

Schwedisches Tagebuch

Dominik Heim, Frutigen

**(7th European Congress of Trauma and Emergency Surgery EATES
Kongress in Malmö 6.-9. September 2006 www.eates.se)**

Kongressgesellschaften:- European Association of Trauma and Emergency Surgery EATES
- European Trauma Society, ETS
- International Society of Disaster Medicine, ISDM
- Prehospital Organisation Skane Region
- Trauma Care Nurses and Technicians Skane Reg.

Man hat die Möglichkeit mit dem Flugzeug über Stockholm oder Kopenhagen (über die Oeresund-brücke) nach Malmö zu kommen oder mit dem Zug über Berlin (zum Beispiel). Sie brauchen nicht zu raten, wie ich nach Schweden kam. In Berlin, im neuen Hauptbahnhof (der alte Reichstag ist grad nebenan), der wegen dem jetzt provinzialisierten Bahnhof Zoo so hohe Wellen geworfen hat, hat's nachts um 23.23 einen kleinen Nachtzug mit 2 Wagen (Wagon-lit und Schlafwagen), gegen 03.30 erreicht man das Meer (das merkt man schlafend nicht), schiffet ein auf die Fähre, dann schaukelt es etwas mehr und morgens um 07.30 verlässt der Kleinzug das Schiff in Trelleborg, und man ist um 08.01 pünktlich zum Kongress in Malmö. Das Motto der Skane-Region (und des Kongresses?): Be prepared! Don't be a minimizer!

Der Kongress findet in der Malmömassan (ehemaliges Saab-gebäude) statt. Es hat jeweils 4-5 Parallelsitzungen und thematisch kommt noch die ganze Notfall-Allgemeinchirurgie (incl. Neurotrauma und Gefässtrauma) zum Trauma dazu (alles mit -itis; Appendicitis, Pancreatitis, Diverticulitis, Cholecystitis...). Das macht es für Chirurgen speziell interessant (man wechselt thematisch dann vom Pilon über die Kinderfrakturen und den Stellenwert des Ultraschalls direkt zur Colonresektion bei ischämischer Colitis oder Diverticulitis).

Unterschied zu Ljubljana (ETS-Kongress): Weniger Leute (rund 700 Teilnehmer, incl. staff), die einzelnen Sitzungen haben zum Teil wenig Teilnehmer, die Umgebung der viel zu grossen Saab-Halle im Industrie-/ Dock-viertel von Malmö ist halt weniger einladend als der immense, aber irgendwie doch freundlicher wirkende Kongresskomplex in Slowenien mitten im Stadtzentrum.

Es nieselt leicht, der Turning Torso (das geschwungene Hochhaus, ein Wahrzeichen von Malmö) steckt mit seinen oberen Stockwerken im Nebel, gerne zieht man eine Jacke an und erinnert sich an die angenehme Mittelmeerwärme vom Mai in Ljubljana. Aber – Malmö hat Velowege durch die ganze Stadt, die Busverbindungen sind mit Bussen alle 8 Minuten vorbildlich, die Fussgänger haben Vortritt, man ist sehr freundlich...

Wissenschaftliches Programm

Mittwoch 6.9.06

(ich erinnere, es gibt 4-5 Parallelsitzungen, die Auswahl (und der Kommentar dazu) sind rein persönlich gefärbt). Die abstracts sind im International Journal of Disaster Medicine 2006, Vol 4 No 1 und 2 enthalten.

Presidential adress (A Leppäniemi, Finland): Emergency and reoperative surgery
Der Allgemeinchirurg wird in der Notfallsituation benötigt, hat die Uebersicht, hat Organspezialisten zur Seite für spezielle Situationen, ist aber vom Aussterben bedroht.

ETS: Complex distal tibial, ankle and foot injuries

Primary management of distal tibial and ankle fractures in the severely traumatized patient (Ch. Sommer, Chur): Int J Disaster Med 2006; 4: 69-75

Es geht um die kritischen Weichteile, vielleicht initial nur ein gelenküberbrückender fix ex, dann später die 4 klassischen Schritte. Bei Fibula einfach, zuerst die Fibula, bei Fibula komplex und Tibia einfach zuerst die Tibia und erst dann mit Hilfe der schon versorgten Tibia die komplexe Trümmer-fibula. Der Distraktor hilft bei der indirekten Reposition, impaktierte zentrale Fragmente müssen aber offen unter Sicht reponiert werden (ORIF vs MIPO), ev. heute anstelle der konventionellen Implantate die winkelstabilen LCP. Take home message: Weichteile zuerst, Knochen später, 2- (ev. sogar multiple)-stage-procedure, OSG überbrückender fix ex temporär, CT ist wichtig, limited ORIF versus MIPO.

