

„Meine Erfahrung werde ich gern weitergeben“



Prof. Dr. Günter Henze gilt weltweit als einer der herausragenden Kinderonkologen. Ende März ist der Leiter der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie am Campus Virchow der Charité -Universitätsmedizin Berlin in den Ruhestand getreten. Im Wir-Interview zieht er Bilanz.

Wir: *Als Sie Ihre Arbeit als Kinderonkologe begonnen haben, gab es doch sicher Wünsche und Ziele, was Sie erreichen wollten. Wie fällt heute Ihr ganz persönliches Fazit aus?*

Henze: Natürlich stand am Anfang meiner Tätigkeit die Frage des Überlebens absolut im Vordergrund. Denn gemeinhin galt Krebs bei Kindern unter Kinderärzten als unheilbar. Eine professionelle „Kinderonkologie“ im heutigen Sinne gab es noch gar nicht. Tatsächlich haben wir in den vergangenen 30 bis 40 Jahren viel erreichen können. Etwa 80 Prozent unserer Patienten überleben ihre Krebskrankheit, und die meisten von ihnen verfügen über eine gute Lebensqualität. Ich hatte das große Glück, insbesondere an der Verbesserung der Heilungschancen für leukämiekranke Kinder aktiv mitarbeiten zu dürfen.

Wir: *Für Außenstehende sind die medizinischen Erfolge in der Kinderonkologie in den letzten drei Jahrzehnten rasant vorangeschritten. Woran liegt das?*

Henze: Das hat eine Reihe von Gründen. In der breiten Bevölkerung glauben viele Menschen, es liege daran, dass wir heute bessere und wirksamere Medikamente zur Verfügung hätten. Das ist aber nicht wirklich der Fall. Die Heilungsergebnisse, die wir heute erreichen, wurden ganz überwiegend mit Medikamenten erzielt, die wir bereits seit Jahrzehnten verwenden. Wesentlich für die Verbesserung der Ergebnisse waren vor allem klinische Studien, die besonders in Deutschland früh und beispielhaft entwickelt worden sind. Es handelt sich hierbei um kooperative, multizentrische, randomisierte „Therapieoptimierungsstudien“ (TOS), für die unsere Fachgesellschaft, die GPOH, weltweit bekannt ist. In zahlreichen Ländern wurden wir immer wieder wegen unserer vorbildlichen Strukturen und unserer Disziplin in Deutschland beneidet und gerühmt. Seit langer Zeit werden über 90 Prozent unserer krebskranken Kinder im Rahmen solcher TOS behandelt. Das hat nichts mit Studien zu tun, die der Zulassung von Medikamenten dienen, also solchen, die von pharmazeutischen Firmen initiiert werden. Bei uns geht es um die Verbesserung des Behand-

lungsergebnisses, indem die Ergebnisse früherer Studien analysiert, Schwachstellen aufgedeckt und Gedanken zur Verbesserung konsequent umgesetzt werden. Ohne diese Studien wäre eine so positive und erfolgreiche Entwicklung wohl kaum möglich gewesen.

Nicht zu vergessen sind aber auch – und dieser Aspekt kommt meines Erachtens oft zu kurz – neue Entwicklungen zur Diagnostik. Leukämien und maligne Tumoren lassen sich heute dank neuer diagnostischer Methoden wesentlich besser und genauer klassifizieren, so dass auch die Behandlung entsprechend gezielter erfolgen kann. Die heute verfügbaren bildgebenden Untersuchungsverfahren erlauben eine Bestimmung der Tumorausdehnung und das Auffinden von Metastasen mit viel höherer Empfindlichkeit als früher; außerdem gibt es Methoden wie etwa die Positronen-Emissionstomografie (PET). Mit ihr kann man, ohne Gewebeproben entnehmen zu müssen, also „von außen“ erkennen, ob ein Tumor noch aus lebenden Zellen besteht oder ob die Zellen bereits durch die vor der lokalen Behandlung durchgeführte Chemotherapie, die so genannte neoadjuvante Chemotherapie, abgetötet wurden. Solche Informationen machen zum Beispiel Operationen viel weniger riskant. Auch werden so weniger eingreifende und zerstörende Operationen möglich.

