vor der Konstruktion eines Widerspruches zu klären, ob diese Gegenüberstellung überhaupt gerechtfertigt ist.

Tabelle 1

Gruppierung der Kantone nach der Maturitätsquote (1998).

hoch (>18%)			mittel (13–18%)			niedrig (<13%)		
Kanton	Maturitäts- quote	Anzahl Teilnehmer	Kanton	Maturitäts- quote	Anzahl Teilnehmer	Kanton	Maturitäts- quote	Anzahl Teilnehmer
BL	23,3	57	SH	16,6	4	BE	12,9	111
BS	20,7	39	ZG	16,4	10	SG	12,8	61
ZH	18,7	190	AG	16,2	84	SZ	12,7	18
			AR	16,0	6	LU	12,2	44
			GL	14,1	4	OW	12,2	2
			AI	13,7	0	NW	10,2	3
			SO	13,6	28	TG	9,8	20
			GR	13,2	27			
			UR	13,0	1			
Summe		286	Summe		164	Summe		259

Die im EMS zu prüfenden Funktionen sind Ergebnis einer aufwendig betriebenen Anforderungsanalyse des Medizinstudiums, für welches ein erfolgreiches Abschneiden vorhergesagt werden soll. So definiert sich auch die *Fairness der Zulassung*: weil Studienplätze ein «beschränkt zur Verfügung stehendes Gut» sind, sollen diejenigen vor allem eine Chance erhalten, die das Studium in kürzerer Zeit absolvieren und mit besseren Ergebnissen abschneiden.

Ein Verfahren wie der EMS, das die *Eignung für eine Tätigkeit* feststellen will, wird seine Methoden immer von den Anforderungen für diese Tätigkeit her definieren müssen, für welche eine Erfolgsvorhersage notwendig ist. Deshalb kann sich der Eignungsbegriff beim EMS nur über die Studierfähigkeit definieren und muss primär wenig Rücksicht darauf nehmen, wie sich die schulische Bildungspolitik gestaltet. Dies ist an sich keine neue Wahrheit, schon den Lateinern war sie offenbar bekannt («non scholae, sed vitae discimus»).

Es besteht allerdings auch für die Bildungspolitik kein Grund, von einer Identität der bildungspolitischen Ziele und der eignungsrelevanten Fähigkeiten auszugehen. Keinesfalls sollten sich die Schulen, wie vereinzelt erwogen, nun auf das «Training» der im EMS geforderten Fähigkeiten beschränken. Sehr wahrscheinlich lässt sich eine *Förderung* dieser Fähigkeiten nur auf sehr komplexen Wegen erreichen. Man muss bildungspolitisch sehr viel breiter vorgehen und beispielsweise auch soziale Komponenten mit einbeziehen. Die bedingte unmittelbare Trainierbarkeit der im EMS geprüften Fähigkeiten wäre ein solcher Beleg, dass Leistungsverbesserungen nicht auf kurzen Wegen erreichbar sind.

Die Bildungspolitik muss sich allerdings gefallen lassen, dass die Bewertung ihres Erfolges bzw. des Erfolges ihrer Absolventinnen und Absolventen von den Anforderungen des späteren Berufslebens (hier des Studiererfolges) her möglich sein muss. Die Evaluationskriterien dürfen praktisch gar nicht mit den

Bildungszielen identisch sein (sonst handelt es sich um reine Zirkelschlüsse) und sie müssen «von aussen» angelegt werden. Dieses «Aussen» muss sich vor allem an beruflichen Erfolgskriterien orientieren, wenn die Schweiz bildungspolitisch im internationalen Wettbewerb erfolgreich bleiben will. Eine kontinuierliche Evaluation der Schulausbildung an diesen externen Kriterien hätte langfristig im übrigen vielleicht auch eine bildungspolitisch regulierende Funktion.

Vor diesem Hintergrund müssen alle nachfolgenden Vergleiche gesehen werden: Unterschiede können (1.) auf regional unterschiedlichem Studienwahlverhalten und unterschiedlicher Wirkung der Dissuasion beruhen, (2.) spezifisch für die Medizinbewerbungen sein (ohne für alle Maturandinnen und Maturanden zu gelten).

