

Eine Hausarztpraxis schliesst: erfolglose Suche nach einem Nachfolger

Was braucht es zur Motivation zum Hausarzt?^{1, 2}

Die Problematik rund um die Praxis-schliessung bei fehlendem Nachfolger wird aus persönlicher Erfahrung geschildert. Die Motivation zum Hausarzt setzt zahlreiche Faktoren voraus, für die wir Hausärzte teils selbst verantwortlich zeichnen.

Un médecin généraliste ferme son cabinet, faute de trouver un successeur. Il nous expose le problème et nous décrit ses expériences personnelles. La motivation à embrasser la profession suppose de nombreux facteurs, dont nous, les médecins généralistes, sommes responsables en partie.

Benedikt Horn

Wenn eine Praxis schliesst und sich kein Nachfolger findet ...

Im Verlauf der letzten Monate habe ich persönlich erlebt, was es für Patienten, Kollegen und Öffentlichkeit bedeutet, wenn ein Hausarzt die Praxis schliesst und keinen Nachfolger hat.

Warum ich die Praxis geschlossen habe, steht hier nicht zur Diskussion, es waren mehrere Gründe, der Entschluss reifte langsam und war wohl überlegt und ohne Zeitdruck, Tariffragen standen nicht im Vordergrund, obschon Tarmed für den Hausarzt sein Ziel absolut nicht erreicht hat. Man liest doch ohnehin genug zu diesem leidigen Thema: Das stimmt zweifellos.

Da ich leider kaum der einzige bin, der sich vor diese Situation gestellt sieht, möchte ich pragmatisch in einem kritischen Rückblick gute und weniger gute Erfahrungen zusammenfassen und vor-

allem auch (zum Beispiel für Diskussionen in der Öffentlichkeit) aufzeigen, was es alles braucht, damit wir auch in Zukunft motivierte Hausärzte haben werden.

Wer interessierte sich um eine Nachfolge?

Auf vier Inserate in der Schweizerischen Ärztezeitung (übliche Grösse, attraktiver Text) plus drei Monate im Internet meldeten sich vier Kollegen: Einer verlangte per E-Mail (ohne Anrede und Gruss) die letzten fünf Bilanzen. Einer ist selbst krank und kommt nicht in Frage. Einer hat nach einem längeren Gespräch überhaupt nicht reagiert. Der vierte – sehr gut qualifiziert – konnte sich leider einfach nicht entscheiden. Dass mehrere Serien zu je 4 Inseraten in der Ärztezeitung oder Inserate in deutschen Ärzteblättern, in der NZZ, der «Zeit» usw. mehr gebracht hätten, ist wenig wahrscheinlich, da im Moment der «Markt» völlig ausgetrocknet ist (Einführung 50-Std.-Woche in Spitätern, Einführung «Spitalfacharzt», Diskrepanz zwischen Anforderungen und finanzieller Attraktivität der Hausarzt-tätigkeit). An einer Praxisübernahme Interessierte lesen die einschlägige Fachliteratur zweifellos.

Persönliche Besprechung der Aktenübergabe

Inzwischen haben alle Patienten einen Hausarzt gefunden, in unserer Region herrscht (noch) kein Notstand. Aus Gründen des Persönlichkeits- und Datenschutzes ist eine persönliche Besprechung der Aktenübergabe ohne Zweifel korrekt. Es geht ja darum, Akten weiterzuleiten, die für die weitere Betreuung wichtig sein können, die Info verbessern oder die Arbeit erleichtern. Es ist sinnlos, wenn der weiterbetreuende Arzt am er-

