



Notaufnahmeregister

Jahresbericht 2025



ANMERKUNG

Das Notaufnahmeregister nutzt Routinedaten aus Notaufnahmen, die über die Plattform AKTIN des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) bereitgestellt werden. Die AKTIN-Plattform betreibt eine föderierte und verteilte Infrastruktur, über die Routinedaten aus der Notfallbehandlung verfügbar gemacht werden können. Die Daten werden dezentral in den jeweiligen Notaufnahmen vorgehalten, es können nur Teildatensätze abgefragt werden. Jede Datenbereitstellung durch die teilnehmenden Notaufnahmen erfolgt zweckbezogen für eine dezidierte Fragestellung und basiert auf Freiwilligkeit. Da der Datenbestand kontinuierlich wächst und Auswertzeitpunkte variieren, können die genannten Zahlen der datenbereitstellenden Kliniken und Fallzahlen einzelner Auswertungen von denen bereits veröffentlichter Analysen abweichen. Als Plattform für Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin ist die AKTIN-Infrastruktur Teil des NUM.

Inhalt

1. AKTIN UND DAS NOTAUFNAHMEREKISTER	4
2. ÜBER DEN JAHRESBERICHT 2025.....	6
3. BERICHT AUS DEN KINDERNOTAUFNAHMEN	7
3.1. FALLZAHLEN UND ALTERSVERTEILUNG.....	8
3.2. VORSTELLUNGSGRÜNDE UND DIAGNOSEN	9
4. BERICHT DER ZENTRALEN NOTAUFNAHMEN/ NOTFALLKLINIKEN	10
4.1. FALLZAHLEN	11
4.2. ALTER UND GESCHLECHT	12
4.3. BEHANDLUNGSDRINGLICHKEIT.....	13
4.4. ZUWEISUNG	14
4.5. TRANSPORT	15
4.6. VORSTELLUNGSGRÜNDE NACH CEDIS-PCL	16
4.7. NOTAUFNAHMEDIAGNOSEN NACH ICD-10	17
5. AUTOREN	18

1. AKTIN und das Notaufnahmeregister

Das „Aktionsbündnis zur Verbesserung der Kommunikations- und Informationstechnologie in der Intensiv- und Notfallmedizin“ (AKTIN e.V.) setzt sich für Wissenschaft, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Akut-, Notfall- und Intensivmedizin durch die standardisierte und datenschutzkonforme Nutzung digitaler Routinedaten ein. Die aus diesem Bündnis heraus entstandene AKTIN-Infrastruktur und des darauf betriebenen Notaufnahmeregisters wurden im Projekt „Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters“ entwickelt. Das Projekt wurde durch eine Förderung des damaligen Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), des heutigen Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) zwischen 2013 und 2019 aufgebaut (FKZ: 01KX1319A). Seit 2020 ist die AKTIN-Infrastruktur eine Basisinfrastruktur im Kontext des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) und fungiert als NUM-Plattform für Routinedaten aus der Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin. Der Betrieb der AKTIN-Infrastruktur erfolgt durch das Institut für Medizinische Informatik (IMI) am Universitätsklinikum Aachen und das Institut für Public Health in der Akutmedizin (IPHAM) der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg als Infrastrukturbetreibende in Kooperation mit den teilnehmenden Notaufnahmen.

Mit der AKTIN-Infrastruktur steht dem Notaufnahmeregister eine technische Grundlage zur Verfügung. Deutschlandweit beteiligen sich Notaufnahmen und Notfallzentren; zugleich wächst der Anteil teilnehmender Kindernotaufnahmen stetig. Die Kliniken stammen sowohl aus dem universitären als auch nicht-universitären Bereich. Die jeweils aktuelle Liste der teilnehmenden Kliniken finden Sie auf unserer Webseite www.aktin.org.

Die Notfallversorgung in Deutschland befindet sich seit einigen Jahren im Umbruch. Außer stichprobenhaften Datenerhebungen im Rahmen von einzelnen Umfragen oder Studien waren lange Zeit keine regelmäßigen und einrichtungsübergreifenden Datensammlungen in der klinischen Notfallmedizin vorhanden. Eine valide und umfassende Datenerhebung zur Anzahl, den Vorstellungsgründen und der Versorgungssituation von Notfallpatient:innen ist zur Bewertung der Maßnahmen allerdings notwendig. Organisatorisch relevante Kennzahlen, die zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität der Notaufnahmen herangezogen werden können, standen im internationalen Vergleich in Deutschland abgesehen von Einzelfällen nur unzureichend zur Verfügung.

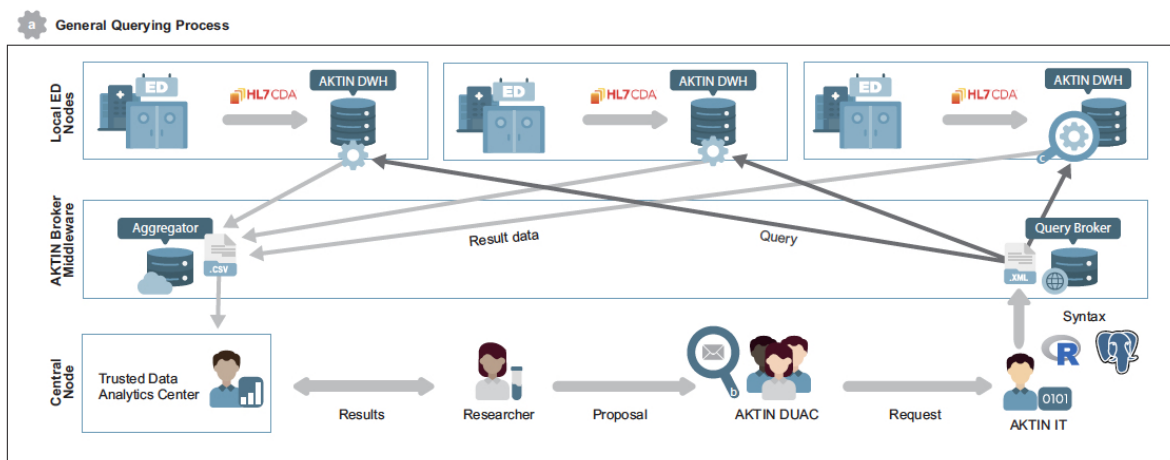
Die AKTIN-Infrastruktur und das Notaufnahmeregister bilden die Datenbasis für die systematische Analyse organisatorischer und medizinischer Kennzahlen verschiedener Versorgungsformen und dienen zugleich als interoperable, bundesweite Plattform für Forschung, Qualitätssicherung und Public-Health-Monitoring in der klinischen Notfallversorgung.

In dem Notaufnahmeregister werden auf der Basis eines einheitlichen Standards elektronisch dokumentierte Behandlungsfälle aus den teilnehmenden Notaufnahmen dezentral gesammelt.

Die Erhebung der Daten in der Routineversorgung der Notfallpatient:innen unter größtmöglicher Vermeidung von Redundanz ermöglicht die Verwendung von umfangreichen

tagesaktuellen und flächendeckenden Datensätzen für Fragen des Qualitätsmanagements, der Versorgungsforschung (Secondary Use), der Gesundheitsberichterstattung sowie der Surveillance von infektiösen und nicht-infektiösen Krankheitsgeschehen. Die Basis für die Datenerhebung in der AKTIN-Infrastruktur ist der von der Sektion Notfalldokumentation der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) entwickelte Datensatz Notfalldokumentation bzw. das daraus gebildete Szenario Notaufnahmeregister.

Um für die verschiedenen Fragestellungen die relevanten Daten zusammenzuführen, wurde für das Notaufnahmeregister eine DSGVO-konforme dezentrale Registerinfrastruktur implementiert.



Darstellung der AKTIN-Infrastruktur.¹

In der klinischen Versorgungsroutine erhobene Daten werden automatisiert in dezentralen Data-Warehouses (AKTIN-DWH) der teilnehmenden Standorte übertragen. Die Daten werden pseudonymisiert und innerhalb des Behandlungskontextes dezentral vorgehalten. Dies geschieht gemäß den Vorschriften des jeweiligen Bundeslandes. Zu Zwecken der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung sind diese Daten für die Kliniken über eine Benutzeroberfläche verfügbar. Für wissenschaftliche und statistische Zwecke können die gesammelten Daten über einen zentralen AKTIN-Broker zusammengeführt werden – allerdings erst nachdem ein wissenschaftliches Kontrollgremium – das Data Use and Access Committee (DUAC) – eine entsprechende Anfrage geprüft und genehmigt hat. Die Datenbereitstellung jeder Notaufnahme erfolgt weiterhin erst nach der Freigabe durch die verantwortlichen Ansprechpartner:innen (meist Notaufnahmeleiter:innen). Die Teilnahme an den Datenanfragen ist für die Notaufnahmen immer freiwillig. Die anschließende Datenanalyse erfolgt durch das *Trusted Data Analytics Center (TDAC)* Magdeburg.

