

## Stellungnahme 036/2026

doi <https://doi.org/10.17590/20260624-152239-0>

26 Juni 2026

### **Nicht gestillte Säuglinge mit häufigem oder langanhaltendem Durchfall benötigen in der Regel keine Spezialnahrung**

Für die Notwendigkeit eines besonderen Diätmanagements gibt es keine wissenschaftlichen Belege

#### In Kürze

- Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat fachlich eingeschätzt, ob bei nicht gestillten Säuglingen mit langanhaltendem oder häufigem Durchfall ein Diätmanagement erforderlich ist und, falls ja, wie ein Erzeugnis zum Diätmanagement in Bezug auf seine Makronährstoffgehalte formuliert sein müsste.
- Hintergrund ist die Tatsache, dass Säuglingsnahrung erhältlich ist, die zum Diätmanagement bei (häufigem oder langanhaltendem) Durchfall bei Säuglingen konzipiert wurde.
- Die im Verkehr befindlichen Produkte weichen zum Teil in den Makronährstoffgehalten (wie z. B. Protein, Stärke oder Laktose) von herkömmlichen Säuglingsnahrungen ab.
- Aus Sicht des BfR gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass ein besonderes Diätmanagement für nicht oder teilgestillte Säuglinge mit langanhaltendem oder häufigem Durchfall erforderlich wäre. Insbesondere fehlt die wissenschaftliche Evidenz dafür, dass es in diesen Fällen einer speziell zusammengesetzten Säuglingsnahrung bedarf.
- Den betroffenen Säuglingen sollte die gewohnte altersentsprechende Nahrung angeboten werden und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Insbesondere sollte von restriktiven Diäten abgesehen werden.

---

## 1 Gegenstand der Bewertung

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) wurde um Stellungnahme zu der Frage gebeten, ob bei nicht oder teilgestillten Säuglingen mit häufigem oder langanhaltendem Durchfall eine Diätmanagement in Form einer speziell zusammengesetzten Säuglingsnahrung erforderlich ist und falls ja, wie ein solches Erzeugnis in Bezug auf seine Makronährstoffgehalte formuliert sein müsste, um den Anforderungen des Artikels 2 Absatz 2 der delegierten Verordnung (EU) 2016/128 zu entsprechen.

Säuglingsnahrungen, die zum Diätmanagement bei häufigem oder langanhaltendem Durchfall bei Säuglingen konzipiert sind, befinden sich als Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke mit abweichender Zusammensetzung von den für übliche Säuglingsnahrungen geltenden Vorschriften der Delegierten Verordnung (EU) 2016/127 im Verkehr. So gibt es beispielweise Produkte mit einem erhöhten Protein- oder Stärkegehalt oder einem reduzierten Laktosegehalt.

Bezogen auf einen erhöhten Proteingehalt wurden dem BfR drei Publikationen zur Bewertung vorgelegt (Jackson 1993; Mann et al., 1982; Roediger 1986). Darüber hinaus wurden für die Stellungnahme eine Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt und insbesondere medizinische Leitlinien zum Management gastrointestinaler Beschwerden bei Säuglingen sowie Stellungnahmen/Konsensuspapiere von medizinischen Fachgesellschaften zum Einsatz von Spezialnahrungen bei Säuglingen herangezogen.

## 2 Ergebnis

Aus Sicht des BfR gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass für nicht oder teilgestillte Säuglinge mit häufigem oder langanhaltendem Durchfall ein besonderes Diätmanagement angezeigt wäre. Insbesondere fehlt wissenschaftliche Evidenz dafür, dass Säuglinge mit den genannten Symptomen eine spezielle Säuglingsnahrung mit einer abweichenden Zusammensetzung von üblicher Säuglingsnahrung benötigen.

Stattdessen sollte bei Säuglingen mit heftigem akutem Durchfall sowie bei häufigem oder anhaltendem Durchfall kinderärztlicher Rat eingeholt werden, insbesondere aufgrund des Risikos einer Dehydratation. Unabhängig von einer möglichen Rehydrationsbehandlung, sollen Säuglinge auch bei Durchfall ihre gewohnte Ernährung (Muttermilch, gewöhnliche Säuglingsnahrung und/oder Beikost) erhalten.

