

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/027	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 343 - 356

Enkopresis (F98.1)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die Enkopresis wird nach der ICD-10 als psychiatrische Diagnose der I. Achse und nicht als Entwicklungsstörung der II. oder als körperliche Erkrankung der IV. Achse klassifiziert. Enkopresis wird als willkürliches und unwillkürliches Einkoten ab einem Alter von 4 Jahren nach einem Ausschluss organischer Ursachen (wie Spina bifida, Megacolon congenitum und andere organische Erkrankungen) definiert. Es muss mindestens 1-mal pro Monat auftreten und für eine Dauer von 3 Monaten nach DSM-IV und 6 Monaten nach ICD-10 bestehen.

Nach ICD-10 soll eine Enkopresis bei Vorhandensein von anderen psychiatrischen Störungen nur dann diagnostiziert werden, wenn "sie das dominierende Phänomen darstellt" [ICD-10]. Bei der Komorbidität von Enkopresis und Enuresis "soll die Kodierung der Enkopresis Vorrang haben" [ICD-10]. Wenn Enkopresis und Obstipation nebeneinander bestehen, ist nur die Enkopresis zu kodieren. Diese Einschränkungen schränken die Aussagekraft von komorbiden Diagnosen willkürlich und wenig sinnvoll ein. Typisch für die Enkopresis ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen, die nicht unbedingt kausal miteinander verknüpft sein müssen. Daher wäre es viel sinnvoller, jede komorbide Störung als somatisch oder psychiatrisch - getrennt aufzuführen.

Ferner unterscheidet die ICD-10 nicht exakt zwischen einer primären und sekundären Form (die Dauer eines definierten sauberen Intervalls wird nicht angegeben). Auch die Unterscheidung zwischen den beiden wichtigsten Subformen der Enkopresis - mit und ohne Obstipation- wird von der DSM-IV genauer vorgenommen.

Neuere Klassifikationsvorschläge der pädiatrischen Gastroenterologie verwenden statt Enkopresis den Begriff "funktionelle Stuhlinkontinenz" (im Gegensatz zur "organischen Stuhlinkontinenz") und unterscheiden die beiden Hauptformen der retentiven und nicht retentiven Inkontinenz [Rasquin-Weber et al. 1999; PACCT 2005]. Enkopresis und funktionelle Stuhlinkontinenz können demnach als Synonyma verwendet werden. Aktuelle Übersichten finden sich bei von Gontard [2004] und von Gontard und Neveus [2006].

1.2 Leitsymptome

Unwillkürliches und willkürliches Einkoten.

1.3 Schweregradeinteilung

Der Schweregrad wird festgelegt nach:

- Häufigkeit der Tage (selten Nächte) mit Einkotepisoden pro Woche
- Ggf. durchschnittlicher Häufigkeit des Einkotens pro Tag bzw. Nacht
- Einkotmenge (nur Schmierer oder Haufen)
- Stuhlkonsistenz (nach der Bristol Stool Scale in 7 Typen eingeteilt von fest bis flüssig)
- Subjektive Beeinträchtigung des Kindes.

1.4 Untergruppen

- Die primäre Enkopresis wird üblicherweise durch ein sauberes Intervall von < 6 Monaten definiert. Sekundäre Enkopresis bezeichnet einen Rückfall nach > 6 Monaten Sauberkeit. Da die beiden Formen sich nicht klinisch (nach psychischen oder organischen Faktoren) unterscheiden, ist diese Einteilung nicht von praktischer Relevanz.
- Die meisten Kinder koteten tags ein. Nächtliches Einkoten ist die seltene Ausnahme und erfordert eine genaue medizinische Abklärung wegen möglicher organischer Ursachen. Aus diesen Gründen ist die Einteilung in eine Enkopresis diurna und nocturna ebenfalls wenig relevant.
- Die wichtigste Unterscheidung ist demnach, ob eine Obstipation und Stuhlretention vorliegt oder nicht (s. Abb. 53). Enkopresis und Obstipation müssen nicht miteinander assoziiert sein. Je nach Zentrum und Selektionseffekten koteten 68-90% aller obstipierten Kinder ein; andersherum sind 16-70% der einkotenden Kinder obstipiert.
- Obstipation wird definiert durch weniger als 3 Stühle pro Woche und/oder weitere Symptome wie harter und schmerzhafter Stuhl, tastbare Skybala, harte Stuhlmassen bei der rektalen Untersuchung, Defäkations- und Bauchschmerzen sowie typische Ultraschallbefunde. Diese sollten nach den Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie über 2 Wochen (oder länger) andauern und mit ausgeprägter subjektiver Belastung verbunden sein [Baker et al. 1999]. Nach der neuen PACCT-Definition [PACCT 2005] wird eine Dauer von 8 Wochen verlangt.

Wie in Abbildung 54 ersichtlich, kann man folgende Subtypen mit typischer Symptomatik unterscheiden:

- Enkopresis mit Obstipation [Benninga et al. 1994 u. 2004]:
 - Seltener Stuhlgang auf der Toilette
 - Große Stuhlmengen
 - Nicht normale Stuhlkonsistenz
 - Tastbare Skybala
 - Schmerzen bei Defäkation
 - Bauchschmerzen
 - Reduzierter Appetit
 - Reduzierte anal-rektale Sensibilität
 - Typische Ultraschallzeichen
 - Verlängerte Kolon-Transitzeit
 - Auffällige Defäkationsdynamik
 - Laxatien therapeutisch hilfreich
 - Hohe psychische Komorbidität (40-50%).
- Enkopresis ohne Obstipation [Benninga et al. 1994 u. 2004]:
 - Täglicher Stuhlgang auf der Toilette
 - Kleine Stuhlmengen
 - Normale Stuhlkonsistenz
 - Selteneres Einkoten
 - Keine Skybala, Schmerzen, Ultraschallzeichen
 - Guter Appetit
 - Unauffällige Kolon-Transitzeit, Sensibilität
 - Verschlechterung durch Laxantien
 - Hohe psychische Komorbidität (40-50%).
- Toilettenverweigerungssyndrom:
 - Kleinkindesalter
 - Miktion auf Toilette
 - Weigerung, auf der Toilette Stuhl abzusetzen
 - Verlangen nach Windel für Defäkation
 - Dauer > 1 Monat
 - Häufig Stuhlretention in der Vorgeschichte
 - Risikofaktor für spätere Obstipation und Enkopresis
 - Oft mit Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten assoziiert.
- Toilettenphobie:
 - Vermeidung von Toilette für Miktion und Defäkation
 - Phobische Symptome.