Im Jahre 1998 wurden keine Testwertunterschiede für die Kantonsgruppen gefunden, wenn man sie nach der Maturitätsquote gruppiert. Diese Aussage kann 1999 erneut bestätigt werden: Es wurden drei Gruppen der Kantone nach der Maturitätsquote wie 1998 gebildet. Dabei wurden nur die Personen dieser Kantone berücksichtigt, die den Test in deutscher Sprache abgelegt haben. Die Aussagefähigkeit wird natürlich von vornherein dadurch eingeschränkt, dass sich die einzelnen Kantone in vielen weiteren Merkmalen unterscheiden, die nicht ausbalanciert werden können (Lage, Bevölkerungsanteil, Stadt-Land-Verhältnis usw.). Dennoch bleibt es ein interessantes Ergebnis, dass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen auf 5%-Niveau ergeben – weder beim Testwert, noch in den Untertests.

Die Ergebnisse belegen zumindest, dass es gegenwärtig keinen Grund dafür gibt, in der unterschiedlichen Maturitätsquote eine generelle Ursache für Vorteile oder Nachteile für einzelne Kantone bei der Zulassung zum Medizinstudium zu sehen und Schlussfolgerungen bezüglich einer Auswahl für die Mittelschule zu ziehen. Das Gegenteil scheint der Fall: Gleichgültig, wie hoch die Maturitätsquote ist, be-

Abbildung 9

Boxplot für die drei Gruppen der Kantone nach der Maturitätsquote.

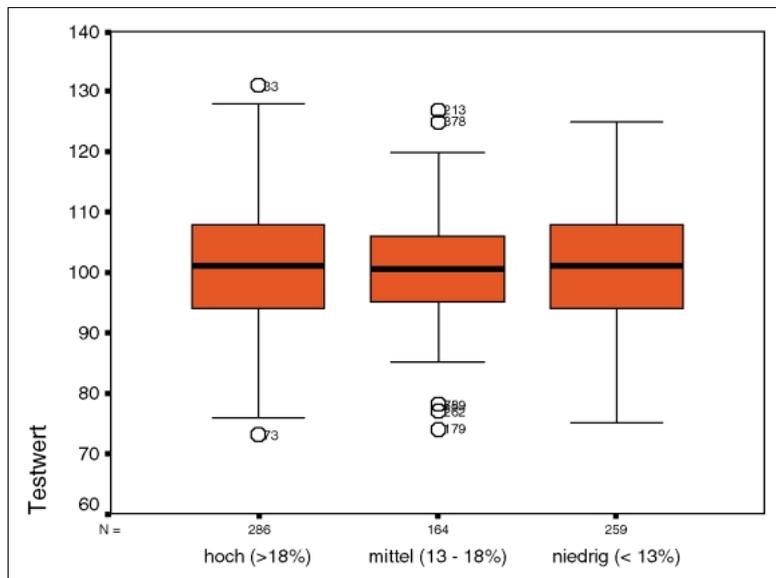
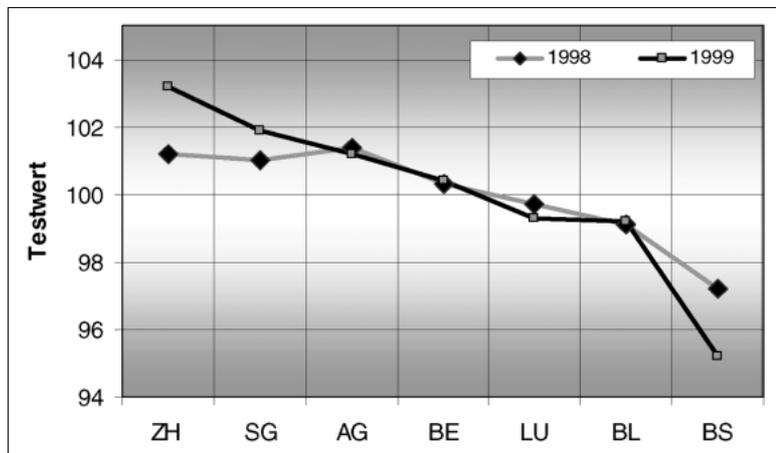


Abbildung 10

Testwert für Kantone mit mehr als 38 Teilnehmern 1998 und 1999 im Vergleich.



werben sich für Medizin immer gleich gute Kandidatinnen und Kandidaten. Die Variation der Maturitätsquoten innerhalb der Deutschschweiz ist dabei natürlich im Verhältnis zur Gesamtschweiz geringer (Tessin mit 29,8 und Genf mit 29,6 unterscheiden sich vom höchsten Wert der einbezogenen Kantone – BL mit 23,3 – noch einmal beträchtlich).

