

Arzt

Inhaltsverzeichnis

- [1 Hierarchie nach Ausbildungsstand](#)
 - [1.1 Sonderform:](#)
- [2 Ausbildung](#)
 - [2.1 Das Medizinstudium](#)
 - [2.2 Approbation](#)
 - [2.3 Die Facharztausbildung](#)
- [3 Promotion](#)
- [4 Medizinische Ethik](#)

Als Arzt - auch MD bzw. Medical Doctor - wird eine Person bezeichnet, die sich als Mediziner der Erhaltung und Wiederherstellung des menschlichen Lebens durch das Studieren, Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten und Verletzungen widmet. Ärzte sind Spezialisten für das humanoide Leben und müssen daher ein ausgesprochen weites Feld an naturwissenschaftlichen, psychologischen und praktischen Kenntnissen und Fähigkeiten erlernen und anwenden, was eine äußerst langwierige Ausbildung in Form eines Studiums und einer sich daran anschließende Fachausbildung voraussetzt. Um diese Kompetenzen zu unterstreichen, erlangen sie mit dem Studienabschluss ein Berufsdoktorat, den Doctor of Medicine (M.D.).

Für Informationen zu den verschiedenen Facharztausbildungen und ihren Schwerpunkten in der Föderation, siehe hier.

Für eine Liste aktiver Mediziner, die in der Föderation registriert sind, siehe hier.

Gleich zu Beginn sei darauf hingewiesen, dass Ärzte keinen Eid schwören, sondern nur einer strikten Berufsordnung unterstehen.

Anmerkungen: Wer sich den ganzen Artikel nicht durchlesen, aber trotzdem einen Sternenflottenmediziner machen möchte, sollte sich die beiden kurzen Abschnitte zur medizinischen Ausbildung im Akademieartikel und dem Artikel zur Sternenflottenmedizin ansehen. Es sei desweisewerter darauf hingewiesen, dass es hier um Humanmediziner geht, also um Ärzte, die sich mit normalen Humanoiden beschäftigen, die sich vom Körperaufbau nur unwesentlich vom Menschen unterscheiden. Für Spezies wie z.B. die [Xindi-Insektoiden](#) wird es eigene Ärzte mit eigenem Ausbildungssystem geben.

1 Hierarchie nach Ausbildungsstand

Je nach Ausbildungsstand entsteht eine strikte Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft. So sind Fachärzte als vollständig ausgebildete und spezialisierte Mediziner gegenüber Ärzten mit einem niedrigeren Ausbildungsstand bis zu einem gewissen Grad weisungsbefugt. Dies dient in erster Linie dem Schutz des Patienten und Ausbildungszwecken, weshalb Fachärzte geringer ausgebildeten Mediziner Rahmenbedingungen für die Behandlung setzen können, sofern sie dies für notwendig erachten. Dabei kann einem anderen Arzt jedoch nie eine Behandlungsweise aufgezwungen, sondern höchstens der Fall entzogen werden, wenn ein Facharzt befürchtet, das Leben des Patienten sei bedroht.

Gegenüber Medizinstudenten und einem Arzt im Praktikum sind auch Assistenzärzte weisungsbefugt, ihre Entscheidungen können jedoch von Fachärzten aufgehoben werden. Folgende Einteilung wird gemacht:

- **Pre-med Student:** Student im Grundstudium vor Ablegen des *Zulassungstests für medizinische Hochschulen*.
- **Medizinstudent:** Student im Hauptstudium vor Abschluss des 2. Abschnitts der ärztlichen Prüfung.

- **Arzt im Praktikum (AiP):** Arzt nach abgeschlossenem Medizinstudium ohne Approbation. Diese wird erst nach einem Jahr in klinischer Tätigkeit nach Studienabschluss und Bestehen des *3. Abschnitts der ärztlichen Prüfung* erlangt.
- **Assistenzarzt:** Arzt mit Approbation, der sich gerade in seiner Facharztausbildung befindet. Diese findet an einem Lehrkrankenhaus oder teils ambulant unter der Aufsicht eines Facharztes statt.
- **Facharzt:** Arzt mit abgeschlossener Facharztausbildung. Fachärzte dürfen sich niederlassen und Erkrankungen in ihrem Kompetenzbereich behandeln.
- **Oberarzt:** Facharzt mit leitender Funktion unterhalb des Chefarztes in einer Krankenhausabteilung.
- **Chefarzt:** Facharzt, der als Leiter einer Krankenhausabteilung die ärztliche Gesamtverantwortung trägt.

