

Enkopresis

Alexander von Gontard

2., vollständig überarbeitete Auflage

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Enkopresis

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 15

Enkopresis

Prof. Dr. Alexander von Gontard

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Charlotte Hanisch, Prof. Dr. Nina Heinrichs,
Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Prof. Dr. Paul Plener

Die Reihe wurde begründet von:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

Alexander von Gontard

Enkopresis

2., vollständig überarbeitete Auflage



Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, geb. 1954. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin und Psychotherapeutische Medizin. Seit 2023 ist er Co-Chefarzt an der Abteilung für Eltern-Kind und Jugendliche in der Hochgebirgsklinik Davos, Schweiz. Er ist affiliert mit dem Governor Kremers Centre, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, Niederlande. Forschungsschwerpunkte: Enuresis, Harninkontinenz, Stuhlkontinenz, Intelligenzminderung, Psychische Störungen bei jungen Kindern, Sandspieltherapie, Spiritualität.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

2., vollständig überarbeitete Auflage 2024
© 2010 und 2024 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3032-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3032-5)
ISBN 978-3-8017-3032-1
<https://doi.org/10.1026/03032-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Etwa 1 bis 3 % aller Schulkinder koten ein. Sehr viel mehr Kinder leiden unter Verstopfung. Nach neuen Übersichten sind bis zu 10 % aller Kinder von einer Obstipation betroffen. Viele Eltern, aber auch Fachleute sind erstaunt über diese hohen Prävalenzzahlen. Trotz der Häufigkeit gibt es kaum Störungen des Kindes- und Jugendalters, die mit so hoher Stigmatisierung und Tabuisierung verbunden sind. Eltern stehen unter einem hohen Leidensdruck. Kinder haben eine niedrigere Lebensqualität und vermehrt Schamgefühle. Von allen Ausscheidungsstörungen haben Kinder mit Obstipation und Stuhlinkontinenz die höchste Komorbidität psychischer Störungen.

Eltern und Kinder mit Einkoten und Verstopfung erhalten häufig keine wirksamen Behandlungsangebote. Viele Mythen ranken sich immer noch um das Thema Enkopresis, so z. B., dass die Störung immer psychogen bedingt oder auf eine gestörte Familiendynamik zurückzuführen sei. Auch gibt es – im Gegensatz zum Einnässen – nur wenige Ratgeber und Kinderbücher, an denen sich die Familien orientieren können.

Doch auch Fachleute machen einen großen Bogen um die Störung. In deutscher Sprache wurden bisher nur wenige Monografien zu dem Thema veröffentlicht (z. B. Krisch, 1985; von Gontard, 2011). Auch beschäftigt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie wenig mit diesem Thema. Die entscheidende Forschung stammt aus dem Fachgebiet der pädiatrischen Gastroenterologie mit vielen grundlegenden Arbeiten, die zur Entstigmatisierung der Obstipation und Stuhlinkontinenz wesentlich beigetragen haben. Da bei Einkoten und Verstopfung psychische und somatische Faktoren eng ineinandergreifen, ist ein interdisziplinärer Zugang besonders wichtig. In den letzten Jahren wurden zunehmend auch psychische Faktoren untersucht und in der Praxis berücksichtigt.

Der hier vorliegende Band der Reihe *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* versucht, sowohl die somatischen als auch die psychischen Aspekte zu berücksichtigen. Er ist praxis- und auch therapieorientiert konzipiert und basiert auf dem aktuellen Stand empirisch gesicherter Erkenntnisse und auf klinischen Erfahrungen. Insofern soll er ärztlichen, psychologischen und psychotherapeutischen Fachleuten helfen, die von den deutschen und internationalen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen geforderten Standards in Diagnostik und Therapie umzusetzen.

Das Buch wurde als Begleitband zum Leitfaden *Enuresis* konzipiert, der erstmals 2002 veröffentlicht wurde und seit 2018 in einer komplett überarbeiteten dritten Auflage vorliegt (von Gontard, 2018). Als damals der Vorschlag zu einem eigenen Band zur Enkopresis von den Herausgebern der Reihe geäußert wurde, wurde er sofort aufgegriffen, da sich die beiden Bände *Enuresis* und *Enkopresis* ideal ergänzen. Zur besseren Orientierung wurde der gleiche Aufbau gewählt. Der parallele Aufbau der Bände kann eine deutliche Arbeitserleichterung bedeuten, wenn z. B. Kinder mit kombinierten Ausscheidungsstörungen behandelt werden, die gar nicht so selten auftreten.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahr 2010 haben sich wesentliche Aspekte verändert, sodass eine zweite Auflage dieses Leitfadens sinnvoll war. Zum einen hat