Bei der Gruppe mit hoher Maturitätsquote ist zu bemerken, dass 34% der Personen aus Basel-Stadt und Basel-Land stammen und mit dem Kanton Zürich zusammengefasst werden. Beide liegen im nachfolgenden Vergleich der «grossen» Kantone sogar an unterschiedlichen Enden der Testwerteverteilung. Besonders wichtig ist, dass die Zusammenfassungen der Kantone nach mittlerer und niedriger Maturitätsquote sich bezüglich des Testwertes nicht unterscheiden. Hier gehen je mindestens sieben Kantone ein.

Für Vergleiche zwischen den Kantonen wurden alle Kantone berücksichtigt, die mehr als 38 Teilnehmer am Test aufweisen (im Vorjahr betrug die Grenze 40 – damit beide Basel wiederum berücksichtigt werden können, war die «Absenkung» notwendig).

In diesem Jahr ergeben sich deutlichere Unterschiede, die beim Testwert und sechs Untertests zu signifikant unterscheidbaren Mittelwertsgruppen führen. Im Vergleich zum Vorjahr bleibt festzuhalten, dass Unterschiede vor allem an den Enden der Leistungsrangreihe der Kantone nach dem Testwert auftreten: Die Leistungen in zwei Kantonen mit 1998 bereits hohen Testwerten sind besser – die Leistung in dem Kanton mit den relativ geringsten Testwerten ist schlechter geworden. Um vor vorschnellen Schlüssen zu warnen: Unterschiede können beeinflusst sein durch (1.) die Auswahl zur Mittelschule, (2.) die Mittelschule selber, (3.) die Studienwahl zum Medizinstudium. Keine dieser Ebenen kann aufgrund der Ergebnisse als unbedeutend ausgeschlossen werden.

Chancengleichheit und Alter

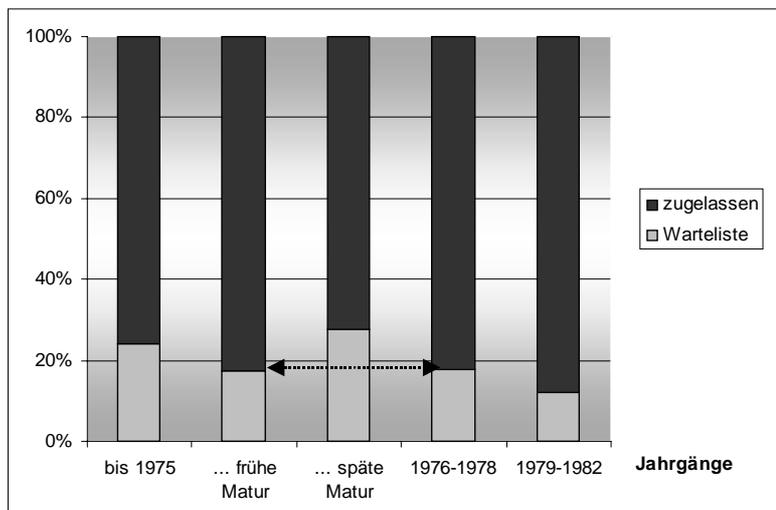
Aus vorliegenden psychologischen Erkenntnissen sind zwei gegensätzliche Tendenzen beim Zusammenhang von Leistungsanforderungen und Alter abzuleiten: Jüngere sind besser, wenn es um solche Leistungsvoraussetzungen wie Aufmerksamkeit, Belastbarkeit oder Gedächtnis geht. In fast allen Normtabellen von Lern- oder Aufmerksamkeittests findet sich dieser Trend. Älteren gelingt es dafür aufgrund ihrer Erfahrungen besser, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und ihre bisherigen Erfahrungen als Routine beim Lösen neuartiger Probleme einzubringen. Beide Tendenzen sollten sich so ergänzen, dass die effektive Leistungsfähigkeit mit steigendem Alter zumindest gleich bleiben kann. Für beide Tendenzen finden sich im EMS entsprechende Untertests. Wir würden aufgrund der Anforderungsanalysen zum Medizinstudium davon ausgehen, dass beide Tendenzen auf hohem Niveau benötigt werden, um gute Chancen für einen Studienerfolg zu haben.

