

Deutsch: Lesetexte für sportliche Fachrichtungen

УДК 811.112.2 (075.8)

Г70

Рекомендовано до друку науково-методичною радою

факультету іноземної філології

Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка

(протокол № 11 від 22.05.2018 р.)

Автор-укладач: О. М. Городиська

Рецензенти: **Л. А. Чухно**, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри іноземних мов Подільського державного аграрно-технічного університету.
Н. В. Гудима, кандидат філологічних наук, доцент кафедри мовознавчих дисциплін Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

Deutsch: Lesetexte für sportliche Fachrichtungen: навчально-методичний посібник / Автор-укладач : О. М. Городиська. – Кам'янець-Подільський : ТОВ “Друкарня “Рута”, 2018. – 98 с.

Навчально-методичний посібник «Deutsch: Lesetexte für sportliche Fachrichtungen» призначений для самостійної роботи студентів факультетів фізичної культури. Матеріал диференційовано в двох розділах: «Фізична культура і спорт» та «Фізична терапія, ерготерапія», які містять по десять текстів фахового спрямування. Метою посібника є формування лексичної компетентності, розвиток мовленнєвих навичок та умінь.

Посібник «Deutsch: Lesetexte für sportliche Fachrichtungen» може бути рекомендований студентам, магістрантам та викладачам.

УДК 811.112.2 (075.8)

О. М. Городиська

Зміст

Передмова

KÖRPERKULTUR UND SPORT

Lesetext 1. RINGEN

Lesetext 2. BOXEN

Lesetext 3. AMATEURBOXEN

Lesetext 4. POWERLIFTING

Lesetext 5. DAS AUSDAUERTRAINING (der 1. Teil)

Lesetext 6. DAS AUSDAUERTRAINING (der 2. Teil)

Lesetext 7. SCHWIMMSPORT (der 1. Teil)

Lesetext 8. SCHWIMMSPORT (der 2. Teil)

Lesetext 9. SCHWIMMSPORT (der 3. Teil)

Lesetext 10. SCHWIMMTECHNIKEN

PHYSIOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE

Lesetext 1. ERGOTHERAPIE (der 1. Teil)

Lesetext 2. ERGOTHERAPIE (der 2. Teil)

Lesetext 3. BLUTHOCHDRUCK

Lesetext 4. ERNIEDRIGTER BLUTDRUCK

Lesetext 5. HERZINFARKT

Lesetext 6. HERZSCHRITTMACHER

Lesetext 7. DAS HERZ UND DAS KALENDERJAHR

Lesetext 8. THERMOTHERAPIE - HEILSAME WÄRME UND KÄLTE

Lesetext 9. REHABILITATION

Lesetext 10. QUERSCHNITTLÄHMUNG

Literaturverzeichnis

Передмова

Навчально-методичний посібник «Deutsch: Lesetexte für sportliche Fachrichtungen» рекомендовано для студентів I-II курсів факультетів фізичної культури вищих навчальних закладів. Посібник створено відповідно до нових навчальних планів і програм з іноземної мови для неспеціальних факультетів.

Основна мета посібника – формування лексичної компетентності та розвиток мовленнєвих навичок і вмінь. Тексти для читання диференційовано в двох розділах: «Körperkultur und Sport», «Physiotherapie, Ergotherapie», які повністю відповідають вимогам чинної навчальної програми. Кожен розділ містить десять текстів для самостійного читання та опрацювання. Для кращого засвоєння матеріалу розроблено дотекстові та післятекстові вправи, які спрямовані на формування навичок професійно-орієнтованого читання, лексичної компетентності та розвиток мовленнєвих навичок і вмінь. Тексти мають пізнавальний та виховний вплив, розширюють загальний культурний рівень та професійний кругозір студентів.

Запропонований навчально-методичний посібник побудований на доступному лексичному матеріалі у відповідності до діючих навчальних програм Міністерства освіти та України і рекомендується всім, хто бажає поглибити свої знання з німецької мови.

TEXTE ZUM LESEN

KÖRPERKULTUR UND SPORT

LESETEXT 1

Vorübungen

- 1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Fünfkampf, Einzeldisziplin, Ringkampf, Gewichtsklasse, Bodenkampf, Nahkampf-Ausbildung, Spätmittelalter, Freistil-Ringen, Weltmeisterschaften, Sommerspiele, Angriffsfläche, Gürtellinie, Wertungsrichter, Kampfrichter, Punktgleichheit.