¹ Bienzeisler, J., Kombeiz, A., Ehrentreich, S. *et al.* Implementation report on pioneering federated data access for the German National Emergency Department Data Registry. *npj Digit. Med.* **8**, 94 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01481-w>

2. Über den Jahresbericht 2025

Alle teilnehmenden Notaufnahmen, wurden zur Datenbereitstellung für das Jahr 2025 angefragt (Antrag auf Datenauswertung ID2021-007). Es wurden die Daten zu Aufnahme datum, Alter, Geschlecht, Zuweisung, Transport, Verbleib, Vorstellungsgrund (CEDIS-PCL⁴) und ICD-10-GM Diagnose abgefragt und deskriptiv im AKTIN-TDAC ausgewertet.

Insgesamt haben sich für diesen Jahresbericht 78 Notaufnahmen an der Datenerhebung beteiligt. Alle Fälle, die zwischen dem 01.01.2025 und 31.12.2025 administrativ aufgenommen wurden, flossen in den Bericht ein.



2.497.558

Behandlungsfälle wurden im Berichtszeitraum erfasst.

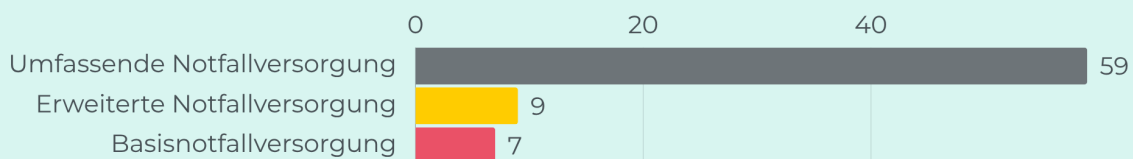
78

Notaufnahmen haben sich an dem Bericht beteiligt.

13

Bundesländer sind in den Auswertungen abgebildet.

VERSORGUNGSTUFEN DER NOTAUFNAHMEN



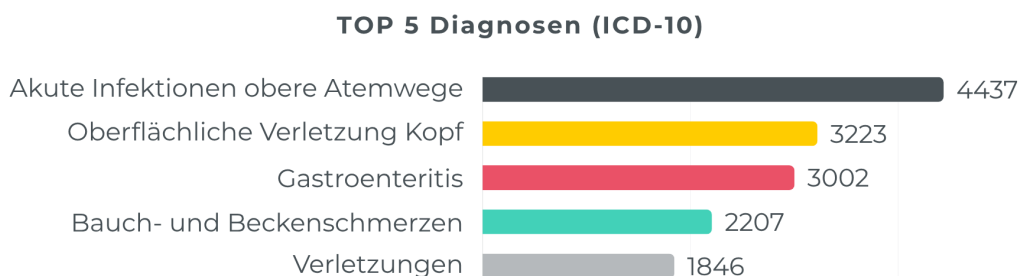
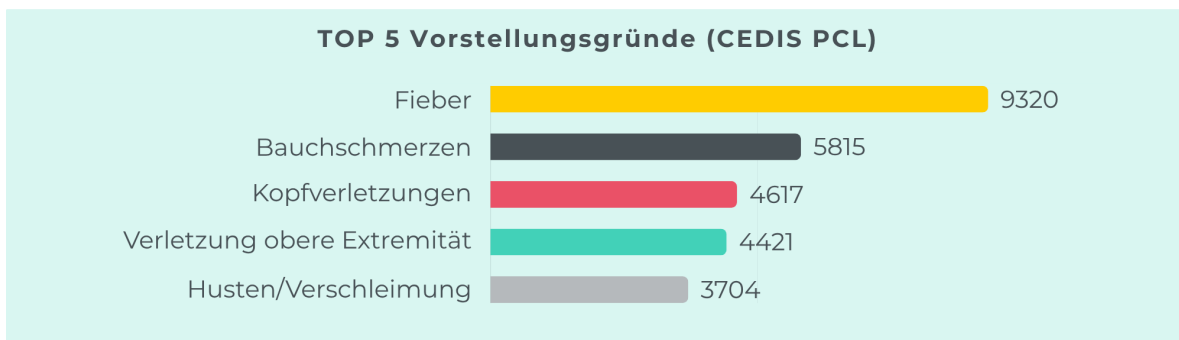
Die Anzahl der Vorstellungen in der Notaufnahme pro Klinik lag zwischen 1.795 und 105.324 Fälle im Jahr 2025.

Es sind 26 weitere Notaufnahmen an die AKTIN-Infrastruktur angeschlossen, die sich noch in der Implementierungs- oder Datenqualitätsprüfungsphase befinden, weshalb ihre Daten derzeit noch nicht für Auswertungen verfügbar sind.

² Stand 26.05.2026, nehmen 102 Notaufnahmen (davon 13 Kindernotaufnahmen) am Notaufnahmeregister teil.

3. Bericht aus den Kindernotaufnahmen

An dieser Stelle geben wir einen Einblick in die Daten aus der Notfallversorgung in **spezialisierten Kindernotaufnahmen**. An der Datenerhebung für diesen Bericht haben sich 9 der 13 teilnehmenden Kindernotaufnahmen beteiligt. Alle Fälle, die zwischen dem 01.01.2025 und 31.12.2025 in einer der teilnehmenden Notaufnahme administrativ aufgenommen wurden, flossen in diesen Bericht ein.



Die Fallzahlen betragen zwischen 3.246 und 33.106 Vorstellungen pro Kindernotaufnahme.

Die teilnehmenden pädiatrischen Notaufnahmen befinden sich in 6 Bundesländern: Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein.

³ 100.474 gültige Fälle mit Angabe zum Verbleib.

3.1. Fallzahlen und Altersverteilung

Eine Übersicht zu den Fallzahlen der Monate, Wochentage und im Tagesverlauf ist in den Abbildungen 1A und B enthalten.