Complex foot fractures – an update (H. Zwipp, Dresden):

Man spricht heute vom floating ankle. Floating midfoot, floating talus... Eigene Serie mit 198 Fällen, 20% brauchen eine compartment decompression. Temporäre Transfixation, häufig plastische Chirurgie benötigt, ev. Verkürzung ins Auge fassen.

Soft tissue problems in the foot (G. Kiss, Budapest, in Abwesenheit gehalten von V. Vecsei, Wien): Int J Disaster Med 2006; 4: 70-75

Erhalte möglichst viel soft tissue bei trotzdem möglichem gründlichem Debridement. Freizügiger Einsatz von fix ex, möglichst frühzeitige Weichteildeckung, ev. mit flap (man wähle den einfachsten Lappen) oder free transfer. Meshgraft geht auf Fussrücken, nicht aber auf den Belastungszonen des Fusses (subkapital Metatarsalia und Ferse) und auch nicht sehr günstig über der Achillessehne. Crossleg-flaps als letzte Möglichkeit (am ehesten noch bei Kindern).

Kinderfrakturen (L. von Laer, N. Schwarz, I. Marzi): Int J Disaster Med 2006; 4: 75-76 (nur zum Teil gehört, da Parallelsitzung free papers Trauma – und die Englischen Beiträge fielen aus wegen abwesenden Referenten!)

Das Ziel der Behandlung bei Kindern: sofortige Belastung (vonLaer).

ESIN versus fixateur externe: ESIN bei Quer- und kurzen Schrägfrakturen (hier ist der fix ex gar nicht gut), fix ex dafür bei Torsionsfrakturen (ESIN verhindert häufig die Verkürzung nicht).

Humerusschaft bei Kindern: praktisch immer konservativ (Schwarz)

EATES free paper session: Abdominal:

Right colon diverticulitis (O. Monneuse, Lyon): Selten, früher häufig Ileocecalresektion oder Hemicolectomie re, z.T unter der Diagnose einer akuten Appendicitis operiert. Das CT bringt die Diagnose (oder der Ultraschall bei gutem Schaller), Abdomenleeraufnahme wird heute zunehmend von CT abgelöst – ein Argument für ein CT auch für die Allgemeinchirurgie auch in peripheren Spitälern, Laparoskopie anstelle von CT?

Acute surgery for diverticulitis at Södersjukhuset (E. Pieniowski, Stockholm): Mehr Frauen als Männer, 40% Hartmann, hohe Mortalität bei steigendem Later und ASA-score

Perforated left side Diverticulitis (L. Trenti, Modena)
Primäre Resektion als Standard bei Peritonitis. Op n. Hartmann bei Hinchey III-IV, Primäranastomose bei Hinchey I und II.

Laparoscopic vs laparotomic resection for colonic diverticulitis (P. Bisagni, Milano): Hinchey III und IV immer zu offener Resektion konvertiert. Laparoskopische Resektion ist auch bei ...itis möglich bei gleicher Morbiditätsrate und kürzerem Spitalaufenthalt.

"Long-term" results with palliative stenting for colorectal obstruction (C. Rey Valcarcel, Madrid):
Ziemlich hohe Komplikationsrate (Perforation, kein Erfolg, Reobstruktionen), aber bei schlechter Prognose der Patienten eine therapeutische Option –stenting anstelle temporärem Stoma bei Ileus???

Severe ischemic colitis (D. Serralta de Colsa, Madrid):
Es gibt keine eindeutigen Paramter, die darauf hinweisen. 20% haben Blutungen, mehr links als rechts lokalisiert. 90% haben zusätzliche kardiovaskuläre Begleiterkrankung. Mortalität ist 40%.

Donnerstag 7.9.06

EATES free paper session: Viszeraltrauma:

Prospective study of nonoperative treatment of blunt splenic injuries (PK Komprat, Graz):

4/ 25 mussten operiert werden, alle hatten high dose Heparin nach Unfall. 85% der erfassten Patienten konnten konservativ behandelt werden. Das CT spielt in der Selektion der Patienten und im follow-up eine wichtige Rolle.