Insbesondere bei einer Durchfalldauer von mehr als 14 Tagen ist eine weitere Abklärung zur Diagnostik bzw. zum Ausschluss von persistierenden Infektionen oder Reinfektionen oder anderer Grunderkrankungen wie einer Kuhmilcheiweißallergie, Kohlenhydrat-Malabsorption, primärer Laktoseintoleranz, Zöliakie oder chronischen Magen-Darm-Erkrankungen (chronisch entzündliche Darmerkrankungen) erforderlich, bei denen Durchfall ein Hauptsymptom sein kann. Die in diesen Fällen notwendigen Ernährungsmaßnahmen sind also individuell – in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Ursache und von der klinischen und biochemischen Beurteilung – zu treffen.

## 3 Begründung

### 3.1 Definition: Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke („*foods for special medical purposes*“, FSMP) sind definiert als besonders verarbeitete oder formulierte Lebensmittel zur ausschließlichen oder zur teilweisen Ernährung von Patienten, einschließlich Säuglingen, für deren diätetische Behandlung eine Modifizierung der normalen Ernährung und/oder andere Lebensmittel für eine besondere Ernährung nicht ausreichen (DVO (EU) 2016/128).

Die DVO (EU) 2016/128 sieht vor, dass derartige Lebensmittel sicher und nutzbringend verwendbar und wirksam sein und den besonderen Ernährungserfordernissen der Indikationsgruppe entsprechen sollen, was durch allgemein anerkannte wissenschaftliche Daten zu belegen ist. Allerdings ist in der Verordnung nicht geregelt, welche wissenschaftlichen Anforderungen an die Qualität der Daten zu stellen sind.

In einem Guidance-Dokument (*Scientific and technical guidance on foods for special medical purposes in the context of Article 3 of Regulation (EU) No 609/2013*) der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) wird aufgeführt, dass Hersteller neben verfügbaren Leitlinien/Konsensuspapieren von wissenschaftlichen (medizinischen) Fachgesellschaften u. a. auch Humandaten vorlegen sollen, die die Eignung des spezifischen Lebensmittels für das Diätmanagement von Patienten, für die es bestimmt ist, wissenschaftlich zu belegen (EFSA, 2015).

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, die für die Ernährung von Säuglingen entwickelt wurden, müssen, sofern dies nicht den aus dem Verwendungszweck resultierenden Erfordernissen entgegensteht, den in der DVO (EU) 2016/127 für Säuglingsanfangs- und Folgenahrung festgelegten Vorschriften über andere Nährstoffe genügen. Zudem müssen diese Lebensmittel unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden (DVO (EU) 2016/128).

### 3.2 Charakterisierung der Zielgruppe

Akute infektiöse Gastroenteritis (AGE), auch Gastroenteritis, ist gemäß einer von medizinischen Fachgesellschaften publizierten S2k-Leitlinie eines der häufigsten pädiatrischen Krankheitsbilder. Säuglinge und Kleinkinder sind mit 1 bis 2 Episoden von AGE im Jahr am häufigsten betroffen (Posovszky et al., 2024; Guarino et al., 2014).

AGE wird bei Kindern in Europa insbesondere durch Viren, seltener durch Bakterien verursacht. In Deutschland sind bei Kindern unter fünf Jahren Novo- und Rotaviren, gefolgt von Adenoviren die häufigste Ursache für AEG (Posovsky et al., 2020; RKI, 2020; Posovsky et al., 2024). Bakterielle Erreger werden seltener im Stuhl nachgewiesen; zu den Auslösern gehören vor allem *Campylobacter* und *Salmonellen*, aber auch pathogene *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, Shigellen oder Yersinien (Posovsky et al., 2024).