Bezüglich der Untersuchung des Alterseinflusses bieten sich aufgrund der Daten drei Gruppen an: die Jahrgänge 1979–1982, die sich im 19. Lebensjahr unmittelbar nach der Maturitätsprüfung bewerben, die Jahre 1976–1978, die dies ein bis zwei Jahre später tun und die Jahre 1957–1975, die dies mehrere Jahre später tun.

Die *älteste Gruppe* lässt sich nach dem Alter beim Erlangen der Maturität wiederum differenzieren: solche Personen, die ihre Maturitätsprüfung zum frühestmöglichen Zeitpunkt abgelegt haben und dann einer anderen Tätigkeit nachgegangen sind, und solche Personen, die ihre Maturitätsprüfung später bestanden – also in der Regel unmittelbar vor der jetzigen Bewerbung zum Medizinstudium. Hier könnte man annehmen, dass Personen, die sich unmittelbar vor dem Ablegen des Tests noch in einer Schulausbildung befunden haben, beim Test besser abschneiden. Die Technologien der Wissensaneignung wurden unmittelbar vorher gefordert und damit trainiert. Der

Abbildung 11

Zulassungsquoten für Altersgruppen (nach Jahrgängen) – für die älteste Gruppe aufgeteilt nach früher und später Maturitätsprüfung.



Trennpunkt beider Gruppen wird zwischen Maturitätsjahr 1995 und 1996 gesetzt.

Bis auf einen Untertest sind die Leistungsunterschiede zwischen den Altersgruppen signifikant – die Mittelwerte der jüngeren Gruppe sind beim Testwert am besten. Es lässt sich also ein Vorteil der jüngeren Bewerberinnen und Bewerber nachweisen, die sich sofort nach einer frühestmöglich bestandenen Maturität zum Studium bewerben. Dies dürfte auch der Studienrealität entsprechen, wonach Jüngere insgesamt bessere Leistungen erreichen.

Differenziert man die älteste Gruppe nach dem Erlangen der Maturität, zeigt sich entgegen der geäußerten Erwartung auch hier ein besserer Punkt- und Testwert für Personen, welche die Maturität *früh abgelegt* haben. Sie unterscheiden sich in allen Leistungen nicht von der mittleren Altersgruppe. Der Unterschied des Testwertes erreicht Signifikanz – bei den Untertests sind Unterschiede in den «Werkzeugfunktionen» («Figuren lernen», «Konzentriertes und sorgfältiges Arbeiten») und wie im Vorjahr beim logischen Denken («Quantitative und formale Probleme»). Die Leistungsbesten haben sich offenbar auch früh für eine Maturität entschieden – diese Unterschiede gleichen sich später nicht aus.

Dieser Befund spricht auch gegen eine Trainierbarkeit der Testleistungen. In der ältesten Gruppe bringt das kürzliche Ablegen der Maturitätsprüfung keine Vorteile.

Ausblick

Über zwei Jahre wurde der EMS in der Schweiz erfolgreich angewendet. Die Ergebnisse beider Jahre sind gut vergleichbar – besonders die Gütekriterien sind sehr stabil. Der EMS erfüllt die Kriterien der Rechtsgleichheit und Willkürfreiheit von allen internationalen ge-

bräuchlichen Zulassungskriterien zum Medizinstudium am besten – er ist wegen seiner geringen Trainierbarkeit auch sozial verträglich (aufwendige und kostenintensive Vorbereitungskurse lohnen sich nicht).

Dass er auch ökonomisch günstig ist, ergibt sich aus der Nachnutzbarkeit erprobter Aufgaben aus Deutschland, wodurch nicht noch einmal die relativ hohen Entwicklungskosten anfallen. Noch für einige Jahre stehen solche erprobten Versionen zur Verfügung. Es gibt zwei Gründe, über eine Weiterentwicklung des Testkonzeptes nachzudenken. Einer ist natürlich die «Endlichkeit» der zur Verfügung stehenden Zahl der Versionen. Der andere, wichtigere, betrifft die Entwicklung der Studienanforderungen. Wir glauben nicht, dass die im EMS gemessenen Anforderungen zukünftig im Studium keine Rolle spielen werden (auch verbunden mit der Hoffnung, dass es die zitierte «Geringschätzung von Fähigkeiten» in Wahrheit nicht oder nicht in dem Ausmass gibt). Denkbar ist aber, dass sich die Anforderungen des Medizinstudiums so erweitern oder modifizieren, dass Anpassungen am Konzept des EMS mittel- bis langfristig notwendig sein können.

