

„Nem szabad hagyni, hogy a medicina mechanisztikus folyamattá váljon”

A Pécsi Tudományegyetem, 1. Számú Belgyógyászati Klinika 100 éves évfordulója alkalmából rendezték meg a Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciójának 61. Vándorgyűlését. A klinika igazgatóját, Tóth Kálmán professzor urat Benczúr Béla, a LAM társfőszerkesztője kérdezte az alapításról, kezdetekről, eredményekről.

– Professzor úr, kérlek, számolj be röviden a Belklinika történetéről, tájékoztasd az olvasókat az elődök által elért eredményekről, innovatív kezdeményezésekről!

– Köszönöm szépen ezt a megtisztelő felkérést és lehetőséget, hogy bemutathatom a 100 éves Belklinikát, jelenlegi nevén az 1. Számú Belgyógyászati Klinikát. A klinika alapítása tulajdonképpen egy véletlennek köszönhető, hiszen az első világháború vérzivatarra és a trianoni békediktátum után a pozsonyi egyetemet, ami akkor még csak néhány éve működött, át kellett helyezni valahová a megmaradó Magyarország területére. Budapest tűnt a leggyorsabb megoldásnak, így átmenetileg Budapest adott néhány évre helyet a pozsonyi egyetemnek. Az akkori kormányzat úgy döntött, hogy a végleges helye Pécssett lesz. 1923 tavaszán a Magyar Királyi Erzsébet Tudományegyetem szenátusának ülése hozott végleges döntést arról, hogy a különböző orvostudományi és nem orvostudományi intézetek, klinikák hol nyernek Pécssett elhelyezést. A mai nomenklatúrával azt mondanánk, hogy az idő tájt Pécssett nem volt megfelelő infrastruktúra, tehát nem volt egy egységes campus, ahova ezt az egyetemi intézményt telepíteni lehetett volna, így a legkülönbözőbb állami intézményekben, leginkább korábbi iskolákban, illetve kórházakban helyezték el az orvosokat. Az orvoskar mellett jogi és bölcsészkar is indult akkor a pécsi Erzsébet Tudományegyetemen. Az orvoskar intézetei között már akkor is a Belklinika volt a legnagyobb, ami a korábbi kórház helyére, a Kórház térre került, később vált megyei kórházzá. A Belklinika alapítója és első igazgatója Ángyán János professzor volt. Az első tanévet 1923 őszén nyitották meg. Az ezt követő években átépítette ezt az épületegyüttest, és az akkori kor szellemének megfelelő modern belgyógyászati klinikát hozott létre. Három épület volt: egy főépület, abban helyezkedtek el a belgyógyászati osztályok, egy fertőzőépület, ahol a fertőző betegeket, illetve külön a tuberkulózisos betegeket kezelték, valamint egy ambuláns épü-



Tóth Kálmán

let. Eredetileg 150, később 172 ágyon működött a klinika, és hogy milyen modern szemlélet uralkodott száz évvel ezelőtt, mutatja, hogy már az 1930-as évek elején, tehát nem egészen tíz évvel a Belklinika megalapítása után a Belklinika átvette az Irgalmasrendi Kórház működtetését is, ahol 100 krónikus ágy jött létre. Tehát megvolt a 172 ágyas, ha úgy tetszik, aktív belgyógyászat, és a mögött háttérként egy 100 ágyas krónikus belgyógyászat. Érdekes módon sokan azt gondolják, hogy akkoriban nem volt sok beteg a klinikán. Kérem szépen, az 1930-as évek elején a 272 ágyasra földuzzasztott Belklinikának 90 százalék fölött volt az ágykihasználtsága, ami most is kiemelkedő szám, ahogy utána tudtam nézni az irodalmakban, de erre majd még visszatérek. Évi 50 000 betegnapot, ápolási napot teljesített a kli-

