

# „Rationale Medizin ist auf die Dauer die wirksamste und wirtschaftlichste“

## Interview mit Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen

**AVP:** Lieber Herr Professor Müller-Oerlinghausen, Sie sind seit dem Jahr 1982 Mitglied der AkdÄ und waren von 1994 bis 2006 Vorsitzender der AkdÄ. Eine lange Zeit, in der Sie sicherlich viele „Aufs und Abs“ erlebt haben. Auf Ihrer [Webseite](#) beginnt das Kapitel zu AkdÄ mit folgendem Satz: „Im Konzert der großen und weiter zunehmenden Zahl von Akteuren in der heutigen gesundheitspolitischen Landschaft stellt die AkdÄ einen besonders konstanten und an Bedeutsamkeit stets noch zunehmenden Faktor dar,- ein von standespolitischen wie kommerziellen Interessen unabhängiger Wegweiser zur therapeutischen Vernunft.“ Stimmt das heute noch?

**BMOe:** Da kann ich nur sagen: Hoffentlich stimmt das noch! Ich glaube, dass die Freiheit von kommerziellen Interessen unter den Mitgliedern der AkdÄ sich in den letzten 20 Jahren wesentlich verbessert und verstärkt hat. Das ist auch insbesondere der Arbeit von Herrn Prof. Ludwig zu verdanken. Der Beginn war in dieser Beziehung sehr schwierig, insbesondere war es schwer, Verständnis dafür zu gewinnen, dass eine Transparenz von Interessenkonflikten nötig ist. Ich glaube, dass wir – die AkdÄ – nach wie vor Wege zur „therapeutischen Vernunft“ aufzeigen, unabhängig von pharmazeutischen oder kassenärztlichen Interessen. Das tun wir nach wie vor! Es funktioniert, weil wir lange Zeit auch ausreichend distanziert von standespolitischen Interessen gewesen sind. Ich kann nur hoffen – denn ich bin kein Hellseher – dass das in Zukunft so bleiben wird.

**AVP:** Was waren die größten Herausforderungen, mit denen Sie in der Zeit als Vorsitzender konfrontiert wurden?

**BMOe:** Herausforderungen waren ständig da – von Anfang an! Meine Zeit als Vorsitzender begann in einer chaotischen Situation. Nachdem durch innere Zwistigkeiten und Intrigen die AkdÄ in den frühen 90er Jahren fast gänzlich auseinanderbrach, und manche berufspolitischen Stimmen die Abschaffung der Kommission empfahlen, wurde ich vom seinerzeitigen BÄK-Präsidenten Prof. Dr. med. Karsten Vilmar gebeten, einen neuen Vorstand zu bilden und die Kommission in eine geordnete Zukunft zu führen. Der vormalige nur kurz überdauernde Vorstand hatte sich gegen die BÄK aufgelehnt, das konnte nicht gut gehen. Aber Sie müssen sich vorstellen, das war zu einer Zeit, in der es enorme Herausforderungen und Schwierigkeiten für eine ärztliche Organisation gab: Gestaltung der Preisvergleichsliste

### Steckbrief



© Foto: Jörg Schreiber

Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen (geb. 1936) ist Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie sowie Facharzt für Klinische Pharmakologie. Er ist seit 1982 ordentliches Mitglied der AkdÄ und war 1982–2006 Mitglied des Vorstandes der AkdÄ und seit 1994 Vorsitzender der AkdÄ. 2011 wurde er zum Ehrenmitglied der AkdÄ ernannt. Er ist Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette (2006) und der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft (2007).

### Lebenslauf

Veröffentlichung der neunten Auflage von „Arzneiverordnungen, Ratschläge für Ärzte“



1952

und der Festbetragsregelungen. Einige ehrbare Vorstandsmitglieder wie Prof. Dr. med. Henschler, sind deswegen schon ganz früh aus dem Vorstand ausgetreten, später auch Prof. Dölle und Prof. Rummel, auch sie hoch angesehene Kollegen, die diese vom damaligen Geschäftsführer Dr. Kimbel eingebrachten politischen Aufgaben nicht mittragen konnten.