sten Tag bereits so viele Akten verwalten muss wie ich nach 30 Jahren. «Ladenhüter» wurden höchstens aus «historischen Gründen» übergeben, heikle Dokumente (z.B. Psychiatrieberichte, Bericht einer Interruptio usw.) nur nach ausführlicher Besprechung mit dem Patienten mit Abwägen der Vor- und Nachteile. Die zu übergebenden Spitalberichte, Spezialistenberichte, Berichte von bildgebenden Untersuchungen, Laborbefunde, EKG wurden auf einem vorgedruckten Formular notiert und das Blatt vom Patienten unterschrieben. Dies entbindet uns davon, 10, 20 oder mehr Seiten zu kopieren (um sie nach 10 Jahren zu verbrennen ...). Die Akten wurden in der Regel mit einem kurzen Begleitbrief dem vom Patienten bezeichneten Arzt direkt zugestellt, auf Wunsch des Patienten auch ihm persönlich übergeben. Der Begleitbrief enthält in erster Linie Hintergrund-Informationen, soziale Zusammenhänge und nicht eine Wiederholung dessen, was ohnehin in allen Spital- und Spezialistenberichten steht. Es sei hier festgehalten, dass eine Aktenübergabe (auch gegen Unterschrift!) an Partnerin oder Partner sowie bei volljährigen Jugendlichen an die Eltern juristisch nicht korrekt ist. Sämtlichen Patienten habe ich erklärt, dass meine handschriftlichen und nicht an einen anderen Arzt weitergeleiteten Akten während 10 Jahren unter Verschluss aufbewahrt und anschliessend vernichtet würden. Nicht ein einziger Patient hat von den handschriftlichen Aufzeichnungen eine Fotokopie verlangt.

1 Erweiterte schriftliche Fassung eines Kurzreferates vor interessierten Grossräten* des Kt. Bern, 7.9.05 Zunfthaus Webern in Bern.

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird meist nur die männliche Schreibform verwendet. Gleichberechtigung von Frau und Mann ist für den Autor eine Selbstverständlichkeit.

Wahl des weiterbetreuenden Arztes

Dies ist grundsätzlich Angelegenheit des Patienten. Selbst wenn ich meine Patienten und die Kollegen à fond kennen würde (was höchstens vermutet wird, aber kaum der Tatsache entspricht), kann ich die Verantwortung nicht übernehmen, 500 Patienten sicher dem «richtigen» unter 25 Ärzten zu überweisen. Die Patienten haben dies auch gut akzeptiert, sie haben es zudem geschätzt, wenn ich ihre für sie sicher gute Wahl bestätigt habe. Es ist interessant, wie adäquat, exakt, passend die Patienten ihren Hausarzt wählen: Für die einen ist wichtig, dass der Nachfolger «ähnlich denkt und handelt» wie ich, für ältere Menschen ist besonders wichtig, dass sie möglichst ihren Hausarzt nicht in 5 Jahren schon wieder wechseln müssen (sie wählen oft jüngere Kollegen), für einige spielt der Glaube eine Rolle, für andere das gleiche Hobby, für sehr viele die Tatsache, dass sie einen Arzt bereits kennen.

Das Vorbereiten der zu übergebenden Akten

Die Vorbereitung (in der Regel am Vortag) war nicht selten mit ausserordentlich hohem Zeitaufwand verbunden: In der Regel waren 10 bis 20 Minuten nötig, gelegentlich aber eine halbe oder eine ganze Stunde. Dem Patienten bzw. der Krankenkasse habe ich immer die Hälfte des Zeitaufwandes «in Abwesenheit des Patienten», jedoch höchstens 20 Minuten (4mal Pos. 00.0140) berechnet, die restliche Zeit diente meiner persönlichen Psychohygiene: Diese Arbeit ist nämlich weit mehr als ein simples Heraussuchen relevanter Patientenakten, für mich war es ausgesprochen ein «Abschliessen einer oft jahrzehntelangen Betreuung». Dies liest sich vielleicht sentimental, ist es aber keineswegs, ich denke auch nicht, dass bei mir später beim Lesen der Todesanzeige eines ehemaligen Patienten Schuldgefühle aufbrechen. Das Aufarbeiten von oft sehr umfangreichen Krankengeschichten vermeintlich «best bekannter Patienten» (Standard-Satz aus Spitalberichten) ist, so es kritisch erfolgt, auch sehr lehrreich. Da stelle ich fest, dass bei einem mit 50 mg Atenolol sehr gut eingestellten Hypertoniker, der zwar adipös, aber körperlich sehr fit ist, das letzte Cholesterin (nor-

mal) 10 Jahre, das letzte EKG 12 Jahre zurückliegt. Was soll's? Vielleicht werden die Empfehlungen all' der von der Industrie gesponserten «Konsensus-Konferenzen», wie oft welche Untersuchung vorzunehmen sei, auch eines Tages widerlegt. Der über 80jährige «Patient» (er leidet nicht, ist also mehr ein Klient) mit PTCA vor 10 Jahren ist topfit, sammelt von Frühling bis Herbst an steilsten Berghängen Pilze, und wenn er zu Hause bemerkt, dass er auf dem Harder (750 Höhenmeter) seine neuen Handschuhe vergessen hat, geht er sie gleichentags (zu Fuss) holen. Wozu da jährliche Kontrollen beim Kardiologen? Über das PSA schweige ich hier bewusst, den Begriff «PSA-Terrorismus» von Prof. Martin Fey, Chefarzt Onkologie Insepspital, kann ich voll unterschreiben.

