

# Die spät erkannte Meningokokken-Meningitis

*Diagnosefehler führten zu dem lebensbedrohlichen Zustand einer jungen Frau – Folge 40 aus der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Georg Strohmeyer und Karl Joseph Schäfer\**

Die Meningitis, eine Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute (=Meningen), ist weltweit verbreitet. Epidemien traten in den vergangenen Jahrzehnten überwiegend im so genannten Meningitisgürtel in Zentralafrika und in Asien auf. In den Industrieländern findet man Meningitis-Erkrankungen in der Regel nur noch als Einzelerkrankung oder in Form kleinerer Ausbrüche. Genaue Zahlen sind für Deutschland nur für die Meningokokken-Meningitis, eine der häufigsten Formen der bakteriellen (eitrigen) Meningitis bekannt, weil es sich um eine nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes meldepflichtige Erkrankung handelt.

Nach den Veröffentlichungen des Robert Koch-Institutes wurden für das Jahr 2004 600 Erkrankungen durch Meningokokken und für 2005 626 Erkrankungen gemeldet. Die bundesweite Inzidenz beträgt 0,76 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Meningokokken werden als Tröpfcheninfektion zum Beispiel beim Husten oder Niesen auf andere Personen übertragen. Screening-Untersuchungen haben bei etwa 10 Prozent der Bevölkerung eine Besiedelung der Schleimhäute im Nasen-Rachenraum mit Meningokokken ohne klinische Symptome nachgewiesen. Eine Erkrankung kann in jedem Lebensalter vorkommen. Am häufigsten sind jedoch Kinder unter 5 Jahren

betroffen (etwa 40 Prozent der Fälle), vor allem Kinder unter 1 Jahr (15 Prozent). Älter als 19 Jahre sind etwa 30 Prozent der Erkrankten (*weitere Einzelheiten unter [www.rki.de](http://www.rki.de)*).

Nach den Leitlinien sowohl der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie als auch der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sind die klinischen Leitsymptome der Meningitis Kopfschmerzen, Meningismus und hohes Fieber. Ferner können initial Übelkeit, Erbrechen, Lichtscheu, ein Verwirrtheitsyndrom, eine Vigilanzstörung und epileptische Anfälle auftreten. Eine kürzlich veröffentlichte Studie hat gezeigt, dass nahezu alle erwachsenen Patienten mit bakterieller Meningitis mindestens 2 der 4 Symptome Kopfschmerzen, Fieber, Meningismus und Bewusstseinsstörung aufwiesen. Bei etwa 75 Prozent der Patienten mit einer Meningoenzephalitis waren bei Krankenhausaufnahme Hautveränderungen nachweisbar: makulopapulöse oder petechiale Exantheme oder eine ausgedehnte Purpura fulminans mit Hautnekrosen (*weitere Einzelheiten unter [www.dgn.org](http://www.dgn.org)*).

Mit dem Fall der Erkrankung einer jungen Frau an Meningitis, die so spät erkannt wurde, dass sich ein lebensbedrohlicher Zustand entwickeln konnte, befasste sich unlängst die Gutachterkommission:

## Der Sachverhalt

Die Antragstellerin des Verfahrens, eine 23-jährige Frau, erkrankte akut mit starken Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, stärksten Gliederschmerzen, auch im Nacken, sowie Hautflecken an Armen, Beinen und Rücken. Vom Hausarzt erhielt sie eine Tablette Clindamycin 600 und Prednisolon.

Notfallmäßig wurde sie am folgenden Tag in die Innere Klinik eines regionären Krankenhauses eingewiesen.

Bei der Aufnahme bestanden Fieber 38,9 °C, Hautblässe, petechiale Einblutungen an beiden Unterschenkeln. An Brustkorb, Lungen, Herz und Kreislauf wurden keine krankhaften Befunde erhoben. Meningeale Befunde oder pathologische Reflexe wurden nicht festgestellt. Laborbefunde bei der Aufnahme: Leukozytose mit 13.690  $\mu$ /l, BSG 30/67, CRP 28,38 mg/dl, LDH 281 U/l; Röntgen: normaler Befund an den Thoraxorganen; EKG: Sinustachycardie, sonst normal.

Die vorläufige Diagnose nach der stationären Aufnahme lautete: „Viraler grippaler Infekt mit Exanthem durch Vasculitis; Cephalgien und Gliederschmerzen“. Die Therapie ab dem folgenden Tag bestand aus Elektrolytinfusionen, Vomex A<sup>®</sup>-Tabletten und für 3 Tage aus 20 mg Decortin<sup>®</sup>. Unter der Behandlung kam es zunächst zu einer leichten Besserung, jedoch blieben die Tem-

\*Professor Dr. med. Georg Strohmeyer ist em. Direktor der Klinik für Gastroenterologie der Universitätsklinik Düsseldorf und Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied und Dr. jur. Karl Joseph Schäfer ist Präsident des Sozialgerichts Düsseldorf a.D. und Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Düsseldorf.

peraturen weiter um 38 °C. Ebenso bestand die Leukozytose weiter um 14.000 mit vorwiegend stabkernigen Granulozyten.

Am dritten Tag nach der Einlieferung trat eine klinische Verschlechterung ein mit weiterhin hohen Temperaturen und petechialen Blutungen sowie einer Leukozytose mit 20.000  $\mu$ /l und überwiegend Segmentkernigen, ohne dass weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen getroffen wurden; es wurde lediglich die symptomatische Behandlung mit Infusionen, Aspirin® und Vomex A® fortgesetzt. Am Abend des 6. Tages nach der Aufnahme wurde erstmals ein „meningealer Reizzustand“ vermerkt und der Verdacht auf eine Meningitis geäußert. Die Verlegung der Patientin in eine Neurologische Klinik wurde veranlasst.