sich die Terminologie verändert: Statt „Enkopresis“ wird empfohlen, den neutralen Begriff „Stuhlinkontinenz“ zu verwenden. Weiterhin hat sich die Klassifikation verändert: Statt von einer Enkopresis mit und ohne Obstipation zu sprechen, wird nun von einer Obstipation als übergeordnete Störung und einer nicht retentiven Stuhlinkontinenz ausgegangen, bei der Kinder einkoten, aber nicht verstopft sind. Wenn bei beiden Störungen organische Faktoren ausgeschlossen wurden, dann handelt es sich um funktionelle, d. h. nicht organische Störungen. Und zuletzt hat die Forschungstätigkeit über diese beiden Störungen enorm zugenommen und wichtige Erkenntnisse geliefert, die in diesem Leitfaden zusammengefasst wurden.

Wie bei den bisherigen Bänden dieser Reihe beruhen die Empfehlungen auf den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft medizinischer, wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF). Die bisherigen S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und der pädiatrischen Gastroenterologie (von Gontard, 2007; DGKJP, 2007; Koletzko & Grosse, 2007) wurden durch die neue S2k-Leitlinie ersetzt. Basierend auf der aktuellen Forschungslage wurde diese Leitlinie zur funktionellen (nicht organischen) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter von insgesamt elf Fachgesellschaften und einer Elterngruppe im Konsensverfahren verabschiedet (Claßen & von Gontard, 2022; Zusammenfassung bei von Gontard & Claßen, 2023). Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJ) und der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) wurde so eine interdisziplinäre Leitlinie geschaffen, die somatische wie auch psychische Faktoren integriert. Die Leitlinie beruht auf den Klassifikationsvorschlägen der pädiatrischen Gastroenterologie, die die sogenannten ROME-IV-Kriterien integriert (Hyams et al., 2016).

Wegen der Überschneidung von Obstipation, Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz und Enuresis wird auch wiederholt auf die S2k-Leitlinie zur Enuresis und nicht organischen (funktionellen) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen verwiesen (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2021; Zusammenfassung bei von Gontard & Kuwertz-Bröking, 2023).

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt 5 Kapitel:

- 1** Im ersten Teil des Buches wird der Stand der Forschung hinsichtlich der Symptomatik, der Komorbidität, der Pathogenese, des Verlaufs und der Therapie in den für die Formulierung der Leitlinien relevanten Aspekten zusammenfassend dargestellt. Es wird auf ausgewählte wichtige Literaturstellen hingewiesen.
- 2** Im zweiten Teil werden die Leitlinien zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt: Diagnostik und Verlaufskontrolle, Behandlungsindikation, Therapie.
- 3** Im dritten Kapitel werden Verfahren beschrieben, die für die Diagnostik, die Verlaufskontrolle und Behandlung eingesetzt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel enthält ausführliche Materialien für die Diagnostik und Therapie. Sie können in der vorliegenden Form kopiert oder nach Bedarf eingesetzt werden.

5 Im fünften Kapitel werden mehrere kürzere Fallbeispiele präsentiert, die die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis illustrieren. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt dabei auf einem symptomorientierten, verhaltenstherapeutischen Vorgehen, das bei Bedarf mit Laxanzien kombiniert wird. Auch die Kombination mit weitergehenden kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Interventionen wird aufgezeigt.

Außerdem wird dieser Band durch den kompakten *Ratgeber Einkoten* (von Gontard, 2010) ergänzt. Auch dieser Ratgeber orientiert sich an dem bewährten *Ratgeber Einlässen* (von Gontard & Lehmkuhl, 2012), der ähnlich aufgebaut ist.

Danken möchte ich in diesem Zusammenhang Frau Susanne Weidinger und dem Hogrefe Verlag, die sich für die Neuauflage dieses Leitfadens eingesetzt und das Projekt aktiv unterstützt haben.

