

Master the Boards USMLE® Step 3 EIGHTH EDITION

by conard fischer, MD · Language: DE

Summary by booksummaryai.com —

<https://booksummaryai.com/country/de/master-the-boards-usmle-step-3-eighth-edition-zusammenfassung>

Summary

In 60 Sekunden

This is a Step 3 review organized around how the exam actually tests you: Computer-based Case Simulations where you order tests, treat, and advance the clock in real time. Part 1 walks through internal medicine system by system, from cardiology and pulmonology through rheumatology, hematology, and oncology, each anchored by a classic case. Obstetrics, pediatrics, surgery, and psychiatry follow the same pattern: a vignette, the diagnosis, the single best next step. The closing CCS section gives the operating rules for the simulated cases, including what to do when you are stuck and how to close every case.

Warum es sich lohnt

Step 3 rewards decisiveness, not encyclopedic recall. This book trains the reflex the exam wants: recognize the pattern, pick the next best step, move the clock. It suits US and international medical graduates prepping for Step 3, residents studying between calls, and anyone who learns better from worked cases than from bullet lists.

Die Kernideen

Wenn du nicht weißt, was zu tun ist, dreh die Uhr weiter

Stell dir den CCS-Bildschirm vor: ein virtueller Patient vor dir, eine tickende Uhr, ein Untersuchungsauftragsformular, das auf dich wartet. Der Kernrahmen des Buches ist genau das – den Patienten in Echtzeit managen, die richtigen Tests anordnen, Behandlungen verabreichen, die Uhr weiterdrehen. Die Regel für den Panikmoment steht schlicht gedruckt: "Wenn du nicht weißt, was zu tun ist, dreh die Uhr weiter und bewerte neu." Und wenn der Patient hartnäckig nicht besser wird, wechselt die Anleitung vom Warten zur Jagd: "Wenn der Patient nicht besser wird, übersehest du etwas. Untersuche erneut, bilde erneut ab oder konsultiere." Der Fall endet erst, wenn du den Kreislauf geschlossen hast – am Ende jedes Falls Beratung zur Raucherentwöhnung, Ernährung und Bewegung.

Der CCS ist weniger ein Wissenstest als ein Charaktertest. Er belohnt eine Schleife: handeln, beobachten, neu bewerten. Die Uhr weiterzudrehen ist kein Aufgeben – so kaufst du neue Informationen, denn der Simulator reagiert auf Zeit wie echte Patienten. Der Zusatz ist genauso

wichtig: Ein Patient, der nicht besser wird, ist ein Signal, keine Sackgasse, und das Buch gibt dir drei konkrete Züge – erneut untersuchen, erneut abbilden, konsultieren – bevor du einfrierst. Der Beratungsschritt wirkt wie Büroarbeit, bis du merkst, dass der Simulator ihn bewertet, also gehört er in jeden Fall, jedes Mal.

Probier es aus: Lege in deinem nächsten Übungs-CCS-Fall eine persönliche Regel fest: Wenn du länger als einen Bildschirm zögerst, dreh die Uhr weiter und bewerte neu, statt das Auftragsmenü erneut zu lesen.

Zehn Minuten, die über den Herzinfarkt entscheiden

Ein 65-jähriger Mann kommt mit Brustschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen, Schweißausbrüchen und Übelkeit. Das EKG zeigt ST-Streckenhebungen in Ableitungen II, III und aVF – ein inferiorer STEMI. Die Uhr ist der Feind, und die Regel des Buches ist ungeschönt: "Verabreiche Aspirin, Sauerstoff, Nitrate, Morphin und Betablocker in den ersten 10 Minuten", dann hole ein EKG innerhalb von 10 Minuten nach Ankunft. Er bekommt Aspirin, Clopidogrel und Heparin und geht zur primären PCI innerhalb von 90 Minuten. Door-to-Balloon-Zeit: 90 Minuten. In der Prüfung ist die richtige Antwort die, die die Uhr respektiert.