Besser geworden sind auch lokale Behandlungstechniken, das heißt Operationsverfahren und auch die Strahlentherapie. Schließlich haben wir auch gelernt, besser mit den Nebenwirkungen der Behandlung, auch mit Schmerzen, umzugehen, sie zu vermeiden oder abzumildern; in diesem Zusammenhang sind übrigens auch wesentliche neue Medikamente entwickelt worden. Nicht unerwähnt sollen auch nicht primär medizinische Maßnahmen bleiben, die dabei helfen, Leiden und psychischen und zum Teil auch wirtschaftlichen Druck zu lindern, der oft auf den Familien lastet. In diesem Zusammenhang spielen die an allen größeren Kliniken vorhandenen psychosozialen Teams eine wesentliche Rolle. Es sind also zahlreiche Faktoren für den rasanten Fortschritt verantwortlich.



Die klassische Musik ist und bleibt das große Hobby von Prof. Dr. Günter Henze

Wir: Gibt es Bereiche, wo Sie persönlich vielleicht noch bessere Ergebnisse erwartet hätten?

Henze: Generell würde ich mir wünschen, dass gute und wenn möglich noch bessere Ergebnisse mit weniger akuten und späten Nebenwirkungen erreichbar wären. In besonderem Maße gilt dies immer noch für die große Gruppe der Hirntumoren. Sie lassen sich immer noch unzureichend behandeln; häufig ist eine Strahlentherapie notwendig, die besonders auf das Gehirn kleiner Kinder sehr ungünstige Auswirkungen hat. Das war ja auch der Grund dafür, dass die GPOH und die Deutsche Kinderkrebsstiftung sich durch die Gründung und Förderung des HIT-Netzwerks zur Verbesserung der Forschungs- und Behandlungsbedingungen für Kinder mit Hirntumoren gemeinsam dieses besonderen Problems angenommen haben.

Wir: Sind das auch die Punkte, an denen die Forschung in den nächsten Jahren ansetzen und intensiviert werden muss?

Henze: Ohne Forschung wird es keinen weiteren und besonders keinen wesentlichen Fortschritt geben. Selbst wenn wir mit den heute verfügbaren Methoden alle Kinder von ihrer Krankheit befreien könnten, wäre dies kein Grund, sich bequem zurückzulehnen. Wir müssen mehr über das Wesen der Krebskrankheiten wissen, damit wir in die Lage kommen, gezielter als bisher in den Stoffwechsel der bösartigen Zellen einzugreifen. Ich habe das immer wieder einmal mit dem Uhrmacherschraubenzieher verglichen, den wir gern anstelle des Hammers hätten.

Wir: Die Behandlung ist immer eine sehr komplexe Sache. Sie reicht von der Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge. Funktioniert diese Zusammenarbeit auf den ganz verschiedenen wissenschaftlichen Ebenen oder sehen Sie irgendwo Handlungsbeziehungweise Verbesserungsbedarf?

Henze: Ich würde sagen, überwiegend funktioniert das noch recht gut. Allerdings sehe ich die Gefahr – und auch bereits stellenweise den Eintritt – von Problemen, die durch grundsätzlich gut gemeinte Veränderungen bedingt sind. In dem Bemühen um Transparenz ist es heute mit dem DRG-System üblich geworden, alle Kosten (und deren Verursacher) zu erfassen und sie möglichst geteilt und detailliert abzurechnen. Nun gibt es in den Kliniken immer besser und schlechter finanzierte Abteilungen, und Kliniken mit einem weniger komplexen Behandlungsangebot verfügen nicht über so gute Einnahmelmöglichkeiten wie etwa Universitätskliniken, in denen Patienten mit schweren Erkrankungen behandelt werden.

Zur Person:

Seit 1985 stand Prof. Dr. Günter Henze zunächst der Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie am Universitätsklinikum Charlottenburg und später am Campus Virchow der Charité – Universitätsmedizin Berlin vor. Während dieser Zeit hat er wesentlich dazu beigetragen, die häufigste Form bösartiger Erkrankungen im Kindesalter, die Leukämie, entscheidend zu bekämpfen. Bereits 1983 hatte er Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Leukämierезидивen ins Leben gerufen, die seitdem konsekutiv als internationale multizentrische Studien durchgeführt wurden und weltweit bekannt sind. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse dieser Studien und die Entwicklung neuer Therapieformen kommen den Kindern unmittelbar zugute.