In der Neurologischen Klinik wurden bei der Aufnahme am gleichen Tag „ein deutlicher Meningismus und eine leichtgradige periphere Parese“ festgestellt, die im weiteren Verlauf in eine linksseitige Hemiparese übergang. Die sofortige Lumbalpunktion ergab eine massive granuläre Pleozytose mit 10.432 Drittelzellen. Außerdem wurden gramnegative Diplokokken (Meningokokken, Neisseria meningitidis) nachgewiesen. Auch in der Blutkultur fanden sich mehrfach Meningokokken. Bei radiologischen Schädelkontrollen (MRT) wurde keine Zunahme des sich entwickelnden Hydrocephalus festgestellt, so dass keine operative Shunt-Entlastung erforderlich war.

Unter einer sofort eingeleiteten hochdosierten antibiotischen Therapie mit Penicillin kam es schnell zu einer klinischen Besserung der akuten Symptome wie Fieber, Glieder- und Kopfschmerzen sowie der petechialen Blutungen. Die Paresen und der Hydrocephalus bildeten sich nur langsam zurück. Zur Verbesserung der Mobilität und Behebung der eingetretenen Gangunsicherheiten wurde an die 23-tägige neurologische Behandlung eine vierwöchige ergotherapeutische, physiotherapeutische

und neuropsychologische Behandlung in einer Rehabilitationsklinik angeschlossen, die mit der Prognose beendet werden konnte, dass der Patientin eine Wiederaufnahme ihrer früheren Tätigkeit als pharmazeutisch-technische Assistentin nach weiterer ambulanter Therapie wahrscheinlich möglich sei.

#### **Gutachtliche Beurteilung**

Bei der Aufnahme in die Innere Klinik lag bei der 23 Jahre alten Antragstellerin eine akute hochfieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen vor; an den unteren Extremitäten und am Rumpf hatten sich petechiale Blutungen entwickelt. Ein Meningismus wurde nicht festgestellt und deshalb keine Lumbalpunktion durchgeführt und keine Blutkulturen angelegt. Auch nach einer deutlichen klinischen Verschlechterung über mehrere Tage wurde keine weiterführende Diagnostik erwogen oder durchgeführt, bis ein meningealer Reizzustand erkannt wurde.

Die Gutachterkommission hat es als nicht zu beanstanden angesehen, dass aufgrund der klinischen Symptomatik anfänglich die Diagnose eines grippalen Virusinfektes mit Verdacht auf Vasculitis gestellt wurde. Denn es ist bekannt, dass die Symptomatik einer bakteriellen Meningitis trotz subtiler neurologischer Untersuchung zu Beginn unklar und verschleiert sein kann.

Allerdings ist zu beanstanden, dass ein ausführlicher Reflexstatus nicht vermerkt und demnach davon auszugehen ist, dass er nicht erhoben wurde. Vor allem aber ist unverständlich, dass die „vorläufige Diagnose“ trotz zunächst anhaltender und sodann zunehmender klinischer Symptomatik über fast sieben Tage beibehalten wurde, ohne dass eine weiterführende Diagnostik in Betracht gezogen wurde.

Es war nach Auffassung der Gutachterkommission fehlerhaft, dass in Anbetracht der zunehmenden klinischen Symptomatik mit anstei-

gender Leukozytose bis 20.000  $\mu$ /l, einer CRP-Erhöhung von über 30 mg/dl und petechialen Hautblutungen, die an ein Waterhouse-Friderichsen-Syndrom bei bakterieller Meningitis hätten denken lassen müssen, keine weiterführenden Untersuchungen durchgeführt, insbesondere keine Lumbalpunktion vorgenommen und keine Blutkulturen angelegt wurden.

Die Einwände der belasteten Klinikärzte, ein Meningismus sei wahrscheinlich durch die antibiotische Behandlung verdeckt worden und vor dem Abend des 6. Tages nach der Einlieferung nicht zu erkennen gewesen, so dass eine Lumbalpunktion nicht indiziert gewesen sei, hat die Gutachterkommission nicht gelten lassen. Die Kommission hat es als sehr unwahrscheinlich bezeichnet, dass eine Kapsel Clindamycin eine völlige Verschleierung des Meningismus über mehrere Tage bewirken können. Vor allem sei nicht nachvollziehbar, dass trotz zunehmender klinischer Symptomatik neben der „Virusgrippe“ nicht weitere differenzialdiagnostische Überlegungen in Erwägung gezogen worden seien.

Zusammenfassend ist die Gutachterkommission zur Feststellung eines ärztlichen Behandlungsfehlers durch fehlerhafte Unterlassung und verspätete Veranlassung dringend erforderlicher diagnostischer Maßnahmen gelangt. Durch die verzögerte Abklärung des hochpathologischen Befundes sei die Antragstellerin in eine lebensbedrohliche Situation geraten, die durch eine gezielte Diagnostik und rechtzeitige antibiotische Therapie habe vermieden werden können.

Als durch den Behandlungsfehler verursachten Gesundheitsschaden hat die Gutachterkommission deshalb die entstandene neurologische Symptomatik und die linksseitige Parese angesehen; außerdem sind die weiteren stationären Behandlungen in der Neurologischen Klinik und der Rehabilitationsklinik sowie die sich anschließende ambulante Therapie Folgen des Fehlers.