Beim akuten Koronarsyndrom wird die Reihenfolge deiner Handlungen genauso streng bewertet wie die Handlungen selbst. Die ersten zehn Minuten gehören einem festen Bündel – Thrombozytenaggregationshemmer, Sauerstoff, Nitrate, Morphin, Betablocker –, denn diese Züge verändern die Mortalität, bevor irgendein Laborergebnis zurückkommt. Das EKG innerhalb von zehn Minuten verwandelt einen vagen Brustschmerzfall in eine Herzkatheterlabor-Entscheidung. Wenn die Prüfung dir zwei korrekte Medikamente anbietet, ist das, das ins Zeitfenster passt, die bessere Antwort. Geschwindigkeit ist kein Detail des Falls; sie ist der Fall.

Probier es aus: Schreibe das ACS-Bündel der ersten 10 Minuten auf eine Karte und rezitiere es vor deinem nächsten Übungsblock, bis die Reihenfolge automatisch kommt.

Der Brustkorb, der klingt wie eine Trommel

Ein 55-jähriger Raucher kann plötzlich nicht atmen, und jeder Atemzug kommt mit einem Stich pleuritischer Brustschmerzen. Bei der Untersuchung erzählt die rechte Seite die Geschichte: abgeschwächte Atemgeräusche und Hypersonorität – der Brustkorb klingt hohl, wie auf eine Trommel zu klopfen. Das ist ein Spontanpneumothorax, und die Behandlungssequenz ist präzise: Nadeldekompression im zweiten Interkostalraum, Medioklavikularlinie, gefolgt von Brustdrainage. Erst die Nadel, dann die Drainage. Machst du die Reihenfolge falsch, scheitert der Patient weiter auf dem Bildschirm.

Dieser Fall lehrt Mustererkennung allein durch körperliche Untersuchung – kein Labor, keine Bildgebung nötig, um zu handeln. Hypersonorität plus fehlende Atemgeräusche bei einem plötzlich dyspnoischen Raucher ist eine Diagnose, die du mit deinem Stethoskop und deinen Händen stellst. Die zweistufige Behandlung existiert, weil die Nadel schnell und die Drainage

definitiv ist; die Dekompression kauft Minuten, die Brustdrainage hält die Korrektur. Prüfungsfragen testen gern, ob du weißt, welcher Schritt zuerst kommt, also verankere die Sequenz: zweiter Interkostalraum, Medioklavikularlinie, Nadel, dann Drainage.

Probier es aus: Befrage dich heute Abend: Nenne das exakte Landmarken-Ziel für die Nadeldekompression, ohne nachzuschlagen – Raum, Linie, Reihenfolge.

Fettige Mahlzeiten und ein positives Murphy-Zeichen

Eine 45-jährige Frau krümmt sich nach fettigen Mahlzeiten vor Schmerzen im rechten Oberbauch – der klassische Auslöser. Der Ultraschall liefert die Bestätigung: Gallensteine und eine verdickte Gallenblasenwand. Wenn der Prüfer unter ihrem rechten Rippenbogen drückt und sie mitten im Einatmen den Atem anhält, ist das ein positives Murphy-Zeichen. Die Behandlung ist definitiv und chirurgisch: laparoskopische Cholezystektomie. Kein zahnloser Tanz mit medikamentöser Therapie, kein Warten – die Gallenblase raus.

Die Cholezystitis gehört zu den Diagnosen, bei denen dir die Anamnese die Antwort praktisch in die Hand legt, bevor die Tests sie liefern. Schmerzen im rechten Oberbauch nach fettigen Mahlzeiten sind die Schlüsselformel; die Ultraschallbefunde und das Murphy-Zeichen sind Bestätigung, nicht Entdeckung. Die Prüfung will, dass du erkennst: Sobald die Wand verdickt ist und Steine vorhanden sind, ist der nächste beste Schritt der Operationssaal, nicht eine weitere Bildgebung oder ein Antibiotika-zuerst-Denken. Lerne die Schlüsselformel und den definitiven Schritt zusammen.

Probier es aus: Liste in der nächsten Übungseinheit die drei Befunde auf, die die Cholezystitis zu einem chirurgischen Fall machen: Steine, verdickte Wand, Murphy-Zeichen.