1.1 Sonderform:

- **Praktischer Arzt:** Arzt mit Approbation ohne Facharztausbildung. Praktische Ärzte dürfen sich weder niederlassen, noch im zivilen Bereich Patienten behandeln, deren Erkrankungen in den Kompetenzbereich eines Facharztes fallen (was so ziemlich alles einschließt). Praktische Ärzte findet man fast nur als Berater in zivilen Betrieben oder als Schiffsärzte im Dienste der Sternflotte vor, da für diese Tätigkeit keine Facharztausbildung vorausgesetzt wird. Fachärzte und im begrenzten Umfang auch Assistenzärzte sind im Rahmen der Patientenversorgung gegenüber praktischen Ärzten weisungsbefugt.

2 Ausbildung

2.1 Das Medizinstudium

Das **sechsjährige Medizinstudium** wird in zwei größere Abschnitte unterteilt: Zu Beginn steht das zweijährige, naturwissenschaftlich geprägte **Grundstudium**, gefolgt vom vierjährigen medizinisch geprägten **Hauptstudium**, welches im Grunde das eigentliche Medizinstudium darstellt. Mit erfolgreichem Abschluss des Hauptstudiums erfolgt die Verleihung des **Doctor of Medicine (M.D.)**, nach einem Jahr in ärztlicher Tätigkeit die vollständige **Approbation**.

Das **zweijährige Grundstudium (Jahre 1 - 2)** soll den angehenden Medizinstudenten die notwendigen naturwissenschaftlichen Grundlagen vermitteln, um die im Körper ablaufenden Prozesse verstehen und im Rahmen von Forschungsarbeiten auch anwenden zu können. Dazu müssen jeweils zwei Semester in den Fächern *Allgemeine und Organische Chemie, Biologie und Physik* belegt werden, die den zentralen Lehrinhalt des Grundstudiums darstellen. Hinzu kommen vorbereitende Kurse in den Fächern *Biochemie, Medizinische Statistik und Biomathematik, Genetik und Psychologie*, sowie ein Einführungskurs in *Medizinischer Terminologie*. Der Unterrichtsstoff wird dabei sehr umfangreich und in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit vermittelt. Zum erfolgreichen Abschluss des Grundstudiums muss der **Zulassungstest für medizinische Hochschulen (ZMH)** abgelegt werden, um Zugang zum Hauptstudium an einer Universitätsklinik zu erhalten. Das **vierjährige Hauptstudium (Jahre 3 - 6)**, welches das eigentliche Medizinstudium darstellt, wird in zwei Abschnitte unterteilt: Die **Vorklinik** und die **Klinik**. Während erstere dazu dient, theoretische Vorkenntnisse zu vermitteln, dient die Klinik dazu, den Studenten an die Patientenversorgung heranzuführen.

- Der **vorklinische Studienabschnitt (Jahr 3 - 4)** schließt die ersten zwei Jahre des Hauptstudiums ein und beinhaltet Vorlesungen, Kurse und Laborpraktika in den Fächern *Anatomie und Histologie, Biochemie und Molekularbiologie, Humangenetik, Physiologie, Mikrobiologie/Virologie/Hygiene, Immunologie, Pharmakologie und Toxikologie, Allgemeine Pathologie und Medizinische Ethik*. Zum erfolgreichen Abschluss der Vorklinik muss der **1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung** abgelegt werden, um Zugang zum klinischen Studienabschnitt zu erhalten.

