

Versorgungsausgleich nach Ehescheidung

FORUM

tenversicherung an ihn zu gewährenden Leistungen erstattet werden. Eine solche Lösung ist aus zwei Gründen erstrebenswert: Einmal wird dem ausgleichspflichtigen Mitglied erspart, daß es sich nach der Ehescheidung neben eventuell bereits bestehender Verschuldung und neben Mitteln für eventuellen Zugewinnausgleich, eventuelle Unterhaltsleistungen und die Scheidungskosten noch weitere erhebliche, in die Hunderttausende gehen können, Beträge für den Versorgungsausgleich auf dem Kapitalmarkt durch hochverzinsliche Bankdarlehen beschaffen muß.

Der ausgleichsberechtigte Ehepartner hat den Vorteil, Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung erwarten zu können, wo auch die weitere Versorgung aufgrund bestehender oder durch zukünftige eigene Berufstätigkeit zu erwerbende Versorgung des geschiedenen Ehepartners besteht.

▷ Eine Ergänzung der Satzungen oder auch der Überleitungsabkommen sollte vorgenommen werden, um bei Mitgliedschaften von Ehegatten in verschiedenen Versorgungswerken eine entsprechende Möglichkeit zu schaffen.

▷ Solche Überlegungen sollten nicht nur innerhalb der Versorgungswerke des gleichen Berufsstandes, sondern innerhalb aller Versorgungseinrichtungen freier Berufe angestellt und in Satzungsrecht umgesetzt werden.

Diese angestrebte Lösung hat auch Aussicht auf Erfolg. Verhandlungen der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen im Bundesministerium der Justiz geben Anlaß zu der Erwartung, daß das Versorgungsausgleichsrecht eine weitere Ergänzung dadurch finden wird, daß eine bundeseinheitliche Ermächtigungsgrundlage geschaffen wird, wonach den auf Landesrecht beruhenden Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit gewährt wird, als autonome Selbstverwaltungskörperschaften durch Satzungsrecht zu regeln, daß – neben

anderen, oben aufgezeigten Lösungsmöglichkeiten – auch ein dem Beamtenversorgungsrecht vergleichbares „Quasi-Splitting“ eingeführt werden kann.

Damit bleibt der Bundesgesetzgeber im Rahmen seiner Zuständigkeit für das dem bürgerlichen Recht zuzurechnende Ehe- und Ehescheidungsfolgenrecht. Es wird weder die landesrechtliche Zuständigkeit für die Rechtsgrundlagen der berufsständischen Versorgungswerke tangiert noch auch die Selbstverwaltungshoheit der berufsständischen Versorgungseinrichtungen für ihre Satzungsautonomie.

Anschrift des Verfassers:
Dr. jur. Ulrich Kirchhoff
Ärzteversorgung Niedersachsen
Berliner Allee 20
3000 Hannover 1

ZITAT

Geroprotector

„Forscher des biochemischen Instituts in Moskau sind dabei, ein Medikament zu entwickeln, das das menschliche Leben um ein Drittel verlängern kann. Die Neuentwicklung mit dem Namen ‚Geroprotector‘ wird bereits an Mäusen getestet, mit hervorragenden Ergebnissen. ‚In Kürze werden wir mit der Anwendung am Menschen beginnen‘, berichtet Prof. Tigran Nadgiaryan. Dank dieser Erfindung, so vermutet der Wissenschaftler, könnte die Dauer des menschlichen Lebens im Durchschnitt 90 bis 95 Jahre betragen. Nur – lohnt sich das unter einem kommunistischen System?“

Indro Montanelli im „Giornale Nuovo“, Mailand

Von Schulmedizin und Zauberern

Zu dem Beitrag von
Professor Dr. med. Ulrich Kanzow
in Heft 19/1981, Seiten 921 f.