- 2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:**

- der Geschichte des Ringens;
- der Stilarten des Ringens;
- der Regeln des Ringens.

RINGEN

Bei den Olympischen Spielen der Antike gehörte das Ringen unter dem Namen Pale zu den Disziplinen des Fünfkampfs. Darüber hinaus war das Ringen aber auch Einzeldisziplin. In der Antike traten die Athleten beim Ringkampf nackt an. Sie wurden noch nicht in verschiedene Gewichtsklassen eingeteilt. Im Gegensatz zu heute gab es beim Ringen keinen Bodenkampf; derjenige war Sieger, der seinen Gegner zuerst dreimal zu Boden geworfen hat.

Ringens gehört spätestens seit dem Spätmittelalter auch zum Repertoire in der militärischen Nahkampf-Ausbildung. Beschrieben wurde dies z. B. im Jahre 1459 n. Chr. im Fechtbuch von Hans Talhoffer.

Mit Beginn der Olympischen Spiele der Neuzeit ab 1896 gehört Ringen zum olympischen Programm und wird mindestens bis zum Jahr 2028 olympisch bleiben. Seit den Olympischen Spielen 2004 ist Freistil-Ringen auch olympische Disziplin für Frauen.

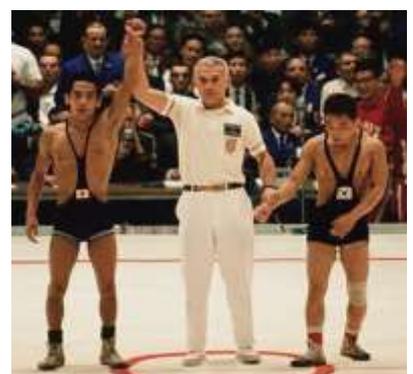
Seit 1950 werden jährlich offizielle Weltmeisterschaften im Ringen veranstaltet. Ausnahme sind lediglich die Jahre, in denen Olympische Sommerspiele stattfinden.

Nachdem Ringen (als olympische Kernsportart) im Februar 2013 vom IOC ohne nähere Erläuterung aus dem olympischen Programm gestrichen wurde, kam es zu zahlreichen, auch prominenten, Protesten. Beispielsweise von amerikanischen und ostasiatischen Verbänden sowie vom Deutschen Ringerbund (DRB). Sie machten sich für eine umgehende Aufhebung dieses Ausschlusses stark. Drei Monate später (nach einer Neustrukturierung des Weltverbandes FILA) wurde die Sportart Ringen wieder in das olympische Programm aufgenommen.

Beim Ringen werden zwei Stilarten unterschieden:

- *Freistil*: Der gesamte Körper, vom Kopf bis zu den Füßen, gilt als Angriffsfläche. Dieses gilt im Stand- wie auch im Bodenkampf.
- *Griechisch-Römisch* (kurz auch *Greco*): Nur der Körper oberhalb der Gürtellinie gilt als Angriffsfläche. Dieses gilt im Stand- wie auch im Bodenkampf.

Ein Ringer zielt generell darauf hin, seinen Gegner aus dem Stand in die Bodenlage und mit beiden Schultern auf die Matte zu bringen (Schultersieg). Dabei kommen als Techniken Würfe, Schleuder- und Hebelgriffe zum Einsatz. Schläge, Tritte, Stöße und Würgeansätze sind verboten. Die Kampfleitung und die Wertung der Grifftechniken übernimmt entweder



der Kampfrichter oder ein Kampfgericht aus drei Wertungsrichtern. Sieger ist, wer am Ende der Kampfzeit die meisten Punkte gesammelt hat oder wer vorher seinen Gegner auf beide Schultern gebracht („geschultert“ oder „gepinnt“) hat.

Im Jahr 2005 wurde vom Weltverband FILA ein neues Reglement eingeführt. Die Regeländerungen sollen einen aktiveren Kampf und vor allem einen spannenderen, publikumswirksameren Sport aus dem Ringen machen. Beide Kontrahenten sind gezwungen, schneller als zuvor zu agieren, um das Punkten des Gegners zu verhindern. Allerdings sind die Regeländerungen heftig umstritten.