Nonsurgical management of blunt splenic injury (L.Trenti,Modena):

35 Patienten operiert, 14 nonoperative management (NOM): Davon 87% ohne "Konversion". Geht auch in kleineren Spitälern, follow-up im CT aber nötig.

Nonoperative management of blunt and penetrating splenic trauma (Kapan S, Istanbul):

8 Fälle mit Fall aus grosser Höhe, 8 penetrating stab wounds und 9 weitere Fälle. 20/ 25 Patienten (80%) konnten konservativ ausbehandelt werden, Konversion bei 5 bei hämodynamisch instabiler Situation (mehr bei penetrating trauma). Grad I und II

Verletzungen (American Trauma Association Organ Injury Score) sind geeignet für konservative Therapie.

Im Gegensatz zu diesen Resultaten der Kommentar des Vorsitzenden J. Asensio, Miami: Das pendulum schlägt jetzt wieder zurück in den USA. Es wird wieder vermehrt operiert/ splenektomiert anstelle der vorsichtigen konservativen Behandlung, wie sie zurzeit in Europa en vogue ist.

Duodenal gun shot wounds: primary repair revalidated (P. Talving, Stockholm): Verletzung < 50% der Circumferenz – Naht, > 50% der Circumferenz – Resektion, Drainage, Anastomose und Jejunum feeding tube (Witzelfistel). In der Stockholmer-Serie 86% Primärnaht. Witzelfistel macht Komplikationen, nötig?. "Simpler is probably as good as more complex procedures".

Factors affecting mortality and morbidity in diaphragmatic injuries (H. Oezgüc, Bursa): 51 Patienten, in 50% mit zusätzlichen intraabdominalen Verletzungen. 40 auf der linken, 10 auf der rechten Seite, 1 bilateral. 44% Komplikationen, Mortalität 20%. Aggressive Op-indikation und close follow-up der Patienten können vielleicht Morbidität und Mortalität senken. Es fanden sich keine prognostischen Faktoren.

Blunt liver trauma and non-operative management (P. Padalino, Milano; FM Iordache, Bukarest, G. Norrman, Lund): Ultraschall anstelle CT reicht häufig, unterschiedliche Heilungszeit (in der Mehrheit 60 Tage), häufig in Kombination mit Dünndarmverletzungen, die Mortalität (36%) ist meist bedingt durch die Zusatzverletzungen, Mortalität bei Monotrauma 7%, NOM geht recht gut, CT ist nicht unbedingt nötig.

Kommentar J. Asensio, Miami: "never packing out of desperation, packing as additional procedure to local hemostatic measures".

ETS Poster-session: schlecht besucht (sehr gut besucht sind Sitzungen der Gruppen TCN und PTM).

Injury pattern in accidents involving cyclists vs heavy vehicles (J. Leunbach, Kopenhagen): Meist bei Rechtsabbiegern (Lastwagen müssen deswegen Spezialrückspiegel haben). Mehr Frauen als Männer, untere Extremität am meisten betroffen, prognostisch am schlechtesten sind Becken- und Kopfverletzungen (Helm lohnt sich, weil der Kopf nicht überrollt wird, sondern am harten Boden aufschlägt).

Usefulness of ap pelvic X-ray in multiple trauma patients (FM Abu-Zidan, United Arab Emirates): Bringt für Ileum und Sacrumfrakturen nichts: CT!

Scapular fractures (FM Abu-Zidan, United Arab Emirates): Patienten mit Frakturen mit einer Frakturbene haben weniger Thoraxverletzungen, aber häufiger Beckenverletzungen. Mehrfragmentfrakturen häufig mit Thorax- und Wirbelsäulentrauma, weniger Beckenverletzungen.

Significance of iatrogenic pneumothorax (B. Oezbolat, Ankara):

Am meisten durch Thoracocentese und Subclaviakatheter verursacht. Morbidität und Mortalität höher als bei Spontanpneumothorax. Drainagenentfernung nach 3-10 Tagen.

Angiographic embolization in pelvic trauma – too little, too late (D. Verbeek et al Amsterdam/ Australien):

Frühe Angioembolization wurde zu wenig eingesetzt, sollte bei instabilen Patienten früher und häufiger eingesetzt werden.