**AVP:** Die Genannten haben das nicht mitgetragen, dass sich die AkdÄ mit diesen Themen beschäftigt, weil die Aufgaben einen sozialrechtlichen Hintergrund hatten und die AkdÄ von der Wissenschaftlichkeit abgrenzten?

**BMOe:** Ja! Es gab einfach viele Kollegen, die gesagt haben, das ist nicht die Aufgabe der AkdÄ. Es gab darüber hinaus eine wesentliche Herausforderung über Jahre: Das waren die ständigen Auseinandersetzungen mit der KBV [Kassenärztlichen Bundesvereinigung], die andere Vorstellungen bezüglich der Arzneimittelinformation der AkdÄ hatte. Sie wollte ihre eigenen Informationsprodukte herausstellen, bei denen es hauptsächlich um finanziell rationelle Arzneitherapie ging und davon haben wir uns eben abgegrenzt und unterschieden. Das war schon eine sehr schwierige Lage und ich hätte es ohne die organisatorischen Fähigkeiten von Herrn Dr. med. Karl-Heinz Munter, der 1991 Geschäftsführer der AkdÄ wurde, nicht geschafft damit zurechtzukommen. Es war wesentlich Herrn Munters Verdienst, dass es ab da wieder bergauf ging! Er hatte davor in der pharmazeutischen Industrie gearbeitet und brachte dringend benötigte moderne Managementkenntnisse mit ein. So kam auch erstmals moderne EDV in die sehr traditionelle Geschäftsstelle der AkdÄ in Köln. Unter seiner Leitung wurde auch eine moderne Datenbank aufgebaut, damit das „Erbsenzählen“ von Nebenwirkungen auf Papier modernisiert werden konnte. In der Geschäftsstelle in Köln, nach der Wende in Berlin, arbeiteten engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und so konnten wir uns einer neuen Herausforderung widmen und die ersten deutschen Leitlinien entwickeln. Das gab es damals noch nicht. Wir sind also an die ärztliche Öffentlichkeit getreten mit unseren ersten „Therapieempfehlungen“. Wir haben sie bewusst nicht Leitlinien genannt, sondern Therapieempfehlungen. Trotzdem gab es massive Anfeindungen und Kritik aus der pharmazeutischen Industrie, aber auch immer wieder von Seiten der KBV. Auch hier bin ich dankbar, dass Prof. Dr. Dr. h.c. Karsten Vilmar, damals Vorsitzender und heute Ehrenpräsident der Bundesärztekammer, die Hand über die AkdÄ hielt und zu den Therapieempfehlungen öffentlich formulierte: „Das ist ein Korridor der ärztlichen Vernunft und danach sollten wir uns richten.“ Und auf einer Veranstaltung 1997: „Ich hoffe, dass es den ärztlichen Körperschaften gelingt, eine rationale Medizin zu fördern. Sie ist auf die Dauer die wirksamste und wirtschaftlichste“. Auf der Sitzung des Arbeitsausschusses „Arzneimittelrichtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte

Umbenennung der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern zu „Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern“ & AkdÄ wird Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK)

Stellungnahme der AkdÄ im Auftrag der BÄK zum Referentenentwurf eines Arzneimittelgesetzes