Davos, März 2024

Alexander von Gontard

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Klassifikation, Untergruppen und Symptomatik	1
1.2	Klinische Aspekte der funktionellen Obstipation und Stuhlinkontinenz	10
1.3	Prävalenz	17
1.4	Differenzialdiagnose	20
1.4.1	Psychopathologische Differenzialdiagnose	20
1.4.2	Somatische Differenzialdiagnose	21
1.5	Komorbide Problembereiche und Störungen	25
1.5.1	Komorbide psychische Problembereiche	25
1.5.2	Elterliche Belastung	27
1.5.3	Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch	27
1.5.4	Lebensqualität	28
1.5.5	Komorbide psychische Störungen	29
1.5.6	Risikogruppen für eine funktionelle Obstipation/ Stuhlinkontinenz	32
1.5.7	Komorbide somatische Störungen	35
1.5.8	Komorbide Enuresis und Harninkontinenz	36
1.6	Pathogenese	39
1.6.1	Genetik	39
1.6.2	Neurobiologische Befunde	41
1.6.3	Gastrointestinale Funktionsbefunde	42
1.6.4	Lerntheoretische Modelle	44
1.6.5	Psycho- und familiendynamische Modelle	46
1.7	Verlauf	48
1.8	Therapie der Obstipation/Stuhlinkontinenz	48
2	Leitlinien	60
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	60
2.1.1	Exploration der Eltern	63
2.1.2	Exploration und psychopathologische Beurteilung des Kindes ..	74
2.1.3	Fragebögen und Protokolle	77
2.1.4	Testpsychologische Untersuchung	85
2.1.5	Körperliche und neurologische Untersuchung	85
2.1.6	Spezielle Diagnostik	87
2.1.7	Verlaufskontrolle	90
2.2	Leitlinien zur Behandlungsindikation	92
2.2.1	Toilettentraining	92
2.2.2	Kombinationsbehandlungen	93
2.2.3	Biofeedback-Verfahren	94
2.2.4	Neurostimulation	95

2.2.5	Medikamentöse Behandlung	96
2.2.6	Behandlung komorbider Störungen	98
2.2.7	Teilstationäre oder stationäre Therapie	99
2.2.8	Entbehrliche Therapiemaßnahmen	100
2.3	Leitlinien zur Therapie	100
2.3.1	Beratung der Eltern und des Kindes bzw. der Jugendlichen (Psychoedukation)	101
2.3.2	Toilettentraining	106
2.3.3	Kombinierte Therapien	109
2.3.4	Pharmakotherapie	110
2.3.5	Therapie komorbider Störungen	113
2.3.6	Behandlung von seltenen Ausscheidungsstörungen	117
2.3.7	Übersicht über die Diagnostik und Therapie der Obstipation/ Stuhlinkontinenz	118
3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	124
4	Materialien	127
M01	Stuhlinkontinenz-Fragebogen – Lange Version	128
M02	Stuhlinkontinenz-Fragebogen – Kurze Version	134
M03	Stuhlinkontinenz-Fragebogen – Screening-Version	137
M04	48-Stunden-Toilettenprotokoll	139
M05	Stuhlformen der Bristol Stool Form Scale	140
M06	Kinderfragebogen: Einkoten	141
M07	Kinderfragebogen: Häufigkeit	142
M08	Kinderfragebogen: Obstipation	143
M09	Kinderbogen: Gefühle	144
M10	Kinderfragebogen: Trinken	145
M11	Kinderfragebogen zum Darmproblem	146
M12	Kinder-Trinkprogramm	147
M13	Kinder-Trinkplan	148
M14	Mein Trinkplan: Trinken macht Spaß	149
M15	Kinder-Kloprogramm	150
M16	Monatsplan 1	151
M17	Monatsplan 2	152
M18	Schaubild: Obstipation	153
M19	Wie sieht eine Verstopfung aus?	154
M20	Regeln für das Toilettentraining	155
M21	Eltern-Schickplan (Toilettentraining)	156
5	Fallbeispiele	157
5.1	Lena: Nichtretentive Stuhlinkontinenz	157
5.2	Jens: Nichtretentive Stuhlinkontinenz, Dranginkontinenz, primäre Enuresis nocturna	158

5.3	Maria: Funktionelle Obstipation, Harninkontinenz bei Miktionsaufschub, primäre Enuresis nocturna, Toilettenverweigerungssyndrom	159
5.4	Leon: Nichtretentive Stuhlinkontinenz, Toilettenverweigerungssyndrom, kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung	160
5.5	Max: Funktionelle Obstipation, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Störung der Feinmotorik	161
5.6	Daniela: Funktionelle Obstipation, Harninkontinenz bei Miktionsaufschub, emotionale Störung mit sozialen Ängsten, kongenitales Ektodermalsyndrom	162
6	Literatur	164

1 Stand der Forschung

1.1 Klassifikation, Untergruppen und Symptomatik

Bisher wurde die Enkopresis als ein willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen ab einem Alter von 4 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert (vgl. Tabelle 1). Diese allgemeine Definition findet sich in den Klassifikationsschemata der ICD-10 und der ICD-11 (WHO, 2008; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017; WHO, 2022) und des DSM-5 der American Psychiatric Association (APA, 2013).