Die wichtigsten Komorbiditäten sind (s. Abb. 54):

- Begleitende psychische Störungen

- Assoziiertes Einnässen.

Abb. 53: Diagnostik der Enkopresis

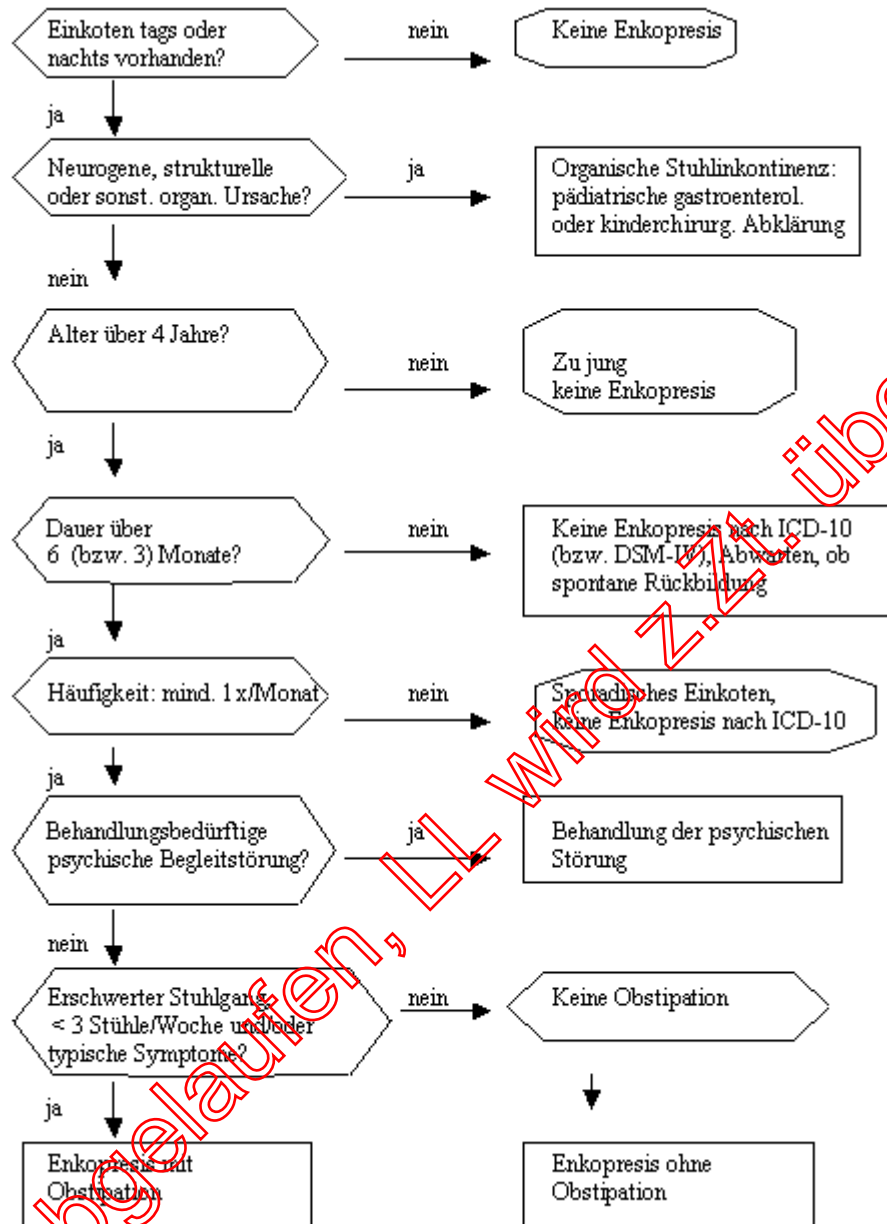
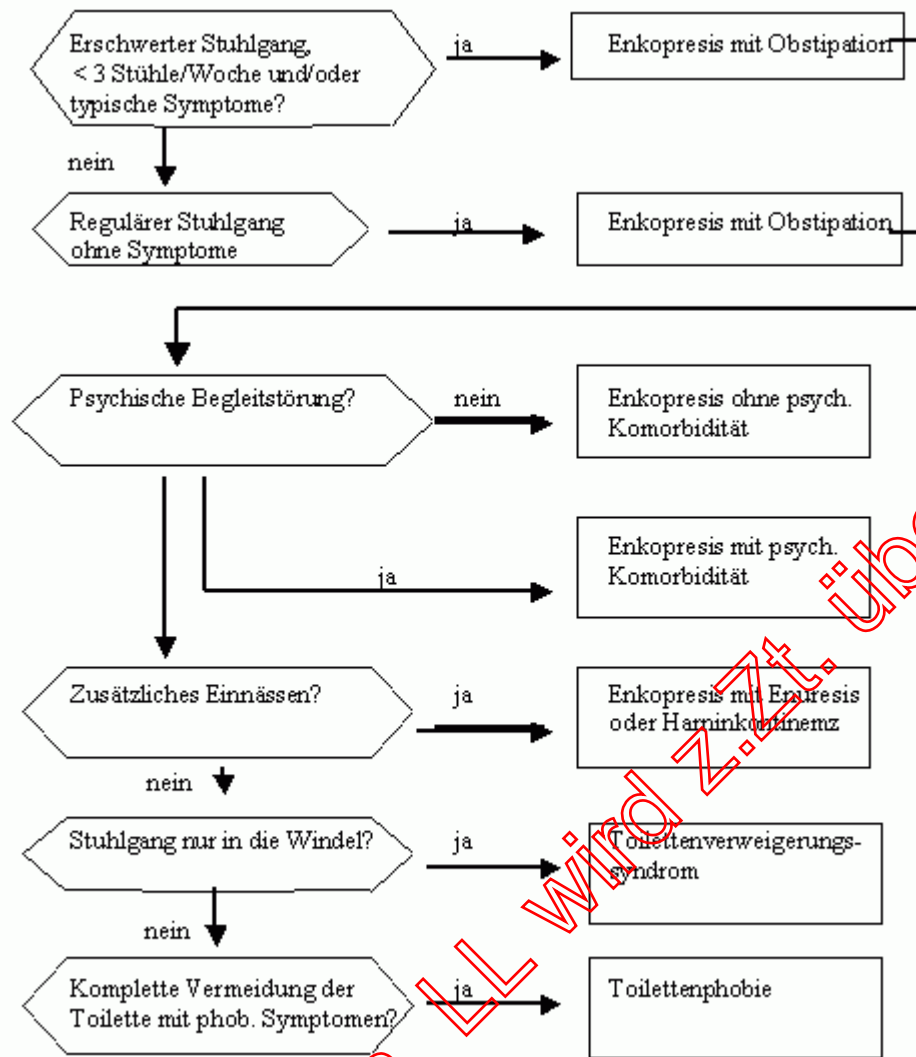


Abb. 54: Differenzialdiagnose der Enkopresis

Gültigkeit abgefallen, WIZW überprüft



1.5 Ausschlussdiagnose

Einkoten infolge einer organischen Erkrankung

[s. von Gontard 2004; von Gontard, Neveus 2006].