1955

1956

wurde 1996 festgestellt, dass die Herausgabe der Therapieempfehlungen eine eigenständige Aufgabe der AkdÄ ist und weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch der KBV beeinflusst werden kann. Das hat uns Freiheit gegeben und wir haben schließlich 21 Therapieempfehlungen erarbeitet und publiziert. Das waren schon aufregende Jahre! Spontan fällt mir eine andere Herausforderung ein: 1998 kämpften wir mit den Vertretern der alternativen Heilmethoden, die im Arzneimittelgesetz eine speziell geschützte Nische bekommen hatten. Zuvor hatte die AkdÄ auf Vorschlag von Prof. Haustein ein Memorandum publiziert, das sich kritisch mit der Protektion dieser Therapierichtungen durch den Gesetzgeber auseinandersetzte. Dieses Memorandum fand eine rege Beachtung in den ärztlichen Zeitungen, indem das, was wir vertreten haben, plakativ formuliert wurde: „keine Glaubensmedizin auf Krankenschein“. Ich wurde mit Boxhandschuhen in der Medical Tribune dargestellt, wie ich die grünen Homöopathieverteter in die Flucht jage. Es war jedenfalls eine heftige Auseinandersetzung, bei der wir auch einen nicht kleinen Teil der Bevölkerung gegen uns hatten.

**AVP:** Das ist erstaunlich, dass dieses Thema immer noch aktuell ist und wir derzeit politisch die gleiche Diskussion führen.

**BMOe:** Ja, ich finde es lustig, dass es jetzt wieder um die Globuli geht. Um das Thema Herausforderungen abzuschließen, muss ich noch zwei Dinge erwähnen. Wir sollten gemäß dem Wunsch der BÄK nach der Wende auch im Vorstand der AkdÄ Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern einbinden. Dies war keine einfache Aufgabe, da wir die Kollegenschaft aus der ehemaligen DDR zu wenig kannten. Aber wir waren sehr gut beraten, dass wir Prof. Haustein aus Erfurt, einen sehr erfahrenen klinischen Pharmakologen, der auch sehr musikalisch war – was mich speziell freute –, in den Vorstand der AkdÄ berufen konnten. Eine große Herausforderung, bei der unser psychologisches Geschick und Organisationstalent gefragt waren, war die Schaffung des Aktionsplans AMTS. Das war nur möglich mit Experten auf dem Gebiet der AMTS wie Prof. Daniel Grandt und dem Ministerialbeamten Horst Möller und auch weil ich zur Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein wirklich gutes Verhältnis hatte.

**AVP:** Was macht die AkdÄ heute aus? Was sind ihre wichtigsten Aufgaben und warum ist es wichtig, dass es sie seit über 70 Jahren gibt?

**BMOe:** Eine Aufgabe ist immer die gleiche geblieben und das ist: evidenzbasierte, kritische, nicht pharmazeutisch beeinflusste Arzneimittelinformation. Es gab lange Zeit viele Kollegen in Deutschland, die überhaupt nicht wussten, was wir eigentlich machen, die uns nur kannten als Stelle zur Sammlung von Nebenwirkungen: „Ach die reden ja nur von Nebenwirkungen“. „Ich habe noch nie – so sagte mir ein Kollege – in meiner Praxis eine

Markteinführung von Contergan®  
(Thalidomid)

1957

1958

Aufruf an die Ärzteschaft zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen an die AkdÄ, um diese allen Kollegen zugänglich zu machen



Nebenwirkung gesehen“. Die Erfassung von Nebenwirkungen ist ein Schwerpunkt der AkdÄ, in dem wir wirklich viel geleistet haben. Aber auch das ist kein Selbstzweck, sondern dient schlussendlich auch einer kollegialen Arzneimittelberatung. Das ist eigentlich der wesentliche Zweck. Unerwünschte Wirkungen sammeln könnten im Grunde auch andere. Das tun sie auch. Aber das Entscheidende ist die wissenschaftliche Aufarbeitung der Meldungen, die bei der AkdÄ stattfindet. Es gibt in Deutschland keine andere Organisation im Bereich des Gesundheitsmanagements, die sich auf ein so fachlich-breites und von kommerziellen Interessen jetzt doch wesentlich freies Kollegium stützen kann in ihren Aussagen. Das ist einzigartig und das haben manche Ärztinnen und Ärzte bis heute nicht verstanden. Schade. Deswegen ist unsere Mitwirkung in der Pharmakovigilanz, aber auch genauso im Rahmen des AMNOG oder beim Aktionsplan AMTS unverzichtbar! Und wenn wir dann gelegentlich auch mal berufspolitisch unsere Stimme laut werden lassen, gefällt es nicht jedem, aber ich glaube, es ist trotzdem wichtig. Und wir waren in diesen Dingen auch gerade jetzt in der Zeit von Prof. Ludwig als Vorsitzenden sehr hartnäckig und auch ziemlich erfolgreich. Es gab früher eine Kernaufgabe von uns, die mir sehr am Herzen lag: Die regelmäßige Herausgabe des Buches „Arzneiverordnung“. Das war für viele Ärzte und Ärztinnen in Deutschland an sich das „Signum“ der Arzneimittelkommission. Dass wir das nicht mehr zustande bringen, finde ich sehr schade. Ich kenne verschiedene Erklärungen, aber so ganz richtig verstehe ich es nicht, warum das nicht mehr möglich ist.

