

Wissenschaftliche Leitung:  
Hans Olaf Baack, Hamburg



**Kontakt:**

Kretschmann & Kretschmann Gesellschaft  
für Medizinfortbildungen mbH

Dorf 25

48465 Ohne (Grafschaft Bentheim)

Fax: : 02562-1879203

Beratung.Kretschmann@icloud.com

**Anmeldung (verbindlich):**

Per Antwortfax an: 02562-1879203

oder per Mail:

Beratung.Kretschmann@icloud.com

**Teilnahmegebühr:**

Ärzte: 65,00€

Physiotherapeuten: 50,00€

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr  
auf das nachstehende Konto.

**ACHTUNG** neue Kontoverbindung:

BAN: DE45 4015 4530 0036 3106 13

BIC: WELADE3WXXX

**Verwendungszweck (unbedingt!):**

PFSP26 und Teilnahername

**Zertifizierung:**

Die zuständige Ärztekammer hat dieses  
Symposium mit 10 CME-Punkten zertifiziert.

**\*Der Veranstalter behält sich Änderungen  
im Programm vor.**

**Veranstalter:**



Kretschmann & Kretschmann  
Gesellschaft für  
Medizinfortbildungen mbH  
Dorf 25  
48465 Ohne (Grafschaft Bentheim)



# 10. PRAXISNAHE FORTBILDUNG SPORTMEDIZIN

**JUBILIÄUMS-SYMPOSIUM  
„PRÄZISION IN DER PRAXIS“**

▣ **HAMBURG** ▣



# 30.05.26

**PARK-HOTEL  
HAGENBECK  
HAMBURG**

**10 CME-  
PUNKTE**

# REFERENTEN

## **Tabea Arens**

(Sport)-Physiotherapeutin,  
Doktorandin am Institut für Psychologie und  
Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg,  
TCP Concept, Praxis im Gesundheitspark,  
Hamburg

## **Hans Olaf Baack**

Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie,  
Orthopädie, Notfallmedizin, Inhaber Orthopädie  
Zentrum Lokstedt und Sporthopaedic-Hamburg,  
Head of Medical Commission for the  
European League of Football, Hamburg

## **Florian Bosse**

M.A. Sportwissenschaft Schwerpunkt  
Gesundheitssport und Prävention, Sporthopaedic,  
Hamburg

## **Dr. med. Ufuk Eker M.A.**

Facharzt für Radiologie, Radiopaedicum,  
Aschaffenburg

## **Dr. med. Glyn Hamed**

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie  
MVZ OCS Düsseldorf  
Sport Motion Lab Düsseldorf

## **Dr. med. Jan Hennings MHBA**

Spezielle Orthopädische Chirurgie,  
Chefarzt Orthopädie & Unfallchirurgie  
Klinik Manhagen,  
Orthopraxis Schwarzenbek –  
Gelenkzentrum & Sporttraumatologie,  
Hamburg

## **Dr. med. Geert Lewing**

Facharzt für Orthopädie, Park-Klinik Manhagen /  
Großhansdorf, Leitender Arzt in der Arthro Clinic,  
Hamburg

## **Dr. med. Jürgen Ropers**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Facharzt für Chirurgie, Chefarzt Klinik  
für Wirbelsäulenchirurgie, Schön Klinik, Neustadt

# PROGRAMM

**08:30**  
**Empfang,**  
**Akkreditierung &**  
**Begrüßungskaffee**

**09:00**  
**Einführung in die**  
**Thematik**  
Baack

**09:20**  
**Im Schulterchluss:**  
**Radiologie & Orthopädie**  
**in Kooperation**  
Eker

**09:50**  
**Dreidimensionales**  
**Röntgenverfahren unter**  
**Belastung**  
Baack

**10:20**  
**Hip-Spine Syndrome -**  
**ein Blick über den**  
**Tellerrand**  
Ropers

**11:50**  
**Wenn die Hüfte zur**  
**Limitation wird -**  
**physiotherapeutische**  
**Perspektiven auf**  
**den professionellen**  
**Bühnentanz**  
Arens

**12:20 WORKSHOP I**  
**Die Hüfte in Bewegung**  
Arens

**12:30 - 13:30**  
**Lunch mit Besuch der**  
**Industrieausstellung**

**13:30 WORKSHOP I**  
**Konservative Behandlung**  
Baack

**14:00**  
**PRP, Stammzelle oder**  
**ACS? Wann nehme ich**  
**was und warum?**  
Hamed

**14:30**  
**Robotik in der Prothetik**  
**großer Gelenke:**  
**Wo stehen wir?**  
Hennings

**15:00**  
**Kaffeepause mit**  
**Besuch der**  
**Industrieausstellung**

**15:30**  
**Fast-Track & Rapid**  
**Recovery in der Hüft-**  
**und Kniechirurgie /**  
**Schnell zurück ins aktive**  
**Leben!**  
Dr. Geert Lewing

**16:00**  
**Fallbeispiele aus**  
**der Praxis**  
Bosse

**16:30-17:30**  
**Zusammenfassung der**  
**Referate, Evaluation,**  
**Ende**  
Baack

**17:30**  
**Ausgabe der**  
**Teilnahmebescheinigung**  
Baack

# ANMELDUNG

Bitte senden Sie Ihre verbindliche Anmeldung an:  
Faxnummer: 025621879203  
oder E-Mail: beratung.kretschmann@icloud.com

Anzahl der Personen: \_\_\_\_\_

Namen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Praxis/Klinik:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

.....  
Datum / Unterschrift

.....  
Stempel



Anmeldung