Natrium langsam korrigieren oder die Brücke schmilzt

Ein 70-jähriger Mann mit kleinzelligem Lungenkrebs kommt verwirrt an, und sein Serum-Natrium liegt bei 118 mEq/L. Die Urin-Osmolalität ist hoch, die Serum-Osmolalität niedrig – das ist ein SIADH, und die Behandlung ist Flüssigkeitsrestriktion auf weniger als 1 Liter pro Tag. Aber die härtere Regel des Buches betrifft das Tempo: "Korrigiere das Natrium nicht schneller als 0,5 mEq/L pro Stunde, nicht mehr als 12 mEq/L in 24 Stunden, um eine zentrale pontine Myelinolyse zu vermeiden." Korrigierst du das Natrium zu schnell, tauschst du eine behandelbare Verwirrtheit gegen eine verheerende neurologische Schädigung.

Die Hyponatriämie ist zwei Prüfungsfragen in einer: Erst die Ursache identifizieren, dann die Korrekturgeschwindigkeit kontrollieren. Die Krebsanamnese plus hohe Urin-Osmolalität und niedrige Serum-Osmolalität zeigen direkt auf das SIADH, dessen Behandlung kontraintuitiv konservativ ist – Flüssigkeit einschränken, dem Wert nicht mit aggressiver Kochsalzlösung hinterherjagen. Die Korrektur-Obergrenze existiert, weil sich die Hirnzellen über Tage an das niedrige Natrium anpassen und eine schnelle Korrektur diese Anpassung überholt, was die zentrale pontine Myelinolyse verursacht. In der Prüfung ist eine Antwort, die das Natrium schnell korrigiert, keine aggressive Wahl; sie ist eine falsche.

Probier es aus: Präge dir die beiden Zahlen als Paar ein – 0,5 mEq/L pro Stunde, 12 mEq/L pro Tag – und teste dich morgen in beiden.

Die Milz auf dem Spiel: vier Wochen vom Spielfeld

Eine 25-jährige Frau hat Fieber, Halsschmerzen und zervikale Lymphknotenschwellung; die Untersuchung ergibt zusätzlich eine Splenomegalie und eine exsudative Pharyngitis, und der Monospot fällt positiv aus. Infektiöse Mononukleose durch EBV – und die Anweisung, die jeden Studenten fassungslos macht: 4 Wochen auf Kontaktsport verzichten wegen des Risikos einer Milzruptur. Im selben Kapitel: Ein 35-jähriger Mann mit HIV und einem CD4-Wert von 50 Zellen/ μ L hat Kopfschmerzen, Fieber und Verwirrtheit; der Liquor zeigt eingekapselte Hefen in der Tusche-Präparation (India ink). Kryptokokken-Meningitis, behandelt mit Amphotericin B plus Flucytosin.

Infektiologie-Fragen beim Step 3 hängen an zwei Gewohnheiten: den Erreger der Risikogruppe zuordnen und wissen, welche Handlungsanweisung die Antwort ist. Die Mononukleose sieht wie eine Streptokokken-Angina aus, bis Splenomegalie und ein positiver Monospot sie trennen, und die Aktivitätsrestriktion ist keine Fußnote – sie ist der geprüfte nächste Schritt, denn eine vergrößerte Milz kann durch einen Schlag reißen. Der Kryptokokken-Fall zeigt die andere Gewohnheit: Ein CD4-Wert unter 100 verändert die gesamte Differentialdiagnose, und wenn die Tusche-Färbung eingekapselte Hefen zeigt, benennt sie in einem Zug den Pilz und die Zweier-Induktionstherapie.

Probier es aus: Übe das Paar: CD4 unter 100 plus Kopfschmerzen und Verwirrtheit bedeutet Kryptokokken-Meningitis, bis das Gegenteil bewiesen ist – schreib es dir an deinen Lernplatz.

Heiß, zittrig und starrend: Morbus Graves auf dem Bildschirm

Eine 30-jährige Frau nimmt trotz Essen ab, ihre Hände zittern, die Hitze macht ihr zu schaffen, und ihre Augen treten hervor—Exophthalmus. Die Laborwerte besiegeln es: TSH unter 0,01 mIU/L bei erhöhtem freiem T4. Morbus Graves, behandelt mit Methimazol und Propranolol. Der andere Notfall desselben Kapitels ist die diabetische Ketoazidose, gelenkt von einer Reihenfolgeregel: "Zuerst einen Bolus mit isotoner Kochsalzlösung geben, dann die Insulininfusion mit 0,1 Einheiten/kg/Stunde starten. Sinkt der Blutzucker auf 250 mg/dL, fügst du D5 zu den Flüssigkeiten hinzu. Die Insulininfusion niemals stoppen, bevor sich die Anionenlücke schließt."