**AVP:** Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen in der Medizin bzw. Arzneimitteltherapie heute?

**BMOe:** Das kann man so kurz gar nicht sagen, aber wenn ich etwas dazu schreiben würde, dann würde ich es in etwa so ausdrücken: Ein gravierendes Problem ist sicherlich, angesichts der zunehmenden Spezialisierung und des enormen Wissenszuwachses und der praktischen Herausforderungen in jeder Spezialität, dass es so schwierig ist, den Blick nach links und rechts, den Blick in benachbarte Disziplinen zu erhalten, also sich strikt evidenzbasiert und gleichzeitig patientenzentriert zu verhalten, diagnostisch und therapeutisch. Denken Sie an die vielen genetischen Befunde, die sind zwar da, pausenlos wird darüber publiziert, aber in der ärztlichen Praxis sind sie ganz schwer einzuordnen und häufig ohne vitale Bedeutung. Trotz der Sirenenklänge für verstärkte Digitalisierung und Nutzung von KI müssen wir versuchen, guter Arzt und gute Ärztin zu sein, im wohlverstandenen Sinne patientengerecht, auch wenn es zunehmend schwerfällt! Und dazu gehört z. B. auch ein konsequentes Deprescribing, wozu pharmakologische Basiskenntnisse eine Grundvoraussetzung sind. Dies gilt insbesondere im Bereich der Altersmedizin, deswegen bin ich so froh, dass wir hausärztlich erfahrene Kollegen wie z. B. Prof. Kochen und Prof. Niebling,

Contergan-Skandal:  
Marktrücknahme von Contergan®

Inkrafttreten des  
Arzneimittelgesetzes

1961

1961



Dr. Harjung oder jetzt Dr. Klinge bei uns in der Kommission haben, weil sie einfach Vorbilder für uns sein können, wenn es um die Frage geht, wie kann ich heute guter Arzt und gute Ärztin sein.

**AVP:** Wie wichtig ist unabhängige Arzneimittelinformation in der heutigen Zeit?

**BMOe:** Sie ist wichtiger denn je. Weil die Medienlandschaft immer aggressiver wird. Was auf die Ärzte einstürmt, nicht nur auf farbenfroh bedrucktem Papier, sondern auch im Internet usw. ist ungeheuer. Und um innerhalb dieser bunten Empfehlungen der verschiedensten Player einen Weg zu finden, dazu kann nur unabhängige Arzneimittelinformation helfen, wie die der AkdÄ. Solche Informationen, wie die AkdÄ sie „herstellt“, können und müssen auf ganz verschiedenen Ebenen angesiedelt sein z. B. im Dialog mit dem BfArM, oder dem IQWiG, der Stiftung Warentest, Patientenzeitschriften wie „Gute Pillen, Schlechte Pillen“, im Arzneiverordnungsreport usw. Ich glaube, es ist gut, wenn wir auf all diesen Ebenen mit unserem breiten Sachverstand präsent sind. Es braucht aber auch überall Kollegen und Kolleginnen, die für korrekte Informationen, aber auch für ärztliche Vernunft brennen. Deswegen ist z. B. der frühe Tod von Prof. Gerd Glaeske für die Stiftung Warentest solch ein Unglück. Seitdem passiert im Bereich Arzneimittel innerhalb der Stiftung Warentest sehr viel weniger als vordem.