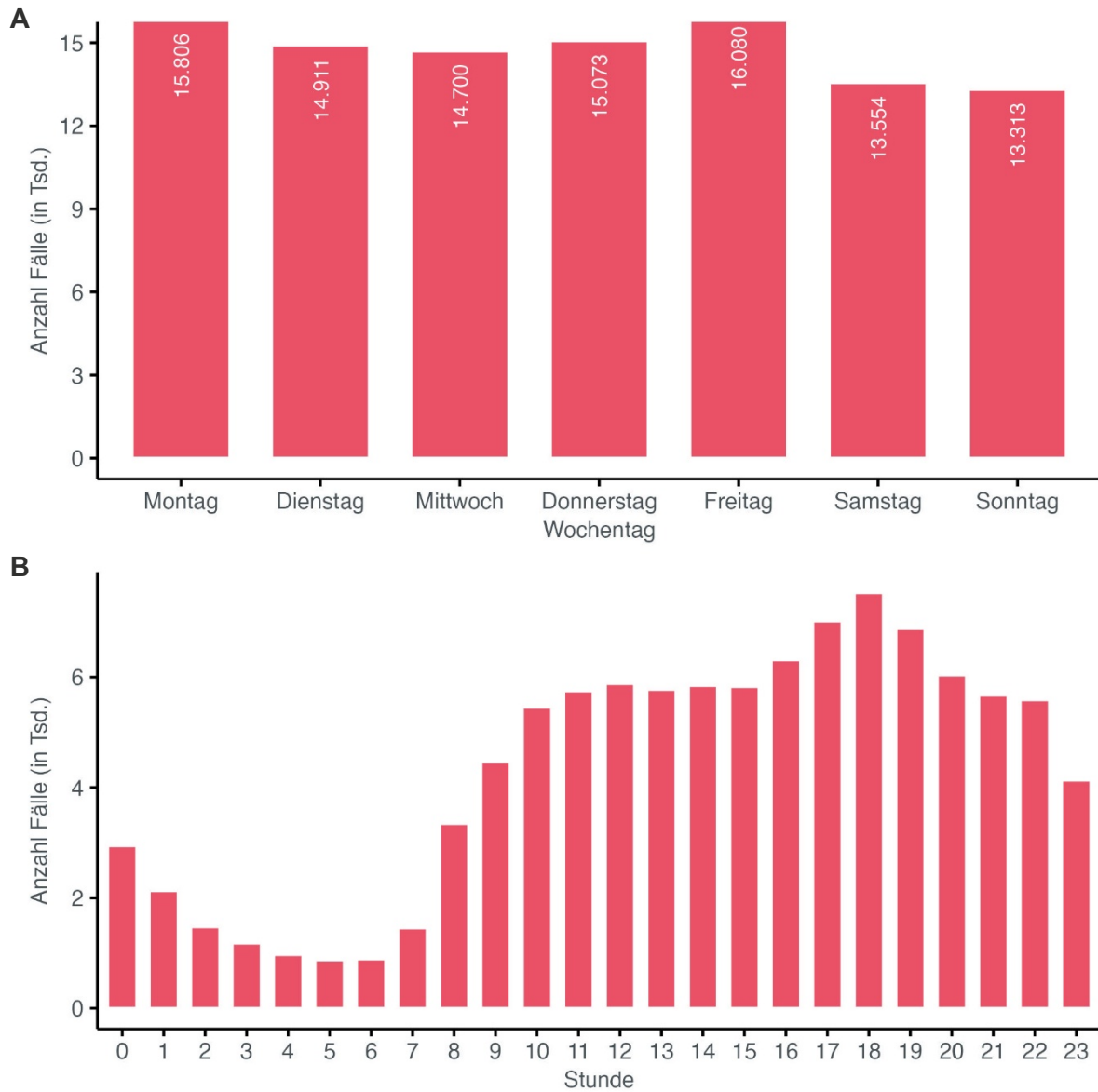


Abbildung 1: Fallzahlen der Kindernotaufnahmen. A - Fälle pro Wochentag, B – Fälle im Tagesverlauf

3.2. Vorstellungsgründe und Diagnosen

Die nachfolgenden Abbildungen präsentieren die 10 häufigsten Vorstellungsgründe nach der Canadian Emergency Department Information System Presenting Complaint List (CEDIS-PCL⁴) (Abb. 3A). Die 10 häufigsten Notaufnahmediagnosen (Kategorien/Dreisteller) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) werden in Abbildung 3B dargestellt.

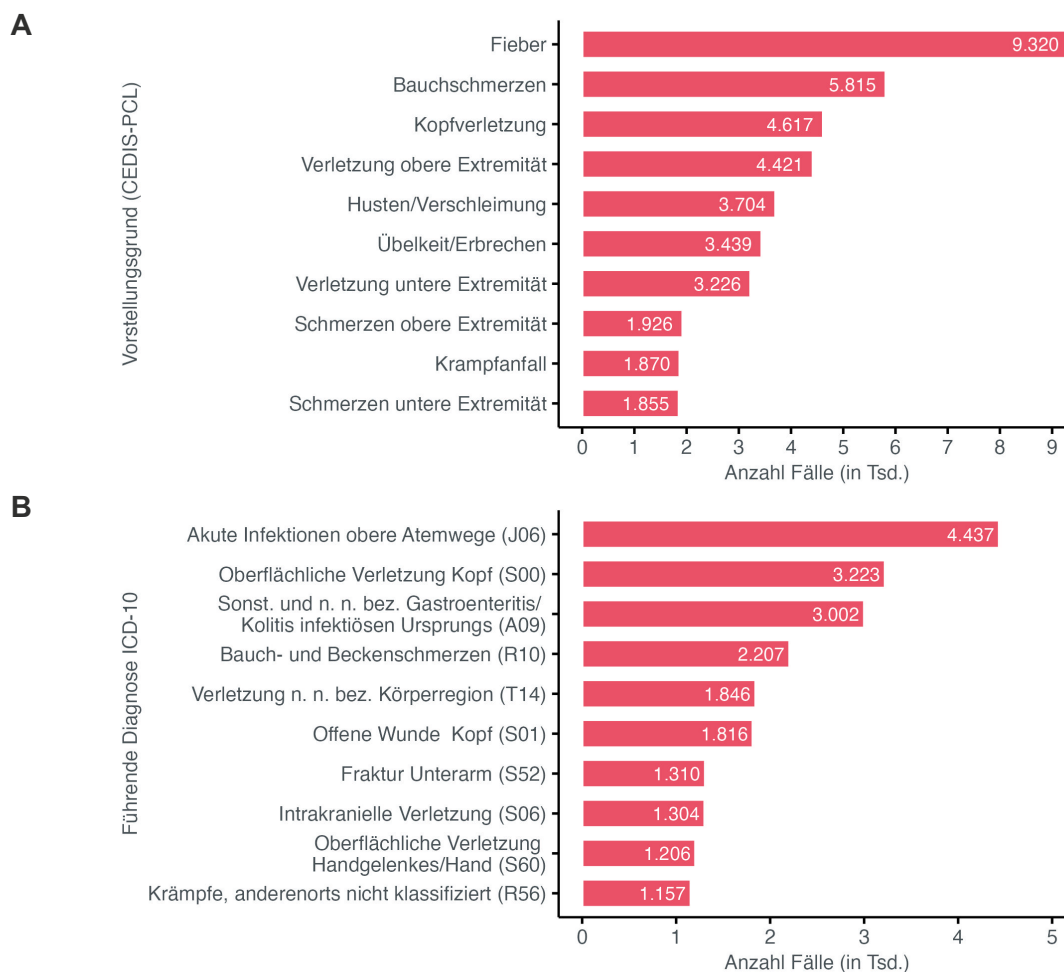


Abbildung 3: Vorstellungsgründe und Diagnosen der Kindernotaufnahmen. **A** - Die häufigsten Vorstellungsgründe nach CEDIS-PCL, **B** – Die häufigsten Notaufnahmediagnosen nach ICD-10-GM

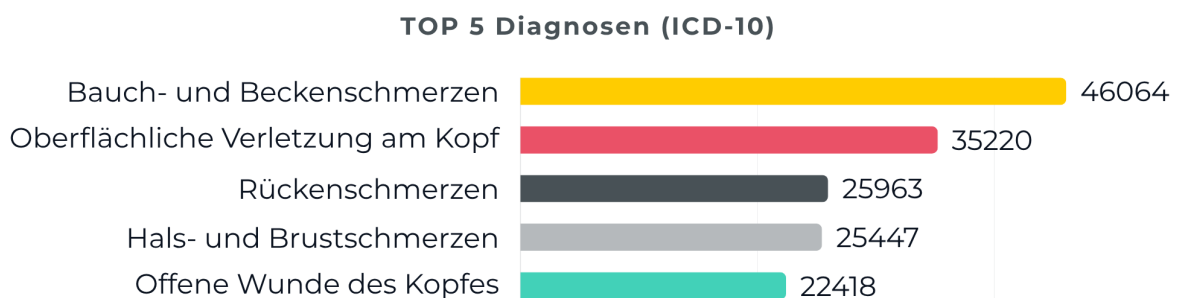
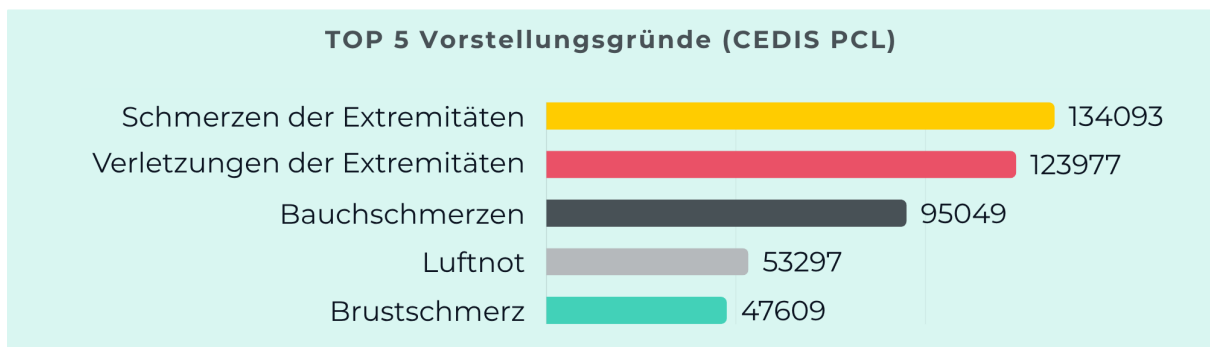
Von 73.358 Fällen (71 %) stand der Vorstellungsgrund nach CEDIS-PCL zur Auswertung zur Verfügung. 40.193 Fälle (55 %) weisen einen der 10 am häufigsten dokumentierten CEDIS-PCL-Vorstellungsgründe auf.