Gemäß der geänderten Regeln wird international und in Turnirkämpfen in drei Kampfunden gerungen; in Mannschaftskämpfen wird zwei mal drei Minuten mit 30 Sekunden Pause gerungen. Sieger ist, wer nach sechs Minuten die meisten Punkte gesammelt hat. Der Schulterieg beendet den Kampf sofort.

Eine Runde gewinnt derjenige vorzeitig, der völlig unabhängig vom Gesamt-Punktstand, zwei Drei-Punkte-Wertungen oder eine Fünf-Punkte-Wertung erzielt. Ein Unterschied von sechs Punkten beendet ebenfalls die Runde. Beendet keiner der beiden Kontrahenten die Runde vorzeitig, siegt bei Punktgleichheit der Ringer mit den wenigsten Verwarnungen. Bei weiterem Gleichstand entscheidet die höchste Einzelwertung – sind diese weiterhin gleich hoch, bestimmt die letzte erzielte Wertung den Sieger.

Der Ablauf einer einzelnen Runde unterscheidet sich in den beiden Stilarten.



Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Seit wann gehört Ringen zum olympischen Programm?

Seit wann ist Ringen olympische Disziplin für Frauen?

Seit wann werden jährlich offizielle Weltmeisterschaften im Ringen veranstaltet?

Wann wurde Ringen aus dem olympischen Programm gestrichen?

Welche Stilarten unterscheidet man beim Ringen?

Wie ist das Ziel des Ringers?

Welche Techniken kann man beim Ringen verwenden? Was ist verboten?

Wer übernimmt die Kampfleitung und die Wertung der Grifftechniken?

Wer ist Sieger beim Ringen?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

Interessante Fakten & Tatsachen

CARL SCHUHMANN: Der am 12. Mai 1869 in Münster geborene Ringer war vierfacher Olympiasieger bei den ersten Olympischen Spielen der Neuzeit 1896 in Athen. Der gelernte Goldschmied war ein Allrounder. Neben Gold im Ringen siegte er als Turner mit der deutschen Riege am Barren und am Reck sowie im Einzelwettbewerb im Pferdsprung. Der Sieg im Ringen fand jedoch die größte Aufmerksamkeit, da er mit 1,63 Meter Körpergröße der kleinste teilnehmende Sportler war. Dennoch bezwang er den weitaus größeren und schwereren Griechen Georgios Tsitas in einem 65-minütigen Kampf. Zudem gewann Schuhmann, der nach dem zweiten Weltkrieg 1946 in Berlin verstarb, Bronze im Gewichtheben und nahm in der Leichtathletik teil. 2008 war er einer der ersten 40 Sportler, die zum Gründungsakt in die Hall of Fame des deutschen Sports aufgenommen worden sind.

WILFRIED DIETRICH: Der "Kran von Schifferstadt" ist wohl der bekannteste deutsche Ringer. Sein sensationeller Schultersieg gegen den amerikanischen 182-Kilo-Koloss Chris Taylor, den er mit einem Jahrhundertwurf kopfüber besiegte, blieb bei den Olympischen Spielen 1972 zwar ohne Medaille, prägte sich aber in den Köpfen der Menschen ein. Olympia-Gold hatte der 30-malige deutsche Meister im freien Stil 1960 in Rom gewonnen, im darauffolgenden Jahr holte er den WM-Titel. Weitere Olympia-Medaillen gewann er 1956 in Melbourne (Silber im Greco-Stil), 1960 in Rom (Silber im Greco-Stil), 1964 in Tokio (Bronze im Greco-Stil) und 1968 in Mexiko-Stadt (Bronze im Freistil). Nur wenigen Ringern gelang es, in beiden Stilarten olympisches Edelmetall zu erringen. Er erlag 1992 im Alter von nur 58 Jahren einem Herzinfarkt in Durbanville in Südafrika.

PASQUALE PASSARELLI: Mit seinem Olympiasieg 1984 in Los Angeles beendete der gebürtige Italiener, der seit seinem sechsten Lebensjahr in Ludwigshafen am Rhein lebte, die sieglose Olympia-Zeit seit 1972. Legendär dabei seine einzigartige Leistung und sein unbändiger Wille, als er im Finale gegen den Japaner Masaki Eto 90

Sekunden mit einer Brücke den Versuchen Etos, ihn zu Schultern, widerstand. Dafür erhielt Passarelli sogar die Goldene Kamera. Der im griechisch-römischen Stil ringende Bantamgewichtler (bis 57 kg) holte 1981 den EM- und WM-Titel.