**AVP:** Haben Sie einen Ratschlag für Ärztinnen und Ärzte, wie sie den Spagat zwischen Leitlinienempfehlungen, sozialrechtlichen Vorgaben und evidenzbasierter Medizin schaffen können?

**BMOe:** Diesen oft unausweichlichen Spagat zu bewältigen zwischen evidenzbasierter Medizin und sozialrechtlichen Vorgaben, dafür gibt es keine allgemeine Strategie, da muss jeder seinen bewusst gewählten Weg gehen. Ich glaube aber nach wie vor, dass die Produkte der AkdÄ wie z. B. der aktuelle Leitfaden zur Cholesterinsenkung, den ich gerade unter dem genannten Aspekt sehr gut finde, Wege zur ärztlichen Vernunft zeigen – und das ist das, was die Kollegenschaft draußen braucht. Natürlich gibt es auch viele Leitlinien der AWMF und auch den Leitlinienwatch, der diese auf ihre Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie bewertet. Für die Ärzteschaft ist dies eine große Hilfe. Und wenn ich als Arzt von wahrhaft oder angeblich evidenzbasierten Empfehlungen bzw. von sozialrechtlichen Vorgaben abweiche, dann ist es essenziell, rationale Gründe dafür zu haben, warum ich das tue. „Das gefällt mir persönlich besser.“ oder „Das hat ein Referent auf einer Fortbildungsveranstaltung der Fa. XY empfohlen.“ oder „Der Patient hat eine Präferenz für...“ reichen nicht unbedingt aus. Das gilt übrigens auch für die Empfehlung oder Nicht-Empfehlung von Impfungen.

Nebenwirkungen von Arzneimitteln werden zu einem zentralen Thema der AkdÄ

Beschluss des 65. Deutschen Ärztetags: Ärzteschaft fordert automatische Verschreibungspflicht für alle neuen Arzneimittel

1962

1962

**AVP:** Wenn Sie einen Wunsch an den Bundesgesundheitsminister hätten, welcher wäre das?

**BMOe:** Ich hätte einen Vorschlag: Herr Lauterbach sollte sich in Abständen mit dem Vorstand der AkdÄ zu einer Aussprache treffen. Das sollte er insbesondere tun vor der Verabschiedung von arzneimittelrelevanten Gesetzesvorhaben oder bevor er im Fernsehen ans Mikrofon tritt. Ich glaube, es täte ihm und der Sache gut. Vielleicht sogar auch uns?

**AVP:** Drei Gründe, warum es sich lohnt, Ärztin oder Arzt zu werden?

**BMOe:** Schwer, ohne vorbereitendes Nachdenken darauf zu antworten. Wissen Sie, ich habe mich als junger Mensch nicht entscheiden können zwischen Chemie und Psychologie, weil mich beides schon in der Jugend interessiert hat. Und Sie sehen aus meiner Vita, dass ich das irgendwie zusammenbekommen habe. Ich wollte nicht in die Medizin, die erschien mir viel zu empirisch. Ich bekam dann Gelegenheit zu einem einstündigen Gespräch mit einem bekannten deutschen Philosophen, der selbst Mediziner, nämlich Psychiater war: Karl Jaspers. Er konnte mich überzeugen, dass ich mit Medizin später die meisten, die breitesten beruflichen Möglichkeiten hätte. Und das stimmt, das sieht man an meiner eigenen beruflichen Vita. Anderen Menschen zu helfen in ihrem seelischen oder körperlichen Leiden, das ist nach wie vor eine wunderbare Aufgabe und von der Chirurgie oder der Notfallmedizin bis hin zur Psychosomatik oder auch Naturheilkunde und zur anthroposophischen Medizin bietet sich so ein breites Spektrum, von Ursachenanalyse und Therapiemöglichkeiten, dass man eigentlich jedem Studierenden, der diesbezüglich überhaupt eine Valenz besitzt, zum Medizinstudium raten kann, auch wenn ich vieles an heutigen Curricula kritisch sehe. Und auch wenn das Arztdasein heute in der Klinik und in der Praxis viele Schattenseiten zeigt. Ich empfehle übrigens jedem, um nicht im reinen Empirismus zu ersticken, auch ein paar Semester sich philosophisch umzuschauen – das habe ich seinerzeit getan und ich bin dankbar für diese Erfahrung.