- Der **klinische Studienabschnitt (Jahre 5 - 6)** findet fast ausschließlich in den Lehrkrankenhäusern der jeweiligen Universitätsklinik statt. Die Studenten beobachten und erlernen auf praktische Weise die Versorgung von Patienten unter Aufsicht von Krankenhausärzten, während die Aneignung des dafür notwendigen theoretischen Wissens parallel im Selbststudium erfolgen muss. Es finden Rotationen durch die folgenden klinischen [Fachgebiete](#) statt: *Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Allgemein- und Familienmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie und Notfallmedizin*. Darüberhinaus wird eine variable Anzahl klinischer Wahlfächer vorausgesetzt.

Am Ende des letzten Jahres folgt der **2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**, nach dessen Bestehen das Studium abgeschlossen ist. Den Graduierten wird nun der akademische Grad des **Doctor of Medicine (M.D.)** verliehen, ein Berufsdoktorat, das ohne Promotionsleistung erteilt wird, jedoch als normaler Dokortitel geführt wird und für eine medizinische Professur ausreichend ist. Die Verleihung findet für gewöhnlich am 11. Juni statt. Eine Promotion, die zu einem Forschungsdoktorat führt, ist lediglich für Mediziner interessant, die auch hauptberuflich in der Forschung arbeiten wollen, für in der Behandlung tätige Ärzte ist dies weder notwendig noch interessant.

Es gilt zu beachten, dass der fertig studierte Arzt noch keine Approbation, also ärztliche Zulassung besitzt. Er darf somit nur unter strikter Aufsicht durch einen approbierten Arzt praktizieren.

2.2 Approbation

Die **Approbation** (Medical Licence) ist Voraussetzung dafür, dass ein Arzt eigenständig und ohne Aufsicht praktizieren darf, stellt also die vollständige ärztliche Zulassung dar. Um die Approbation von der für ihn zuständigen Ärztekammer zu erlangen, muss der Arzt nach dem Studium ein Jahr klinisch tätig gewesen sein, entweder im Rahmen seiner Facharztausbildung oder alternativ im Rahmen eines einjährigen ärztlichen Praktikums, sofern er keine Facharztausbildung anstrebt. Zudem muss am Ende des Jahres der 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abgelegt werden.

Eine einmal erteilte Approbation kann von einem Gericht oder der für den Arzt zuständigen Ärztekammer widerrufen werden, sofern sich die betroffene Person schweren Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung schuldig gemacht hat.

2.3 Die Facharztausbildung

Auf das Medizinstudium folgt die vierjährige Facharztausbildung (Residency), in deren Rahmen man sich auf ein Fachgebiet spezialisiert. Sie ist Voraussetzung dafür, sich niederlassen zu dürfen und/oder in einem Krankenhaus tätig zu sein. Sie beginnt für gewöhnlich am 1. Juli. Man ist in dieser Zeit als Assistenzarzt unter Anleitung und Aufsicht eines Oberarztes und/oder Chefarztes als Stationsarzt in einem Krankenhaus tätig und erledigt die Routinearbeit auf der Station. Ziel ist das Erlernen sämtlicher mit dem eigenen Fachgebiet verbundener Verfahrensweisen.

Nach Erfüllung sämtlicher Auflagen kann der Mediziner sich zur Facharztprüfung bei seiner jeweiligen Fachgesellschaft anmelden. Nach deren Bestehen wird ihm der Titel des Facharztes zugesprochen, womit es ihm erlaubt ist, in seinem Fachgebiet eigenständig zu praktizieren, an Weiterbildungen für Fachärzte teilzunehmen und Assistenzärzte seines Fachgebietes auszubilden.

Aufgrund der Tatsache, dass sich das medizinische Wissen im Schnitt alle 5 Jahre verdoppelt, wird alle 10 Jahre eine Wiederholung der Facharztprüfung auf dem aktuellen Stand verlangt, um sicherzustellen, dass sich die Fachärzte regelmäßig fortbilden und nicht auf Basis von veraltetem Wissen praktizieren. Sofern diese Anforderung nicht erfüllt wird, wird die erteilte Facharztanerkennung nach einer Frist von 6 Monaten solange entzogen, bis die Prüfung erneut abgelegt wurde.