Literatur

- Beller M. Translating, equating and validating Scholastic Aptitude Tests: The Israeli Case. In: Hänsgen KD, Hofer R, Ruefli D (Hrsg.). Eignungsdiagnostik und Medizinstudium. Bericht 2. Freiburg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik; 1996. S. 14-29.
- Celio MR. Ausbau des Medizinstudiums in Freiburg? Reformdruck als Chance der zweisprachigen Universität. Neue Zürcher Zeitung. 29. 9. 1999
- Deidesheimer Kreis. Hochschulzulassung und Studieneignungstests: studienfeldbezogene Verfahren zur Feststellung der Eignung für Numerus-clausus- und andere Studiengänge. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht; 1997.
- Hänsgen KD, Ischi N (Hrsg.). Eignungsprüfung für das Medizinstudium. Tagungsband. Berichte des ZTD Band 3. Freiburg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik, 1997.
- Hänsgen KD, Hofer R, Ruefli D (Hrsg.). Eignungsdiagnostik und Medizinstudium. Tagungsband. Berichte des ZTD Band 2. Freiburg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik; 1996.
- Hänsgen KD, Hofer R, Ruefli D. Un test d'aptitudes aux études de médecine est-il faisable en Suisse? Bull Méd Suisses 1995; 76(7):267-74.
- Hänsgen KD, Hofer R, Ruefli D. Der Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 1995; 76(37):1476-96.
- Hänsgen KD, Hofer R, Ruefli D. Der Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz. Ein Probelauf. Berichte des ZTD Band 1. Freiburg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik; 1995.
- Oswald U. Der Eignungstest 1998 für das Medizinstudium. Schweiz Ärztezeitung 1999;80:1313-7.
- Trost G. (Hrsg.). Test für Medizinische Studiengänge (TMS): Studien zur Evaluation (18. Arbeitsbericht). Bonn: ITB; 1994.
- Trost G, Blum F, Fay E, Klieme E, Maichle U, Meyer M, Nauels HU. Evaluation des Tests für Medizinische Studiengänge (TMS): Synopse der Ergebnisse. Bonn: ITB; 1998.
- ZVS Press: Pressedienst der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen. Deutlicher Anstieg der Bewerbungen für das Medizin-Studium. Dortmund: ZVS; 1998.

Die vollständigen Berichte des ZTD und weitere Informationen zum Eignungstest erhalten Sie auch im Internet über www.unifr.ch/ztd

3. Evaluation der Weiterbildungsstätten

Die Ergebnisse der Auswertung der 3. Evaluation der Weiterbildungsstätten durch die Assistentinnen und Assistenten liegen vor und sind den Klinikleitern/-innen zugestellt worden. Die Klinikleiter/innen wurden gebeten, eine Kopie der Resultate an den/die Assistentenvertreter/in abzugeben.

Da die Assistentenvertreter/innen meist von Jahr zu Jahr wechseln, und demzufolge die Personenangaben in der im Sommer 1999 durch die FMH durchgeführten statistischen Erhebung der jeweiligen Weiterbildungsstätte möglicherweise nicht mehr übereinstimmen, verzichten wir auf eine direkte Zustellung an die Assistentenvertreter/innen.

Sollten Sie als Assistentenvertreter/in vom Leiter Ihrer Weiterbildungsstätte keine Auswertung erhalten haben, können Sie die Ergebnisse bezüglich Ihrer Weiterbildungsstätte direkt bei der Abteilung Weiter- und Fortbildung anfordern: Frau B. Aeschbacher, Tel. 031 359 11 11, oder E-mail: fmhwbst@hin.ch

*Dr. René Salzberg
Christoph Hänggeli*

Troisième évaluation des établissements de formation postgraduée

Les résultats de la 3^e évaluation des établissements de formation postgraduée par les médecins-assistants ont été communiqués aux responsables de cliniques, avec prière d'en remettre une copie au représentant des assistants.

Celui-ci changeant souvent d'une année à l'autre, il est fort possible que les données sur le personnel, recueillies en été 1999 lors de l'enquête statistique menée par la FMH, ne correspondent plus à la réalité. C'est pourquoi nous renonçons à lui adresser directement ces résultats.