Die chronische Obstipation ist ca. 5% organisch, 95% funktionell bedingt. Es müssen folgende organische Ursachen ausgeschlossen werden:

- Anatomisch (Anale Rhagaden, Abszess, Hautanhängsel, Dermatitis, Analstenose, andere anorektale Fehlbildungen, sekundäre Strikturen nach nekrotisierender Enterokolitis und anderen entzündlichen Erkrankungen, idiopathisches Megakolon)
- Metabolisch (Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hypophosphatämie, Hypercalciämie, Mukoviszidose, Zöliakie; Kuhmilchunverträglichkeit)
- Endokrinologisch (Diabetes mellitus, multiple endokrine Neoplasie IIb, Hypothyreose, Hyperparathyroidismus, Diabetes insipidus)
- Neurogen (Infantile Zerebralparese, Spina bifida, Myelomeningozele, Tethered-Cord-Syndrom)
- Neuropathien des Kolon (M. Hirschsprung, intestinale neuronale Dysplasie, Pseudoobstruktion, andere)
- Medikamente (Anticholinergika, Antidepressiva, Bluthochdruckmittel, Opiate, Eisen, Chemotherapeutika (Vincristin), Antikonvulsiva, Bleiintoxikation)

Bei einem Einkoten ohne Obstiaption liegen in ca. 1% der Fälle organische Ursachen zugrunde, > 99% sind funktionell bedingt. Es müssen ausgeschlossen werden:

- Infektionen mit Diarrhö
- Neurogene Störungen wie Spina bifida occulta
- Postoperative Zustände nach anorektalen Fehlbildungen.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen

- **Einkothäufigkeit:** tags (Tage pro Woche, Tage pro Monat, eventuell auch Male pro Tag), nachts (Häufigkeit)?
- **Einkotsymptomatik:** Größe der Stuhlmengen (nur Stuhlschmierer; teils Stuhlschmierer, teils Stuhlmassen; Einkoten von Stuhlmassen), Konsistenz des Stuhls (fest, weich, wässrig - s. Bristol Stool Scale)? In welchen Situationen?
- **Rückfälle:** vorherige Sauberkeit, Dauer, in welchem Alter, Auslöser für Rückfall (belastende Lebensereignisse, somatische Symptome)?
- **Stuhlverhalten:** Windel, Häufigkeit des Stuhlgangs auf der Toilette (Male pro Woche, pro Tag), Konsistenz, Verhalten auf Toilette, Pressen und Schmerzen beim Stuhlgang, Bauchschmerzen, Blähungen?
- **Wahrnehmung und Reaktion auf Einkoten:** Wahrnehmung des Einkotens, Verstecken von Unterwäsche, Leidensdruck und Motivation?
- **Verhalten der Eltern und der Umwelt:** Reaktionen der Umwelt, mögliche Ablenkung?
- **Trink- und Essverhalten:** Flüssigkeitsmenge pro Tag, einseitige Diät (ballaststoffarme Nahrung)?
- **Therapieversuche:** alle bisherigen Maßnahmen
- **Einnässen:** siehe Leitlinien F 98.0.
- **Begleitende psychische Störungen:** Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik.

Spezielle Fragebögen

Es liegen spezielle Fragebögen zur Einkotproblematik vor [von Gontard 2004].

Beobachtungsprotokolle bei gemeinsamem Einnässen und Einkoten: über 24-48 Stunden Messen von Trink- und Urinmengen, Registrierung von Toilettengängen, Einnäss- und Einkotepisoden, sonstige Beobachtungen.

Verhaltensbeobachtung des Kindes

Haltemanöver zur Stuhlretention können manchmal in der klinischen Situation beobachtet werden. Z.T. fallen Kinder durch ihren Geruch auf. Schamgefühle, Leidensdruck und weitere Auffälligkeiten können durch die Erhebung eines psychopathologischen Befundes eingeschätzt werden.

Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik

Wegen der hohen Komorbiditätsrate von psychischen Störungen ist diese zu empfehlen. Im pädiatrischen Setting sollten Kinder mit Verdacht auf Begleitstörungen nach einem Screening für psychische Störungen an Kinderpsychiater weiterverwiesen werden.

Pädiatrische Untersuchung

Eine komplette kinderärztliche Untersuchung (allgemein und neurologisch) ist in jedem Fall notwendig. Dabei sollten Abdomen, Genital, Analregion, Wirbelsäule und untere Extremitäten besonders gründlich untersucht werden. Skybala können bei Obstipation oft getastet werden. Eine rektale Untersuchung wird mindestens einmal empfohlen.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Beginn und Art des Sauberkeitstrainings
- Falls vorhanden, erstmalige Sauberkeit nachts/tags
- Langstes sauberes Intervall: In welchem Alter? Wie lange? Spontan oder durch Therapie erreicht?
- Rückfall: Wann? Mögliche Auslöser?
- Bisherige Therapieversuche
- Leidensdruck und Attribution von Kind/Eltern
- Weitere wichtige Punkte finden sich unter 2.1.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Die psychiatrische Komorbidität ist bei allen Formen der Enkopresis deutlich erhöht. Ca. 30-50% weisen psychische Störungen oder Symptomscores im klinischen Bereich auf (3- bis 5-fach höher als bei Kontrollen) [s. von Gontard 2004].

- Es finden sich keine Unterschiede zwischen der Enkopresis mit und ohne Obstipation.
- Es gibt keine enkopresisspezifische Psychopathologie; das Spektrum der begleitenden psychischen Störungen ist heterogen.