3 Promotion

Die **Promotion** dient dem Erlangen eines **Forschungsdoktorats** und wird daher zumeist lediglich von Ärzten angestrebt, die als Medizinwissenschaftler hauptberuflich in der Forschung tätig sein wollen. Für die klinische Praxis ist ausschließlich der Doctor of Medicine (M.D.) als Berufsdoktorat (*Professional Degree*) vorgesehen.

Der Weg zum Erlangen eines Forschungsdoktorats beginnt frühestens nach Abschluss des Medizinstudiums und nimmt mehrere Jahre in Anspruch. Das in der Föderation übliche Forschungsdoktorat für Medizinwissenschaftler ist der **Doctor of Philosophy (Ph.D.)**. Seltener wird auch der Doktor der Medizinwissenschaften (Dr. rer. med.) mit Ursprung in Deutschland als Forschungsdoktorat herangezogen, zumeist jedoch nur von deutschen Medizinern.

Eine Besonderheit stellt das sogenannte **Medical Scientist Training Program (kurz MSTP)** dar, das von wenigen medizinischen Hochschulen der Föderation angeboten wird. Das MSTP ist ein kombiniertes Ausbildungsprogramm zum Erlangen des M.D. und Ph.D. während der Ausbildung zum Humanmediziner. Die Ansprüche, die an die Teilnehmer des Programmes gestellt werden, sind allerdings derart hoch, dass es lediglich ein Bruchteil der Teilnehmer schafft, das MSTP erfolgreich abzuschließen. Entsprechend werden auch nur die besten und begabtesten Medizinstudenten akzeptiert.

Eine Sonderstellung bei der ärztlichen Promotion nimmt der **Doktor der Medizin (Dr. med.)** mit Ursprung in Deutschland ein. Dieser Dokortitel zielt traditionsbedingt auf Kliniker ab und erlaubt aufgrund eines sehr begrenzten Umfangs eine Promotion während des Studiums. Er wird jedoch nicht als vollständiger Ph.D. anerkannt, sondern stellt eine Zwischenstufe zwischen M.D. und Ph.D. dar. Der Dr. med. wird fast ausschließlich bei deutschen Medizinern angetroffen.

4 Medizinische Ethik

Affektive Neutralität, Universalistische Orientierung und Altruismus

Ein Arzt ist dazu verpflichtet, **jeden Patienten gleich zu behandeln**, unabhängig von dessen Rasse, Geschlecht oder anderen Gründen (= Universalistische Orientierung). Auch persönliche Gefühle dürfen keine Rolle spielen (= Affektive Neutralität), ebenso wenig der persönliche Gewinn (= Altruismus). Sollte sich ein Arzt dazu nicht in der Lage sehen, muss er den Fall an einen anderen Arzt abgeben.

Kompetenz und Funktionale Spezifität

Ein Arzt muss über **ausreichend Wissen** auf seinem Gebiet verfügen, bevor er Patienten behandelt (= Kompetenz), um diese nicht zu gefährden. Zudem soll er sein Handeln auf ärztliche Leistungen des eigenen Fachgebietes beschränken und **sich NICHT zu anderen Gebieten äußern**, sondern den Patienten an einen entsprechenden Spezialisten überweisen (= Funktionale Spezifität). Spricht ein Internist soll keine chirurgischen Leiden behandeln und umgekehrt. Und übersteigt die Komplexität eines Falles die eigenen Fähigkeiten, sollte der Patient an einen Spezialisten überwiesen werden.

Schweigepflicht und das Recht auf Information

Medizinisch tätiges Personal - vor allem Ärzte und Pfleger - verpflichtet sich dazu, **sämtliche Informationen über einen Patienten für sich zu behalten**, die sie im Rahmen einer Behandlung oder Konsultation in Erfahrung bringen. Um entsprechende Informationen an Dritte weiterzugeben, muss immer das **Einverständnis des Patienten** vorliegen, was auch nahe Verwandte einschließt. Einzig bei Notfällen, wenn der Patient nicht ansprechbar ist, kann der nächste Verwandte ohne Einverständnis des Patienten informiert werden. Wird die Schweigepflicht verletzt, macht sich die schuldige Person strafbar.