Viele Patienten brauchen Zeit für den Abschied ...

Viele Patienten kamen mit dem ausdrücklichen Wunsch, sich die Wahl eines neuen Hausarztes ein Jahr lang überlegen zu wollen, sie möchten noch ein kleines «Check up» und ein Dauer-Rezept für ihre Medikamente für ein Jahr. Bei kooperativen und gut informierten Patienten lässt sich nichts dagegen einwenden. Eine 92jährige Nachbarin verlangte kategorisch ein Rezept für Aspirin bis zum Tode, sie wolle keinen neuen Hausarzt. Nach Rücksprache mit dem Kantonsarzt musste ihr Wunsch leider abgelehnt werden («Sorgfaltspflicht»), hingegen hat die betagte Dame die Möglichkeit, ihr Aspirin rezeptfrei bar zu bezahlen ...

Als ich vor 30 Jahren die Praxis eröffnete, gab es in der Agglomeration sehr wenig Hausärzte (und auch wenig Spezialisten). Die Zahl der Ärzte hat sich in drei Jahrzehnten vervielfacht, so ist es völlig normal, dass ungezählte Patienten einen neuen Arzt aufgesucht haben, ohne dass menschliche oder medizinische Differenzen bestanden hätten: Man war in den Ferien, an einer Fortbildung, im Militär, kurz nicht disponibel. Was hingegen erstaunt, ist die Tatsache, dass nur sehr wenige Kollegen und kaum je ein Patient die Weiterleitung von Akten verlangt hat. Sobald das «Angebot» einer Aktenübergabe expressis verbis besteht, wird davon Gebrauch gemacht. Nur sehr wenige

Patienten, auf deren Anfrage zur Aktenübergabe ich mich vorbereitet hatte, haben den Arztwechsel ohne Kontakt-Aufnahme vollzogen, die meisten Akten können ja auch beim Spezialisten oder im Spital eingeholt werden.

Wie reagierten die Kollegen?

In einem ausführlichen Brief informierte ich die Kollegen der Region frühzeitig, verbunden mit der Anfrage, wie viele Patienten sie übernehmen könnten. Vier Kollegen beschränken sich konsequent auf die Betreuung von Patienten bestimmter Dörfer. 3 Kollegen wünschten höchstens 5 Patienten zu übernehmen, 10 Kollegen lieber nicht mehr als 20, und die übrigen setzten keine Limite. Ein Kollege hat das Zehnfache der ursprünglich überlegten Patientenzahl übernommen – ohne (lautes) Murren und «mit einem gewissen Stolz trotz Zusatzbelastung». Ich bin allen Kollegen für die spontane, unkomplizierte Übernahme der vielen Patienten sehr dankbar.

Wie reagierten die Patienten?

Ich erlebte sozusagen jede mögliche Reaktion.

Es gab Patienten, die strahlten, klopfen mir auf die Schulter und sagten, wir hätten doch Recht, man müsse nicht krampfen bis zum bitteren Ende. Andere waren empört, dies sei völlig unverständlich und verantwortungslos, die Leute einfach ihrem Schicksal zu überlassen, es gebe ja keine Hausärzte mehr. Eine rüstige, betagte Dame stellte traurig fest, sie sei 60 Jahre in diese Praxis gekommen, nun überlasse man sie ihrem Schicksal, sie wolle sterben. Was viele Patienten absolut nicht begreifen konnten: dass ich mich nicht von allen Patienten erst in der letzten Woche oder gar am letzten Tag verabschieden konnte. Um nochmals kommen zu können, liessen sie den Blutzucker oder Quick entgleisen, sie schluckten ihr Diuretikum nicht mehr oder konnten das Rezept einfach nicht mehr finden ... Allgemeiner Tenor: Ich habe an sich völlig Recht, aber für sie selbst sei das doch eine Enttäuschung. Die Patienten und ich müssen damit leben.