In einer deutschen retrospektiven Studie waren AGE durch Rotavirus-Infektionen bei hospitalisierten Kindern häufiger mit schwereren und länger andauernden Durchfallerkrankungen assoziiert als AGE durch Noro- oder Adenoviren (Wiegering et al., 2011). Auch nach der Einführung der Rotavirus-Impfung waren Rotaviren immer noch die am häufigsten nachgewiesenen Erreger bei Kindern unter fünf Jahren mit schwerer AGE (Operario et al., 2017; Walker et al., 2013). AGE durch *Salmonellen* können ebenfalls sehr protrahiert verlaufen (Wiegering et al., 2011). Ursachen für chronische Durchfälle können neben persistierenden Infektionen

auch z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen, schwere Grunderkrankung mit Malabsorption und Entzündung oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten sein (Thiagarajah et al., 2018; Posovszky et al., 2024; Claßen, 2022; Thapar und Srivastava, 2024).

Leitsymptome einer AGE sind eine plötzliche Minderung der Stuhlkonsistenz und Steigerung der Stuhlfrequenz (mehr als drei Stuhlentleerungen in 24 Stunden) mit oder ohne Erbrechen bzw. Fieber, wobei eine normale Stuhlfrequenz bei Neugeborenen und Säuglingen auch abhängig von der Ernährung stark variieren kann (Posovszky et al., 2024). Bei gestillten Säuglingen wird eine sehr variable Stuhlfrequenz beobachtet – zwischen einmal in ein bis zwei Wochen und bis zu 10 Stühlen am Tag, meist nach jeder Stillmahlzeit, und bei nicht gestillten Säuglingen seltener (ein bis dreimal am Tag). Daher ist insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern eine klare Definition der Diarrhö schwierig (Thiagarajah et al., 2018). In einer Auswertung von über 100 klinischen Studien zeigten sich 64 unterschiedliche Definitionen für Durchfall bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 18 Jahren, in der Regel basierend auf einer Kombination aus Stuhlfrequenz und -konsistenz (Johnston et al., 2010).

Laut der medizinischen S2k-Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter – Update 2024 wird Diarrhö als Abgang von zu flüssigem Stuhl definiert. Durchfälle bei AGE dauern üblicherweise 5 bis 7 Tage an, in manchen Fällen auch bis zu 2 Wochen. Eine Durchfalldauer von mehr als 14 Tagen wird bei Kindern und Jugendlichen unabhängig von der Ätiologie (kongenital, erworben, funktionell) als chronische oder bei infektiösem Auslöser als „persistierende“ Diarrhö bezeichnet (Posovszky et al., 2024; Lo Vecchio et al., 2016; Guarino et al., 2014).

Hauptkomplikationen von (chronischem) Durchfall sind insbesondere bei Säuglingen Dehydration mit Hypovolämie (Verminderung der zirkulierenden Menge an Blut oder Plasma) sowie Störungen des Säurebasen- und Elektrolythaushalts. Diese sind darauf zurückzuführen, dass der Flüssigkeitsverlust bei Durchfall (und Erbrechen) das Dreifache des zirkulierenden Blutvolumens betragen kann und der Körper dem Intrazellulärraum Flüssigkeit entzieht, um das Blutvolumen konstant zu halten (Posovszky et al., 2020). Sofern weitere Symptome hinzukommen und/oder die Diarrhö länger als 14 Tage anhält, sollen gemäß der S2k-Leitlinie andere Grunderkrankungen in Betracht gezogen werden (Posovszky et al., 2024).

### **3.3 Diätmanagement bei Säuglingen mit Durchfall**

Eine explizite Leitlinie zum Management bei häufigem oder anhaltendem Durchfall im Säuglingsalter existiert nicht. Die S2k-Leitlinie zur akuten infektiösen Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sieht bei Gastroenteritis ohne Dehydration keine spezielle Diät vor. Stattdessen soll die gewohnte altersentsprechende Nahrung angeboten werden und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden (Posovszky et al., 2024). Insbesondere wird von restriktiven Diäten abgeraten.

Bei bestehender Dehydration, wie sie bei häufigem oder anhaltendem Durchfall auftreten kann, soll primär eine orale Rehydration in Verbindung mit einem zügigen Kostaufbau durch normale, altersentsprechende Nahrung erfolgen. Flüssigkeitsverluste sollen durch eine ausreichende orale Gabe von Flüssigkeit und Elektrolyten (orale Rehydrationslösung (ORL) z. B. Glucose-Elektrolyt-Lösung) behandelt werden. Parallel dazu soll bei gestillten Säuglingen das Stillen fortgesetzt werden. Nicht oder teilgestillten Säuglingen soll im Anschluss an die orale Rehydration möglichst frühzeitig eine dem Alter entsprechende Nahrung angeboten

werden, um eine katabole Stoffwechsellaage zu verhindern oder zu korrigieren und die Regeneration der Enterozyten zu fördern (Posovszky et al., 2024).