nika, ami gyakorlatilag megfelel a mostani klinikai kapacitásunknak, ezt ma sem tudjuk felülmúlni. Azért vannak ilyen pontos információink erről az időszakról, mert Ángyán professzor úrnak 1934 elején megjelent egy meglehetősen hosszú, több tíz oldalas közleménye, amelyben leírja a Belklinika akkori működését és az első tíz év eredményeit. Ami még érdekes tény ebből az időszakból, hogy mennyire más volt, ma úgy mondanánk, hogy a humán erőforrása, a személyzeti összetétele a klinikának. A mostani orvoslétszámhoz képest körülbelül egyharmad orvoslétszámmal dolgozott az akkor is nagynak számító klinika, és talán a jelenkor számára ez teljesen hihetetlen, hogy az akkori 27 orvos közül összesen hat kapott fizetést. Tehát fizetéses orvos közülük hat volt, a többiek díjtalan tanársegédek vagy díjtalan gyakornokok voltak. Ők általában a klinikán kaptak ellátást, napi háromszori étkezést, és némelyikük szállást is, tehát tulajdonképpen ennyi volt a „díjazásuk”. Hogy miből éltek, az a közleményekből nem derül ki, de feltehetően komoly családi támogatás kellett a fenntartásukhoz egészen addig, amíg nem tudtak egy díjazott állást megszerezni. A díjtalan gyakornokok között vannak olyan nevek, akik később akadémikusok lettek. Az egyik híres pécsi akadémikus, a későbbi kórélettan-professzor, a kórélettani intézet igazgatója, Donhoffer Szilárd, aki például 1924-ben az Ángyán-klinikán díjtalan gyakornokként kezdett. Ez volt a hőskorszak, igen magas szintű gyógyítással, elsősorban a radiológiai diagnosztika és klinikai kémiai diagnosztika terén. A Belklinika természetesen az összes későbbi, úgynevezett belgyógyászati szubdiszciplínát magában foglalta. Egyébként maga Ángyán professzor, aki kiváló általános belgyógyász tudása mellett a kor elvárásainak megfelelően elsőrangú pulmonológus és kardiológus is volt, leginkább ezt a két szakterületet művelte. 36 évig vezette a Belklinikát, az egyetemünkön ezzel biztosan rekorder, de országosan is szinte példátlan, hogy valaki ilyen hosszú ideig igazgasson egy klinikát. Nem volt még 40 éves, amikor rendes, nyilvános egyetemi tanárként a Belklinika élére került, és 73 éves korában vonult nyugdíjba. Őt rövid időre tanítványa, Barta Imre professzor úr követte, aki szintén kiváló általános belgyógyász és hematológus volt. Neki csak hét év adatott a Belklinika, illetve már az 1. Számú Belgyógyászati Klinika élén. Viszont erre az időszakra tehető, amikor a Belklinika régi helyéről, a Kórház térről, a Garay utcából átköltözött 1966-ban újonnan átadott 400 ágyas klinikára. Ez volt az első igazán modern kórházi intézmény. Igazgatását Debrecen-

ből a Petrányi-tanítvány, Jávor Tibor professzor pályázta meg, aki 1968-tól 1993-ig igazgatta a Belklinikát. Ő teremtette meg a modern belgyógyászati szemlélet alapjait, speciális osztályokat, speciális szakrendeléseket szervezett, amelyek nagyszámú beteget láttak el az egész régióból, egész Dunántúlról, de az ország más területeiről is. A klinika igazgatásában öt szoros közeli munkatársa, a szintén fiatal tanársegédként Debrecenből jött Mózsik Gyula professzor úr követte 1993 és 2003 között, aki követte a Jávor professzor által megteremtett hagyományokat, tovább modernizálta és építette a klinikát. Ebben az időszakban a klinika rendkívül sokat erősödött tudományos téren, számos PhD-disszertáció, habilitáció, sőt MTA doktori disszertáció született, több egyetemi tanár került kinevezésre. Neki a kötelező korhatár miatt 10 év adatott, 2003-ban én vettem át a klinika igazgatását, tehát immár 20 éve vagyok az igazgatója.