Die Endokrinologie belohnt es, zu wissen, welche Zahl den nächsten Schritt bestimmt. Beim Morbus Graves liefern dir das supprimierte TSH mit erhöhtem freiem T4 und die Augenbefunde die Diagnose und den Zweimedikamenten-Plan—Methimazol, um die Drüse zu verlangsamen, Propranolol, um die Symptome zu beruhigen. Bei der DKA ist die Glukosezahl ein Schalter: Bei 250 mg/dL fügst du Dextrose hinzu, nicht weil der Patient Zucker braucht, sondern weil du das Insulin am Laufen halten musst. Das Insulin läuft weiter, bis sich die Anionenlücke schließt, denn die Ketone, nicht die Glukose, definieren den Notfall. Reihenfolgefragen bestrafen jeden, der das

Insulin zu früh absetzt.

Probier es aus: Übe die DKA-Reihenfolge laut—Kochsalzlösung, Insulin mit 0,1 Einheiten/kg/h, D5 bei 250, Insulin, bis sich die Lücke schließt—bis sie ohne Notizen läuft.

Symmetrisch, stundenlang steif, Erosionen im Röntgenbild

Eine 45-jährige Frau wacht mit beidseitigen Knieschmerzen auf und hat Morgensteifigkeit, die 2 Stunden anhält, bevor sie sich löst. Die Schwellung ist symmetrisch und betrifft die MCP- und PIP-Gelenke beider Hände. Rheumafaktor und Anti-CCP sind positiv; die Röntgenaufnahmen zeigen Erosionen. Das ist eine rheumatoide Arthritis, und als Behandlung wird Methotrexat genannt. Der Fall ist eine Checkliste unterscheidender Merkmale, die jedes für sich die Diagnose von der Arthrose wegzuziehen und hin zu einer Autoimmunerkrankung der Gelenke zieht, die einen DMARD braucht, kein Schmerzmittel.

Rheumatologie-Fragen sind Diskriminationsübungen: Dauer der Steifigkeit, Gelenkverteilung und Symmetrie sortieren. Morgensteifigkeit über eine Stunde, Symmetrie der kleinen Gelenke, Erosionen in der Bildgebung und positives Anti-CCP zusammen machen eine rheumatoide Arthritis nahezu sicher. Der Behandlungspunkt ist der, den die Studierenden verpassen: Sobald Erosionen auftreten, managst du nicht mehr Symptome—du startest Methotrexat, um den Krankheitsverlauf zu ändern. Das Muster früh zu erkennen ist der therapeutische Akt.

Probier es aus: Vergleiche RA und Arthrose heute Abend in einer zweiseitigen Liste: Dauer der Steifigkeit, betroffene Gelenke, Symmetrie und Medikament der ersten Wahl.

Der M-Spike und die Proteine im Urin

Ein 65-jähriger Mann ist müde, sein Rücken tut weh, und er bekommt immer wieder Infektionen. Die Serumelektrophorese zeigt einen M-Spike; die Knochenmarkbiopsie zeigt mehr als 10 % Plasmazellen. Multiples Myelom. Der zugehörige Befund, den das Buch hervorhebt: Bence-Jones-Proteine im Urin. Drei banale Symptome—Müdigkeit, Rückenschmerzen, wiederkehrende Infektionen—entpuppen sich als eine Plasmazellerkrankung mit drei Masken, und die Laborwerte verwandeln den Verdacht in zwei Schritten in eine Diagnose.

Das multiple Myelom ist der klassische Fall vom 'älteren Menschen mit vagen Beschwerden', und die Prüfung erwartet, dass du ihn aus Fragmenten zusammensetzt. Die Anämie erklärt die Müdigkeit, die lytische Erkrankung erklärt die Rückenschmerzen, und die niedrigen normalen Immunglobuline erklären die Infektionen; der M-Spike und die Plasmazytose im Mark bestätigen. Bence-Jones-Proteine sind die freien Leichtketten, die in den Urin übertreten—ein Befund, der so eng mit der Diagnose verknüpft ist, dass er als Antwortoption für den zugehörigen Befund auftaucht. Wenn ein älterer Patient drei scheinbar unzusammenhängende Probleme hat, denke an ein Myelom und veranlasse die Elektrophorese.