Für die meisten speziellen Kostformen oder Diäten im Nahrungsaufbau, wie z. B. vegane oder glutenfreie Kost, gibt es keine Evidenz für positive Effekte (Posovszky et al., 2020 und 2024). Auch die dem BfR vorgelegten Publikationen (Jackson, 1993; Mann et al., 1982; Røediger, 1986), in denen der Proteinstoffwechsel bei chronischer Unterernährung sowie die Protein- und Fettaufnahme bei anhaltendem Durchfall diskutiert werden, liefern keine Belege dafür, dass Säuglinge in Industrieländern wie Deutschland, die unter häufigem oder langanhaltendem Durchfall leiden, von einer Säuglingsnahrung mit einem erhöhten Proteingehalt profitieren könnten.

Bekannt ist, dass eine akute Durchfallerkrankung zu einem – vorübergehenden – Laktasemangel und somit zu Laktoseintoleranz führen kann. Daher wird zum Teil kontrovers diskutiert, ob bei länger andauerndem oder chronischem Durchfall eine Laktosereduktion erwogen werden sollte (Lo Vecchio et al., 2016; Giannatassio et al., 2016; MacGillivray et al., 2013; Florez et al., 2018; Florez et al. 2020). Die Qualität der Evidenz für den Nutzen einer laktosefreien Ernährung wird jedoch als gering eingeschätzt (Posovszky et al., 2024). Auch die Europäische Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (ESPGHAN) weist in einer Leitlinie zum Management von AGE darauf hin, dass der Großteil der Studien auf Daten von hospitalisierten Kindern beruht und in zwei Studien, die im ambulanten Setting durchgeführt wurden, kein positiver Effekt einer laktosefreien Formula beobachtet wurde (MacGillivray et al., 2013; Guarino et al., 2014). In den deutschen und europäischen Leitlinien zur Behandlung akuter Gastroenteritis wird daher keine routinemäßige Verabreichung von laktosefreier Säuglingsnahrung empfohlen, insbesondere nicht im ambulanten Bereich (Florez et al., 2020; Guarino et al., 2014; Posovszky et al., 2024). Eine Recherche zu Publikationen, die nach Aktualisierung der S2k-Leitlinie zur AGE im Kindesalter erschienen sind, ergab hierzu keine neuen Erkenntnisse.

Abgesehen davon, dass laktosefreie Säuglingsnahrung bei AGE im Säuglingsalter nicht routinemäßig empfohlen wird, können laktosereduzierte Säuglingsnahrungen im Vergleich zu gewöhnlicher Säuglingsanfangsnahrung, die i.d.R. ausschließlich Laktose enthalten, erhöhte Glukosegehalte aufweisen, da den Produkten neben/anstelle von Laktose andere Kohlenhydrate wie beispielsweise Maltodextrine oder Glukosesirup als alternative Kohlenhydratquellen zugesetzt werden (Mokhatri et al., 2024; Larson-Nath et al., 2025). Insbesondere bei einer längeren Verwendung im Säuglingsalter wäre dies als kritisch anzusehen. Es gibt Hinweise, dass die Verwendung einer laktosereduzierten, Glukosesirup-basierten, Säuglingsnahrung mit einem erhöhten Risiko für Adipositas im Kleinkindalter einhergeht (Anderson et al. 2022).

Zusammenfassend wird bei häufigem oder anhaltendem Durchfall im Säuglingsalter kein genereller Nutzen einer speziellen Säuglingsnahrung mit im Vergleich zu herkömmlicher Säuglingsanfangs- oder Folgenahrung veränderter Zusammensetzung gesehen. Stattdessen soll auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden und im Allgemeinen die gewohnte altersentsprechende Nahrung angeboten werden.