– *Professzor úr, itt különböző korszakokat idéztünk fel, ez a 20 év és a mi személyes, több mint negyedszázados ismeretségünk is azt bizonyítja, hogy Tóth Kálmán-korszakról is beszélhetünk. Hogyan valósul meg a klinika életében és a te személyes karrieredben a gyógyítás, oktatás, kutatás hármas egysége, visszatérve arra is, hogy én egészen fiatalon a hemoreológiával estem szerelembe, és akkor tudtam meg, hogy Tóth Kálmán ennek a hazai pápája.*

– Köszönöm szépen a kedves szavakat. Nyilvánvaló, hogy amikor az ember ilyen kiváló elődök után átveszi egy ilyen jelentős klinika igazgatását, akkor merész elképzeléseket tűz ki maga elé, hiszen meg kell felelni az elődöknek. Nos, nekem is voltak merész elképzeléseim. Szerettem volna folytatni a klinika modernizálását, de volt egy fontos szempont is, ami az ezredfordulón egyre erősebben, egyre nyomatékosabban középpontba került, mégpedig a gazdálkodás, gazdaságosság kérdése. Mindemellett szerettem volna továbbvinni az erős oktatási és tudományos vonalat is, úgyhogy az első intézkedéseim között például az szerepelt, hogy a hosszú évtizedek során kialakult kissé tekintélyelvű szerkezetet hozzáalakítsam a betegellátás igényeihez, azokhoz az ágyszámokhoz, amelyeket annak idején az ÁNTSZ befogadott és az OEP finanszírozott. Ez lényeges átalakításokat jelentett. Emellett igazgatásom második hónapjában létrehoztam egy gazdasági irodát, ahova egy felsőfokú végzettségű gazdasági munkatárssal és egy informatikussal gyakorlatilag hárman dolgoztunk ki a klinika működésének az alapjait. Egy év alatt másfélszeresére, két év alatt kétszeresére növeltük a teljesítményt és a bevételt. Az 1. Számú

Belgyógyászati Klinika ebben az időszakban körülbelül 5-6-700 millió forint pozitívumot termelt évente. Sajnos Pécsen soha nem volt endofinanszírozás, ahogy például Debrecenben volt, csak hogy egy ellenpéldát említsek. Ennek a jelentős összegnek csak egy kis részét tudtuk a saját céljainkra felhasználni. A többi sajnos megett a nagy egyetem. Ezt követően adódott egy óriási lehetőség, egy EU pályázat, a TIOP2 nagy projekt, amelyet 10 éven keresztül vittem a legkülönbözőbb beosztásokban centrum-elnökhelyettesként, rektori megbízottként, orvosszakmai vezetőként, majd végül rektorhelyettesként. 2006-ban indult a pályázat összeállítása, és 2016-ra valósult meg teljes mértékben. Nekem megadott a lehetőség, hogy az 1966-ban felépült és az ezredfordulóra meglehetősen korszerűtlenné vált 400 ágyas klinikát teljes mértékben 15 milliárd forintból felépítsük, illetve újrakepessük. Azért nem a felújítás szót használtam, mert ez sokkal több volt egy felújításnál. Nyilvánvaló, hogy egy óriási lökést adott az 1. Számú Belgyógyászati Klinika különböző diszciplínáinak is, hiszen olyan szintű klinikai egységeket, olyan infrastruktúrát lehetett létrehozni, ami a legnagyobb nemzetközi kíváncságnak is még legalább egy évtizedig megfelel, és most már közel egy évtizede működik. Ezenkívül volt még egy lényeges esemény, ami félig-meddig a véletlennek köszönhető, 2010-ben a politika úgy döntött, és ezt a Baranya megyei önkormányzat támogatta, hogy a megyei kórházat integrálják a Pécsi Tudományegyetembe. Erről a megyei kórházról tudni kell, hogy döntően az azon a telephelyen működő Belklinika különböző egységeinek a helyén jött létre. Oda tartozott például a tüdőgyógyintézet, a megyei kórház fertőző osztálya és belgyógyászati osztályai. Tulajdonképpen 1966-ban, a 400 ágyas klinika megépülésével egy reintegráció következett be. Ez nyilvánvalóan egy második nagy lökést adott a klinikának, hiszen olyan új diszciplínákkal gazdagodtunk, mint a tüdőgyógyászat, a fertőző osztály, a geriátria és a kardiológiai rehabilitáció. Közel azonos ágyszám-növekedést jelentett, mint amivel itt a 400 ágyas klinikán dolgoztunk. Ezt az ágyszámot természetesen racionalizálni kellett. Az elmúlt tíz évben körülbelül 300 körülre csökkent, majd a Covid ezt még egy kicsit tovább erodálta, és a Covid utáni újraindítás végül is 272 ágyon történt meg. Ez azért nagyon érdekes, mert ahogy korábban említettem, a harmincas évek elején a Belklinika 272 ágygal működött, a két szám átfedése véletlen, úgy alakult, hogy most is ezen az ágyszámon dolgozunk. A klinikák a Klinikai Központba szerveződtek. A tudo-