Probier es aus: Verankere die Triade—Müdigkeit, Rückenschmerzen, Infektionen—am Myelom, indem du sie einmal auf eine Lernkarte schreibst, mit dem M-Spike daneben.

Kleinzellig: nie das Messer, immer die Medikamente

Ein 60-jähriger Raucher hustet Blut, nimmt ab, und die Röntgenaufnahme des Thorax zeigt eine Lungenraumforderung. Die Biopsie ergibt ein kleinzelliges Lungenkarzinom. Das Buch zieht die Linie ohne Wenn und Aber: "Small cell lung cancer is never treated with surgery. It is always chemotherapy." Ein Satz, keine Ausnahme angeboten – und genau die Art von Absolutheit, um die das Exam eine Frage baut.

Fragen zum Management des Lungenkarzinoms laufen oft auf eine einzige Gabelung hinaus: kleinzellig oder nicht-kleinzellig. Das kleinzellige Karzinom hat bei seiner Entdeckung bereits gestreut, sodass die Resektion der sichtbaren Raumforderung die unsichtbare Krankheit zurücklässt – daher Chemotherapie, nie Chirurgie. Das Buch formuliert es als Absolutheit, weil es im Exam auch als eine funktioniert; eine Antwortoption, die für das kleinzellige Karzinom eine Resektion anbietet, ist eine Falle im Gewand von Gründlichkeit. Bestimme zuerst den Zelltyp, und die Therapieentscheidung fällt von selbst.

Probier es aus: Schreibe den Satz 'kleinzellig = Chemo, nie Chirurgie' an den Anfang deiner Onkologie-Notizen und lies ihn vor jedem Übungsblock.

Späte Dezelerationen bedeuten Entbindung

Eine 28-jährige G1P0 in der 16. Woche bekommt einen Quad-Screen: niedriges Alpha-Fetoprotein, niedriges Estriol, hohes hCG, hohes Inhibin A. Die Amniozentese bestätigt Trisomie 21 – und das Buch verankert das Risiko am mütterlichen Alter: mit 35 liegt es bei 1 zu 270. Weiter im Text: eine 32-jährige G2P1 in der 39. Woche, Wehen alle 3 Minuten, 6 cm eröffnet, Muttermund vollständig verstrichen, Kopf des Kindes auf Station 0. Das fetale Herzfrequenz-Muster zeigt späte Dezelerationen, und das Buch wird kategorisch: "Late decelerations mean uteroplacental insufficiency. Deliver immediately." Zwei Tage nach einer anderen Entbindung hat eine 30-jährige Frau Fieber, Uterusdruckschmerz und übelriechenden Lochialausfluss – Endometritis, behandelt mit Clindamycin plus Gentamicin.

Die Geburtshilfe im Step 3 ist eine Kette von Muster-und-dann-Handeln-Paaren. Das Quad-Screen-Muster – niedriges AFP, niedriges Estriol, hohes hCG, hohes Inhibin A – verweist auf die Trisomie 21, und das mütterliche Alter setzt das Vortestrisiko, bevor irgendein Test gemacht wird. Unter der Geburt ist das fetale Monitoring der Entscheidungstreiber: Späte Dezelerationen benennen das Problem als uteroplazentare Insuffizienz, und das Management ist die Entbindung, nicht das Abwarten. Fieber nach der Geburt mit Uterusdruckschmerz und übelriechendem Lochium ist eine Endometritis, bis das Gegenteil bewiesen ist, und die doppelte anaerob-plus-gramnegative Abdeckung mit Clindamycin plus Gentamicin ist die Standardantwort.

Probier es aus: Skizziere das Quad-Screen-Muster aus dem Gedächtnis – vier Richtungen, vier Hormone – und gleiche es heute Abend mit deinen Notizen ab.