MAIK BULLMANN: Es war genau 18 Tage nach der Wiedervereinigung, als Bullmann aus Frankfurt/Oder am 21. Oktober 1990 in Rom Weltmeister wurde. Danach feierte der Mann mit dem markanten Kurzhaarschnitt weitere Erfolge: Gleich im Jahr darauf holte er den EM- sowie den WM-Titel und siegte 1992 bei Olympia in Barcelona. 1996 in Atlanta erkämpfte er noch einmal Olympia-Bronze. Danach gab er seine Erfahrungen als Bundestrainer im griechisch-römischen Stil weiter und schaffte mit seinem Athleten Mirko Englich Olympia-Silber 2008. Der Weltverband FILA nahm Bullmann 2006 in die "Hall of Fame" auf.

ANDREAS SCHRÖDER: Der gebürtige Jenaer war ein Superschwergewichtler der Extra-Klasse. Mit einem dritten Platz bei der WM 1982 in Edmonton reihte er sich in die Weltspitze der Freistilringer ein und bestimmte das Niveau über ein Jahrzehnt lang mit. Er gewann in 20 Turnieren (Olympische Spiele, WM und EM) 13 Medaillen. Ein Olympiasieg blieb ihm versagt - 1988 in Seoul errang er Olympia-Bronze. Er kämpfte erfolgreich gegen die starke Armada der Russen mit Malhas Mermianischwili, Alexej Medwedew, Gennadi Schilsow sowie gegen den legendären Amerikaner Bruce Baumgartner oder den Iraner Ali Reza Soleimani. Auch als "Veteran" blieb Schröder erfolgreich und holte fünf WM-Titel. Heute arbeitet er als Trainer im Olympiastützpunkt Aalen/Stuttgart.

ALEXANDER LEIPOLD: Leipold war und ist immer noch ein Dauerbrenner auf der Matte. Zwei WM-Titel, vier EM-Siege und allein 21 deutsche Meistertitel verbuchte der Karlsteiner, dessen Olympia-Sieg 2000 wegen eines umstrittenen positiven Dopingbefundes aberkannt worden war. Nach Freispruch und Rehabilitierung darf er sich wieder Sieger des olympischen Turniers nennen. Leipold ist ein Stehaufmännchen. Selbst mehrere Schlaganfälle 2003 konnten ihn nicht stoppen. Nach

vorübergehendem Verlust der Sprach- und Bewegungsfähigkeit kämpfte er sich zurück und schaffte 2004 die Teilnahme an der EM in Ankara. Leipold wurde von den deutschen Sportlern zum "Champion des Jahres 2003" gewählt und erfüllte sich dann einen Traum: Er trainierte und meditierte in China mit Shaolin-Mönchen. Als Bundestrainer trat er Dezember 2012 aus familiären Gründen zurück und gab dann mit 43 Jahren für seinen Heimatverein Dettingen in der Landesliga ein Comeback auf der Matte - und gewann.

LESETEXT 2

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Kampfsportart, Handschuhe, Boxkampf, Ringrichter, Rundenzahl, Regelverletzung, Punktentscheidung, Amateurboxen, Faustkampf, Menschheitsgeschichte, Preiskampf, Punktrichter, Regelverstoß, Punktabzug, Boxring, Kampfbereich, Ringboden.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Bestimmung von „Boxen“;
- der Rolle eines Ringrichters beim Boxkampf;
- der Differenz zwischen Amateur- und Profiboxen;
- der Regeln im Boxen;
- des Boxringes.

BOXEN



Boxen ist eine Kampfsportart, bei der sich zwei Kontrahenten unter festgelegten Regeln nur mit den Fäusten bekämpfen. Ziel ist es, möglichst viele Treffer beim

Gegner zu erzielen oder diesen durch einen Knockout außer Gefecht zu setzen. Die Kämpfer sind für gewöhnlich mit gepolsterten Handschuhen ausgestattet und müssen derselben Gewichtsklasse angehören.