Interactive training with the mentometer technique

- 1) **ETS:** Beckenfraktur. 50% der vielen Anwesenden begrüßen diese "neue" Art der Sitzung mit einem panel und mit Einbezug des Auditoriums.
- 2) **EATES:** Biliäre Pancreatitis
Akute Sigmadiverticulitis

Freitag 8.9.06

EATES free paper session: Akute Pancreatitis:

Results of early cholecystectomies after acute biliary pancreatitis (M. Kalayci, Istanbul):

Lap. Cholecystectomie vor Austritt geht gut. Konversionsrate 12% (vs. 5% bei elektiver Cholecystectomie), nicht mehr Komplikationen als elektive Cholecystectomie. Hospitalisationsdauer insgesamt 7-11 Tage, Entlassung 3 Tage nach lap. Chol (vs 2 Tage nach elekt. Lap Chol). Zeitpunkt: nach Normalisierung des Labors und subj. Wohlbefinden des Patienten (quasi "anstelle Entlassung noch schnell die Cholecystectomie anhängen").

Decompressive subcutaneous anterior abdominal fasciotomy in severe acute pancreatitis (AK. Leppäniemi, Helsinki): Ganz neue Technik, bei 4 Patienten angewendet, entspricht der Fasziotomie bei CompartmentSyndrom an Extremitäten. Anstelle der offenen Dekompression durch Laparotomie und offenem Abdomen. Es hinterlässt eine Hernie, bis anhin noch keine verschlossen.

Post-decompression open abdomen in severe acute pancreatitis (AK Leppäniemi, Helsinki):

Indikation zur Entlastung bei abdominalem Compartment-Syndrom bei akuter Pancreatitis bei intraabdominalem Druck über 35 mmHg (auch in der Nacht). Diurese setzt sofort wieder ein, Mortalität 33%, Verschluss offenes Abdomen innerhalb von 2 Wochen mit component separation closure Technik.

Utilization of ICU resources in severe acute pancreatitis (AK Leppäniemi, Helsinki):

Patienten durchschnittlich 16 Tage auf IPS. Kosten 86'856 Euro. 26% sterben, aber 30% der Ueberlebenden hören mit Trinken auf, 42% reduzieren "intake".

Bleeding pseudoaneurysm in patients with chronic pancreatitis: operate or embolize (M Udd, AK Leppäniemi, Helsinki):

Mortalität Op 17%, bei Op massive Blutung möglich, v.a. im Pancreaskopf. 67% Embolisation erfolgreich, 30% müssen operiert werden. Op-Technik: Im Kopf Gefäßsumstechung, im Schwanz distale Pancreatektomie (und Splenectomie). Mit Embolisation können IPS-zeit und Kosten reduziert werden.

EATES Trauma: Neurological trauma

Der Saal ist mehr als überfüllt.

State of the art in neurological trauma (Ch. Nordström, Lund) Int J Disaster Med 2006; 4: 62

Es geht um das severe head injury. 6 Neurozentren in Schweden, 90 Spitäler mit IPS, 9 Mio Einwohner. Seit 1994 keine Verbesserung im outcome bei headinjury im Gegensatz zum Trauma allgemein! Pat. mit schwerem Schädelhirntrauma (GCS<9 und bewusstlos): Verlegung auf Neurozentrum. ICP-Monitoring sehr wichtig, ICP senken. Therapiekonzept USA: Syst BP anheben, Konzept Lund: syst BP senken.

Mild head injury (S. Oredsson, Schweden): Int J Disaster Med 2006; 4: 62-3

Definition: Short loss of consciousness and/ or amnesia, GCS 15, keine neurologische Pathologie.

In Schweden ca. 15'000 Patienten/ Jahr mit dieser Diagnose. Am meisten 0-14 j, dann bis 25j. Mehr männlich, als weiblich.

Prognose: 1000 Pat. mit mild brain injury

- 80 mit CT-pathologie
- 9 mit schweren Komplikationen
- 1 Todesfall

Fragestellung der Therapie: Observation als Gold standard oder CT und dann Entlassung?

Studie Octopus (observation vs ct and home). Ausschlusskriterien: Kinder <6j. Follow-up beider Gruppen nach 3 Monaten mit GOS-E. Resultat: kein Unterschied nach 3 Monaten, die CT-gruppe ist nicht schlechter, 1 Todesfall in jeder Gruppe, 20% keine restitutio ad integrum in beiden Gruppen. Kosten: CT 498 Euro, Observation im Spital 735 Euro, ergo Kostenreduktion von 30%.