Blick in die Zukunft

Wenn in unserer Agglomeration in einigen Jahren mehrere Hausärzte innert kürzerer Zeit (aus Altersgründen) ihre Praxis schliessen, werden kaum Kollegen bereit sein, noch zusätzliche Patienten zu betreuen. Die Patienten haben auch keine Lust, sich alle paar Jahre einem neuen Hausarzt anzuvertrauen.

Die Praxis der Zukunft wird zweifellos die Gruppenpraxis sein.

Besonders Ärztinnen – es werden bald 50% sein – werden in Teilzeit arbeiten, 30 bis 50%. Ihre männlichen Kollegen dürften angesichts der grossen Belastung in der Praxis auch eher 80% als 100% arbeiten wollen. Idealerweise wird der Patient aber tagsüber und an 6 Wochentagen in «seiner» Praxis betreut werden können. Dort, wo heute nur ein Kollege praktiziert, besteht für eine Gruppenpraxis einerseits kaum Bedarf, andererseits dürfte das Einkommen für zwei oder drei Kollegen kaum ausreichen. «Einzelkämpfer» werden die (erfreuliche und dringend nötige) Ausnahme bilden, und es ist zu hoffen, dass sie von Staat und Sozialversicherungen nicht zum frühzeitigen Burnout schikaniert werden. Wenn eine Ärztin, die an sich in die Hausarztpraxis gehen wollte, an einem Privatspital ein Anfangssalar von 170 000 Franken erhält, muss die Begeisterung für die Hausarztstätigkeit schon grenzenlos sein, um das Angebot nicht anzunehmen.

Die Ausbildung dauert elf Jahre ...

Wenn wir heute Studierende der Medizin im ersten Studienjahr (von Semestern spricht niemand mehr) für die Tätigkeit des Hausarztes begeistern können, dauert es 11 Jahre (6 Jahre Studium und 5 Jahre Weiterbildung), bis die Reife für die Praxis erreicht ist. Während dieser ganzen Zeit gilt es, die anfängliche Begeisterung aufrecht zu erhalten, was erfahrungsgemäss ausserordentlich schwierig ist. Bereits während des Studiums winken ungezählte attraktive Alternativen, begeisternde Chefärzte oder Institutsleiter, ein Auslandsaufenthalt, eine Partnerschaft usw.

Bereits Ende Studium ist die Zahl der Hausarzt-Begeisterten erheblich geschrumpft, es gilt somit, während des Studiums die zu Beginn hohe Motivation zu bewahren.

Dies verlangt von uns Hausärzten und von niemandem sonst einen sehr grossen persönlichen Einsatz in der mehrjährigen Betreuung eines oder mehrerer Studierender. Im Sport heisst dies Coaching. Es beginnt damit, dass wir beim ersten Kontakt (in der Praxis) nicht nur den Namen, sondern auch sämtliche Kontaktmöglichkeiten notieren (Telefon, Handy, Adresse, E-Mail). Macht uns die Person einen guten Eindruck, laden wir sie spontan ein, zum Beispiel am Samstagmorgen oder an einem andern Tag in der Sprechstunde, bei Hausbesuchen usw. dabei zu sein. Ob dies nun als Einzeltutoriat, Coaching durch einen «Götti» (oder eine Gotte) oder anderswie bezeichnet wird, spielt weniger eine Rolle, als dass wir es tun. Jeder Handwerker coacht seine Lehrlinge mit grossem persönlichem Engagement. Die zahlreichen jungen Schweizer, die in den letzten Jahren Goldmedaillen von den Berufsweltmeisterschaften heimbrachten, haben nicht nur selbst enorm gearbeitet und gelernt, sie wurden auch betreut. Im Sport ist es genau gleich, viele Kollegen haben Kinder, die im Elitesport an die Spitze drängen, diese Kollegen müssten uns an einem Fortbildungskurs Tipps und Tricks mitgeben, wie man Spitzenleute nachzieht. Mal ein interessanter Kurs in Florenz, nach monatelanger harter Arbeit eine Woche Ferien im Nationalpark (als Assistent selbst erlebt, eine enorme Motivations-Spritze), es gibt tausend Möglichkeiten.