Ein Boxkampf wird unter der Aufsicht eines Ringrichters über mehrere ein bis drei Minuten dauernde Runden ausgetragen. Er ist entschieden,



wenn ein Gegner vom Ringrichter als unfähig erachtet wird, den Kampf fortzuführen, eine schwerwiegende Regelverletzung vorliegt, eine Aufgabe signalisiert wird oder der Ablauf der regulären Rundenzahl zu einer Punktentscheidung führt.

Es wird grundsätzlich zwischen Amateur- und Profiboxen unterschieden. Amateurboxen ist bei den Olympischen Spielen und den Commonwealth Games vertreten und besitzt eine eigene Weltmeisterschaft. Profiboxkämpfe werden von kommerziellen Boxverbänden organisiert. Profiboxer dürfen seit 2016 ebenfalls bei den Olympischen Spielen antreten.

Während es Wettkämpfe Mann gegen Mann vermutlich bereits seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte gibt, können die Anfänge des Faustkampfes als organisierte Sportart bis zu den Olympischen Spielen der Griechen im Jahr 688 v. Chr. zurückverfolgt werden. Das moderne Boxen entwickelte sich aus regelmäßig veranstalteten Preiskämpfen im England des 17. und 18. Jahrhunderts. Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die Basisregeln des modernen Boxsportes, die sogenannten Queensberry-Regeln, festgelegt.

In einem Boxkampf sind nur Schläge erlaubt, die mit der geschlossenen Faust ausgeführt werden. Jegliche Benutzung eines anderen Körperteils (beispielsweise des Fußes, der Innenhand etc.) wird nicht als Zähler anerkannt und muss vom Ringrichter als Foul gewertet werden und zur Ermahnung, zu Punktabzügen oder im schlimmsten Fall zur Disqualifikation führen. Ein regulärer Schlag ist dann ausgeführt, wenn der Treffer auf der Vorderseite des Kopfes, des Halses, des gesamten Korpus bis zur imaginären Gürtellinie am Bauchnabel oder auf den Armen landet. Schläge unter die Gürtellinie sind verboten, sie gelten als Foul und führen zum Punktabzug. Außerdem werden Treffer auf die Arme oder auf den Handschuh von den Punktrichtern nicht als Zähler gewertet, da ein derartiger Schlag

als blockiert gilt. Häufig sieht man, dass sich Boxer ineinander verklammern. Dies kann verschiedene Gründe haben. Zum Beispiel muss ein Boxer, der sich in einer für ihn ungünstigen Entfernung zum Gegner befindet, klammern, damit der Ringrichter die Kontrahenten trennt und sie auffordert, einen Schritt zurückzutreten, so dass wieder Distanz geschaffen wird. Meistens jedoch verschaffen sich erschöpfte oder angeschlagene Boxer auf diese Weise eine Pause. Klammern stellt einen Regelverstoß dar, der aber aufgrund der Häufigkeit von den Ringrichtern manchmal geduldet wird. Allerdings muss ein Ringrichter, um einen flüssigen Kampfablauf zu gewährleisten, ab einem gewissen Grad Verwarnungen und damit Punktabzüge aussprechen.



Der Boxring ist quadratisch und hat eine Kantenlänge von 16 bis 24 Fuß (488 bis 732 cm). Die Kantenlänge eines Standard-Boxrings beträgt 20 Fuß (610 cm). Der Kampfbereich wird von drei oder vier Seilen

umspannt, die jeweils drei bis fünf Zentimeter stark sind und in den Höhen 40 – 80 – 130 Zentimeter (bei drei Seilen) oder 40 – 75 – 105 – 135 Zentimeter (bei vier Seilen) hängen. Der Bodenbereich außerhalb der Seile muss mindestens 50 Zentimeter breit sein. Der Ringboden ist elastisch und mit einer Zeltplane bespannt. In den Ringecken befinden sich Eckpolster, von denen eines rot, eines blau und zwei weiß sind. Das Wort „Ring“ in Boxring kommt von dem Ring/Kreis, den die Schaulustigen um die Kämpfer bilden, und existiert in dieser Bedeutung im Englischen seit dem 14. Jahrhundert.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was für eine Kampfsportart ist Boxen?

Wie ist das Ziel des Boxkampfes?

Wie sind die Kämpfer ausgestattet?

Wer übernimmt die Boxkampfleitung?