mányos és pályázati tevékenységünk mellett arra is büszkék vagyunk, hogy több mint 10 éve minden évben megkapjuk a legjobban oktató klinika kitüntető címét, tehát az oktatásra is nagy hangsúlyt fektetünk. Ennek megfelelően az elmúlt 20 évben nagyon sok PhD-disszertáció született. Egészen pontosan 70. A klinika munkatársai között voltak külső PhD-sek is, 20 habilitáció, közel 20 docensi kinevezés, öt egyetemi tanári kinevezés, és amit külön kiemelendőnek és nagy eredménynek tartok, hogy az elmúlt öt évben elindultak az MTA doktori pályázatok, valamint a sikeres MTA doktori védések, amelyekből az elmúlt öt évben három is összejött. Remélem, hogy a hátralévő időszakban további egyetemi tanárokat, MTA doktorokat fogok kinevelni és kinevezni.

– *Szóból gratulálok az eddigiekhez. Olvastam a jubileumi kiadványban, hogy 2022-ben, a vezetésed alatt is megkapta a klinika a „Kiváló klinika” címet. Említettük a hemoreológiát, de te ízig-vérig kardiológus vagy, és 2010-től az MKT főtitkára, majd az előző évtized derekától elnöke is voltál. Mi jellemezte akkor a Magyar Kardiológus Társaságot, mit tartasz a legnagyobb vívmánynak, mennyire nehéz vidéki egyetemről vezetni a pesti székhelyű MKT-t, és kardiológusként biztosan állíthatjuk, hogy az ország legerősebb szakmai szervezetét?*

Úgy emlékszem, akkor alakult ki a stroke kapcsán a Stroke Társasággal nagyon szoros együttműködés, aminek gyönyörű példája a közös Koronária Őrzőtök itt a folyosón.