Insbesondere sollten bei anhaltendem Durchfall bzw. einer Durchfalldauer von mehr als 14 Tagen sowie bei weiteren Symptomen andere Erkrankungen wie zum Beispiel persistierende Infektionen oder Reinfektionen, Kuhmilchproteinallergie, Kohlenhydrat-Malabsorptionen, primäre Laktoseintoleranz, Zöliakie oder chronische Magen-Darm-Erkrankungen (chronisch

entzündliche Darmerkrankung), bei denen Durchfall ein Hauptsymptom sein kann, in die Ursachensuche einbezogen werden (Posovszky et al., 2024; Claßen 2022). Ernährungsmaßnahmen bei anhaltendem Durchfall sind also individuell – in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Ursache und von der klinischen und biochemischen Beurteilung – zu treffen. Schließlich gibt es für einige wenige, genau definierte Krankheitsbilder, die ggf. ursächlich für die Durchfallsymptomatik sein können, tatsächlich Indikationen für die Verwendung spezifisch zusammengesetzter Säuglingsnahrungen. Die Verwendung derartiger Nahrungen soll jedoch nur nach einer ärztlich bestätigten Diagnose sowie unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. So können beispielsweise bei Nahrungsmittelallergien therapeutische Spezialnahrungen oder bei Galaktosämie, sowie bei hereditärer Laktoseintoleranz (kongenitaler Laktasemangel) laktosefreie Säuglingsnahrungen auf der Basis von Sojabohneneiweißisolat angezeigt sein.

### **3.4 Allgemeine Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften bezüglich spezieller Säuglingsnahrungen**

Zwei aktuelle Stellungnahmen der Ernährungskommissionen deutschsprachiger und europäischer medizinischer, pädiatrischer Fachgesellschaften positionieren sich zur Verwendung von diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke bei Säuglingen (DGKJ, 2022; Haiden et al., 2024). Zwar wird auf Spezialnahrungen für Säuglinge mit Auslobung für Durchfall in den beiden Stellungnahmen nicht explizit eingegangen; eine Verwendung von Spezialnahrungen mit Auslobung für unterschiedliche gastrointestinale Beschwerden bei Säuglingen wird jedoch nicht empfohlen. Auch wird darauf hingewiesen, dass es unabhängig davon, ob ein Säugling gestillt wird oder mit Säuglingsnahrung ernährt wird, wichtig ist, den Eltern zu versichern, dass funktionelle gastrointestinale Störungen normal sind und in der Regel keine Behandlung oder Umstellung auf eine spezielle Säuglingsnahrung erfordern (Haiden et al., 2024). Schließlich wird betont, dass Spezialnahrungen nur aufgrund der Beratung von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal verwendet und unter medizinischer Aufsicht eingesetzt werden sollen und bei einem Verkauf in Supermärkten oder Drogerien nicht zu gewährleisten ist, dass diese Anforderungen erfüllt werden (DGKJ, 2022).

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Elterninfo Durchfall

- <https://www.dgkj.de/eltern/dgkj-elterninformationen/elterninfo-durchfall>

#### **Weitere Informationen auf der BfR-Website zu Säuglingsnahrung**

Empfehlungen zur hygienischen Zubereitung pulverförmiger Säuglingsnahrung  
<https://www.bfr.bund.de/cm/343/empfehlungen-zur-hygienischen-zubereitung-pulverfoermiger-saeuglingsnahrung.pdf>

BfR-Stellungnahme, Gesundheitlicher Nutzen von Säuglingsnahrung mit Zusatz von „Probiotika“ wissenschaftlich weiterhin nicht belegt  
<https://www.bfr.bund.de/stellungnahme/gesundheitlicher-nutzen-von-saeuglingsnahrung-mit-zusatz-von-probiotika-wissenschaftlich-weiterhin-nicht-belegt/>

BfR-Stellungnahme, Gesundheitliche Vorteile von Säuglingsanfangs- und Folgenahrung mit humanen Milcholigo- und/oder Galaktooligosacchariden noch nicht belegt

<https://www.bfr.bund.de/stellungnahme/gesundheitliche-vorteile-von-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung-mit-humanen-milcholigo-und-oder-galaktooligosacchariden-noch-nicht-belegt/>

## 4 Referenzen

Anderson CE, Whaley SE, Goran MI (2022). Lactose-reduced infant formula with corn syrup solids and obesity risk among participants in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *Am J Clin Nutr.* 116: 1002-1009.