Bei 69.466 Fällen (67 %) standen Diagnosen zur Verfügung. Für die Auswertung standen 65.594 (94 %) Fälle mit der Kennzeichnung der führenden Diagnose zur Verfügung. Davon weisen 21.508 Fälle (33 %) eine der 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10-GM auf.

⁴ Canadian Association of Emergency Physicians CAEP, CEDIS Presenting Complaint List 3.0 <http://caep.ca/resources/ctas/cedis> Copyright englisches Original: Creative Commons Attribution-No Derivative Works 2.5 Canada License, Deutsche Übersetzung: <http://links.lww.com/EJEM/A156>, Copyright deutsche Übersetzung: Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International.

4. Bericht der zentralen Notaufnahmen

An der Datenerhebung für diesen Bericht haben sich 69 der teilnehmenden **zentralen Notaufnahmen** beteiligt. Alle Fälle, die zwischen dem 01.01.2025 und 31.12.2025 in einer der teilnehmenden Notaufnahmen administrativ aufgenommen wurden, flossen in diesen Bericht ein.



Die Fallzahlen betragen zwischen 1.795 und 105.323 Vorstellungen pro Notaufnahme.⁶

⁵ 1.952.257 gültige Fälle mit Angabe zum Verbleib

⁶ Einzelne Notaufnahmen konnten nicht über den gesamten Jahresverlauf Daten bereitstellen

4.1. Fallzahlen

In den nachfolgenden Abbildungen werden die durchschnittlichen Fallzahlen über die Monate des Jahres 2025 (Abb. 4), über Wochentage (Abb. 5) und im Tagesverlauf (Abb. 6) dargestellt.

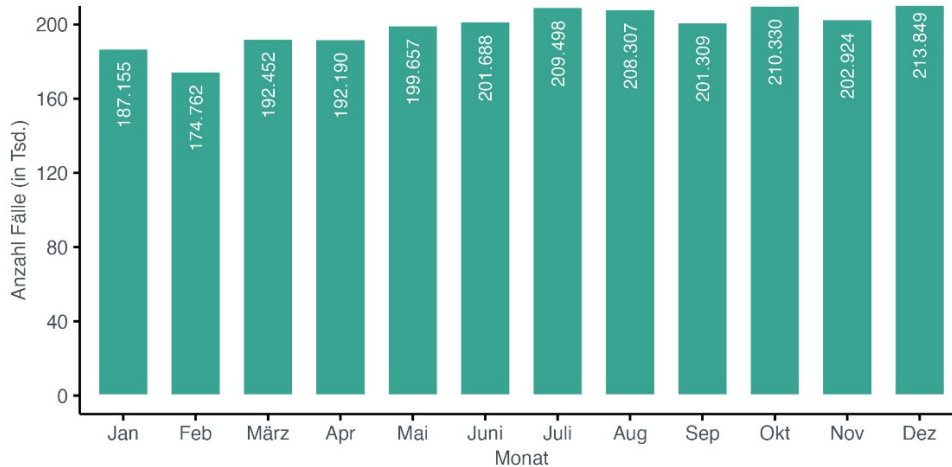


Abbildung 4: Anzahl der Fälle in zentralen Notaufnahmen pro Monat

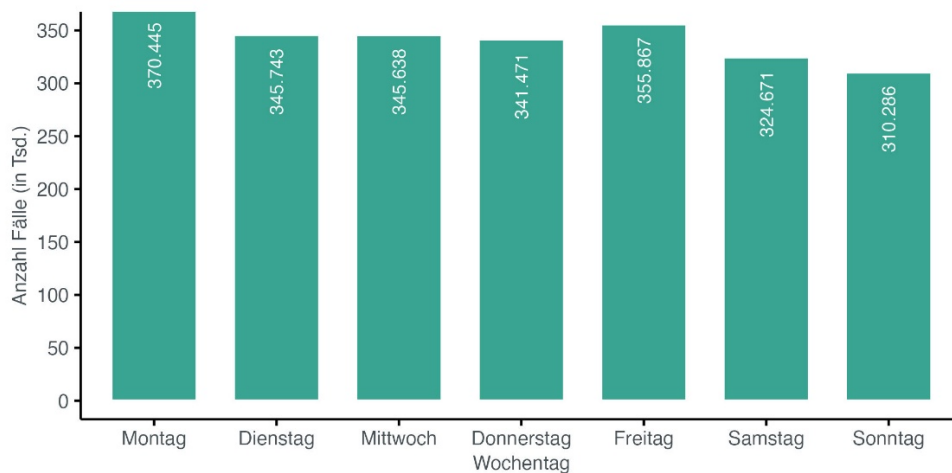


Abbildung 5: Anzahl der Fälle in zentralen Notaufnahmen pro Wochentag

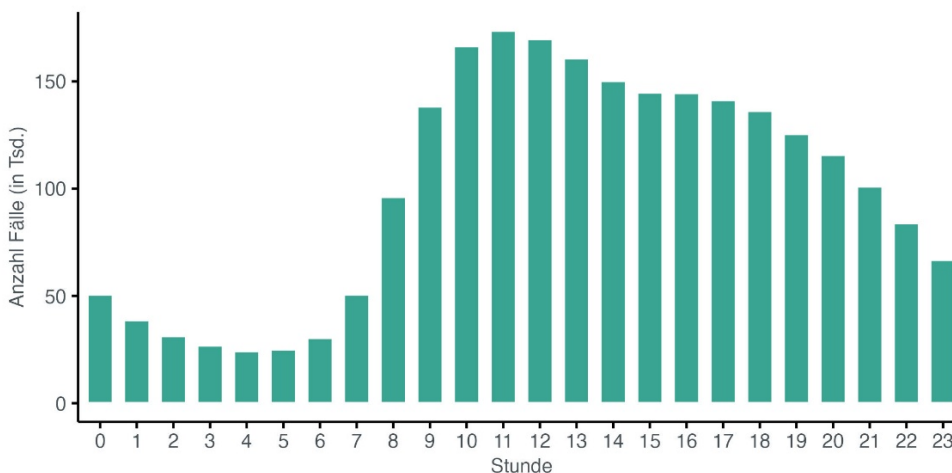


Abbildung 6: Anzahl der Fälle in zentralen Notaufnahmen pro Stunde

4.2. Alter und Geschlecht

Abbildung 7 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung der Notaufnahmepopulation im Jahr 2025 im Vergleich zur bundesweiten Altersverteilung der Bevölkerung.⁷