Toutefois, si vous êtes représentant des assistants et que vous n'avez pas reçu ces résultats, vous pouvez les obtenir directement au Département de la formation postgraduée et continue, auprès de Mme B. Aeschbacher, tél. 031 359 11 11 ou e-mail: fmhwbst@hin.ch.

*Dr René Salzberg
Christoph Hänggeli*

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes und des Beschlusses des Zentralvorstandes der FMH vom 3. Februar 1999 ist das Bestehen der Facharztprüfung für alle Kandidatinnen und Kandidaten, welche ihre Weiterbildung nach dem 31. Dezember 2000 abschliessen, Voraussetzung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe. Näheres zu den Übergangsbestimmungen und Ausnahmen ist in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 5 vom 2. Februar 2000 publiziert.

Anmeldung: Generalsekretär der SGGG, Prof. Dr. med. M. Litschgi, Abteilung Geburtshilfe / Gynäkologie, Kantonsspital, 8208 Schaffhausen, Tel. 052 634 23 15, Fax 052 634 23 98

Prüfungsgebühr: Fr. 950.– für a.o. Mitglieder der SGGG (definitiv aufgenommen), Fr. 1800.– für Nichtmitglieder der SGGG

Anmeldefrist: 31. Juli 2000

Die Operationsberichte gemäss Anforderungskatalog müssen bis spätestens 15. Juli 2000 dem Vertreter der SGGG in der Titelkommission: Dr. med. H. Welti, 12, avenue de Valmont, Case postale 362, 1010 Lausanne 10, geschickt werden.

Die FMH-Zeugnisse und die Evaluationsprotokolle müssen an die Abteilung Weiter- und Fortbildung, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16, gesandt werden.

Examen de spécialiste pour l'obtention du titre FMH en gynécologie et obstétrique

Conformément au programme de formation postgraduée et à la décision du Comité central de la FMH du 3 février 1999, la réussite de l'examen de spécialiste est une condition requise pour les candidats au titre FMH en gynécologie et obstétrique qui termineront leur formation postgraduée après le 31 décembre 2000. Pour de plus amples renseignements concernant les dispositions transitoires et les dérogations, veuillez vous référer à la publication du Bulletin des médecins suisses no 5, du 2 février 1999.

Inscription: Secrétariat de la SSGO, Prof. Dr. med. M. Litschgi, Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital cantonal, 8208 Schaffhouse, tél. 052 634 23 15, fax 052 634 23 98

Taxe d'examen: Fr. 950.– pour les membres associés admis à la SSGO, Fr. 1800.– pour les non-membres de la SSGO

Délai d'inscription: le 31 juillet 2000

Les protocoles opératoires selon le catalogue des exigences doivent être envoyés jusqu'au 15 juillet 2000 au plus tard au délégué de la SSGO à la Commission des titres, le Dr H. Welti, 12, avenue de Valmont, Case postale 362, 1010 Lausanne 10.

Les certificats FMH et les protocoles d'évaluation doivent être envoyés au Département de la formation postgraduée et continue, Fédération des médecins suisses / FMH, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 16.

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Hämatologie

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes, welches am 1. Juli 1995 in Kraft gesetzt wurde, ist die Teilnahme an der Facharztprüfung für diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten Voraussetzung für die Erlangung des Facharztstitels FMH für Hämatologie, welche ihre Weiterbildung in Hämatologie bis am 30. Juni 1996 nicht abgeschlossen hatten. Es empfiehlt sich, die Facharztprüfung frühestens im letzten Jahr der reglementarischen Weiterbildung abzulegen (Art. 22 WBO).

Ort: Inselspital, Bern

Zeitpunkt: Dienstag, 10. Oktober, und Mittwoch, 11. Oktober 2000

Prüfungsstoff: entspricht Punkt 3 des Weiterbildungsprogrammes vom 1. Juli 1995, publiziert in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 24/1995 vom 14. 6. 1995.

Prüfungsgebühr: Die SGH erhebt eine Prüfungsgebühr von Fr. 750.-.

Anmeldung: *Schriftliche Anmeldung an:* Sekretariat der SGH, Innerer Giessenweg 37, Postfach 1085, 3110 Münsingen, Tel. 031 722 07 20, Fax 031 722 07 22.