Guidelines Oredsson:

Minimal brain injury (keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie): home

Mild brain injury (GCS 15, kurze Bewusstlosigkeit, keine Neurologie): ad CT, falls normal – home, falls pathologisch – 12 Stunden Observation.

Moderate brain injury (GCS 9-14): CT und neurologisches Konsil.

Idealer Zeitpunkt für CT nach Unfall nicht bekannt (ein paar Stunden, in Studie rund 5h).

Kinder unter 6j: Observation (wie bisher)

Future: Pat.selektion für CT

MRI in Zukunft?

S-100 für Pat. selektion?

Prävention

Octopus ist jetzt grad publiziert im BMJ (British Medical Journal) 2006; Aug: 1-6 (BMJ,doi: 10.1136/bmj.38918.669317.4F (published 8 August 2006)

EATES Emergency Surgery: The acute appendix (mässig viele Leute, hat sich das Thema erschöpft?)

Diagnostic accuracy (RE Andersson, Lund)

Es gibt resolving appendicitis (Spontanheilungen)! Die inhospital-Verzögerung führt nicht zu mehr Perforationen, die passieren noch vor dem Spitaleintritt. Die Mortalität bei der Perforation ist 2x so hoch wie nach einer gewöhnlichen akuten Appendicitis, aber auch eine negative Appendektomie hat eine minime Mortalität.

Abklärungen:

Ultraschall – Untersucherabhängig.

CT- nicht anwenden, um eine klinische Diagnose zu bestätigen, increased use of CT does not improve results of management.

Frage aus dem Publikum: Is there a place for appendectomy after midnight: No, postpone for next day (meistens!).

Laparoscopic appendectomy (AK Moberg, Malmö): Int J Disaster Med 2006; 4: 66
Habilarbeit über laparoskopische Appendektomie.

Technik in Malmö: keine loops, immer EndoGIA, grosse appendices oder perforierte werden mit einem bag entfernt, kleine einfach in Trokar eingezogen. Normale Appendices werden bei Laparoskopie belassen! Laparoskopie auch bei Kindern, immer in Intubationsnarkose (keine Appendektomien in Spinalanästhesie in Malmö).
Outcome: weniger Wundinfekte, aber mehr intraabdominale Infekte. 15-20% Konversionsrate.

The complicated appendix (B. Tingstedt, Lund): Int J Disaster Med 2006; 4: 67

Definition: Perforierte App. oder mit intraabdominalem Abszess. Sind ungefähr 20%. Immer Antibiotikaphylaxe (i.v. bis der Patient isst, nicht rigide für ein paar Tage, Baktabstrich nicht nötig. Bei Abszess ev. konservativ, ohne Operation. Laparoskopie hat keinen negativen Einfluss auf outcome, aber Tendenz zu offener Appendektomie bei Abszess. Konservativ behandelte Patienten über 40 Jahre mit Abszess benötigen einen späteren check-up zum Ausschluss eines ColonCa, resp. Ca im weiblichen Genitaltrakt.

Samstag 9.9.06

Breakfast Session

Acute cholecystitis – when and how to operate (U. Petersson, Sweden):

Operation innerhalb von 72 Stunden nach Symptombeginn (kürzere Hosp, nicht mehr Komplikationen, kein Unterschied in Op-zeit, Konversion rate 20%). No evidence, dass die verzögerte Operation irgendeinen Vorteil bringt. Laparoskopische Technik zu bevorzugen, kein Unterschied lap od offen in Hosp-dauer, aber quality of life und Arbeitsunfähigkeit. Falls warten muss: 6-12 Wochen nach akuter Episode.

EATES trauma und ETS: Management of musculoskeletal injuries from high energy trauma:

Fracture management in high energy trauma (Gustafson, Sweden): Int J Disaster Med 2006; 4: 67

Vor langer Zeit: too little, too late

Vor einiger Zeit: too much, too soon (total primary care)

Jetzt: right thing at the right time to the right patient (orthopedic damage control)

Definitive Versorgung unter den besten Voraussetzungen:

- normalisierte physiologische Parameter
- adaequate Erfahrung des Behandlungsteams
- Operation zur normalen Arbeitszeit
- 3-4 Tage nach Unfall

Peripheral vascular injuries in high energy trauma (J. Asensio, Miami):

Denke an Intimaschaden, den man nicht sieht. Eine Knieluxation verlangt ein Angiogramm. Je nach Zeitintervall ab Unfall temporärer shunt, Fasziotomie

The effective way of managing war wounds (A. Molde, ICRC, Sweden):

Das IKRK hat ein striktes Behandlungsprotokoll (Coupeland, 1991): Ziel – avoid infection, rapid healing.