In der multiaxialen Klassifikation der ICD-10 wird die Enkopresis als psychische Störung der ersten Achse klassifiziert – und nicht als Entwicklungsstörung der zweiten Achse oder als körperliche Erkrankung der vierten Achse (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017). Die ICD-11 ist inzwischen offiziell eingeführt, aber in vielen Kliniken und Praxen nicht umgesetzt. Zu Dokumentationszwecken wird die ICD-10 mit einer Übergangsfrist von 5 Jahren weiterverwendet. Auch gibt es noch keine Multiaxiale Klassifikation basierend auf der ICD-11. Aus diesen Gründen wird in diesem Leitfaden auf die ICD-10, ICD-11 und das DSM-5 eingegangen.

Die genauen Definitionen der ICD-10, ICD-11 und des DSM-5 sind in der Tabelle 1 wiedergegeben. Obwohl sie sich nur in wenigen Punkten unterscheiden, sollen sie getrennt besprochen werden.

Klassifikation nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11

Tabelle 1: Klassifikation der Enkopresis nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11*

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Name	Enkopresis	Enkopresis (F98.1)	Enkopresis (6C01)
Definition	Wiederholtes unwillkürliches oder willkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen	Willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen	Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen
Alter	Chronologisches Alter: 4 Jahre (oder gleichwertige Entwicklungsstufe)	Chronologisches und geistiges Alter: 4 Jahre	Entwicklungsalter: 4 Jahre

Tabelle 1: Fortsetzung

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Häufigkeit	Einmal/Monat	Einmal/Monat	Einmal/Monat
Dauer	3 Monate	6 Monate	Mehrere Monate
Ausschlusskriterien	Nicht Folge von Substanzen (wie Laxanzien) oder einer medizinischen Grunderkrankung (Ausnahme: Obstipation)	Spina bifida, Megacolon congenitum und andere organische Erkrankungen Enkopresis Hauptdiagnose (bei Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen): nur, wenn dominantes Phänomen Enkopresis Diagnose, wenn Enuresis und Enkopresis zusammen auftreten Enkopresis Hauptdiagnose bei gleichzeitiger Obstipation	Andere Erkrankungen (aganglionisches Megacolon, Spina bifida, Demenz)
Subtypen	Mit Obstipation und Überlaufinkontinenz Ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz	F98.12 Einkoten mit sehr flüssigen Faeces, Überlaufenkopresis mit Retention	Enkopresis mit Obstipation und Überlaufinkontinenz (6C01.0) Enkopresis ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz (6C01.1)
Primär	Nicht beschrieben	Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz: F98.10 Unfähigkeit, die physiologische Darmkontrolle zu erwerben	Von Geburt (atypischer Verlauf der normalen infantilen Inkontinenz)

Tabelle 1: Fortsetzung

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Sekundär	Nicht beschrieben	Nach einer Periode bereits erworbener Darmkontrolle: F98.11 adäquate Darmkontrolle mit Absetzen von Faeces an dafür nicht vorgesehenen Stellen	Nach einer Periode der erworbenen Darmkontrolle

Anmerkung: * DSM-5 (APA, 2013); klinische Kriterien der ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017), ergänzt durch die Forschungskriterien (WHO, 1993); ICD-11 (WHO, 2022)

Klassifikation nach ICD-10

Wie in Tabelle 1 aufgeführt, wird die „nicht organische Enkopresis“ (F98.1) definiert als „wiederholtes, willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Faeces normaler oder fast normaler Konsistenz an Stellen, die im soziokulturellen Milieu des betroffenen Kindes dafür nicht vorgesehen sind“. Die Vorgabe der Altersdefinition von 4 Jahren ist sinnvoll, da 18 % der 3-jährigen Mädchen und 46 % der 3-jährigen Jungen noch einkoten (Largo, Molinari, von Siebenthal & Wolfensberger, 1996). Bei einer so hohen Prävalenz handelt es sich um ein physiologisches Reifungsphänomen. Erst mit dem Alter von 4 Jahren sinkt die Prävalenz plötzlich ab auf 1 % der Mädchen und 8 % der Jungen (Largo, Molinari, von Siebenthal & Wolfensberger, 1996). Obwohl das Einkoten bei Kindern mit einer Intelligenzminderung deutlich erhöht ist (von Wendt, Similä, Niskanen & Järvelin, 1990), bedeutet dies nicht, dass eine Enkopresis erst mit einem Entwicklungsalter von 4 Jahren diagnostiziert und gar behandelt werden kann. Im Gegenteil, in der Praxis können viele Kinder mit Intelligenzminderung schon ab dem chronologischen Alter von 4 Jahren gut behandelt werden – zur Erleichterung der Kinder, der Eltern und Betreuer (von Gontard, 2013b).