Anmeldefrist: 31. Juli 2000

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste FMH en hématologie

Conformément au programme de formation postgraduée entré en vigueur le 1^{er} juillet 1995, la participation à l'examen de spécialiste est une condition requise pour les candidats à l'obtention du titre de spécialiste FMH en hématologie, qui n'avaient pas terminé leur formation postgraduée en hématologie le 30 juin 1996. Il leur est recommandé de passer l'examen de spécialiste au plus tôt durant la dernière année de leur formation postgraduée réglementaire (art. 22 RFP).

Lieu: Hôpital de l'Île, Berne

Date: Mardi, 10 octobre et mercredi, 11 octobre 2000

Matières d'examen: correspondant au point 3 (exigences) du programme de formation postgraduée du 1^{er} juillet 1995, publié dans le bulletin des médecins suisses au no. 35/1995 du 30.8.1995.

Taxe d'examen: La SSH prélève une participation aux frais de Fr. 750.-.

Inscription: *Inscriptions par écrit* auprès du secrétariat SSH, Innerer Giessenweg 37, Case postale 1085, 3110 Münsingen, tél. 031 722 07 20, fax 031 722 07 22.

Délai d'inscription: 31 juillet 2000

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Onkologie

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes, welches am 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt wurde, ist die Teilnahme an der Facharztprüfung für diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten Voraussetzung für die Erlangung des Facharztstitels FMH für Onkologie, welche ihre Weiterbildung in Onkologie bis am 31. Dezember 1997 nicht abgeschlossen hatten. Es empfiehlt sich, die Facharztprüfung frühestens im letzten Jahr der reglementarischen Weiterbildung abzulegen (Art. 23 WBO).

Ort:

Schriftlich-theoretische Prüfung: Inselspital, Bern
Mündlich-praktische Prüfung: Luzern (Herbstversammlung SIAK)

Die schriftlich-theoretische Prüfung kann auch während der parallel verlaufenden ESMO-Session in Hamburg bestanden werden (siehe ESMO-Informationen).

Datum:

Schriftlich-theoretische Prüfung: Samstag, 14. Oktober 2000, 17.00 Uhr

Mündlich-praktische Prüfung: Mittwoch, 22. November 2000

Prüfungsgebühr: Die SGIO erhebt eine Prüfungsgebühr von Fr. 100.– für die schriftliche Prüfung und Fr. 300.– für die mündliche Prüfung.

Schriftliche Anmeldung: Dr. med. J. Bauer, CHUV, CePO, 1011 Lausanne, E-mail Jean.Bauer@chuv.hospvd.ch

Anmeldefrist: 30. Juli 2000

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste FMH en oncologie

Conformément au programme de formation postgraduée entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997, la participation à l'examen de spécialiste est obligatoire pour les candidats à l'obtention du titre de spécialiste FMH en oncologie qui n'avaient pas terminé leur formation postgraduée en oncologie le 31 décembre 1997. Il est recommandé de passer l'examen de spécialiste au plus tôt durant la dernière année de leur formation postgraduée réglementaire (art. 23 RFP).

Lieu:

Examen théorique écrit: Hôpital de l'Île, Berne
Examen pratique oral: Lucerne (session d'automne de la SIAK)

L'examen écrit peut également être passé pendant la session parallèle ESMO à Hambourg (voir informations ESMO).

Date:

Examen théorique écrit: Samedi, 14 octobre 2000 à 17h00

Examen pratique oral: Mercredi, 22 novembre 2000

Taxe d'examen: La SSOM prélève une participation aux frais de Fr. 100.– pour l'examen écrit ainsi que Fr. 300.– pour l'examen oral.

Inscription (par écrit): Dr J. Bauer, CHUV, CePO, 1011 Lausanne, e-mail Jean.Bauer@chuv.hospvd.ch

Délai d'inscription: 30 juillet 2000

Médecine de qualité à un prix raisonnable

P.-C. de Roten

Il y a quelques semaines, le personnel infirmier de notre canton exigeait des améliorations de ses conditions de travail; aujourd'hui, ce sont les médecins-assistants. Que nous réserveront les prochaines semaines?