- Internalisierende (emotionale) Störungen überwiegen leicht.
- Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen sind am zweithäufigsten.
- Für das Toilettenverweigerungssyndrom ist die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten typisch.
- Enkopresis tritt gehäuft nach sexuellem Missbrauch auf.
- Kinder mit geistiger Behinderung treten häufiger ein.
- Zudem finden sich häufig subklinische emotionale und Verhaltenssymptome, die nicht die Kriterien einer Störung erfüllen und die sich unter erfolgreicher Therapie zurückbilden (wie gestörtes Selbstwertgefühl, trauriger Affekt, Ängste, aber auch aggressives, verweigerndes Verhalten, Essensverweigerung usw.)

Dennoch ist wichtig zu beachten: Über 50% der Kinder haben keine weitere psychische Störung. Ebenfalls zeigen die meisten Familien keine pathologischen Interaktionen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration des Kindes und der Bezugspersonen

- Leidensdruck, soziale Einschränkungen, negative Folgen wie Hänkeln durch andere Kinder
- Krankheitsvorstellungen, Motivation, Umgang der Eltern mit dem Symptom
- Wird es als sehr belastend erlebt, besteht eine ausreichende Unterstützung von Seiten des Umfeldes, werden therapeutischen Interventionen aktiv mitgetragen?
- Sind weitere komorbide Erkrankungen vorhanden?

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Unabdingbare Diagnostik

Neben Anamnese, Exploration, Fragebögen, Protokollen und körperlicher Untersuchung (s. Kap. 2.1) sind folgende Methoden dringend zu empfehlen:

Sonographie von Blase und retrovesikalem Raum: Bei Obstipation finden sich ein erweitertes Rektum, retrovesikale Impressionen, Resturin. Eine Sonographie der Nieren ist ebenfalls zu empfehlen (Mittelechopreizung).

Fakultative Diagnostik

Alle weiteren Untersuchungen erfordern eine spezielle Indikation und sind routinemäßig nicht notwendig:

- Anorektale Manometrie
- Elektromyographie
- Kolon-Transitzeitbestimmung
- Kolon-Kontrastlauf
- Saugbiopsien
- Koloskopie
- Endorektale Sonographie
- Magnetresonanztomographie des Wirbelkanals (z.B. bei Verdacht auf Tethered-Cord-Syndrom)
- Uroflowmetrie (bei begleitender Harninkontinenz)
- Erweiterte testpsychologische Diagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik

Bei den folgenden körperlichen Symptomen sollte eine somatische Abklärung besonders gründlich erfolgen [Baker et al. 1999, Amerikanische Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie]:

- Gedeihstörung
- Ausladendes Abdomen
- Fehlen der lumbosakralen Kurve
- Pilonidalsinus mit Haarbüscheln
- Pigmentanomalien der unteren Wirbelsäule
- Sakrale Agenesie
- Flaches Gesäß
- Nach ventral verlagertes Anus
- Klaffendes Anus
- Enges leeres Rektum trotz tastbarer Fäkalmassen
- Austritt von Stuhl oder Luft beim Herausziehen des Fingers während der rektalen Untersuchung
- Okkultes Blut im Stuhl

- Fehlende anale Reflexe
- Fehlende Kremasterreflexe
- Verminderter Tonus der unteren Extremitäten oder verminderte grobe Kraft
- Reflexanomalien der unteren Extremitäten

2.7 Entbehrliche Diagnostik

- Radiologische Untersuchungen (Abdomen-Übersicht) sind nicht indiziert und liefern keine relevanten Informationen.
- Magnetresonanztomographie des Kolon ist nicht indiziert, da sie nur Hinweise auf eine Koprostase liefern kann. Diese Information ist klinisch oder sonographisch besser und einfacher zu erhalten.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Die Leitsymptomatik ist das unwillkürliche und willkürliche Einkoten. Eine symptomatische Behandlung des Leitsymptoms führt zu einer Reduktion des kindlichen Leidensdruckes und zur Besserung des Selbstwertgefühls. Eine Symptomverschiebung konnte empirisch nicht nachgewiesen werden. Deshalb sollte in jeden Fall eine symptomorientierte Therapie erfolgen. Falls weitere komorbide Störungen vorliegen, müssen diese separat behandelt werden, z.B. verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei Störungen des Sozialverhaltens; Stimulanzen, Elternberatung und Verhaltenstherapie beim hyperkinetischen Syndrom; psychodynamische Therapien (z.B. Spieltherapie) bei emotionalen Störungen.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Achse II

Die Rate der Teilleistungsschwächen und spezifischen Entwicklungsdefizite ist nach klinischem Eindruck erhöht. Systematische Studien fehlen.

Achse III. Kinder mit geistiger Behinderung koten häufiger ein - bei Verdacht: entsprechende Intelligenzmessung.

Achse IV

- Eine komplette pädiatrisch-internistische Untersuchung, möglichst auch mit neurologischer Abklärung, ist bei jedem einkotenden Kind erforderlich (s. Kap 2.1).
- Insbesondere ist erforderlich: Palpation des Abdomens, Inspektion der Genital- und Analregion, der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten sowie eine rektale Untersuchung.

Achse V

Aktuelle psychosoziale Stressoren (der letzten 6 Monate) sind erhöht und sollten exploriert werden.

Achse VI

Die meisten Kinder mit Enkopresis können ambulant behandelt werden. Der Schweregrad der Störung einschl. der psychiatrischen Begleitsymptomatik entscheidet darüber, ob eine teil- oder vollstationäre Behandlung erforderlich ist.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

- Ausschluss von organischer Stuhlinkontinenz
- Vorliegen von Obstipation und Stuhlretention
- Diagnose der Subform der Enkopresis
- Diagnose von komorbiden psychischen Störungen
- Diagnose von komorbidem Einnässen (s. Leitlinie 98.0)

Die Hierarchie der einzelnen therapeutischen Schritte für die beiden Hauptgruppen der Enkopresis (mit und ohne Obstipation) ergibt sich aus den Abbildungen 55 und 56.