– Ez így van. 2010–13 között voltam főtitkár. Nem volt könnyű időszak, hiszen vidékiként rendszeresen Pestre járni bizony nem volt egyszerű. Ugyanebben az időszakban igazgattam a nagy belklinikát, hiszen az már a 2010-es megyei kórház-integráció után volt, akkor 3-400 ágygal működünk, emellett zajlott a TIOP2 nagy projekt, tehát a tervezési szakasz után akkor indult el a megvalósítás. Akkoriban tulajdonképpen nem is kettő, hanem három lovat kellett egyszerre megülnöm, úgyhogy ez valóban nehéz időszak volt. A Magyar Kardiológusok Társasága szempontjából is egy prosperáló időszak, ugyanis Merkely Béla, a Semmelweis Egyetem jelenlegi rektora volt a Magyar Kardiológusok Társaságának az elnöke, aki még nálam is fiatalabb volt az idő tájt is, és ezzel a fiatalos lendülettel állt neki a Magyar Kardiológusok Társasága megújításának. Örülök, hogy ennek a reformfolyamatnak a részese lehettem. Ha egyetlen dolgot kellene kiemelnem a sok közül, amikre te is utaltál, akkor az a nemzetköziesítés lenne. Ezen a téren is hatalmas fejlődést értünk el. Az európai kardiológia legnagyobb alakjai, az Európai Kardio-

lógusok Társasága elnökei, főtítkárai, elnökségi tagjai egymásnak adták a kilincset, sokan vettek részt a balatonfüredi konferenciákon, ami szintén nagyot fejlődött ebben az időszakban. 2016–2019 között Becker Dávid főtítkárral dolgoztam, aki jelen pillanatban egyébként már a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöke, de továbbra is igen szoros volt a munkakapcsolat Merkely professzor úrral, aki ekkor az Európai Kardiológusok Társaságának az alelnöke volt. Úgyhogy ezt a nemzetköziesítési folyamatot valóban kart karba öltve valósítottuk meg. Kiemelkedő eredmény, hogy a közép-kelet-európai kapcsolatokat sikerült ilyen nagy mértékben fel erősíteni. Ezek elsősorban a volt szovjet tagköztársaságok kardiológiai társaságait jelentik, amelyeknek a tekintélyes része földrajzi elhelyezkedésüket tekintve ázsiai, de mind az Európai Kardiológusok Társaságának részei és tagjai. Ezeket sikerült itt Magyarországon egy eléggé szoros szövetségbe behívni. Eredményes közös rendezvényeink voltak, a nagy balatonfüredi konferenciákat egy új, nagyon kulturált, nemzetközi szinten is elfogadható helyszínre hoztuk, a Konferencia Szálloda épületeibe, de sok egyéb innovatív törekvésünk is volt. Természetesen mindez teammunkában valósult meg. Kiváló főtítkárral, kiváló elnökséggel dolgozhattam, sok segítséget kaptam. Az elnöki időszak sem volt könnyű, mert ezzel egy időben a Pécsi Tudományegyetem tudományos innovációs rektorhelyettese is voltam. Mindezekon kívül erre az időszakra esett az a pályázati dömping, amit az EFOP GINOP pályázatok jelentettek elsősorban. Tehát akkor is a megszokott hármas terhelés alatt végeztem a munkámat.

– Kanyarodjunk vissza Pécsre és a belgyógyász rendezvényre. Álnaivnak fog tűnni a kérdés, de van-e létjogosultsága 2023-ban a belgyógyász diszciplínának, a belgyógyász rendezvényeknek, amikor azt látjuk, hogy sorra fragmentálódnak a belgyógyászat alapágából kifejlődő szubspecialitások. Mi erről a véleményed?

– Szerintem abszolút van helye és szerepe ezeknek a rendezvényeknek, hiszen a belgyógyászat egy kifejezetten integratív, komprehenzív szakterülete a medicinának. Valóban már a nyolcvanas évektől elindult egy specializáció, ami bizonyos területeken nem is specializációhoz, hanem adott esetben szuperspecializációhoz vezetett. Ennek is abszolút megvan a helye a medicinában, de kellenek az erős közös alapok, közös gyökerek. Ebből a szempontból az amerikai rendszernek vagyok a híve, nem az európainak. Amerikában, ha valaki valamilyen belgyógyászati irányú szakterületre kíván specializálódni, nincs más lehetősége, mint először belgyó-