Patienten haben darüberhinaus einen rechtlichen und moralischen **Anspruch darauf, über ihren eigenen Zustand informiert zu werden**. Verschweigt ein Arzt bewusst Informationen, die für den Zustand eines Patienten wichtig sind, macht er sich strafbar. Eine Ausnahme stellt dar, dass ein Patient entscheiden kann, wie viele Informationen er erhalten möchte.

Autonomie des Patienten (Shared Decision Making)

Ein wichtiger Punkt der ärztlichen Handlungsweise stellt dar, dass sie nicht nur der Gesundheit des Patienten verpflichtet sind, sondern **in erster Linie dem Willen des Patienten**, sofern dieser mündig und zurechnungsfähig ist. Über Jahrhunderte hinweg war es gängige Praxis, dass der Arzt entschied, wie ein Patient zu behandeln war.

Heutzutage wurde diese veraltete Praxis durch das Modell des **Shared Decision Making** (SDM) ersetzt. Dabei geht es darum, dass sowohl Arzt, wie auch Patient gleichermaßen am Prozess der Entscheidungsfindung beteiligt werden und mit dieser Entscheidung einverstanden sein müssen. Um dem Nachdruck zu verleihen, haben beide Parteien die Möglichkeit, die Behandlung zu verweigern, sollte kein gemeinsamer Nenner gefunden werden. Handelt der Arzt trotzdem bewusst gegen den Willen des Patienten, macht er sich strafbar und riskiert, dass ihm die Approbation entzogen wird. Ausgenommen hiervon sind Notfallpatienten, die zumeist nicht ansprechbar oder zurechnungsfähig sind.

Das Konzept des SDM beruht zum Einen auf der Tatsache, dass der Patient einen rechtlichen Anspruch darauf hat, über sein Leben selbst zu entscheiden und zum Anderen darauf, dass Studien gezeigt haben, dass durch eine konsequente Anwendung des Modells die Erfolgsaussichten der meisten Behandlungen aufgrund psychologischer Faktoren stark steigen.

Nicht-Schaden

Über Jahrhunderte hinweg stellte das Prinzip des Nicht-Schadens ein großes Problem dar, wenn es um die Betreuung todkranker Patienten ging. Ärzte waren in der Vergangenheit davon besessen, ein Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten, unabhängig davon, ob dem Patienten damit mehr Leid als Nutzen gebracht wurde. Heutzutage wird das Prinzip des Nicht-Schadens anders verstanden. So steht es nicht mehr im Mittelpunkt, einen Patienten mit aller Gewalt am Leben zu halten, selbst wenn keine Chance besteht, dass er überleben wird. Stattdessen ist im Rahmen der Palliativmedizin wichtig geworden, **dem todkranken Patienten die Möglichkeit zu geben, würdevoll und schmerzfrei zu sterben**. Dies schließt sowohl **passive Sterbehilfe** ein (z.B. durch das Unterlassen von Reanimationsversuchen oder künstlicher Lebenserhaltung), sowie **aktive Sterbehilfe**, sprich das Verabreichen von Medikamenten, die einen schmerzfreien Tod ermöglichen. Die aktive Sterbehilfe setzt dabei neben einem entsprechenden Wunsch des Patienten voraus, dass zwei Fachärzte diese Maßnahme für angebracht halten.

Welche Maßnahmen ein Arzt in diesem Rahmen ergreifen soll, kann zudem von einem Patienten durch eine **Patientenverfügung** festgelegt werden. Sollte eine solche nicht existieren und der Patient noch ansprechbar und zurechnungsfähig sein, kann dieser auch mündlich eine entsprechende Entscheidung fällen. Ist der Patient nicht ansprechbar oder zurechnungsfähig, liegt die Entscheidung beim nächsten Verwandten und den behandelnden Ärzten.