Abb. 55: Therapie der Enkopresis mit Obstipation

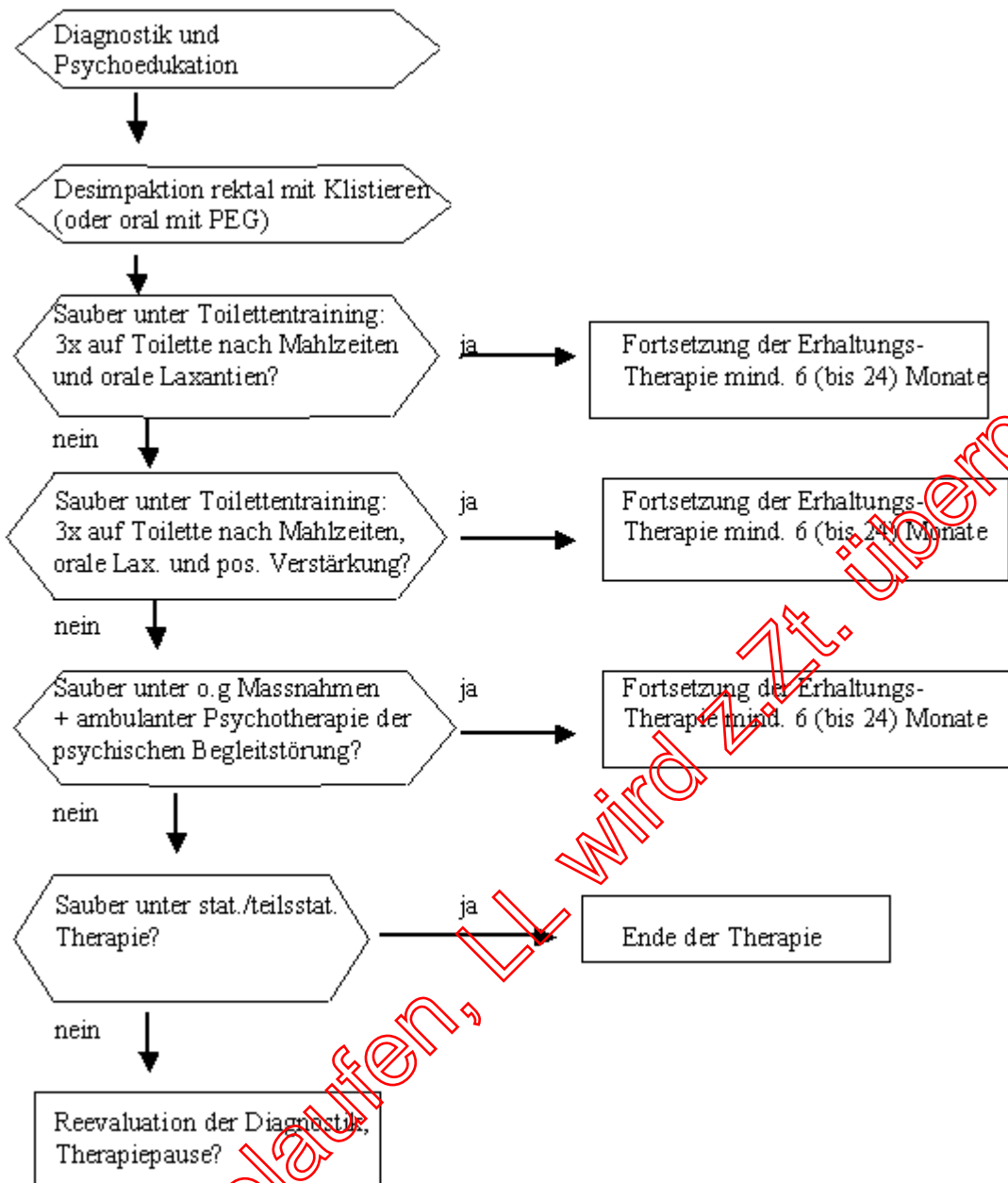
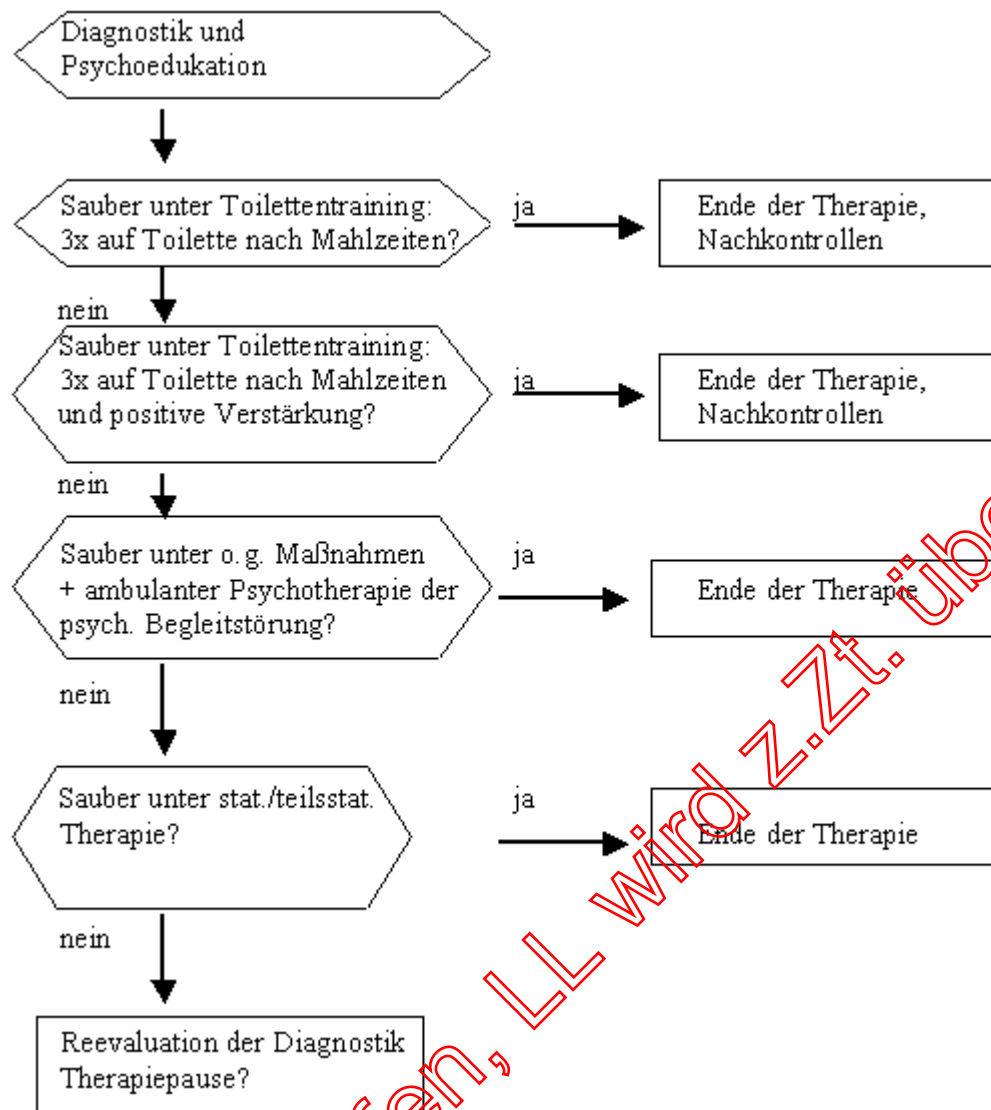