... Der Name „Schulmedizin“ sagt bereits, daß diese Medizin an den Schulen, den Universitäten gelehrt wird. Und Außenseitermethoden werden – ebenfalls wörtlich – außerhalb der Universitäten vorgetragen. Gerade wir „Außenseiter“ weisen immer wieder darauf hin, daß die Alma mater unsere gemeinsame Mutter ist. Und wir verstehen die beiden Begriffe sine ira et studio.

Der Begriff „Schulmedizin“ geht dann im Kommentar in eine Definition der therapeutischen Wirksamkeit über, der man nur voll und ganz zustimmen kann. Der Schluß paßt aber nicht: „Eine so verstandene ... Naturheilkunde ... ist zugleich Schulmedizin.“ Dann müßte doch diese Naturheilkunde an den Universitäten gelehrt werden! Das wird sie aber nicht, eben weil es eine „Außenseitermethode“ ist!

Der Ärztetag in Trier hat doch uns allen deutlich vor Augen geführt, daß selbst die Allgemeinmedizin faktisch und praktisch an unseren Universitäten ein Außenseiterdasein führt. Warum wäre sonst eine Institutionalisierung zu fordern? Die Ursache des Zwiespaltes liegt darin, daß die Krankheitsfälle der Klinik andere sind als die der Praxis. An dieser Binsenweisheit kommen die Kliniker nicht vorbei. Von 100 Patienten fallen 90 auf die Praxis, 10 auf die Klinik. Gewiß wird kein niedergelassener Arzt mehr eine Klinik leiten können, aber kann denn ein Klinikchef eine Praxis führen? Warum immer wieder „Belehrungen“ aus der Klinik, selbst wenn diese professoralen Kritiker die in Frage stehende Therapiemethode nie selbst ausgeübt haben? Das hat doch mit „Wissenschaft“ nicht mehr das geringste zu tun. ▷

Von Schulmedizin und Zauberern

Und wenn in dem Kommentar behauptet wird „Was erfolgreich war, wurde Teil der Schulmedizin“, so stehen gegen diese Behauptung die harten Fakten des ärztlichen Alltags. Schön wär's!

Bei dem unterschiedlichen Krankengut ist es fraglich, ob eine Praxistherapie sich auch im Krankenhaus bewähren würde; dagegen kann ich klar feststellen, daß sich die oft sehr massive Therapie der Kliniken in der Praxis bei Dauerpatienten nicht durchführen läßt. Unterschiedliche Größen kann man nicht vergleichen. Allerdings können uns die Kliniker mit ihrer Erfahrung bei der Beurteilung unserer Außenseitermethoden mit fachlichem Rat zur Seite stehen. Dann wäre die Spreu leichter vom Weizen zu trennen. Nur ist ein wissenschaftliches Arbeiten in der Praxis ungleich schwerer als in der Klinik. Die besten Vorsätze zerrinnen, wenn man als niedergelassener Arzt nach einem 12stündigen Arbeitstag erschöpft nach Hause kommt. Uns bleibt für wissenschaftliches Arbeiten nur das Wochenende.

Dem Berufspolitiker Kanzow möchte ich noch einige Fragen stellen:

Wenn es Außenseitermethoden gibt, die für manche nicht akzeptabel sind, und wenn diese Methoden auch noch Zusatzbezeichnungen tragen, warum hat denn die Ärztekammer in all den Jahren es nicht fertiggebracht, durch Definition der Lernziele hier klare Verhältnisse zu schaffen? Warum wird die Weiterbildungsordnung nicht allgemein so gefaßt, daß auch Kliniker zustimmen können? Geht es wirklich nur mit Anträgen auf Streichung einer Zusatzbezeichnung?

Eine solche klare Definition einer Zusatzbezeichnung würde auch keinen Eingriff in die Therapiefreiheit bedeuten, da ja kein Kollege gezwungen wird, eine Zusatzbezeichnung zu erwerben. Aber die ärztlichen Berufspolitiker haben nicht den Mut, auch die Bestimmungen des Kassenarztrechts mit den Lernzielen in Übereinstimmung zu bringen.