Unter seiner Leitung hat sich die Klinik national und international zu einem der bedeutendsten Forschungs- und Behandlungsschwerpunkte für Kinderonkologie entwickelt. Die Charité nimmt inzwischen bei der Behandlung leukämiekranker Kinder einen Spitzenplatz in Deutschland ein. Henze gilt als einer der weltweit führenden Spezialisten für Rückfall-Erkrankungen. Sein international hervorragender Ruf zieht eine Vielzahl ausländischer Patienten an die Charité, die für ihr Kind unter Umständen eine letzte Möglichkeit auf Heilung erhoffen.

Der Deutschen Kinderkrebsstiftung ist Henze als Vorsitzender ihres Kuratoriums verbunden. Viele Jahre engagierte er sich als Vorsitzender der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) und der internationalen Organisation SIOP, der er als erster deutscher Präsident vier Jahre vorstand. 2008 wurde er für sein herausragendes Engagement als Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer zugunsten krebskranker Kinder mit dem Verdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

Mit einem Symposium haben Freunde, Kollegen und Weggefährten die Arbeit des Leiters der Kinderonkologie an der Berliner Charité gewürdigt, der Ende März in den Ruhestand getreten ist.



Wir haben in den vergangenen Monaten einige Male erlebt, dass Kinder von Kliniken, in denen keine onkologisch erkrankten Patienten behandelt werden, erst zu uns verlegt worden sind, nachdem zum Teil biopsische Eingriffe und/oder verschiedene bildgebende Untersuchungen durchgeführt worden sind, die bei uns wesentlich schneller hätten erfolgen können. Es ist dadurch bis zum Behandlungsbeginn wertvolle Zeit vergangen, die gerade bei den bösartigen Krankheiten von Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle spielt. Der Verdacht liegt nahe, dass es unter wirtschaftlichen Aspekten günstiger war, die Kinder nicht sofort zu verlegen.

Andererseits wird auch an den größeren und Universitätskliniken der Kostendruck immer stärker spürbar; für diagnostische Maßnahmen, die bei Kleinkindern in Narkose durchgeführt werden müssen, sind Wartezeiten nicht immer vermeidbar. Auch werden kleinere Operationen, wie beispielsweise das Legen von zentralvenösen Kathetern manchmal erst am Abend oder am nächsten Tag durchgeführt, weil räumliche oder auch personelle Kapazitäten nicht ausreichen.

Ein ganz besonders großes Problem ist auch die Nachsorge, die in aller Regel in den spezialisierten Behandlungseinrichtungen, meist in Hochschulambulanzen, zu erfolgen hat, weil niedergelassene Ärzte sich mit den spezifischen Problemen unserer Patienten nicht genügend auskennen. Hochschulambulanzen werden zunehmend weniger finanziert, insbesondere Personal ist nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Die Verlagerung der Nachsorge in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollte hier Abhilfe schaffen; aber der Zeitaufwand für diese Patienten ist so groß, dass eine kostendeckende Finanzierung keinesfalls möglich ist. Da die Zahl der erfolgreich behandelten Patienten stetig steigt, sehen wir uns in erhöhtem Maße älteren Patienten gegenüber, die eigentlich die Altersgrenze für die Pädiatrie deutlich überschritten haben. Derzeit gibt es allenfalls Denkansätze, wie man künftig mit diesen Patienten verfahren soll. Wer soll sie betreuen? Wer kennt sich mit Spätfolgen nach Krebstherapien im Kindes- und Jugendalter aus? Wie kann man eine leistungsgerechte und kostendeckende Finanzierung erreichen? All diese Fragen bedürfen in naher Zeit einer Lösung.

Sorgen macht uns auch die Fortsetzung unserer erfolgreichen „Studienkultur“ in Gestalt der TOS. Mit dem Ziel, Medikamente und Therapien sicherer zu machen, sind in Europa Gesetze zur Durchführung sogenannter „Investigator initiated trials“ verab-

schiedet worden. Das sind Studien, die nicht von der Pharmaindustrie, sondern von Ärzten in Kliniken ins Leben gerufen werden. Diese neue Gesetzgebung schafft administrative Hürden, die von den Ärzten im Grunde nicht mehr zu bewältigen sind. Außerdem verursacht sie zusätzliche Kosten, die in der Regel von Förderinstitutionen wie beispielsweise auch der DKS getragen werden müssen, weil öffentliche Mittel dafür nicht oder nur vollkommen unzureichend vorhanden sind. Einen Antrag an die EU zu stellen erfordert die Einbeziehung einer professionellen Agentur, die sich mit den komplizierten Regularien auskennt und die natürlich dafür auch bezahlt werden muss – glücklicherweise nur im Erfolgsfall. Aber der Konkurrenzdruck für diese Anträge ist groß, und nur in der Minderzahl ist ihnen daher Erfolg beschieden. Wollen wir also weiterhin Studien zur Verbesserung unserer Therapien durchführen, so sind wir auf die Förderung durch karitative Organisationen angewiesen. Für mein Empfinden ist es nicht in Ordnung, dass Spendengelder dafür verwendet werden müssen, gesetzliche Auflagen zu erfüllen.