Magyar Királyi Erzsébet Tudományegyetem központi épület. Pécs, Rákóczi út 80. Fortepan — ID 15706

gyászatból kell szakvizsgáznia. Igaz, ez a szakképzés rövidebb, általában 3 éves szakképzést jelent, erre lehet ráépíteni a különböző belgyógyászati típusú szakvizsgákat, kardiológiát, gasztroenterológiát, hematológiát, nefrológiát stb., ahogy régen nálunk is ráépített szakvizsgának hívták. Egy harmadik lépcsőben lehet ezen belül superspecialistává válni, tehát például a kardiológián belül szívelégtelenség és szívtranszplantációs szakemberré, vagy intervenciós kardiológus szakemberré, vagy elektrofiziológus szakemberré, tehát ez egy háromlépcsős folyamat. Ez az európai rendszerben sajnos nem így működik, itt primeren képzünk specialistákat, sőt nagy centrumokban nem is primeren specialistákat, hanem mindjárt superspecialistákat, hiszen még a kardiológiai diszciplínát sem tanulja meg teljes szélességében, hanem egyből intervenciós kardiológiát, elektrofiziológiát gyakorol. Ez a nagy sietség véleményem szerint nem jó irányba megy, mert ezek a kollégák lehetnek ugyan kiválóan képzettek ezen a szűk szakterületen, de a teljes kardiológiát nem látják át, nem is beszélve a belgyógyászatról. Én mint kardiológus azt szoktam kérdezni a medikusoktól, hogy kik okozzák a világon a legtöbb gastrointestinális vérzést. Általában nem tudják. Erre válaszként mondom büszkén, idézőjelben a büszkét, hogy mi, kardiológusok. Mi csináljuk a legtöbb gastro-

intestinalis vérzést azzal a töméntelen gyógyszerrel, amit adunk, mert nem biztos, hogy mindig átgondoljuk, hogy az adott betegnél milyen beavatkozásokhoz milyen gyógyszereket kötelező adni, és komplexitásában nézve, a beteg szervezete mindezt hogyan viseli. Ezért lenne hasznos az integratív belgyógyászat. A klinikánkon részemről nem támogatom ezeket az elsődleges szakvizsgákat. Néhány sporadikus esetben volt példa az elsődleges szakvizsgára, de a kollégáim döntő többsége, több mint 90 százaléka először belgyógyászatból szakvizsgázik, majd erre építi rá a különböző szubspecialitásokat.

– *Mivel én most a LAM társfőszerkesztőjeként ülsz veled szemben, te pedig nemzedékeket oktattál, és készítettél fel a szakvizsgákra, felteszem neked a kérdést, hogy olvasnak-e még magyar nyelvű szakirodalmat a fiatal magyar orvosok, van-e létjogosultsága a print kiadványoknak, mint amilyen a LAM? És őszintén mondom, nem azt várom, hogy a LAM-ot dicséred, hanem az érdekel, hogy miként motiválhatók a fiatalok az olvasásra?*

– A LAM egyébként egy kiváló folyóirat, tehát hadd dicsérjem azért a lovat. Én magam még sok print alapú folyóiratot olvasok, jobban szeretem, mint mindezt monitoron olvasni. Így is túl sok időt tölt el az ember a monitor előtt a legkülönbözőbb tevékenységekkel. Tehát a szakirodalmat szívesebben olvasom nyomtatott formában. Kétségtelen, hogy ez most már kicsit ódivatúnak tűnik, hiszen napjainkban egyre inkább az online elérhetőség válik korszerűvé. Hogy mennyit olvasnak? Biztos nem annyit, mint amennyit ilyen idős koromban én, illetve az én generációm olvasott. A mai generáció inkább készen kapja az információkat. Gondoljunk csak a kettőnk szűkebb szakterületére, a kardiológiára, hogy az Európai Kardiológusok Társasága x évente újítja meg minden szakterületen a guideline-jait, és amelyeknek kiadja a rövidített változatát, az úgynevezett pocket guideline-okat, és ha valaki egy ilyen pocket guideline-t gyorsan áttekint, ha átnézi a fontosabb táblázatait és ábráit, akkor azzal a területtel nagyjából tisztában lesz. Annak idején ehhez rengeteg irodalmat kellett elolvasnunk, hogy szintetizálni tudjuk, hogy az illető betegcsoportnak vagy konkrét betegségnek a gyógyítása milyen irányba halad, hiszen arra volt pró és kontra irodalom is. Manapság ebből születik egy szakértői bizottság által kiadott guideline, amit kötelező alkalmaznunk. Tehát ilyen értelemben egyszerűsödött, és talán kicsit mechanikussá is vált az orvoslás. Amit hiányolok, és próbálom átadni, meglehetősen korlátozott sikerrel, az a betegek holisztikus szemléletű megközelítése. A legmodernebb diagnosztikus technikák és képalkotó laboratóriumi diagnosztikák