Abb. 56: Therapie der Enkopresis ohne Obstipation

Gültigkeit abgelaufen, LL wird zzt. überprüft



4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

- In den meisten Fällen kann eine Enkopresis ambulant behandelt werden.
- Stationäre oder teilstationäre Therapien kommen nur infrage bei Therapieresistenz gegenüber bisherigen Methoden, bei schwerer psychiatrischer Begleitsymptomatik und wenn eine höhere und kontinuierliche Trainingsfrequenz erforderlich ist.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Siehe Abbildungen 55 und 56. Der Grad der Evidenz (I-V) wird für jede Interventionsform angegeben. In den letzten Jahren wurden zunehmend randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt, die in mehreren systematischen Reviews und Metaanalysen zusammengefasst wurden [Brooks et al. 2000; McGrath et al. 2000; Price, Elliott 2002]. Deshalb erreichen manche Empfehlungen den Evidenz Grad I-II.

Enkopresis mit Obstipation (s. Abb. 55)

Die therapeutischen Empfehlungen der amerikanischen Leitlinien [Felt et al. 1999] und anderer Autoren ähneln sich weitgehend [wie Keller 2001; Loening-Baucke 2000; Levine 1991; von Gontard 2004; von Gontard, Neveus, 2006].

- **Psychoedukation.** Der erste Schritt besteht in einer Diagnostik, Informationsvermittlung, Beratung der Eltern und Psychoedukation (III). Viele Eltern und Kinder kennen den Zusammenhang zwischen Retention und Einkoten noch nicht. Deshalb sollten die anatomischen und physiologischen Zusammenhänge erklärt werden. Ängste und Sorgen der Eltern und

Kinder sollten eruiert und mit einbezogen werden. Dabei ist es wichtig, ein Arbeitsbündnis herzustellen und die Kinder zu einer Übernahme der Verantwortung zu bewegen. Nur falls eine einseitige Nahrung vorliegt, sind entsprechende Diätänderungen vorzunehmen (IV). Neben der Erhöhung der ballaststoffreichen Nahrungsmittel ist unbedingt darauf zu achten, dass die Kinder genügend Flüssigkeit zu sich nehmen (V). Es wird üblicherweise keine Baseline durchgeführt, sondern direkt mit der Therapie begonnen.

- **Desimpaktion.** Die initiale Entleerung der intraabdominellen Stuhlmassen wird als Desimpaktion bezeichnet. Falls eine Obstipation vorliegt und Stuhl retiniert wird, muss diese am Anfang der Therapie entfernt werden, was im Prinzip per os oder rektal erfolgen kann. Bei schwereren Fällen ist rektale Entleerung mit Klistieren notwendig, die schnell zum Erfolg und zur Entlastung führt.
 - **Rektale Desimpaktion.** Phosphathaltige Klistiere sind Mittel der ersten Wahl (III). Diese werden in Einmalbeuteln mit 120 ml Inhalt geliefert und enthalten 16 g Natriumhydrogenphosphat und 6 g Natriummonohydrogenphosphat pro 100 ml. Die Dosierung beträgt 30 ml/10 kg KG, d.h., bei Vorschulkindern wird ca. ein halber Beutel, bei Schulkindern 3/4 bis ein ganzer Beutel appliziert. Bei Kleinkindern ist darauf zu achten, dass das Klistier ausgeschieden wird wegen möglicher Phosphatintoxikation. Bei Kindern unter 2 Jahren oder mit Nierenproblemen sind als sichere Alternative sorbithaltige Klistiere vorzuziehen [Keller 2002]. Je nach Ausmaß der Stuhlretention müssen Klistiere manchmal in den ersten Tagen, z.T. auch in den ersten Wochen, wiederholt gegeben werden. Falls Einmalklistiere nicht zur Desimpaktion führen (selten), ist eine Überweisung an pädiatrische Gastroenterologen oder Kinderchirurgen zu hohen Einläufen oder sogar zu chirurgischer Ausräumung notwendig.
 - **Orale Desimpaktion.** In leichteren Fällen kann eine orale Desimpaktion versucht werden (V). Das Mittel der Wahl ist Polyethylenglykol (PEG) (s.u.).
- **Erhaltungstherapie.** Die Erhaltungstherapie hat 2 Ziele: Erstens zu verhindern, dass erneut Stuhlmassen reakkumulieren; zweitens die Normalisierung des Stuhlverhaltens. Dazu wird eine symptomorientierte Basistherapie durchgeführt, die durch verhaltenstherapeutische Elemente verstärkt werden kann. Gleichzeitig wird eine Behandlung mit oralen Laxantien durchgeführt. Die Erhaltungstherapie sollte lange genug fortgesetzt werden, mindestens 6 (bis 24) Monate mit monatlichen Nachkontrollen [Felt 1999].
 - **Basistherapie.** Bei der Basistherapie ist das Stuhltraining von entscheidender Bedeutung (I) [Brooks et al. 2000]. Dabei werden die Kinder aufgefordert, sich 3-mal am Tag nach den Mahlzeiten auf die Toilette zu setzen. Diese Zeiten sind besonders günstig, da die Entleerungsreflexe des Darms am aktivsten sind. Die Toilettengänge sollen möglichst positiv gestaltet werden. Es ist darauf zu achten, dass die Kinder entspannt sitzen und ihre Füße abstützen können. Falls notwendig, sollte ein Fußbänkchen zur Verfügung gestellt werden. Die Situation sollte positiv besetzt werden: Kinder dürfen Gameboy spielen, bestimmte Bücher oder Comics lesen, selbst flöten, singen oder Bilder malen. Auch die Gabe von Süßigkeiten wäre als positive Verstärkung durchaus zu vertreten. Die Kinder sollen 5-10 Minuten sitzen bleiben, auch wenn es nicht zum Stuhlabgang kommt. Das Einhalten des Toilettentrainings soll positiv durch Lob und Zuwendung verstärkt werden. Auf jeden Fall ist es notwendig, den Verlauf in einem Protokoll zu dokumentieren.
 - **Verhaltenstherapeutische Verstärkerprogramme.** Falls notwendig, kann der Effekt der Basistherapie durch einfache Tokensysteme positiv verstärkt werden. Dabei sollte immer nur die Mitarbeit des Kindes, nicht die Sauberkeit verstärkt werden. Aufwendige Trainings wie das ETT (Enhanced Toilet Training) [Cox et al. 1998] umfassen eine intensive Psychoedukation, individuelle Anpassung der Laxantien, Verstärkerpläne, Demonstration des Defäkationsablaufes und Toilettensitzungen mit Relaxations- und Kontraktionsübungen. Sie waren effektiver als Laxantien allein und EET plus Biofeedback (II).
 - **Orale Laxantien.** Der Grad der wissenschaftlichen Evidenz für Laxantien ist in den letzten Jahren gestiegen (II-III). Sie sind wirksamer in Kombination mit der Basistherapie oder anderen Trainings [Brooks 2001; Keller 2002; Baker et al. 1999; Price, Elliott 2001]. Bevorzugt werden im Kindesalter osmotische Laxantien.
 - **Polyethylenglykol (PEG; Laxofalk, Macrogol).** Das Mittel der ersten Wahl ist Polyethylenglykol. PEG ist ein osmotisches Laxans und besteht aus einem langen, linearen Polymer, das Wassermoleküle bindet. Es ist in den USA als Nahrungsmittelzusatz durch die FDA und in vielen Ländern bei Kindern zugelassen (in Deutschland noch "off-label"). Es wird nicht resorbiert, nicht metabolisiert und enthält keine Elektrolyte oder Zucker. Nebenwirkungen sind extrem selten (dosisabhängige Diarrhö). Es kann in Flüssigkeiten und Nahrung untergerührt werden, die Compliance ist