**AVP:** Manche Ärztinnen und Ärzte fordern, dass in Zeiten immer knapper werdender Ressourcen endlich über Priorisierungsfragen in der Medizin debattiert wird. Wie sehen Sie das?

**BMOe:** Wir haben diese irre steigenden Arzneimittelpreise für immer kleinere Indikationen und bei unter Umständen, worauf Prof. Ludwig auch immer wieder hinweist, doch relativ bescheidenem Nutzen. Da MÜSSEN wir priorisieren. Ob wir das so nennen oder nicht. Und wenn Sie sich erinnern, das Problem haben wir bei der modernen Hepatitis-Behandlung ja schon gehabt, die eigentlich nicht mehr bezahlbar war, zu den Preisen, die damals verlangt wurden. Es muss möglich sein z. B. eine jahrelange nutzlose Psychotherapie zu beenden, wenn wir damit einem anderen Patienten einen Therapieplatz ermöglichen können. Aus meiner Sicht sollte es auch möglich sein, in einer Praxis auf die Verordnung eines sehr, sehr

Herausgabe eines Meldebogens durch die AkdÄ für die Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen



1963

teuren Medikaments mit nur bescheidenem Nutzen zu verzichten bei einem Patienten, wenn ich dafür zehn andere Patienten mit etwas Preiswerterem behandeln könnte. Hier braucht es das kollegiale Gespräch und auch für solche Gespräche sollten wir offen sein. Auch wenn wir keine Sozialmediziner oder Philosophen sind, aber ich muss die eigene Situation so regeln, dass sie auch moralisch vor mir selbst vertretbar ist – darum geht es. Ich bedauere, dass diese Themen, die uns zunehmend auf den Nägeln brennen werden, im Deutschen Ärzteblatt kaum diskutiert werden. Im New England Journal of Medicine z. B. sind sie öfters Thema. Aber bei uns scheut man sich wohl etwas Falsches zu sagen, woraus vielleicht auch rechtliche Konsequenzen entstehen könnten ect.

**AVP:** Drei Lehren aus der Corona-Pandemie für die Medizin und die Gesellschaft aus Ihrer Sicht?

**BMOe:** Ich weiß nicht, ob ich hierzu der richtige Ansprechpartner bin, ich glaube aber, dass ein Positivum der Corona-Pandemie ist, dass die Politik besser gelernt hat, wie Wissenschaft funktioniert. Dass es nicht unmoralisch ist, wenn ein Wissenschaftler heute etwas sagt und 14 Tage später erklärt, dass er sich geirrt hat, weil nun neue Befunde vorliegen. Das ist nicht unmoralisch, sondern so ist Wissenschaft. Und andererseits haben auch wir als Wissenschaftler gelernt, wie Politik sein muss. Dass Politiker unter Zwängen stehen. D. h., wenn ich im Fernsehen täglich die Leichenberge aus Italien den Leuten präsentiere, dann kann ich nicht erwarten, dass die Bevölkerung mehrheitlich z. B. Verständnis hat für die übliche reguläre Zeit, die es braucht, einen Impfstoff zu entwickeln. Die WHO und die EMA haben deswegen etwas gemacht, was zuvor nicht denkbar gewesen wäre. Ein Impfstoff mit einer völlig neuen Technologie wie die mRNA-Technik zu entwickeln und quasi in wenigen Monaten zuzulassen zur massenhaften Anwendung. Jetzt langsam dämmert es uns, dass wir unter Umständen da etwas sehr Fragliches gemacht haben. Aber zumindest haben wir voneinander gelernt.