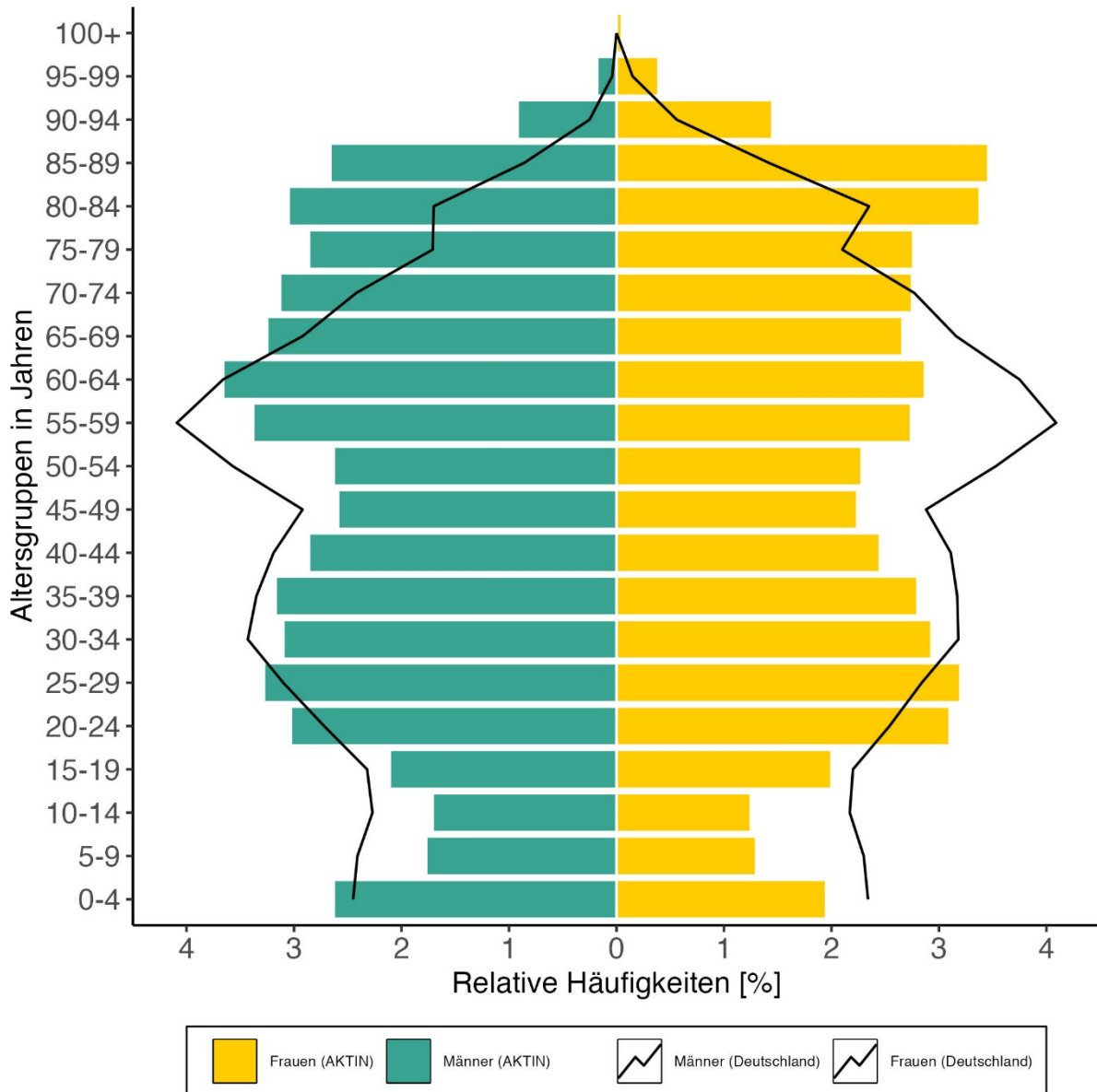


Abbildung 7: Alters- und Geschlechtsverteilung der Fälle in zentralen Notaufnahmen

⁷ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/inhalt.html;jsessionid=6E8534F6789504A1B7EBCD53CC13E11B.live712#sprg229086>

4.3. Behandlungsdringlichkeit

Die Darstellung der Behandlungsdringlichkeit der Notaufnahmefälle erfolgt getrennt nach den Triage-Systemen *Manchester Triage System* (MTS; Abb. 8) und *Emergency Severity Index* (ESI; Abb. 9).

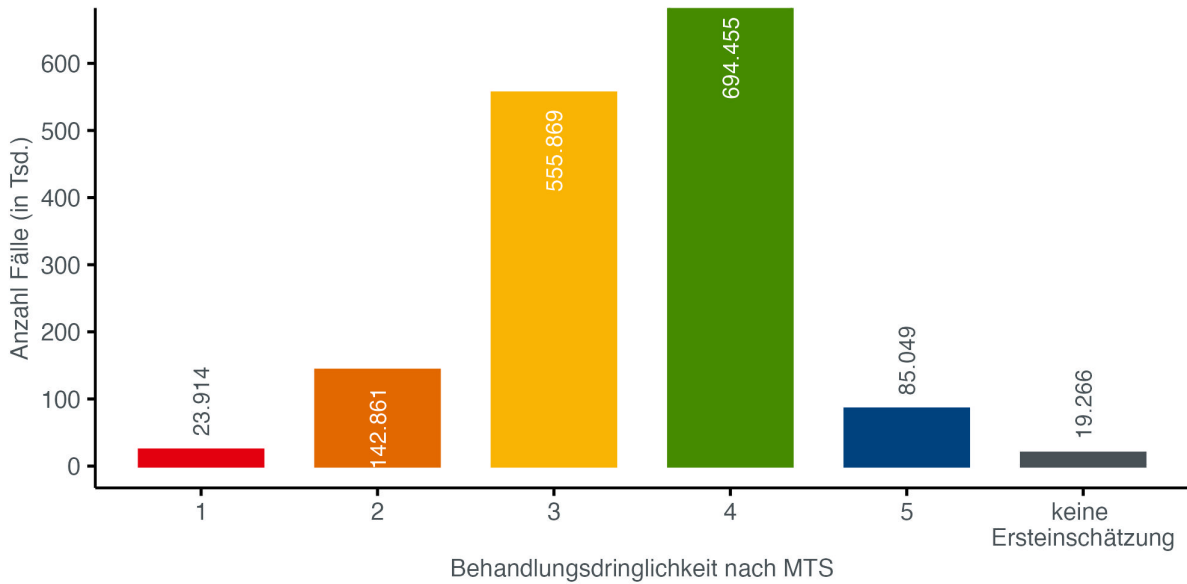


Abbildung 8: Behandlungsdringlichkeit nach MTS in zentralen Notaufnahmen

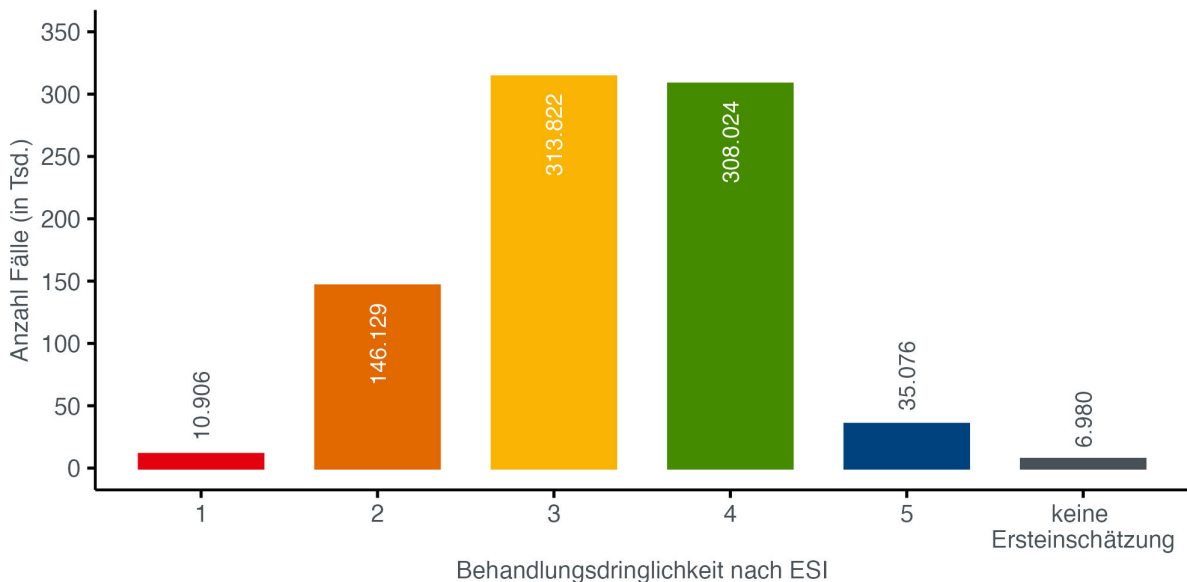


Abbildung 9: Behandlungsdringlichkeit nach ESI in zentralen Notaufnahmen

In einer teilnehmenden Notaufnahme mit 6.097 Fällen wurde die Behandlungsdringlichkeit mithilfe eines alternativen validierten Systems bestimmt. Da dieses im Datensatz derzeit nicht abgebildet werden kann, wird es in den vorliegenden Auswertungen nicht berücksichtigt. Eine teilnehmende Notaufnahme mit 45.673 Fällen übermittelt keine Daten zur Ersteinschätzung.

4.4. Zuweisung

Abbildung 10 zeigt die Zuweisungen in die Notaufnahme. Unterschieden wird dabei zwischen *Inanspruchnahme ohne Zuweisung* und *Inanspruchnahme mit Zuweisung* durch den *Rettungsdienst*, *Vertragsarzt/Praxis* oder die *KV-Praxis*.