Die beispielsweise in Bern (so Gott bzw. die Regierung will) ab Januar 2007 geplanten vier Wochen Ausbildung beim Hausarzt für alle Studierenden im 4./5. Jahr dürften für viele Studierende ein ganz wichtiger Wegweiser sein. Es wird junge Kolleginnen und Kollegen geben, die definitiv sagen «Hausarzt? Nein danke!», es wird aber auch solche geben, die sich während dieser vier Wochen definitiv entscheiden «Ja, das ist zwar anspruchsvoll, aber interessant». Ausserordentlich grosse Verantwortung werden

dabei die *Lehrärzte in der Praxis* tragen: Wenn es ihnen gelingt, die Begeisterung zu übertragen, werden sie damit den Grundstein für eine gesicherte Nachfolge in ihrer Praxis legen!

Brachland Weiterbildung

Ist die Fachprüfung für Ärzte («Staatsexamen») mal geschafft, sind die verbleibenden motivierten Studierenden noch lange nicht Hausarzt! Es gilt, durch Fortsetzung des Coachings, vorab durch aktive Mitarbeit in der Praxis (unter Übernahme von immer mehr Verantwortung) die Motivation auf einem maximalen Stand zu halten. Es «lauern» extrem viele Konkurrenten am fünfjährigen Weiterbildungsweg! Einige Wochen Handchirurgie bei einem begeisternden Chef, sechs Monate in einem Tropenspital, ein Jahr hervorragende Innere Medizin in einer Top-Klinik, die Faszination bildgebender Verfahren, die Überzeugung, dass Onkologie die persönliche Zukunft ist, die ganze Palette von 44 Spezialisierungen sind für viele potentielle sehr gute zukünftige Hausärzte eine enorme Versuchung, in ein Gebiet «abzuspringen», in dem mit vermeintlich weniger persönlichem Engagement, Notfalldienst und Präsenzzeit angeblich besser verdient werden kann. Viele Kollegen, die der Hausarztmedizin während der Assistentenzeit den Rücken kehren, betonen auch, das riesige Gebiet verunmögliche vertieftes Wissen und Können.

«Reanimation» des Weiterbildungs-Curriculums?»

Das von Prof. Marco Mumenthaler initiierte Weiterbildungs-Curriculum für Hausärzte musste – nach jahrelangem Erfolg – vor 15 Jahren aufgegeben werden, weil dauernd Kollegen fristlos ihre Stellen kündigten, um sich einem anderen Fachgebiet zuzuwenden. Die mit Recht verärgerten Chefärzte waren mit der Zeit nicht mehr bereit, gute Stellen für zukünftige Hausärzte zu reservieren. Angesichts der prekären Aussichten in bezug auf unsere persönliche Nachfolge in der Praxis stellt sich die Frage, ob nicht SGAM, KHM und die FIHAM's gemeinsam erneut eine grössere Zahl Wei-

terbildungs-Curricula für Hausärzte organisieren sollten.

Ordinariat für Hausarzt-Medizin

So attraktiv dies klingt, damit lässt sich keine einzige zukünftige Hausarzt-Nachfolge regeln. Ordinariate in Hausarztmedizin bergen die grosse Gefahr, dass die «Medizin am Tatort» (in der Praxis, oder beim Patienten zu Hause) von «Schreibtisch-tätären» vermittelt wird, die zwar enorm viel wissen und weltweite Beziehungen pflegen, aber nicht mehr live in der Praxis sind.

Das Spezifische der hausärztlichen Tätigkeit lässt sich nur in der Praxis, beim Lehrarzt erlernen und erfahren, aber kaum im Hörsaal.

Sinnvoll dagegen dürfte die Schaffung von *Instituten für Hausarzt-Medizin* an unseren fünf medizinischen Fakultäten sein, die auch personell so dotiert sein müssen, dass der sehr spezielle Ausbildungsauftrag (Lernen in der Praxis) optimal koordiniert werden kann.

Was braucht es sonst noch zur Motivation zum Hausarzt?

Checkliste für Diskussionen mit gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern

- Das persönliche Erleben eines eigenen Hausarztes in Kindheit und Jugend. Bei sehr vielen Studierenden dürfte dies ein Pädiater gewesen sein.
- Eine perfekte Übergabe vom Pädiater an den Hausarzt zur geeigneten Zeit. Ist dies nicht der Fall, wechseln Mädchen regelmässig zum Gynäkologen, die Knaben gehen mal hier, mal dort mit einer Verletzung in eine Notfallstation, damit wissen diese jungen Menschen gar nicht, was ein Hausarzt ist.
- Vorbilder unter den Hausärzten, die professionell «Reklame» machen, ich denke z.B. an Tino Röhliberger in Arosa, der während Jahren in Bern Vorlesungen über Notfallmedizin in der Praxis hielt und 34 Praxisassistenten einen hervorragenden

«Rucksack» voll praktischer Hausarztmedizin mitgab.

