

Brustkrebs: Österreichische Ärzte fanden ein Medikament, das das Rückfallrisiko senkt

Aufschrei der Mediziner



Viele Ärzte am Wiener AKH machen international anerkannte Spitzenforschung. Obwohl für die Forschung oft nur der Abend bleibt. Und obwohl personelle und institutionelle Unterstützung fehlen.

Margarete Endl

Es gibt die Erfolge im Leben von Medizinerinnen. Wenn eine Patientin geheilt nach Hause geht. Und wenn die Arbeit internationale Anerkennung findet. Wie am 12. Februar, als das *New England Journal of Medicine* eine Studie publizierte, die der Brustkrebspezialist Michael Gnant, Professor für chirurgisch-experimentelle Onkologie an der Medizinischen Universität Wien, gemeinsam mit 20 anderen Ärzten und Ärztinnen in ganz Österreich gemacht hatte. Als Draufgabe schrieb dann noch die *New York Times* einen langen Artikel über die Studie.

Die Ärzte hatten 1803 Brustkrebspatientinnen, die nach der Operation drei Jahre eine Hormonbehandlung erhielten, beobachtet. Die Frauen hatten einen Tumor gehabt, der von Östrogen genährt wurde. Deshalb erhielten sie Medikamente, die ihren Körper daran hinderten, Östrogen zu produzieren. Um eine Nebenwirkung von Östrogenmangel, nämlich Knochenschwund, zu bekämpfen, bekam ein Teil der Frauen zusätzlich Zoledronsäure, ein Medikament zum Knochenaufbau. Das Ergebnis fünf Jahre nach der Operation: Von den Frauen ohne Knochenmedikament erlitten 83 einen Krebsrückfall oder bekamen Metastasen. Von den Frauen mit Knochenmedikament hatten nur 54 einen Rückfall. Eine 36-prozentige Reduktion von Rückfällen ist für Onkologen (Krebspezialisten) beeindruckend. Gnant durfte die Ergebnisse auf einem bedeutenden Brustkrebs-symposium in Chicago präsentieren, und nun wurden sie publiziert.

„Spektakulär an der Studie ist, dass eine Substanz, die nebenwirkungsarm und auch sehr günstig ist, eine so große Risikoreduktion bringt“, erklärt Mitautor Peter Dubsky. Das Ergebnis zeige überdies neue Wege, über Gesundbleiben oder Wiedererkranken nachzudenken.

Neben solchen Erfolgen stehen Misserfolge. Damit sind nicht sterbende Patienten gemeint oder Studien, die nicht so ausgehen, wie man es sich vorgestellt hat, sondern Studien, die nie gemacht werden. Immer wieder passiert es, dass Mediziner glauben, eine brillante Idee zu haben – aber sie haben kein Geld für eine Studie. Wegen der Forschungsstrukturen in Österreich und wegen eines systemischen Geldmangels.

Aus Geldmangel gescheitert

Das hat auch Dubsky erlebt. Er forschte zu Immuntherapien gegen Krebs: wie dendritische Zellen (Zellen der Immunabwehr) genutzt werden können, um Krebs zu bekämpfen. „Viele Jahre war es uns gelungen, gute Studien zu machen“, sagt Dubsky. „Als es aber darum ging, in die Phase III zu gehen, also eine große klinische Studie zu machen, sind wir sensationell gescheitert. Wäre die Idee ein leicht vermarktbares Produkt gewesen, hätte es Geldgeber ohne Ende gegeben.“

„Warum muss alles, was interessant ist, in Amerika passieren? Warum müssen die die Nase vorn haben?“

PETER DUBSKY,
KREBSFORSCHER

Das Problem: Klinische Forschung wird in Österreich nur finanziert, wenn ein Pharma-Unternehmen ein Medikament testet, um eine behördliche Zulassung zu bekommen. Wer eine Heilmethode entwickeln will, die nicht ein verkaufbares Medikament oder Produkt ist, stößt schnell an Mauern. Der Forschungsförderungsfonds (FWF) finanziert nur medizinische Grundlagenforschung.