Wir: Ohne die Forschung wäre die Behandlung von Krebs im Kindesalter sicher nicht da, wo sie heute steht. Forschung aber kostet viel Geld. Ist dieses Geld vorhanden?

Henze: Forschung ist heute mehr denn je an professionelle Bedingungen gebunden, denn wer nicht professionell arbeitet, wird in unserem kompetitiven System nicht konkurrenzfähig sein. An den Universitäten gibt es meines Erachtens viel zu wenig Geld für Forschung. Wenn man Leiter einer Klinik ist, muss man sich die Gelder für Forschung nahezu ausnahmslos selbst besorgen. Dies geschieht über Anträge, die an Fördereinrichtungen gestellt werden müssen; bewilligt werden sie natürlich nur dann, wenn man nachweisen kann, dass man Erfolg gehabt hat. Das wiederum bedeutet Publikationen in möglichst hochrangigen internationalen Fachzeitschriften.

Das alles kostet natürlich viel Zeit, und im Gegensatz zu anderen universitären Fächern haben wir in der Medizin vorrangig dafür zu sorgen, dass unsere Patienten sicher, nach aktuellem Stand der Wissenschaft und mit größter Sorgfalt und Umsicht behandelt werden. Wir sind ja nicht in erster Linie Laborforscher. Forschung geschieht also in aller Regel entweder außerhalb, meist vor dem Beginn der klinischen Tätigkeit oder währenddessen, und das bedeutet während der „Freizeit“. Geld für Forschung ist im Prinzip genügend vorhanden, aber man muss es sich neben der klinischen Tätigkeit verdienen.

Wir: Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang private Initiativen, etwa von den regionalen Elternvereinen, oder die Unterstützung durch die Deutsche Kinderkrebsstiftung, deren Kuratoriumsvorsitzender Sie sind?

Henze: An zahlreichen Stellen in Deutschland gibt es lokale Fördervereine, die zumeist von Eltern Betroffener gegründet worden sind. Diese Eltern haben erlebt, wie sich Ärzte und auch die Angehörigen anderer Professionen um ihre Kinder bemüht haben; und sie haben sich deswegen zum Ziel gesetzt, nicht nur die personellen Bedingungen für die Behandlung zu verbessern, sondern auch zu helfen, Forschung an den Kliniken zu erleichtern oder sogar überhaupt erst möglich zu machen. Die Deutsche Kinderkrebsstiftung ist ja eine Tochter der Deutschen Leukämieforschungshilfe, der Dachorganisation, in der die regionalen Elternvereine zusammengeschlossen sind. Ich habe sowohl in

meiner früheren Funktion als Vorsitzender der GPOH als auch der des Kuratoriumsvorsitzenden immer wieder dafür geworben, gemeinsam in der Öffentlichkeit für unsere Sache zu werben und deutlich zu machen, dass wir tatsächlich eine Einheit sind mit dem Ziel, das Schicksal derer zu verbessern, die uns eben gemeinsam am Herzen liegen. Die DKS hat sich in den vergangenen Jahren zu der wichtigsten Fördereinrichtung für die Kinderonkologie in Deutschland entwickelt, eine Entwicklung, auf die wir alle stolz sein können. Wünschen würde ich mir, dass das Bewusstsein für Solidarität auch in den regionalen Vereinen wieder stärker würde. Die DKS kann ihre Aufgaben nur wahrnehmen und ihre Ziele erreichen, wenn – wie im Beginn – alle sich beteiligen. Das ist, wie ich glaube, gut möglich, ohne dass der lokalen Behandlungseinrichtung wirkliche Nachteile entstehen.

Wir: Welche medizinischen Erfolge bei der Behandlung von Krebs im Kindesalter sehen Sie kurz- und mittelfristig?