**AVP:** Aber das ist doch gut und auch zielführend, dass man der Pandemie etwas Positives abgewinnen konnte und nicht immer nur das Negative aufführt.

**BMOe:** Man muss einfach ehrlich sein und einsehen, unter welchem Druck sowohl die Wissenschaftler wie auch die Regulatoren und die Politiker gestanden haben, und dass man jetzt nicht einfach sagen kann: „Das habt ihr falsch gemacht, das hättet ihr anders machen müssen.“ Hinterher ist man immer schlauer. In jedem Fall ist sicher einiges gemacht worden, was man in künftigen Zeiten vielleicht so nicht oder aber genauso wieder machen würde.

Gründung des Arzneimittel-Informationsdienstes e. V. (A.I.D. e. V.)  
zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege u. a. durch die  
Beobachtung umlaufender Arzneimittel auf schädliche Nebenwirkungen

**AVP:** Teilen Sie mit uns Ihre Gedanken zu Künstlicher Intelligenz! Eine Chance oder eine Bedrohung?

Ich bin ein ganz altmodischer Mensch. Ich arbeite noch mit Papier und Bleistift. Ich schreibe noch Briefe und habe Briefmarken zu Hause. Mit der künstlichen Intelligenz habe ich ein paar Versuche gemacht und die waren absolut frustrierend. Ich habe über Chat-GPT einen Text schreiben lassen, der so dämlich war, bis schließlich dieser Computer mir mitgeteilt hat, dass er gar keine wissenschaftlichen Referenzen benutzen und nennen darf. So beschränkt ist das, was man als Laie benutzen kann. Ganz ins Unreine gesprochen, vermute ich, dass uns in der Medizin die KI vielleicht diagnostisch wirklich an verschiedenen Stellen weiterhelfen kann. Aber wenn die KI quasi in ärztliche Entscheidungen hineinkommt und hier das letzte Wort hat, dann würde ich sagen, hier ist eine Grenze, die nicht überschritten werden darf. Denn KI kann niemals bestimmte Patientenfaktoren, die sich nicht in Maß und Zahl ausdrücken lassen, berücksichtigen. Dafür ist sie nicht da, das kann sie nicht. Aber wir Ärzte können und müssen es tun. Es gibt Dinge, bis ins Spirituelle hinein, die man nicht der KI zur Entscheidung überlassen kann. Das wird alles noch recht schwierig werden. Aber auch da muss ich wieder sagen, den Leuten, die sich damit beschäftigen, täte es gut, wenn sie eine gewisse philosophische Grundlage hätten. Denn nur technologisch, wie sich die Leute im Silicon Valley das vorstellen, kann man diese Fragen nicht klären. Thomas Fuchs (Heidelberg) hat dazu in „Die Verteidigung des Menschen“ (2020) bedenkenswerte Antworten gegeben. Die Vorstellung der Transhumanisten, der Mensch sei nur ein Phantom seines schlecht konstruierten Computergehirns ist philosophisch und insbesondere phänomenologisch unhaltbar, da sie unsere leibliche Existenz völlig aus dem Blick verloren hat.

**AVP:** Lieber Herr Professor Müller-Oerlinghausen, herzlichen Dank für Ihre Zeit und Ihre offenen Worte!

Das Gespräch mit Professor Müller-Oerlinghausen führten wir am 6. Februar 2024 im Haus der Bundesärztekammer in Berlin.

AVP@baek.de

Verabschiedung der Deklaration von Helsinki –  
Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen  
– durch die 18. Generalversammlung des Weltärztebundes



1964