In den USA haben die National Institutes of Health (NIH) ein Budget von jährlich 29 Mrd.



Wäre der Patient bei Bewusstsein, würde er nun wohl schreien. Zum Schreien ist auch vielen Ärzten zumute, weil sie durch die gängigen 60-Stunden-Wochen überlastet sind. Foto: Bilderbox.com

Dollar – und in den nächsten zwei Jahren je zehn Mrd. zusätzlich dank des Konjunkturpakets. Die NIH finanzieren medizinische Forschungsprojekte jeder Art und beschäftigen circa 18.000 eigene Forscher.

Auch Dubsky hat die großzügigen Forschungsbedingungen in den USA kennengelernt. Zwei Jahre forschte er am Baylor Institute for Immunology Research in Texas. „Vollkommen ungestört von finanziellen Grenzen“, sagt er. „Wenn ich ein Experiment machen wollte, das drei Tage dauert und 20.000 Dollar kostet, sagten sie: ‚Das klingt interessant, mach es unbedingt.‘“ Er lacht. „Das müssen Sie hier mal versuchen!“ Er kehrte nach Wien zurück, weil er nicht nur forschen, sondern Patienten behandeln will. Die Forschung kann er hier nur schwer fortsetzen. Der medizinische Fortschritt wird von den zahlreichen US-Gruppen erzielt werden, die zu dendritischen Zellen forschen. Das wurmt ihn. „Warum muss alles, was interessant ist, in Amerika passieren? Warum müssen die die Nase vorn haben?“

Als sich die Onkologin Christine Marosi in den frühen 1990er Jahren auf Gehirntu-

more spezialisierte, wusste sie, was sie wollte: internationale Spitzenforschung betreiben. Sie schloss sich der europäischen Organisation für Gehirntumorspezialisten an. Gemeinsam mit kanadischen Kollegen testeten die Europäer eine neue Therapieform. Patienten mit Glioblastom, dem bösartigsten Gehirntumor, erhielten gleichzeitig mit der Strahlentherapie eine Chemotherapie. Das Ergebnis: Die Patienten lebten im Schnitt zwei Monate länger. 26 Prozent statt zehn Prozent der Patienten lebten zwei Jahre länger. Die 2005 im *New England Journal of Medicine* veröffentlichte Studie, mit Marosi als Co-Autorin, war ein Durchbruch.

Ständiger Personalmangel

Der Erfolg bringt zwar Reputation, aber keine besseren Forschungsbedingungen. „Wir pfeifen ständig aus dem letzten Loch“, sagt Marosi. Es gebe viel zu wenig Personal. Die Ärzte sollen die Patienten am AKH betreuen und an der Universität lehren, sie sollen forschen und den ständig wachsenden Verwaltungsaufwand erledigen. Die Patienten haben, gerade in einer Krebsabteilung, immer Vorrang. „Die Forschung

wird irgendwie dazwischen erledigt“, sagt Marosi. 60-Stunden-Arbeitswochen sind sowieso normal. Dazu kommt, dass es an der Medizinischen Universität Wien kaum, wie international üblich, eigene Forschungskrankenschwestern und Datenmanager gibt. So wird es immer schwerer, an internationalen Studien teilzunehmen.

„Patientenversorgung steht an erster Stelle, und damit ist man ausgelastet“, sagt auch der Psychiater Lukas Pezawas. Er hat während seiner vierjährigen Forschungstätigkeit am NIH einen genetischen Mechanismus entdeckt, der möglicherweise Depressionen begünstigt. Die Arbeit wurde 2005 in *Nature Neuroscience* publiziert. In Wien setzt er seine Forschung im Projekt „Imaging Genetics“ fort. Dieses wird auch vom FWF gefördert, doch die Mittel sind knapp. Von seiner 17-köpfigen Forschungsgruppe kann er drei Leute bezahlen. Die restlichen Mitarbeiter sind Studenten, die aus Begeisterung an der Forschung die Projektdurchführung garantieren. Eine Sekretärin oder Forschungsassistentin gibt es nicht. Pezawas: „Wenn ich keine Drittmittel lukriere, bin ich ein Ein-Mann-Betrieb.“