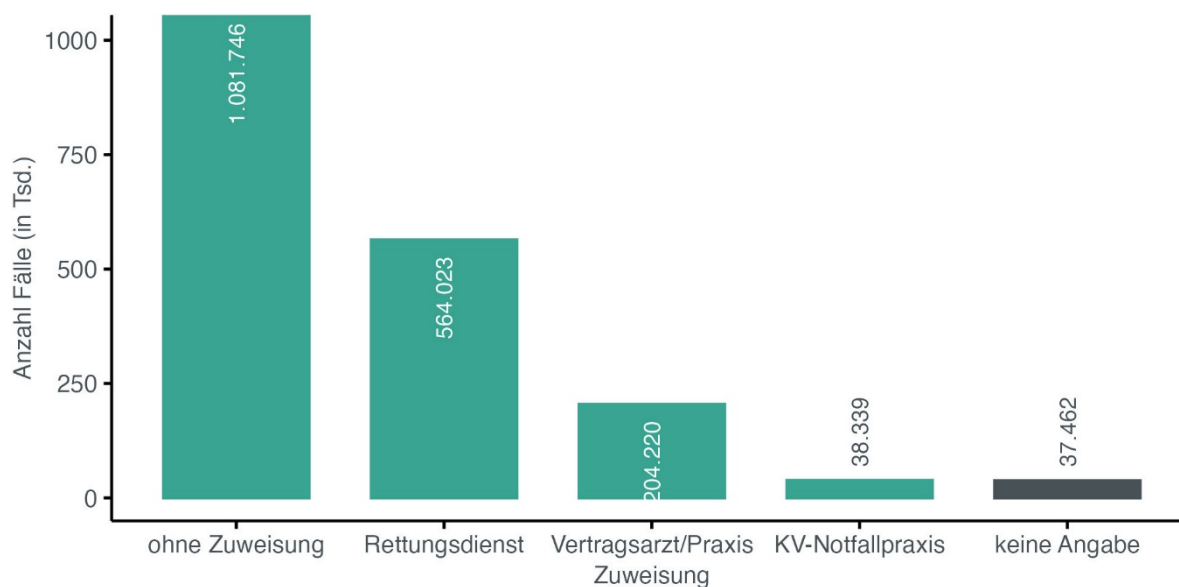


Abbildung 10: Zuweisung in die zentrale Notaufnahme

Die Angabe *ohne Zuweisung* umfasst alle Fälle, welche nicht durch einen Arzt in die Notaufnahme eingewiesen wurden oder bei denen die Angabe „Andere“ dokumentiert ist. Die Kategorie *Rettungsdienst* beinhaltet alle Fälle, welche durch einen Notarzt oder einen Rettungsdienst in die Notaufnahme eingewiesen wurden. Die Zuweisung über die *KV-Notfallpraxis* fasst alle Fälle zusammen, welche über den KV-Notdienst außerhalb des Krankenhauses oder die KV-Notfallpraxis am Krankenhaus der Notaufnahme zugewiesen wurden.

4.5. Transport

In Abbildung 11 sind die verschiedenen Transportarten in die Notaufnahme zu sehen. Dabei besteht die Möglichkeit, als Fußgänger und damit ohne Rettungsmittel oder über ein boden- bzw. luftgebundenes Rettungsmittel in der Notaufnahme vorstellig zu werden.

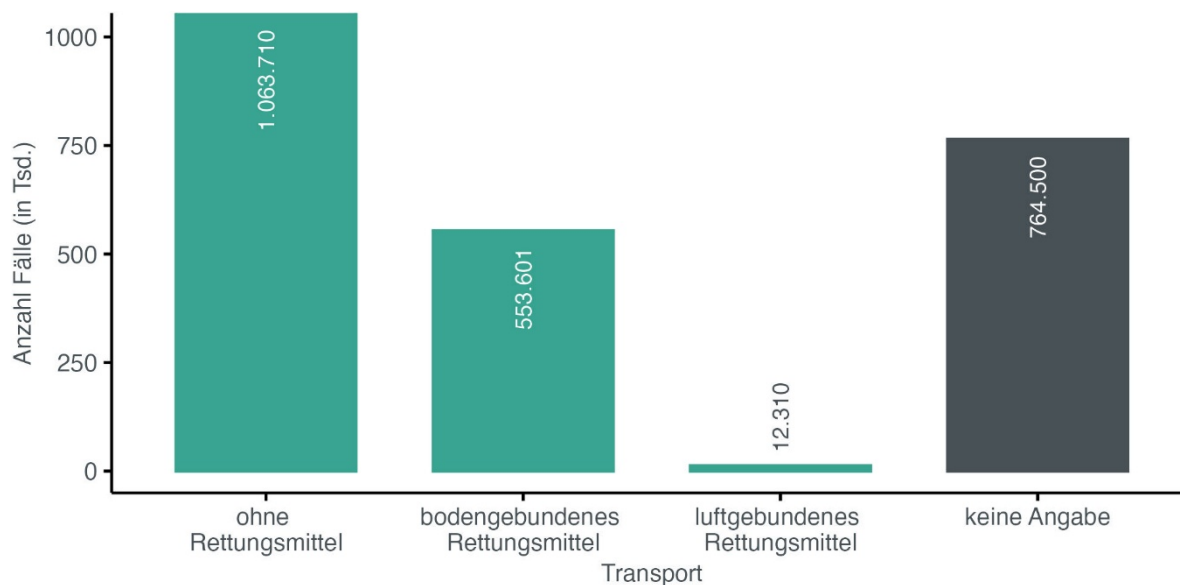


Abbildung 11: Transport in die zentrale Notaufnahme

In der Angabe *bodengebundenes Rettungsmittel* werden alle Fälle zusammengefasst, welche mit einem Krankentransportwagen (KTW), einem Rettungswagen (RTW) oder einem der Rettungsmittel Notarztwagen (NAW) / Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) / Intensivtransportwagen (ITW) in die Notaufnahme gebracht wurden. *Luftgebundene Rettungsmittel* bringen Fälle mit einem Rettungshubschrauber (RTH) oder Intensivtransporthubschrauber (ITH) in die Notaufnahmen. Unter *ohne Rettungsmittel* fallen alle Fälle, welche ohne ein Rettungsmittel in die Notaufnahme kamen oder bei denen die Angabe „Andere“ dokumentiert wurde.

4.6. Vorstellungsgründe nach CEDIS-PCL

Die nachfolgenden Abbildungen (Abb. 12, 13) präsentieren die 10 häufigsten Vorstellungsgründe nach der Canadian Emergency Department Information System Presenting Complaint List (CEDIS-PCL).⁸

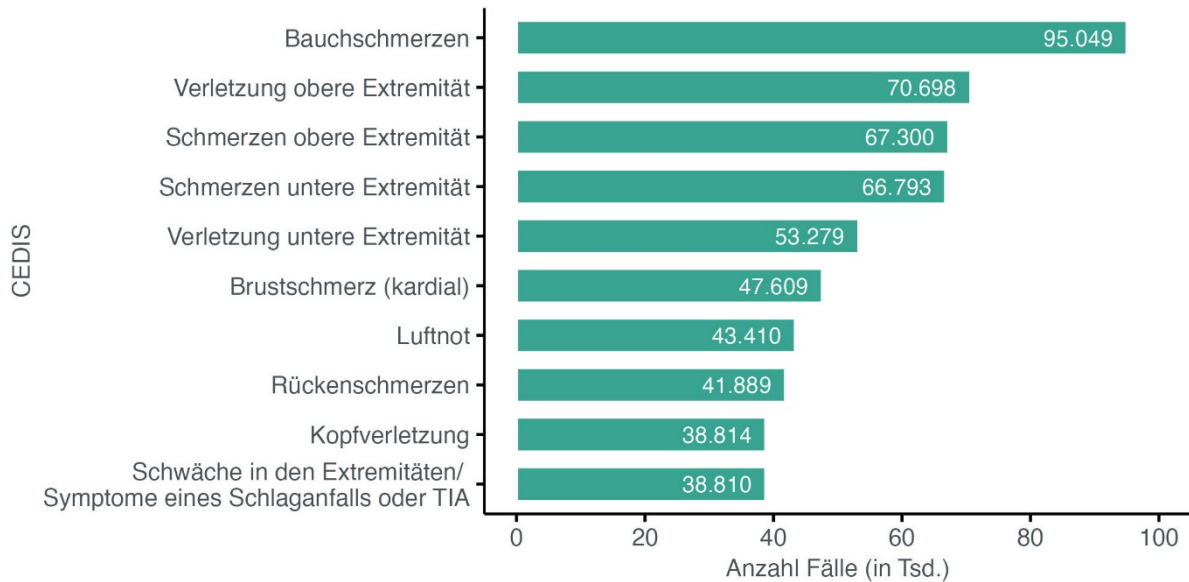


Abbildung 12: Die häufigsten Vorstellungsgründe nach CEDIS-PCL

Von 1.308.803 Fällen (55 %) stand der Vorstellungsgrund nach CEDIS-PCL zur Auswertung zur Verfügung. 563.651 Fälle (43 %) weisen einen der 10 am häufigsten dokumentierten CEDIS-PCL-Vorstellungsgründe auf.