Wie unterscheidet man Amateur- und Profiboxen?

Woraus entwickelte sich das moderne Boxen?

Welche Schläge sind in einem Boxkampf erlaubt?

Beschreiben Sie den Boxring.

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Betiteln Sie die Teile des Textes. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 3

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Amateurboxsport, Weltverband, Kopfschutz, Zahnschutz, Tiefschutz, Brustschutz, Oberteil, Boxhandschuhen, Trefferfläche, Kampfgericht, Altersklasse, Gewichtsklasse, Altersunterschied, Vergleichskampf, Kontinentalmeisterschaft, Höchstalter.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Regeln für den Amateurboxsport;
- der Schutzmittel bei Amateurboxkämpfen;
- der Altersklassen;
- der Kampfentscheidung.

AMATEURBOXEN



Es gibt grundlegende Unterschiede zwischen Amateur- und Profiboxsport. Die Regeln für den Amateurboxsport werden von der AIBA, dem Weltverband des Amateurboxsports festgelegt. Diese Regeln sind zugleich die Grundlage für das Boxen als olympische Disziplin. Amateur- und Profiboxsport haben unterschiedliche Regeln und sind von Technik, Ausführung und Taktik her nur begrenzt vergleichbar. Darüber hinaus gibt es im Profibereich kleinere Unterschiede zwischen den einzelnen Verbänden.

Ein Kampf wird normalerweise in drei Runden von je drei Minuten Länge ausgetragen, zwischen den Runden jeweils eine

Minute Pause. Es entscheidet die Anzahl der Treffer. Ein Treffer wird anerkannt, wenn mindestens drei der fünf Punktrichter einen Schlag innerhalb einer Sekunde als Treffer anerkennen. Dies geschieht durch Eingabe in einen Computer. Dieser wertet die Eingaben aus und zeigt die Treffer an. Dieses System soll die Urteile nachvollziehbarer machen und Manipulationen einschränken. Das Tragen eines Kopfschutzes, Zahnschutzes, Tiefschutzes (Männer), Brustschutzes (Frauen) und eines ärmellosen Oberteils ist bei Amateurboxkämpfen Pflicht. Das Oberteil muss sich von der Hose farblich deutlich unterscheiden, damit die Gürtellinie klar erkennbar ist. Bei Boxhandschuhen im Amateursport ist die erlaubte Trefferfläche weiß markiert, um dem Kampfgericht das Erkennen regelwidriger Treffer zu erleichtern.

Altersklassen

Neben der Einteilung in Gewichtsklassen werden die Athleten im Amateurboxen nach dem Alter unterschieden (dies ist eine Grobeinteilung, es wird nach Stichtagen und Jahren in die Klassen eingeteilt):

- Schüler männlich/weiblich 10 bis 12 Jahre
- Kadetten männlich/weiblich 13 und 14 Jahre
- Junioren männlich/weiblich 15 und 16 Jahre
- Jugend männlich/weiblich 17 und 18 Jahre
- Elite männlich/weiblich 19 bis 34 Jahre

Der Altersunterschied bei Vergleichskämpfen darf höchstens zwei Jahre betragen.

Das Höchstalter, um an Olympischen Spielen sowie Welt- und Kontinentalmeisterschaften teilnehmen zu können, ist 34 Jahre. National beträgt die Altersgrenze 36 Jahre. Wenn es keine eigenen Regeln für Frauen gibt, unterliegen Frauen denselben Bestimmungen wie Kadetten.

Kampfentscheidung

Entscheidungen beim Amateurboxen können auf neun verschiedenen Arten herbeigeführt werden.

Wertung	Erklärung
K.O	Sieg durch Niederschlag
TKO-A	Sieg durch Aufgabe des Kampfes
TKO	Sieg durch Abbruch des Kampfes wegen Kampf- oder Verteidigungsunfähigkeit
TKO-I	Sieg durch Verletzung des Boxers
n. P.	Sieg durch Punktwertung
Unentschieden	Gleiche Punktzahl für beide Boxer
Disq.	Sieg durch Disqualifikation des Gegners
WO	Sieg durch Nichtantreten des Gegners
NC	Abbruch ohne Entscheidung

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Von wem werden die Regeln für den Amateurboxsport festgelegt?

Wodurch werden Amateur- und Profiboxsport unterschieden?