Alters-
definition

Es kann hinterfragt werden, ob es sinnvoll ist, auch das willkürliche Einkoten als Enkopresis zu bezeichnen. Das willkürliche Einkoten ist meistens mit komorbiden psychischen Störungen assoziiert.

Dagegen ist die Häufigkeitsangabe von „einmal pro Monat“ sinnvoll; wenn ein Kind z. B. zweimal im Jahr einkotet, sollte dieses natürlich nicht als Störung bezeichnet werden. Die Störungsdauer von 6 Monaten mag nach der ICD-10 bei dem hohen Leidensdruck der Familien etwas lang erscheinen –

Frequenz
und Dauer

die kürzere Definitionsdauer von 3 Monaten nach dem DSM-5 ist hierbei praxisnäher.

Komorbid Störungen

Sehr ungünstig sind die Einschränkungen, die die ICD-10 bei komorbiden Störungen vorsieht. Bei anderen psychischen Störungen soll die Enkopresis nach ICD-10 nur diagnostiziert werden, wenn sie das dominante Phänomen darstellt. Beim gleichzeitigen Auftreten von Enuresis und Enkopresis soll nur die Enkopresis diagnostiziert – und die Enuresis weggelassen – werden. Bei gleichzeitiger Obstipation soll ebenfalls nur die Enkopresis klassifiziert werden. Diese Vorgaben der ICD-10 beschränken die Aussagekraft von komorbiden Diagnosen willkürlich und wenig sinnvoll. Gerade bei der Enkopresis ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen, die nicht unbedingt kausal miteinander verknüpft sein müssen, typisch. Von daher hat es sich in der Praxis bei komorbiden Störungen bewährt, jeweils separat den Subtyp der Enkopresis, das Einnässen tagsüber, die Enuresis nocturna sowie weitere komorbide psychische Störungen zu klassifizieren. Diese deskriptive Erfassung aller komorbiden Störungen ist auch zur Therapieplanung von hoher praktischer Relevanz.

Subgruppen

Zuletzt werden nach den ICD-10-Forschungskriterien Subgruppen nicht adäquat und vor allem unlogisch voneinander unterschieden. So gibt die ICD-10 zwar an, dass ein Einkoten mit sehr flüssigem Stuhl, Überlaufenkopresis mit Retention (F98.12), vorkommen kann. Andererseits wird eine Obstipation mit Stuhlblockade und nachfolgendem Überlaufeinkoten von flüssigem oder halbflüssigem Stuhl (K59.0) als Ausschluss aufgeführt. Ferner wird zwar zwischen einer primären und sekundären Enkopresis unterschieden, jedoch werden exakte Zeitintervalle nicht angegeben. Als eine Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz wird unter F98.10 die Unfähigkeit, die physiologische Darmkontrolle zu erwerben, beschrieben (also: Primäre Enkopresis). Unter F98.11 wird das Einkoten nach einer Periode bereits erworbener Darmkontrolle erfasst (also: Sekundäre Enkopresis).

Historisch muss beachtet werden, dass die ICD-10 Anfang der 1990er Jahre veröffentlicht wurden. Dies bedeutet, dass sie auf den Forschungsergebnissen bis zu den 1980er Jahren beruhen. Zusammengefasst ist die ICD-10 inzwischen überholt und am wenigsten geeignet, die Enkopresis zu definieren.

Klassifikation nach ICD-11

ICD-11 eher deskriptiv

Die ICD-11 verzichtet auf exakte Häufigkeitsangaben und ist eher deskriptiv (WHO, 2022). Bei der Definition wird nicht mehr zwischen willkürlichem und unwillkürlichem Absetzen von Stuhl unterschieden, was sehr günstig ist. Das Entwicklungsalter von 4 Jahren wird beibehalten, ebenso