- Persönliche Vorbilder von Generalisten (nicht nur Hausärzte, sondern auch Chefärzte Innere Medizin, Chefärzte von Notfallstationen!), die vorleben, dass ein grosses Spektrum der Medizin bewältigt werden kann und begeisternd ist.

- Eine Partnerin bzw. einen Partner, die Verständnis haben, während 30 Jahren mit einer speziellen Situation konfrontiert zu sein. Freude an der Option eines «Lebens auf dem Lande oder in einem abgelegenen Gebirgstal».

- Bereitschaft, im Rahmen einer bestehenden (evtl. optimierbaren) Organisation während Jahren regelmässig Notfalldienst zu leisten und sich entsprechend fortzubilden.

- Bereitschaft zu selbständigem Arbeiten und zu Übernahme sehr hoher Verantwortung.

- Bereitschaft zu sozialem und politischem Engagement in der Region.

- Verzicht auf Routinedenken, jeder Tag bringt neue Herausforderungen. «Guidelines» sind nur Leitplanken, und solche können bei Bedarf bekanntlich mit Wissen («Köpfchen») und etwas Können schadlos überschritten werden.

- Freude an einem enorm grossen Spektrum von Problemen und – zwingend damit verbunden – Bereitschaft, seine Grenzen sehr genau zu kennen und zu respektieren.

- Bereitschaft zu regelmässigen Qualitätskontrollen in verschiedensten Gebieten (Röntgen, Labor, Sprechstunde, Gesprächsführung, Apotheke usw.).

- Eine robuste körperliche und geistige Gesundheit und etwas Zeit und den festen Willen, diese zu erhalten (Psychohygiene).

- Eine gute Zusammenarbeit mit politischen Opinion leaders und Behörden und Bereitschaft derselben, die Hausarztmedizin als eminent wichtige Basis unserer medizinischen Versorgung anzuerkennen und zu fördern.

- Verständnis der Patientinnen und Patienten, dass die Praxis der Zukunft eine Gruppenpraxis mit mehreren in Teilzeit arbeitenden Ärztinnen sein wird.

- Einen Ärztetarif, der junge Kollegen nicht abschreckt und ältere Kollegen nicht frustriert. Als Beispiel sei die unerlässliche

Einführung eines Tarifs für «dringende Konsultationen» erwähnt, da der Notfallbegriff nach Tarmed viel zu eng gefasst ist und kaum je zutrifft.

- Medizinische Fakultäten, die Hausärzte als unerlässliche Partner achten und deren Ausbildung gezielt fördern.

- Banken, die nicht generell davon ausgehen, Hausärzte seien «bad risks» (sog. Klumpenrisiko), sondern ernst zu nehmende Verhandlungspartner.

- Eine Berufsorganisation (SGAM, KHM, FMH), die sich für die Interessen der Hausärzte voll einsetzt und die eminente Bedeutung einer qualitativ hochstehenden hausärztlichen Versorgung gegenüber politischen Behörden vertritt.

- Guten Zugang und gute Zusammenarbeit mit hausärztlichen Medien.

- Überzeugung, dass Hausarztmedizin «Spitzenmedizin mit beschränkten Mitteln» ist, Fingerspitzenmedizin, und dass ohne optimale hausärztliche Versorgung Spitzenmedizin im Zentrum nicht möglich wäre (da die Patienten das Spital nicht lebend erreichen).

Warum hast Du dann keinen Nachfolger?

Werden sich viele Leserinnen und Leser fragen. Ja, im nachhinein ist man immer viel gescheiter. Ich habe eingangs erwähnt, ich möchte gute und schlechte Erfahrungen weitergeben. Ich habe zwar seit über 20 Jahren intensiv Kontakt mit Studierenden, aber ich habe nicht bewusst einen (oder mehrere) potentielle Nachfolger gecoacht und gefördert. Es war auch nicht abzusehen, dass relativ akut ein Mangel an Hausärzten auftreten würde, der sich in den nächsten Jahren noch verschärfen wird. Irgendwo am Berner Münster steht die Inschrift «Machs nah!». Ich würde sagen: «Machs besser!»

Prof. Dr. med. Benedikt Horn
Marktgasse 66
CH-3800 Interlaken
dr.horn@tcnet.ch