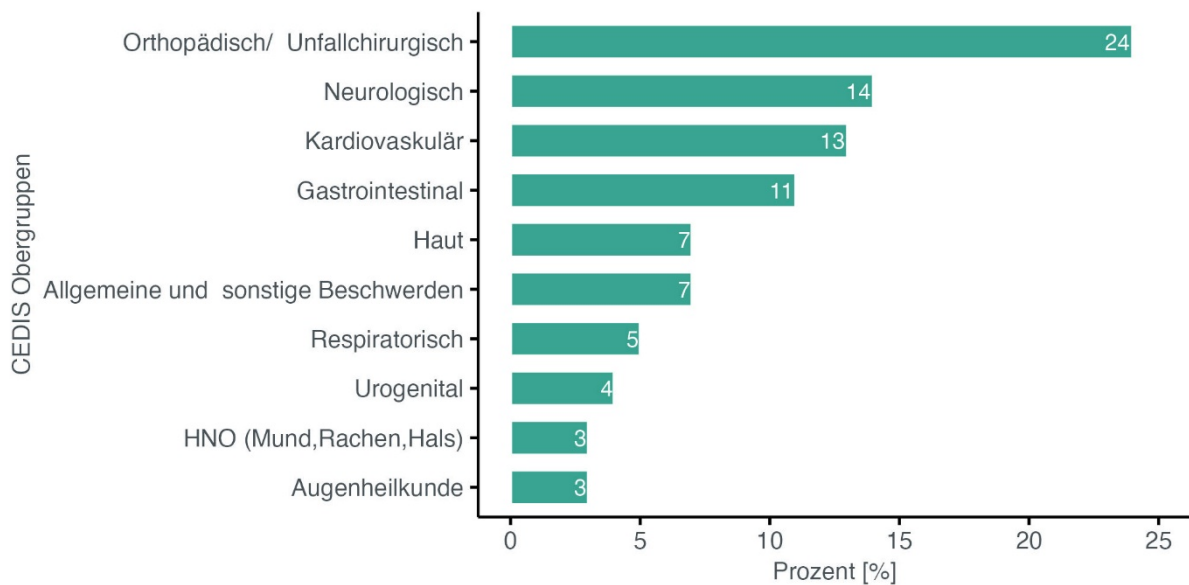


Abbildung 13: Die häufigsten Vorstellungsgründe nach CEDIS-PCL-Obergruppen

⁸ Canadian Association of Emergency Physicians CAEP, CEDIS Presenting Complaint List 3.0 <http://caep.ca/resources/ctas/cedis> Copyright englisches Original: Creative Commons Attribution-No Derivative Works 2.5 Canada License, Deutsche Übersetzung: <http://links.lww.com/EJEM/A156>, Copyright deutsche Übersetzung: Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International.

4.7. Notaufnahmediagnosen nach ICD-10

Die 10 häufigsten Notaufnahmediagnosen (Kategorien/Dreisteller) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) werden in Abbildung 14 dargestellt.

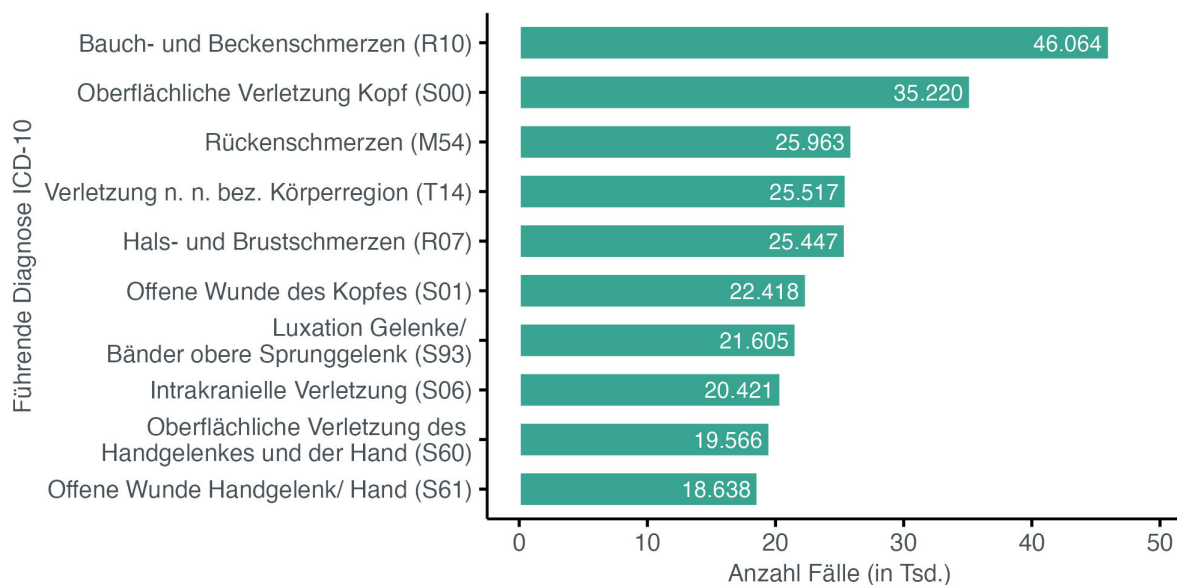


Abbildung 14: Die häufigsten Notaufnahmediagnosen nach ICD-10-GM

Von 1.548.087 Fällen (65 %) standen Diagnosen zur Verfügung. Für die Auswertung standen 1.278.591 (83 %) Fälle mit der Kennzeichnung der führenden Diagnose zur Verfügung. Davon weisen 260.859 Fälle (20 %) eine der 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10-GM auf.

5. Autoren

Autor dieses Berichts ist die AKTIN Research Group:

KLINIKEN, DIE DATEN FÜR DIESEN BERICHT BEREITGESTELLT HABEN

Uniklinik RWTH Aachen, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Jörg Brokmann, Dr. med. Carsten Mach

Ostalb-Klinikum-Aalen, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Caroline Grupp

Klinikum Aschaffenburg, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Hardy Wenderoth

Universitätsklinikum Augsburg, Zentrale Notaufnahme, PD Dr. med. Markus Wehler, Dr. med. Jürgen Neubauer

Evangelisches Klinikum Bethel Bielefeld, Notaufnahme Kinderzentrum, Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann, Dr. med. Sebastian Gaus, Sarah Winterland

Evangelisches Klinikum Bethel Bielefeld & Evangelisches Klinikum Bethel Bielefeld Schildesche, Zentrale Notaufnahmen, Dr. Kathleen Döring, Dr. med. Hans-Werner Kottkamp

Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld Klinikum Bielefeld Mitte, Bielefeld Rosenhöhe & Halle (Westfalen), Zentrale Notaufnahmen, Prof. Dr. med. Markus Roessler, Dr. Veena Mohan

Helios-Klinikum Berlin Buch, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Prof. Dr. med. Christian Wrede

Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram, Eike-Christian Kühn

Sankt Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Christian Reich, Andreas Hauf

St. Josef-Hospital Katholisches Klinikum Bochum, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Bilal Cevik

Universitätsklinikum Bonn, Klinische Akut- und Notfallmedizin, Interdisziplinäres Notfallzentrum & Kindernotaufnahme, Prof. Dr. med. Ingo Gräff, DESA, Dr. med. Sarah Kaplan

Städtisches Klinikum Braunschweig, Zentrale Notaufnahme, Dr. Stephan Höft, Dr. med. Stephanie Matis, Sabrina Heinrich

Klinikum Chemnitz, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Heike Höger-Schmidt, Dr. med. Thomas Baitz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Zentrale Notaufnahme, Dr. Konrad Kamin

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Kindernotaufnahme, Prof. Dr. Sebastian Brenner, Dr. David Brandt

Universitätsklinikum Düsseldorf, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Michael Bernhard

Kliniken Region Emden & Aurich & Norden, Zentrale Notaufnahmen, Dr. med. Alexander Dinse-Lambracht

Universitätsklinikum Erlangen, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Thomas Förtsch, Dr. med. Nizam Al-Zaher

St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Zentrale Notaufnahme, Dr. Thorsten Müllly, Thomas Scholl