Henze: Ergebnisse insbesondere der molekulargenetischen Forschung geben Hoffnung, dass für verschiedene Krankheiten in naher Zukunft weniger nebenwirkungsreiche Therapien zur Verfügung stehen könnten. Sie könnten zum Teil herkömmliche Therapien ergänzen, zum Teil vielleicht sogar ersetzen. Auf jeden Fall zeichnet sich eine Entwicklung zu einer immer stärkeren Individualisierung der Behandlungen ab. Auch hier spielt die Diagnostik eine große Rolle, die es erlaubt, Patienten mit besserer Prognose von solchen mit schlechterer zu unterscheiden; auf diese Weise wird eine Behandlung möglich, die sich noch besser am individuellen Risiko ausrichtet.

Ich persönlich habe auch die Hoffnung, dass wir Techniken entwickeln werden, die vielleicht das Prinzip des „Ausrottens“ entbehrlich machen, zugunsten einer „Kontrolle“. Wenn wir das Wachstum von Leukämie- oder Tumorzellen hemmen oder die Bildung von Metastasen verhindern können, müssen vielleicht nicht mehr Stammzelltransplantationen durchgeführt oder Tumoren mit verstümmelnden Folgen operiert werden. Der Diabetiker wird auch nicht gesund, sondern lebt mit seinem täglichen Insulin ein weitgehend normales Leben. Bei der chronischen myeloischen Leukämie galt die Stammzelltransplantation als einzig mögliche Therapie; heute leben Patienten viele Jahre mit dieser Krankheit, indem sie täglich eine Tablette einnehmen. Auch das Immunsystem spielt für die Frage der Kontrolle von Krebskrankheiten eine sehr wesentliche Rolle. Ich bin überzeugt davon, dass wir uns an der Schwelle eines Paradigmenwechsels befinden.

Wir: Was sind für Sie die wichtigsten Tugenden, die man als Kinderonkologe mitbringen muss?

Henze: Das ist vielleicht die schwierigste Frage. Ich bin mir auch gar nicht so sicher, dass man als Kinderonkologe ganz andere Voraussetzungen mitbringen muss als in anderen medizinischen Fächern. Ich finde, man muss sich als Arzt immer darum bemühen, den ganzen Menschen zu sehen und nicht nur seine Krankheit. Der Patient und seine Krankheit sind eine Einheit, und daher sage ich auch immer, wir müssen den Patienten und nicht seine Krankheit behandeln. Das setzt voraus, dass man sich bemüht, ihn als Menschen und als Patienten zu verstehen; und als Kinderarzt – vielleicht als Kinderonkologe noch mehr – muss man in all seine Gedanken und Handlungen zusätzlich die Familie, Eltern und Geschwister einbeziehen. Aber ich glaube, zusätzlich zu diesen Eigenschaften, über die eigentlich jeder Arzt verfügen sollte,

muss man als Kinderarzt und Kinderonkologe eine große Portion Idealismus mitbringen, denn der Bedarf an Zeit, die man aufwenden muss, um wirklich den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Eltern in der lebensbedrohenden Situation gerecht zu werden, ist hoch.

Wichtig ist auch, dass man in der Lage und auch dazu bereit ist, selbstkritisch sein Tun zu hinterfragen, und man muss auch „Niederlagen“ verkraften können. Leider können wir nicht alle unsere Patienten heilen und müssen die Grenzen der Medizin nicht selten schmerzlich erkennen und auch akzeptieren lernen. Fragen müssen wir uns auch, weil die Kinder sich selbst oft nicht artikulieren und ihren Willen eindeutig äußern können, wie weit wir mit unseren therapeutischen Bemühungen gehen dürfen, um nicht eventuell dem Kind Unrecht zu tun. Die Situationen, die wir in der Kinderonkologie erleben, unterscheiden sich deutlich von der Erwachsenenmedizin. Den Zeitpunkt zu finden, an dem vom kurativen Behandlungsansatz unser Bemühen auf Palliation ausgerichtet werden muss, ist gerade bei Kindern besonders schwer. Denn den Tod eines Menschen zu akzeptieren, fällt naturgemäß am schwersten in einem Lebensabschnitt, in dem gewöhnlich das gesamte Leben noch vor einem liegt. Dennoch bedarf es auch hier einer aktiven Entscheidung, die im Interesse und auch manches Mal zum Schutz unseres Patienten gemeinsam mit den Eltern zu treffen ist. Auch in dieser Situation bleibt das Kind unser Patient und darf – ebenso wie die Eltern – die Gewissheit haben, dass wir die letzte Lebensphase gemeinsam durchstehen werden. Dies ist eben nicht als „Niederlage“ zu verstehen, sondern als Aufgabe und auch als Ansporn, alles zu tun, um künftig immer seltener solche Situationen erleben zu müssen.