Das sind einmal – wie man sagt – zwei verschiedene Schuhe, und damit hat man recht. Der eigentliche Hinderungsgrund ist jedoch die Lobby der einzelnen Verbände, und das sollte man einmal klar und deutlich feststellen.

Von wem der Begriff „Alternative Medizin“ stammt, weiß ich nicht. Aber Alternativen sind sinnvoll, solange es keine allein seligmachende Therapie gibt, und die wird es niemals geben.

Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und Möglichkeiten stellt kein vernünftiger Arzt in Frage. Aber das alles reicht nicht aus, um das Phänomen „Mensch“ ganz zu erfassen. Der Mensch ist keine Maschine, er besteht aus Leib und Seele. Ist das jedoch ein Fehler? Wer von uns Ärzten würde lieber „Gesundheitsingenieur“ sein?

Entgegen der Behauptung im Kommentar wird die Schulmedizin durch die Außenseitermethoden nicht in Mißkredit gebracht. Keine unserer Methoden kommt ohne die Schulmedizin aus, jeder von uns behandelt wo es notwendig nach den Prinzipien der Schule. Wir sind ein Teil der Gesamtmedizin.

Noch etwas finde ich unfair: Es heißt, jeder Arzt wüßte, daß die Schulmedizin Irrtümern aufgesessen sei. Warum sollten wir Außenseiter uns nicht irren dürfen? Warum wirft man unseren Methoden zum Teil über 100 Jahre alte Fehlbeurteilungen vor, selbst wenn diese – genau wie in der Schulmedizin – schon längst berichtigt wurden? Natürlich gibt es bei den Außenseitern schwarze Schafe. Ob prozentual mehr als bei der Schule, wage ich zu bezweifeln. Es gibt auch solche, die behaupten, daß ihre Methode nicht nachweisbar wäre, da sie zu individuell sei.

Jede Therapiemethode muß nachprüfbar und reproduzierbar sein, das ist unabdingbar. Im übrigen ist eine nicht nachweisbare Methode auch gleichzeitig eine nicht lehrbare!

Aber wer hat denn Herrn Professor Hackethal jemals als *den* Sprecher der deutschen Chirurgen hingestellt?

In der Berufsordnung der deutschen Ärzte steht: „Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berufsunwürdig.“ Und von Virchow wird überliefert: „... die Wissenschaft ist groß genug, alle diese Richtungen gewähren zu lassen, wenn sie nicht exklusiv sein wollen, wenn sie nicht ihre Grenzen überschreiten, wenn sie nicht alles zu leisten präntendieren...“

► Wir sollten miteinander mehr sprechen, mehr sachlich diskutieren, mehr Toleranz aufbringen.

Sanitätsrat Dr. med.
Georg Wünstel
Arzt für Allgemeinmedizin
– Naturheilverfahren,
Homöopathie –
Kaiserstraße 12
6500 Mainz

Schlußwort

Herr Wünstel polemisiert in vorstehender Zuschrift an meinem Beitrag vorbei, weshalb ich auf diesen verweisen muß, um Wiederholungen zu vermeiden. Nachdem von mir auf dem Ärztetag 1970 in Stuttgart der Antrag gestellt worden war, die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ aus der Berufsordnung der deutschen Ärzte zu streichen, weil über 150 Jahre kein hinreichender Beleg für die Richtigkeit der Hahnemannschen Axiome und der davon abgeleiteten Therapieform erbracht worden sei, lernte ich Herrn Kollegen Wünstel kennen. Er erbot sich, gemeinsam mit seinen an der Homöopathie interessierten Kollegen, zur baldigen Durchführung wissenschaftlich nachprüfbarer Therapieversuche mit Homöopathica. In mehreren Sitzungen mit einer von der Bundesärztekammer eingesetzten Kommission wurden die Planungen dafür diskutiert. Seitdem sind