Universitätsmedizin Essen, Zentrum für Notfallmedizin, Prof. Dr. med. Clemens Kill, Dr. med. Randi Katrin Manegold

Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Prof. Dr. med. Philipp Störmann, Dr. med. Nicolas Söhling, Dr. med. Lea Usov

Universitätsklinik Freiburg, Zentrum für Notfall- und Rettungsmedizin, Universitäts-Notfallzentrum (UNZ), Prof. Dr. med. Hans-Jörg Busch, Dr. med. Felix P. Hans

Klinikum Fürth, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Harald Dormann, Dr. med. Marina Karg

Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Thomas Händl

Universitätsklinikum Gießen, Zentrale Notaufnahme, Jonas Behnke

Universitätsmedizin Göttingen, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Sabine Blaschke-Steinbrecher, Katrin Esslinger

Universitätsmedizin Greifswald, Zentrale Notaufnahme, PD Dr. med. Matthias Napp, Torsten Eck

BG Klinikum Bergmannstrost Halle, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Christian Dumpies

Medizinische Hochschule Hannover, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Torben Brod

Kliniken Landkreis Heidenheim, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Norbert Pfeufer MBA

Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Bastian Bruns, Dr. med. Christine Leowardi

Kreiskliniken Herford Bünde Klinikum Herford, Zentrale Notaufnahme, Marco Kauling, Thomas Weber

Universitätsklinikum Friedrich-Schiller-Universität Jena, Zentrum für Notfallmedizin, Dr. med. Christoph Lewejohann, Matthias Nürnberger

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Interdisziplinäre Notaufnahme und Aufnahmestation, Interdisziplinäre Kindernotaufnahme, Dr. med. Domagoj Schunk

Uniklinik Köln, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Volker Burst

Kliniken der Stadt Köln, Köln-Merheim, Notfallzentrum, Dr. med. Hannah Makait

Kliniken der Stadt Köln, Köln-Holweide, Zentrale Notaufnahme, Michael Krakau

Ortenau Klinikum Lahr, Notfallambulanz, Dr. Dominik Hentschel, Dr. Julian Krehl

Universitätsklinikum Leipzig, Zentrale Notaufnahme/ Notaufnahmestation, Dr. Conrad Grehn, Prof. Dr. med. André Gries, Dr. med. Eric Handmann

Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Zentrale Notaufnahme, PD Dr. med. Joachim Riße

Universitätsmedizin Magdeburg, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Tobias Hofmann, Dr. rer. nat. Susanne Drynda

Klinikum Magdeburg, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Stephan Singoehl

Universitätsmedizin Mannheim, Zentrale Notaufnahme, PD Dr. Dr. Florian Rehberger, Dr. Dr. Tina Kaffenberger

Universitätsklinikum Marburg, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Andreas Jerrentrup, Dr. med. Susanne Betz

Elblandklinikum Meißen, Notfallzentrum, Dr. med. Thomas Peschel

Klinikum Memmingen, Notfallklinik, Dr. med. Rupert Grashey

Klinikum Memmingen, Kindernotaufnahme, Dr. med. Felix Lechner

Klinikum Großhadern & Klinikum Innenstadt Ludwig-Maximilians-Universität München, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Matthias Klein

Klinikum Innenstadt Ludwig-Maximilians-Universität München, Pädiatrische Notaufnahme, PD Dr. med. Tilmann Schober

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme, Dr. med. Michael Dommasch, Dr. med. Christiane Kallweit

Universitätsklinikum Münster, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. med. Philipp Kümpers

Sana Klinikum Offenbach, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Christian Pietsch, Oliver Horn

Ortenau Klinikum Offenburg-Kehl, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Bernhard Gorissen

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Zentrum für Notfallmedizin, Dr. med. Martin Bergold, Dr. med. Thomas Henke

Klinikum Oldenburg, Notfallaufnahme & Kindernotaufnahme, Bernd Ulrich

Pius Hospital, Medizinischer Campus Universität Oldenburg, Notaufnahme, Dr. med. Kirsten Habbinga

Klinikum Peine, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Dr. med. Hendrik Voges

Die Klinik in Preetz, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Amrei Heining

Elblandklinikum Radebeul, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Thomas Peschel

Universitätsklinikum Regensburg, Interdisziplinäre Notaufnahme, PD Dr. med. Markus Zimmermann, PD Dr. med. Frank Hanses

Elblandklinikum Riesa, Interdisziplinäre Notaufnahme, Dr. med. Thomas Peschel

Universitätsklinikum des Saarlandes, Zentrale Notaufnahme, Dr. med. Angela Thiel-Bodenstaff

Klinikum Stuttgart, Interdisziplinäre Notaufnahme, Prof. Dr. med. Tobias Schilling

Klinikum Stuttgart, Pädiatrische Interdisziplinäre Notaufnahme, Dr. med. Friedrich Reichert

Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwennigen, Klinik für Akut- und Notfallmedizin, Prof. Dr. med. Bernhard Kumle

Klinikum Wolfsburg, Zentrale Notfallaufnahme, Dr. med. Bernadett Erdmann

Klinikum Wolfsburg, Kindernotfallambulanz, Prof. Dr. med. Jacqueline Bauer

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Notfallzentrum, Prof. Dr. Guido Michels

AKTIN-TRUSTED DATA ANALYTICS CENTER (TDAC)

Universitätsmedizin Magdeburg: Ronny Otto M.A., Dr. Susanne Drynda, Saskia Ehrentreich, M.A., Marleen Streicher, M.Sc., Julian Künne, M.Sc.

AKTIN-OFFICE

Universitätsmedizin Magdeburg: Dr. Wiebke Schirrmeister, Jarste Goosmann, Sarah Loy

AKTIN-IT

Uniklinik RWTH Aachen: Dr. Raphael Majeed, Dr. Jonas Bienzeisler, M.Sc., Alexander Kombeiz, M.Sc., William Hoy, B.Sc., Emily Wedek, B.Sc., Simon Hüning, M.Sc.

KOORDINATOR:INNEN DER NUM-PLATTFORM AKTIN

Prof. Dr. Rainer Röhrig, Uniklinik RWTH Aachen, Institut für medizinische Informatik

PD. Dr. Nora Bruns, Universitätsmedizin Essen, Klinik für Kinderheilkunde I, Pädiatrische Intensivmedizin

Prof. Dr. Falk von Dincklage, Universitätsmedizin Greifswald Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin

Dr. Wiebke Schirrmeister, Universitätsmedizin Magdeburg, Institut für Public Health in der Akutmedizin

AKTIN E.V. VORSTAND

Prof. Dr. Felix Walcher, 1. Vorsitzender, Institut für Public Health in der Akutmedizin, Universitätsmedizin Magdeburg

Dr. Bernadett Erdmann, 2. Vorsitzende, Zentral Notaufnahme, Klinikum Wolfsburg

Prof. Dr. Rainer Röhrig, Chief Information Officer (CIO), Institut für medizinische Informatik, Uniklinik RWTH Aachen

Prof. Dr. Sabine Blaschke-Steinbrecher, Ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme, Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Dominik Brammen, Vorstandsbereich Medizinmanagement, Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. Susanne Drynda, Institut für Public Health in der Akutmedizin, Universitätsmedizin Magdeburg

Dr. Felix P. Hans, Sektion Digitale Notfallmedizin, Zentrum für Notfall- und Rettungsmedizin, Universitäts-Notfallzentrum (UNZ), Universitätsklinik Freiburg

Prof. Dr. med. Christian Wrede, Interdisziplinäres Notfallzentrum mit Rettungsstelle, HELIOS Klinikum Berlin-Buch

KONTAKT

Ronny Otto, M.A.
AKTIN-Trusted Data Analytics Center (TDAC)

Dr. rer. nat. Wiebke Schirrmeister
AKTIN-Office

Institut für Public Health in der Akutmedizin (IPHAM)
Universitätsmedizin Magdeburg
Leipziger Straße 44 • D 39120 Magdeburg
office@aktin.org

IMPRESSUM

AKTIN
c/o
Institut für medizinische Informatik
Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

VORGESCHLAGENE ZITIERWEISE

AKTIN Research Group (2026). Notaufnahmeregister Jahresbericht 2025,
DOI: 10.24352/UB.OVGU-2026-XXX



0391-6728186



office@aktin.org



www.netzwerk-universitaetsmedizin.de/aktin
www.aktin.org

PDF-VERSION:



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Forschung, Technologie
und Raumfahrt



NUM



AKTIN_{e.V.}