Ein blaues Baby, eine Erdbeerzunge und das Aneurysma, das du verhindern musst

Ein 2 Tage altes Neugeborenes hat ein Bilirubin von 18 mg/dL. Die Mutter ist Rh-negativ, das Kind Rh-positiv, und der direkte Coombs-Test ist positiv: Morbus haemolyticus neonatorum. Die Behandlung beginnt mit Phototherapie, und steigt das Bilirubin weiter, folgt die Austauschtransfusion. Quer durch das Kapitel: Ein 3-jähriges Kind brennt 5 Tage lang mit hohem Fieber, die Augen sind injiziert, die Zunge leuchtet wie eine Erdbeere, der Ausschlag schuppt sich an Händen und Füßen ab. Kawasaki-Syndrom – behandelt mit IVIG und hochdosiertem Aspirin, um Aneurysmen der Koronararterien zu verhindern.

Die Pädiatrie lehrt Denken von der Ursache her: Der Coombs-positive Ikterus bei einem Rh-inkompatiblen Neugeborenen ist eine immunhämolytische Anämie, also folgt die Eskalationsleiter – Phototherapie, dann Austauschtransfusion – dem Bilirubin, nicht dem Kalender. Kawasaki ist der gegenteilige Fall, eine klinische Diagnose ohne bestätigenden Labortest, weshalb das fünftägige Fieber plus die mukokutanen Befunde so viel Gewicht haben. Die Behandlung ist zeitkritisch, weil das Ziel nicht der Ausschlag oder das Fieber ist; es sind die Koronararterien. IVIG und hochdosiertes Aspirin existieren, um Aneurysmen zu verhindern, und genau dieser Präventionsrahmen wird im Exam geprüft.

Probier es aus: Sag den Kawasaki-Auslöser laut auf – fünf Tage Fieber plus Erdbeerzunge – und notiere die beiden Medikamente und ihr Ziel: die Aneurysmenprävention.

Gedämpftes Herz, gestaute Halsvenen und die Nadel, die ihn rettet

Ein 22-jähriger Mann kommt nach einem Verkehrsunfall mit Hypotonie, gestauten Halsvenen und gedämpften Herztönen herein. Dieses Triad ist das Beck-Triad und benennt die Diagnose: Herzbeuteltamponade. Die Behandlung ist die Perikardiozentese – Nadel in den Beutel, Druck vom Herzen weg. Im Kapitel über das akute Abdomen hat ein 70-jähriger Mann Schmerzen, Blähbauch und Obstipation; das CT zeigt einen Übergangspunkt mit erweitertem Darm proximal und kollabiertem Darm distal. Dünndarmileus, und die Regel kommt mit Ausrufezeichen: "Gib niemals Barium einem Patienten mit vermutetem Darmverschluss. Nimm Gastrografin."

Trauma- und akute-Abdomen-Fragen belohnen es, die körperliche Diagnose vor der Technik zu erkennen. Das Beck-Triad ist eine Bett Diagnose – drei Befunde, die du in Sekunden erheben kannst – und die Behandlung ist ein Eingriff, keine Abklärung. Der Ileus-Fall lehrt die bildgebende Disziplin: Der Übergangspunkt im CT stellt die Diagnose, und die Kontrastmittelwahl ist eine abgeprüfte Detailsache, weil Barium bei vermuteter Perforation oder Obstruktion kontraindiziert ist; das wasserlösliche Gastrografin ist das sichere Mittel. Bei chirurgischen Fragen ist das falsche Kontrastmittel oder der verzögerte Eingriff die falsche Antwort, selbst wenn die Diagnose stimmt.

Probier es aus: Sage das Beck-Triad – Hypotonie, gestaute Halsvenen, gedämpfte Herztöne – und seinen Eingriff, die Perikardiozentese, aus dem Gedächtnis auf.

Zwei Wochen grau, keine Manie: Wähle den SSRI nach Nebenwirkungen

Ein 40-jähriger Mann hat seit 2 Wochen gedrückte Stimmung, Anhedonie, Schlaflosigkeit und Gewichtsverlust, ohne jede Manie in der Vorgeschichte. Major Depression – und die Verschreibungsphilosophie des Buches ist entwaffnend einfach: "Alle Antidepressiva sind gleich wirksam. Wähle nach Nebenwirkungen." Mittel der ersten Wahl: SSRIs wie Sertralin. Im Kapitel über Psychose glaubt ein 22-jähriger Mann, das FBI lese seine Gedanken und sende sie im Fernsehen; er hört Stimmen, die sein Handeln kommentieren. Sieben Monate Symptome: Schizophrenie, behandelt mit Risperidon oder einem anderen atypischen Antipsychotikum.