hoch. Die optimale Dosierung betrug 0,84 g/kg/Tag (therapeutischer Bereich: 0,27-1,42 g/kg/Tag - jeweils 2 Dosen) [Pashankar, Bishop 2001]. Es empfiehlt sich, mit einer geringeren Dosis zu beginnen, z.B. 0,26g/kg pro Tag in 2 Dosen, und nach Wirkung zu steigern [Voskuil et al. 2004].

- **Lactulose.** Das Mittel der zweiten Wahl ist Lactulose, ein nicht resorbierbares Disaccharid, das Flüssigkeit im Kolon bindet. Es kann in Pulverform oder flüssiger Lösung verabreicht werden. Die jeweilige Dosierung beträgt 1-3 ml/kg KG pro Tag in 1-3 Dosen [Baker et al. 1999] oder global 20-30 ml bei Kleinkindern und 30-90 ml bei Schulkindern (1- bis 3-mal/Tag) [Keller 2002]. Die Dosierung richtet sich nach der klinischen Symptomatik. Obwohl Lactulose langfristig gut toleriert wird, sind Blähungen, abdominale Bauchschmerzen und Durchfälle möglich. Auch lehnen manche Kinder den süßen Geschmack als unangenehm ab.
- **Therapieresistenz.** Nur bei Therapieresistenz und Rückfällen sind zu erwägen: eine kinderpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der psychischen Begleitstörung, eine teilstationäre oder stationäre Therapie, eine erneute Diagnostik oder eine Therapiepause (IV).

Enkopresis ohne Obstipation (s. Abb. 56)

Die Empfehlungen für diese Form der Enkopresis gleichen denen der Enkopresis mit Obstipation bis auf eine Ausnahme: Laxantien sind kontraindiziert und können zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen (II-III) [Benninga et al. 1994; van Ginkel et al. 2006]. Deshalb reduzieren sich die Schritte auf:

- **Psychoedukation** (III)
- **Erhaltungstherapie** mit
 - Basistherapie (I)
 - Basistherapie mit verhaltenstherapeutischen Verstärkern (II)
- **Bei Therapieresistenz** (und Rückfällen): weitere Maßnahmen, wie oben beschrieben.

Toilettenverweigerungssyndrom

Beim TRS (Toilet Refusal Syndrome) werden folgende Schritte empfohlen [Taubman 1997; Blum et al. 2004]:

- **Psychoedukation**, einschließlich Informationsvermittlung, Entlastung von Schuldgefühlen, Motivationssteigerung und Erziehungsberatung der Eltern (IV)
- **Bei leichteren Formen:** Eltern werden gebeten, ihren Kindern wieder eine Windel anzuziehen und auf alle aktiven Aspekte des Sauberkeitstrainings zu verzichten. Sie sollen ihren Kindern erklären, dass sie erst dann wieder normale Unterhosen anziehen dürfen, wenn sie auch auf die Toilette gehen (VI) [Taubman 1997]. Wichtig dabei ist die Entlastung der angespannten Eltern-Kind-Interaktion (V).
- **Bei schwereren Formen mit Stuhlretention:** Hierbei reichen die o.g. Empfehlungen nicht aus [Blum et al. 2004]. Die Behandlung folgt den Schritten der Enkopresis mit Obstipation mit Toilettentraining und Laxantien. Oft ist eine Behandlung der komorbiden Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten notwendig (V).

Toilettenphobie

Als isolierte Phobie wird die Toilettenphobie verhaltenstherapeutisch mit systematischer Desensibilisierung behandelt (V).

Behandlung der Komorbiditäten

- **Einnässen.** Bei komplexen Ausscheidungsstörungen ist die empfohlene Reihenfolge:
 - Therapie der Enkopresis und Obstipation. Die alleinige Therapie einer Obstipation führt bei manchen Kindern zu einer Reduktion oder Sistieren des Einnässens tags, wie auch nachts (III) [Loening-Baucke 1997].
 - Therapie der Einnässen tags. Die Behandlung des Einnässens tags reicht oft aus, damit Kinder auch nachts trocken werden (IV). Die Therapie der Enuresis nocturna ohne vorheriges Trockenwerden tags ist mit mehr Komplikationen (HWI) und einem schlechteren Ergebnis verbunden (IV).
 - Therapie der Enuresis nocturna. Falls ein Kind tags sauber und trocken geworden ist, aber weiter noch nachts einnässt, wird die Enuresis nocturna nach der Leitlinien F98.0, vorzugsweise mit einer apparativen Verhaltenstherapie (I), behandelt.
- **Psychische Störungen.** In jedem Fall sollte eine symptomorientierte Therapie der Enkopresis durchgeführt werden, da sich psychische Symptome mit dem Sauberwerden zurückbilden