Claßen M (2022). Chronische Diarrhö bei Kindern und Jugendlichen. *Gastro-News.* 09: 40-5.

DGKJ (2022). Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde e. V. (ÖGKJ), Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) & Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP). Verwendung von diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke („bilanzierte Diäten“) für Säuglinge, Aktualisierung 2022. *Monatsschr Kinderheilkd* 170: 1023–1031.

DVO (EU) 2016/127. Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission vom 25. September 2015 zur Ergänzung der Verordnung (EU) Nr. 609/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die besonderen Zusammensetzungs- und Informationsanforderungen für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung und hinsichtlich der Informationen, die bezüglich der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern bereitzustellen sind. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0127>, Zugriff am 18.06.2026.

DVO (EU) 2016/18. Delegierte Verordnung (EU) 2016/128 der Kommission vom 25. September 2015 zur Ergänzung der Verordnung (EU) Nr. 609/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die besonderen Zusammensetzungs- und Informationsanforderungen für Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32016R0128>, Zugriff am 18.06.2026.

EFSA (2015). Scientific and technical guidance on foods for special medical purposes in the context of Article 3 of Regulation (EU) No 609/2013. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. *EFSA Journal* 13: 4300.

Florez ID, Veroniki AA, Al Khalifah R, Yepes-Nuñez JJ, Sierra JM, Vernooij RWM, Acosta-Reyes J, Granados CM, Pérez-Gaxiola G, Cuello-Garcia C, Zea AM, Zhang Y, Foroutan N, Guyatt GH, Thabane L (2018). Comparative effectiveness and safety of interventions for acute diarrhea and gastroenteritis in children: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS One.* 13: e0207701.

Florez ID, Niño-Serna LF, Beltrán-Arroyave CP (2020). Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children. *Curr Infect Dis Rep.* 22: 4.

Giannattasio A, Guarino A and Lo Vecchio A (2016). Management of children with prolonged diarrhea. *F1000Res.* 5: F1000 Faculty Rev-206.

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H (2014). European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 59: 132-52.

Haiden N, Savino F, Hill S, Kivelä L, De Koning B, Köglmeier J, Luque V, Moltu SJ, Norsal L, De Pipaon MS, Verduci E, Bronsky J (2024). Infant formulas for the treatment of functional gastrointestinal disorders: A position paper of the ESPGHAN Nutrition Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 79: 168-180.

Jackson AA (1993). Chronic malnutrition: protein metabolism. *Proc Nutr Soc.* 52: 1-10.

Johnston BC, Shamseer L, da Costa BR, Tsuyuki RT, Vohra S (2010). Measurement issues in trials of pediatric acute diarrheal diseases: a systematic review. *Pediatrics* 126: e222-31.

Larson-Nath C, Bashir A, Herdes RE, Kiernan B, Lai J, Martin N, Misner N, Pandey A, Puri K, Zong W, Duro D (2025). Term infant formula macronutrient composition: An update for clinicians. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 80: 751-759.

Lo Vecchio A, Vandenplas Y, Benninga M, Broekaert I, Falconer J, Gottrand F, Lifschitz C, Lionetti P, Orel R, Papadopoulou A, Ribes-Koninckx C, Salvatore S, Shamir R, Schäppi M, Staiano A, Szajewska H, Thapar N, Wilschanski M, Guarino A (2016). An international consensus report on a new algorithm for the management of infant diarrhoea. *Acta Paediatr.* 105: 384-9.

MacGillivray S, Fahey T, McGuire W (2013). Lactose avoidance for young children with acute diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 10: CD005433.

Mann MD, Hill ID, Peat GM, Bowie MD (1982). Protein and fat absorption in prolonged diarrhoea in infancy. *Arch Dis Child.* 57: 268-73.

Mokhtari P, Schmidt KA, Babaei M, Goran MI. Altered Nutrient Composition of Lactose-Reduced Infant Formula (2024). *Nutrients* 16: 276.