Il n'est pas exagéré de dire qu'il existe un malaise au sein du personnel soignant de nos hôpitaux et qu'un bémol de plus s'est glissé dans la partition déjà dissonante de la planification hospitalière. Ce terme, craint par certains, chacun d'entre nous cependant doit en admettre l'évidence, tant la rationalisation de nos infrastructures s'impose. Là où le challenge devient audacieux et même illusoire, c'est lorsque nos autorités nous promettent une médecine de qualité à des prix raisonnables. Si nous admettons que la qualité de la médecine est la priorité, nous devons aussi admettre qu'avec les progrès de la médecine, le vieillissement de notre population et la culture de consommation médicale que nous tolérons encore, nous devons admettre donc qu'il nous sera toujours plus difficile d'éviter l'augmentation des coûts de la santé.

Si, par contre, la maîtrise des coûts est prioritaire, il nous faudra inévitablement passer par le rationnement des soins. N'est-ce pas déjà un peu ce que nous vivons aujourd'hui? La nouvelle politique hospitalière n'a été jusqu'à maintenant qu'un exercice comptable où n'a été pris en considération qu'un tas de statistiques stériles et où ni les patients ni le personnel soignant n'ont été vraiment entendus. Il est un rationnement que nous devons à tout prix éviter, c'est le rationnement de la disponibilité du personnel hospitalier: si la technique peut guérir, ce sont la motivation et la disponibilité qui soignent. Nous nous donnons actuellement l'illusion de l'économie en ne tenant aucun compte du facteur humain; bien sûr, une infirmière n'est pas une vendeuse de grande surface, bien sûr, les médecins-assistants ne sont pas des apprentis comme les autres, bien sûr, les médecins-

chefs ne sont pas des mineurs de fond mais ne faudrait-il pas, une fois pour toutes, abandonner l'arme défraîchie de la lutte des classes et se dire que la grande majorité de ces gens-là ont droit à notre reconnaissance et notre admiration? Ne serait-il pas temps de se dire qu'un bon médecin-chef, disponible et compétent, de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre, une semaine sur deux, a droit à autant de respect et de reconnaissance que certains cadres de caisse-maladie mieux payés? Ne serait-il pas judicieux de se demander si un médecin-assistant qui travaille septante heures par semaine, dont une bonne partie à remplir des formulaires de statistiques, si ce médecin pourra assumer ce que le malade attend de lui; n'aurait-il pas droit lui aussi à une vie familiale équilibrée? Ne serait-il pas enfin temps de se demander si une infirmière, ce n'est pas seulement «Charlot et les temps modernes» mais une confidente aussi, à qui le patient aime se confesser? La médecine a besoin de temps; nous tuons la disponibilité et la motivation, nous tuons le temps et rejoignons le rythme effréné du travail à la chaîne. C'est pour cela que nous soutenons les revendications des médecins-assistants, comme nous avons soutenu les revendications de personnel qui pourra les décharger de l'incroyable travail de paperasserie et leur permettre de vraiment pratiquer leur métier.

Nous aimerions aussi souligner le travail extraordinaire des médecins-chefs de nos hôpitaux. Il n'est malheureusement pas dans leur culture ni de s'exprimer en public, ni encore moins de manifester. Il a toujours été plus médiatique de dénoncer leurs salaires que de reconnaître leurs mérites. Pris en tenaille entre une administration exigeant de la rentabilité coûte que coûte et des pseudo-partenaires dont l'unique intérêt est de leur faire porter la casquette, ils se découragent et, peu à peu, perdent leur motivation. Combien de temps encore pourra-t-on exiger d'eux une disponibilité totale, tout en les considérant comme des partenaires de 2^e classe, partenaires que l'on inonde de tracasseries administratives et que l'on contrôle parfois comme des malfaiteurs? Si notre médecine hospitalière a aussi bonne réputation, c'est en grande partie à eux que nous le devons; qu'on arrête de les traiter tous de millionnaires sans voir le travail et les sacrifices qu'ils ont fait pour parfois le devenir. Comme dans tous les domaines, la qualité se paie et, ne pas le reconnaître, c'est risquer de faire fuir la qualité et tomber dans la médiocrité, qui est tellement plus supportable.

Pour toutes ces raisons, nous disons oui à une planification hospitalière et non au démantèlement de la qualité des soins. Que l'hôpital public puisse offrir à chacun la qualité qui a fait sa force jusqu'à aujourd'hui.

Correspondance:
Pierre-Christian de Roten
Député libéral
CH-1950 Sion