können [van der Plas et al. 1997]. Falls eine psychische Störung weiterhin vorhanden sein sollte, kann diese anschließend behandelt werden. Bei schweren psychischen Störungen kann es wegen der mangelnden Compliance notwendig sein, diese zuerst zu therapieren und erst dann mit der symptomorientierten Enkopresistherapie zu beginnen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Die dargestellten therapeutischen Möglichkeiten sollten im häuslichen Milieu durchgeführt werden.
- Genaue Anleitung der einzelnen Behandlungsschritte sowie entsprechende Protokolle sind häufig notwendig, um den Eltern und Kindern das genaue Vorgehen zu verdeutlichen.
- Um auch einen langfristigen Therapieerfolg zu erreichen, wird auf die Notwendigkeit von regelmäßigen Nachkontrollen (monatlich) hingewiesen [Felt et al. 1999]. Gerade bei der Enkopresis mit Obstipation sollten das Toilettentraining und die Laxantien auch nach dem Sauberwerden lange genug fortgesetzt werden - mindestens 6 Monate, z.T. bis zu 24 Monate [Felt et al. 1999].

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung ist nur in folgenden Situationen notwendig:

- Wenn die entsprechenden Therapieschritte im sozialen Umfeld nicht umgesetzt werden können
- Wenn ein intensives, stringentes Training erforderlich ist
- Bei hohem Leidensdruck und deutlicher psychiatrischer Komorbidität

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist allein aufgrund der Diagnose einer Enkopresis nicht indiziert.

- Bei mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld und ausgeprägter Komorbidität von emotionalen Störungen bzw. sozialen Verhaltensauffälligkeiten kann eine stationäre Behandlung notwendig sein.
- Intensive verhaltenstherapeutische Programme können u.U. im stationären Setting günstiger durchgeführt werden.
- Das therapeutische Vorgehen mit den einzelnen verhaltenstherapeutischen Schritten entspricht dabei dem ambulanten Behandlungsplan.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Jugendhilfemaßnahmen sind nur indiziert, wenn eine begleitende Komorbidität mit Gefährdung des Kindes/Jugendlichen vorliegt.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Bei der Enkopresis sind ineffektiv:

- Biofeedback ist weder bei der Enkopresis mit Obstipation (II) [van der Plas et al. 1996] noch bei der Enkopresis ohne Obstipation (II) [van Ginkel et al. 2000] wirksam. In einer Studie war das verhaltenstherapeutische Programm ohne Biofeedback wirksamer als mit Biofeedbacktraining (II) [Cox et al. 1998]. Biofeedback kann deshalb für den Routineeinsatz nicht empfohlen werden.
- Allgemeine tiefenpsychologische oder nichtdirektive Psychotherapien sind bei einer reinen Einkotproblematik nicht indiziert und wenig wirksam [Brooks et al. 2000]. Selbst eine zusätzliche psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie bringt keinen Vorteil gegenüber Verhaltenstherapie allein (II) [Brooks et al. 2000]. Weitergehende Psychotherapien können aber bei entsprechender psychiatrischer Komorbidität notwendig sein.

Literatur:

1. Baker SS et al., Constipation in infants and children: evaluation and treatment. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (1999), 29, 612-626
2. Bannigan MA et al., Is encopresis always the result of constipation? Archives of Disease in Childhood (1994), 71, 186-193
3. Bannigan MA et al., Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. Archives of Disease in Childhood (2004), 89, 13-16
4. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N, During toilet training, constipation occurs before stool toileting refusal.

- Pediatrics (2004) 113, e 520-522
5. Brooks RS et al., The treatment literature for encopresis, constipation, and stool-toileting refusal. Annals of Behavioral Medicine (2000), 22, 260-267
 6. Cox DJ et al., Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. Annals of Behavioral Medicine (1998), 20, 70-76
 7. Felt B et al., Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine (1999), 153, 380-385
 8. Gontard A von (2004) Enkopresis: Erscheinungsformen - Diagnostik - Therapie. Kohlhammer, Stuttgart
 9. Gontard A von, Neveus T (2006) Management of disorders of bladder and bowel control in childhood. Mac Keith Press, London
 10. Gontard A von, Hollmann E, Comorbidity of functional urinary incontinence and encopresis: somatic and behavioral associations. Journal of Urology (2004), 171, 2644-2647
 11. Keller KM, Evidenz-basierte Therapie der chronischen Obstipation und Enkopresis bei Kindern. Monatsschrift Kinderheilkunde (2002), 150, 594-601
 12. Keller KM (2001/2) Obstipation/Enkopresis. In: Bassler D, Forster J, Antes G, Evidenz-basierte Pädiatrie, EG III, 1-14. Georg Thieme, Stuttgart
 13. Loening-Baucke V, Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of Childhood. Pediatrics (1997), 100, 228-232
 14. McGrath ML, Mellon MW, Murphy L, Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. Journal of Pediatric Psychology (2000), 25, 225-254
 15. PACCT Group, The Paris consensus on childhood constipation terminology (PACCT) group. J Pediatr Gastroenterol Nutr (2005), 40, 273-275
 16. Pashankar DS, Bishop WP, Efficacy and optimal dose of daily polyethylene glycol 3350 for treatment of constipation and encopresis in children. Journal of Pediatrics (2001), 139, 428-432
 17. Price KJ, Elliott TM (2002) Stimulant laxatives for constipation and soiling in children (Cochrane review). In: The Cochrane Library, issue 2
 18. Rasquin-Weber A et al., Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut (1999), 45 (Suppl. II), II 60-68
 19. Taubman B, Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. Pediatrics (1997), 99, 54-58
 20. Van der Plas RN et al., Treatment of defecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. Eur J Pediatr (1997), 156, 689-692
 21. Van der Plas RN et al., Biofeedback training in treatment of childhood constipation: a randomised controlled study. Lancet (1996), 348, 776-778
 22. Van Ginkel R et al., Lack of benefit of laxatives as an adjunctive therapy for functional nonretentive fecal soiling in children. Journal of Pediatrics (2000), 137, 808-813
 23. Voskuil WP et al., PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicentre trial. Gut (2004), 53, 1590-1594
-

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

G.-E. Trott, F. Badura, A. Warnke

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

A. von Gontard

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Alexander von Gontard
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg (Saar)

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben** - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 14:46:11

Gültigkeit abgelaufen, AWMF überprüft