alkalmazásával a fizikális vizsgálat nyilvánvalóan háttérbe szorul, és kevésbé pontos eredményeket ad, ezt mindenkinek el kell fogadni. De amit hangsúlyozni szoktam, a beteg megtekintése rengeteget hozzáad a diagnózishoz, és az első alapos megtekintés adott esetben rögtön helyes útra tereli ezeket a meglehetősen költséges és bonyolult diagnosztikus modalitásokat. Tehát nem szabad a régi belgyógyászati szemléletet teljesen kiirtanunk a medicinából. Folyamatosan haladni kell a korral, a modern szemléletet, a modern terápiás és diagnosztikus eljárásokat széles körben kell alkalmazni, de nem szabad hagyni, hogy a medicina mechanisztikus folyamattá váljon.

– *Utolsó kérdésem következik, bár úgy érzem, napestig tudnánk egymással beszélgetni. Mivel foglalkozol akkor, amikor nem a klinikán vagy, hogyan tudod rekreálni magad, hogyan képviseled az egészséges életmódot mint vezető kardiológus? Láttalak téged MKT-elnökként kerékpárháton is a Városligetben. Mivel töltöd a szabadidődet, amikor éppen nem professzor, amikor nem orvos vagy?*

– Hát ezzel a bizonyos kerékpározással leginkább. Rengeteget kerékpározom, amint megszabadulok a munkahelyről, és az időjárás engedi, bringára pattanok, még télen is. A kerékpáromon van téli gumi, úgyhogy a téli időszak és a sötétség sem gátol, természetesen ilyenkor megfelelően meleg kerékpáros szerelésben biciklizem. Nyilván nagyon szeles vagy esős időben ennek nem tudok hódolni. Van ugyan otthoni szobakerékpárom is, néha azon is edzek, főleg olyankor, amikor huzamosan nem tudok kint kerékpározni, de istenigazából a szabadban szeretem ezt művelni. Bejártam már Magyarország jelentős részét, körbekerültem az összes elérhető nagyobb tavat. Pécs környékét, Baranyát úgy ismerem, mint a tenyeremet, és ezt mind a kerékpározásnak köszönhetem, ez tud leginkább kikapcsolni. Nyilvánvaló, hogy ha valaki ennyi mindennel foglalkozik párhuzamosan, akkor délutánra, kora estére rengeteg feszültség halmozódik fel, ilyenkor 5-10 perc tekeréstől oldódik a feszültség, és a kerékpározás közben szép és magvas gondolataim születnek. Ezek egy részét a következő napokban-hetekben meg is tudom valósítani. Ez az én titkom, ennyi!

– *Professzor úr, nagyon szépen köszönöm, hogy időt szakítottál rám, és megosztottad velem és a LAM olvasóival a gondolataidat, tapasztalataidat. További szakmai sikereket és jó egészséget kívánok a folytatásban.*

– Nagyon köszönöm én is.

Az interjút készítette:
dr. Benczúr Béla