- 1) Excision, Debridement
- 2) Verband (nicht packing)
- 3) Kein Verbandwechsel
- 4) Postprimärer Wundverschluss nach 4-7 Tage.

Prinzip: Nur 2 Operationen! Kein primärer Wundverschluss. Kasuistik ca. 14'000 Pat. Das strikte Protokoll ist auch erklärt durch die Vielzahl der noch unerfahrenen Chirurgen im IKRK-einsatz (we have to follow a protocol)

Primary or delayed primary closure in injuries from missiles and fragments – time to adjust the traditional indications? (K. Boffard, South Africa/ CW. Schwab, USA)

Boffard:

There is never a never and never an always. Perfection is the enemy of good. The most dangerous place to be in a hurricane is in the eye – because you'll never know what's coming. When in doubt leave the wound open.

Schwab:

- 1) Debridement grosszügig, ev. shunt, fix ex bei Frakturen (kein ORIF)
- 2) Redebridement 24 – 48 Std und VAC
- 3) Ev. nochmals Debridement
- 4) Wundverschluss

En conclusion: Nie primärer Wundverschluss bei high energy trauma

EATES Emergency Surgery: Who will do emergency surgery in the future?

The impact of increasing specialisation on emergency preparedness (S. Lennquist, Sweden): Int J Disaster Med 2006; 4: 67-8

In Schweden: Bis 1985 waren alle chirurgischen "Disziplinen" zusammen. 1985 verliessen die Orthopäden und die Urologen die Chirurgie. Die gegenseitige Vertretung der "Subspezialitäten" im Notfalldienst war aber noch möglich. 1995: es werden "strenge" Grenzen zwischen den Spezialitäten gezogen. Die Spezailisten sind 40 h/ Woche available, die Patienten aber kommen 168h/ Wo. Es braucht ein Zusammengehen auf europäischer Ebene in der "Unfallchirurgie":

ETS und EATES zusammenegehen in ESTES? European society of trauma and emergency surgery).

Definition and role of emergency surgery in Europe (K. Tavioglu, Turkey): Int J Disaster Med 2006; 4: 68

EATES gibt es seit 1995. 67 member countries, 41 in Europa und 26 ausserhalb Europa. 609 Mitglieder. Geplante Kongresse: 2007 gemeinsamer Kongress EATES

und ETS in Graz, 2008 ETS und EATES in Budapest, 2009 EATES und ETS in Antalya, Türkei, 2010 ETS und EATES in Brüssel, 2011 to be defined.....
2012 in der Schweiz (100 Jahre SGTV!)????

Integration of emergency surgery with trauma surgery – the future concept in USA ?
(CW Schwab, University of Pennsylvania):

Traumasurgeons are "the scum-suckers" of the surgeons. We have to start and act as global partners (Rotierende Ausbildung über die Grenzen hinweg bis nach Amerika, not just to scrub, but to operate). In Europa: Emergency centers mit 24 h Versorgung und fixen teams, die sich im Turnus ablösen. Vorteil: Guter lifestyle (when you're on, you're on (in theatre), when you're off, you're off – Zeit für andere Dinge – family z.B). Bedingung: Man arbeitet im gegenseitigen Vertrauen in der Art des Partners weiter. Weiterbildung der "emergency doctors" durch "Zwischenarbeit" auf elektiven Stationen/ Wahlprogramm.

Es folgt in der Schluss-sitzung eine Vorschau auf den 1. gemeinsamen Traumakongress der ETS und EATES in Graz vom 23.-26. Mai 2007
Und auf den 8th Eurotrauma-Congress in Budapest im Mai 2008 (siehe Beilagen)

Der Kongress endet pünktlich Samstag 9.9.06 16.30 Uhr

PS: Die Rückreise lässt sich sehr komfortabel im City Night Line Schlagwagen von Kopenhagen nach Basel machen, nachdem man mit dem Zug über die Oeresundbrücke in 30 Minuten von Malmö nach Kopenhagen, von Schweden nach Dänemark, schnell über's Meer gefahren ist.

Dominik Heim, im Zug nach Basel 9.9.06 abends, irgendwo in Dänemark