Wir: In Deutschland haben wir ja inzwischen sehr gute Ergebnisse bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen. Sie haben sich als Vorsitzender der SIOP und vor allem beim Aufbau von Versorgungsstrukturen in Russland sehr engagiert. Wo lagen und liegen hier Defizite und welche Aufgaben sind zu lösen?

Henze: Sie sprechen da ein wichtiges Problem an. Wir leben in einer unglaublich privilegierten Welt. Nicht selten reden wir in Deutschland über zum Teil vollkommen unbewiesene, oft absurd teure Therapien in Situationen, in denen nach menschlichem Ermessen eine Heilung nicht mehr möglich ist. Von den etwa 250.000 Kindern, die weltweit jährlich neu an Krebs erkranken, haben vielleicht knapp 20 Prozent die Chance, überhaupt je von einem Arzt gesehen zu werden. Wirksame, auf Heilung ausgerichtete Therapien sind für diese Kinder eine Utopie. Ihnen wäre bereits geholfen, wenn man ihnen mindestens eine wirksame Schmerztherapie zur Leidensminderung anbieten könnte. Aber nicht einmal dafür sind mancherorts finanzielle Mittel vorhanden.

In Russland haben wir vor 20 Jahren mit einem Leukämieprogramm begonnen, das auf die Verhältnisse im Lande zugeschnitten war, und wir haben damit großen Erfolg gehabt. Ähnliche Aktivitäten gibt es über die SIOP auch in anderen Ländern und Kontinenten.

Ich finde, es stünde uns in Anbetracht unserer exzellenten wirtschaftlichen Situation gut an, etwas Bescheidenheit und Demut zu zeigen und uns mehr als bisher auch für die Kinder zu engagieren, die mindestens so dringend wie unsere eigenen der Hilfe bedürfen. Relativ geringe Geldbeträge an die richtige Organisation gespendet können hier wertvolle und wirksame Hilfe leisten, in-

dem sie uns in die Lage versetzen, in den Ländern aktiv tätig zu werden und für die Bereitstellung der wichtigsten Medikamente zu sorgen.

Wir: *Gab es in den vielen Jahren Ihres Schaffens an der Berliner Charité ein Ereignis, an das Sie sich besonders gern zurück-erinnern?*

Henze: Tatsächlich gibt es glücklicherweise viele Begebenheiten, an die ich mich gern erinnere. Eine davon: Ich stand eines Tages in der Eingangshalle der Klinik und unterhielt mich mit einem Kollegen. Neben mir stand ein Mann mit zwei Kindern, und ich fragte ihn, ob er jemanden suche und ich ihm behilflich sein könne. Er sah mich an und sagte: „Kennen Sie mich noch? Ich bin Ali“ – und da fiel es mir wie Schuppen von den Augen, und ich erkannte ihn sofort. Es war ein ehemaliger Patient, der 1974 wegen einer Leukämie behandelt worden und jetzt, nach über 30 Jahren, offenbar bei bester Gesundheit war und zwei gesunde und hübsche Kinder hatte. So

wünscht man sich die Zukunft unserer Patienten. Glücklicherweise gibt es tatsächlich nicht wenige, denen es so geht wie Ali.

Wir: *Immer häufiger wird bedauert, dass Experten mit immensem und unschätzbar wertvollem Fachwissen aus dem Berufsleben ausscheiden. Werden Sie nach dem offiziellen Ausscheiden aus dem Berufsleben Ihr Wissen den Nachwuchsonkologen noch in irgendeiner Form zur Verfügung stellen?*

Henze: Ich werde selbstverständlich nicht jegliche Tätigkeit in der Kinderonkologie aufgeben. Gern bin ich dazu bereit, Erfahrung an Jüngere weiterzugeben. Ich bin noch an Forschungsprojekten beteiligt und treffe mich derzeit einmal pro Woche am Abend zum Mikroskopieren im Labor mit jungen (und auch älteren) Assistenz-ärzten. Allerdings muss man auch aufpassen, dass man für die Jüngeren nicht zur Last wird, weil man nicht aufhören kann. Das will ich natürlich keinesfalls.