Psychiatrie-Fragen trennen affektive Störungen von Psychosen anhand von Zeitachse und Inhalt. Zwei Wochen depressive Symptome ohne jede manische Episode sind eine Major Depression, und die Wahl der Behandlung dreht sich nicht um Wirksamkeit – die ist gleich –, also wird das Nebenwirkungsprofil zum Entscheidungsfaktor, weshalb die SSRIs vorne liegen. Der Psychose-Fall zeigt die diagnostische Schwelle: Gedankeneinschleusung, Gedankenübertragung und kommentierende Stimmen sind Symptome erster Rangordnung, und sieben Monate überschreiten die Zeitgrenze für Schizophrenie. Atypische Antipsychotika wie Risperidon sind die Standard-Erstwahl, und die Prüfung erwartet, dass du das ohne Zögern weißt.

Probier es aus: Stelle bei jeder Antidepressiva-Frage diese Woche zuerst die Frage: Irgendeine Manie in der Vorgeschichte? Dann wähle nach Nebenwirkungen, nicht nach Markennähe.

Der 10-Minuten-Fall: Brustschmerz, Herzkatheterlabor und die Beratung, die du fast vergisst

Das Buch schließt mit einem durchgearbeiteten 10-Minuten-CCS-Fall: ein 55-jähriger Mann mit zerschlagendem retrosternalem Brustschmerz. Du ordnest in den ersten 2 Minuten ein EKG an – ST-Hebung. Aspirin, Clopidogrel, Heparin, Morphin. Du stellst die Uhr vor, und der Patient kommt ins Herzkatheterlabor. Der Fall endet nicht am Ballon; er endet, wenn du einen Folgetermin vereinbarst und zur Lebensführung berätst. Auf genau diesem letzten Bildschirm verschwinden für unvorbereitete Prüflinge still die Punkte.

Dieser Durchgang ist die ganze Prüfung im Kleinen: erkennen, anordnen, behandeln, Uhr vorstellen, abschließen. Die ersten zwei Minuten gehören dem EKG, weil alles Weitere davon abhängt; das Medikamentenbündel folgt; die Uhr bringt den Patienten zur definitiven Versorgung. Überraschend ist das Ende – Folgetermin vereinbaren und zur Lebensführung beraten sind gewertete Schritte, keine Dekoration. Übe den ganzen Bogen, auch den letzten Bildschirm, denn ein klinisch perfekter Fall, der den Abschluss auslöst, verliert trotzdem Punkte.

Probier es aus: Absolviere diese Woche einen CCS-Übungsfall mit Zeitmessung und zwing dich, mit Folgetermin und Lebensstilberatung abzuschließen, bevor die Uhr abläuft.

Die besten Zitate

- "Wenn du nicht weißt, was zu tun ist, schreite die Uhr vor und beurteile den Fall neu." - die CCS-Regel des Buches

- "Gib Aspirin, Sauerstoff, Nitrate, Morphin und Betablocker in den ersten 10 Minuten." - die ACS-Regel des Buches
- "Späte Dezelerationen bedeuten uteroplazentare Insuffizienz. Entbinde sofort." - die geburtshilfliche Regel des Buches
- "Gib einem Patienten mit Verdacht auf Darmverschluss niemals Barium. Verwende Gastrografin." - die chirurgische Regel des Buches

Kritik

A case-driven format teaches pattern recognition brilliantly but leaves gaps if you want exhaustive pathophysiology or pharmacology detail; you will still need a reference text for mechanisms. The vignettes are the classic exam archetypes, so real patients who present atypically will stretch beyond what these pages cover. Guidelines and drug choices also age quickly—verify current thresholds and first-line agents against up-to-date sources before test day. And the CCS chapters, however clear, cannot replace actually running the practice simulations on the exam interface.

In einem Satz

Recognize the pattern, order the right test, give the right drug, advance the clock—and never finish a case without counseling the patient.

Für wen sich das Buch eignet

US and international medical graduates preparing for USMLE Step 3, especially anyone anxious about the CCS simulations. Also useful for residents who want a fast, case-based refresher across internal medicine, OB, pediatrics, surgery, and psychiatry.