Nguyen RN, Bui NQ, Thai DN (2024). Efficacy of Lactose-Free Milk in Treating Acute Gastroenteritis in Vietnamese Children: A Randomized Controlled Trial. *Cureus* 16: e61178.

Operario DJ, Platts-Mills JA, Nandan S, Page N, Seheri M, Mphahlele J, Praharaj I, Kang G, Araujo IT, Leite JPG, Cowley D, Thomas S, Kirkwood CD, Dennis F, Armah G, Mwenda JM, Wijesinghe PR, Rey G, Grabovac V, Berejena C, Simwaka CJ, Uwimana J, Sherchand JB, Thu HM, Galagoda G, Bonkougou IJO, Jagne S, Tsolenyanu E, Diop A, Enweronu-Laryea C, Borbor SA, Liu J, McMurry T, Lopman B, Parashar U, Gentsch J, Steele AD, Cohen A, Serhan F, Hout R. (2017). Etiology of Severe Acute Watery Diarrhea in Children in the Global Rotavirus Surveillance Network Using Quantitative Polymerase Chain Reaction. *J Infect Dis.* 216: 220–227.

Posovszky C, Buderus S, Huebner J, Adam R, Papan C, Gruber B, Schmid F, Krohn K, Wintermeyer P, Schwenke R, Laffolie J, Both U, Epple HJ, Reuken PA, Kipfmüller F, Schneider AM, Fruth A, Simon S, Schmitt A, Hauer AC. (2024). S2k-Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter – Update 2024. AWMF Registernummer 068-003. Z Gastroenterol. 62: 1574-1643.

Posovszky C, Buderus S, Classen M, Lawrenz B, Keller KM, Koletzko S (2020). Acute Infectious Gastroenteritis in Infancy and Childhood. Dtsch Arztebl Int. 117: 615-624.

RKI (Robert Koch-Institut): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020. Berlin 2021. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch\\_2020.html?nn=2374622](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2020.html?nn=2374622), Zugriff am 18.06.2026.

Roediger WE (1986). Metabolic basis of starvation diarrhoea: implications for treatment. Lancet 1: 1082-4.

Thapar N, Srivastava A (2024). Chronic Diarrhea in Children. Indian J Pediatr. 91: 470-471.

Thiagarajah JR, Kamin DS, Acra S, Goldsmith JD, Roland JT, Lencer WI, Muise AM, Goldenring JR, Avitzur Y, Martín MG; PediCODE Consortium (2018). Advances in Evaluation of Chronic Diarrhea in Infants. Gastroenterology 154: 2045-2059.e6.

Walker CLF, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, O'Brien KL, Campbell H, Black RE. (2013). Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. Lancet. 381: 1405-1416.

Wiegering V, Kaiser J, Tappe D, Weissbrich B, Morbach H, Girschick HJ (2011). Gastroenteritis in childhood: a retrospective study of 650 hospitalized pediatric patients. Int J Infect Dis. 15: e401-7.

## Über das BfR

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) ist eine wissenschaftlich unabhängige Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH). Es schützt die Gesundheit der Menschen präventiv in den Tätigkeitsbereichen Public Health und Veterinary Public Health. Das BfR berät die Bundesregierung und die Bundesländer zu Fragen der Lebens- und Futtermittel-, Chemikalien- und Produktsicherheit. Das BfR betreibt eigene Forschung zu Themen, die in engem Zusammenhang mit seinen Bewertungsaufgaben stehen.

## Impressum

Herausgeber:

**Bundesinstitut für Risikobewertung**

Max-Dohrn-Straße 8-10

10589 Berlin

T +49 30 18412-0

F +49 30 18412-99099

bfr@bfr.bund.de

bfr.bund.de

Anstalt des öffentlichen Rechts

Vertreten durch den Präsidenten Professor Dr. Dr. Dr. h. c. Andreas Hensel

Aufsichtsbehörde: Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat

USt-IdNr: DE 165 893 448

V.i.S.d.P: Dr. Suzan Fiack



gültig für Texte, die vom BfR erstellt wurden

Bilder/Fotos/Grafiken sind ausgenommen, wenn nicht anders gekennzeichnet

**BfR** | Risiken erkennen –  
Gesundheit schützen