Wie lange dauert normalerweise ein Kampf beim Amateurboxsport?

Wer entscheidet die Anzahl der Runden?

Welche Schutzmittel sind bei Amateurboxkämpfen obligatorisch?

Wozu ist die erlaubte Trefferfläche bei Boxhandschuhen im Amateursport weiß markiert?

Wie werden die Athleten im Amateurboxen nach dem Alter unterschieden?

Wie ist das Höchstalter, um an Olympischen Spielen teilnehmen zu können?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Betiteln Sie die Teile des Textes. Erzählen Sie nach.

Interessante Fakten & Tatsachen

Top 10 Boxer

Manny Pacquiao



Manny Pacquiao (Emmanuel Dapidran Pacquiao) ist ein philippinischer Boxer, der als bisher einziger Athlet der Boxgeschichte seit 1998 in acht Gewichtsklassen Weltmeister wurde, zu den besten Boxern der 2000er-Jahre sowie aktuell zu den bestbezahlten Sportlern der Welt zählt und in seinem Heimatland auch politisch engagiert ist. Er wurde am 17. Dezember 1978 in Kibawe, Mindanao auf den Philippinen geboren.

Regina Halmich



Regina Halmich ist eine populäre und erfolgreiche ehemalige deutsche Boxerin, die über ein Jahrzehnt ungeschlagene Weltmeisterin des WIBF war (1995–2007). Sie wurde am 22. November 1976 in Karlsruhe geboren.

Wladimir Klitschko



Wladimir Klitschko ist ein ukrainischer Boxer und mehrfacher Weltmeister im Schwergewicht (nach IBF, WBO sowie IBO). Er wurde am 25. März 1976 in Semipalatinsk (heute Semei) in Kasachstan geboren.

Vitali Klitschko



Vitali Klitschko ist ein erfolgreicher ukrainischer Boxer und Weltmeister der Boxorganisationen WBC (2004/2005, seit 2008) und WBO (1999/2000) sowie Politiker der Demokratiebewegung in der Ukraine. Er wurde

am 19. Juli 1971 in Belowodskoje in Kirgisische SSR (heute Kirgisistan) geboren.

Mike Tyson



Mike Tyson (Michael Gerard Tyson) ist ein ehemaliger US-amerikanischer Boxer, der mit 20 Jahren der jüngste Box-Weltmeister im Schwergewicht (1986) wurde, der erste von allen drei Boxverbänden anerkannte Weltmeister war und mit seinem Ohrbiss im legendären Kampf gegen Evander Holyfield (1997) für Schlagzeilen sorgte. Er wurde am 30. Juni 1966 in Brooklyn, New York City geboren.

Henry Maske



Henry Maske ist ein ehemaliger deutscher Boxer, der als Amateur Olympiasieger (1988) sowie Weltmeister (1989) wurde, in den 1990ern als Profi Weltmeister im Halbschwergewicht (1993–1996) war, für seine Fairness als „Gentleman“ betitelt und 1993 als Deutschlands „Sportler des Jahres“ geehrt wurde. Er wurde am 6. Januar 1964 in Treuenbrietzen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Mickey Rourke



Mickey Rourke (Philip Andre Rourke) ist ein US-amerikanischer Schauspieler (u. a. „9½ Wochen“ 1986, „Sin City“ 2005, „The Wrestler“ 2008) und ein ehemaliger Profiboxer (1991–1995). Er wurde am 16. September 1952 in Schenectady, New York in den Vereinigten Staaten geboren.

Muhammad Ali



Muhammad Ali (Cassius Marcellus Clay) war ein auch als „The Greatest“ bekannter US-amerikanischer Boxer, der nach legendären Kämpfen wie dem „Rumble in the Jungle“ (1974) weithin als größter Schwergewichtsboxer aller Zeiten erachtet wird und mehrfach zum „Sportler des Jahrhunderts“ (u. a. vom IOC 1999) gewählt wurde. Er wurde am 17. Januar 1942 in Louisville, Kentucky in den Vereinigten Staaten geboren und starb am 3. Juni 2016 im Alter von 74 Jahren in Scottsdale, Arizona.

Max Schmeling



Max Schmeling (Max Adolph Otto Siegfried Schmeling) war ein deutscher Schwergewichtsboxer, der Boxweltmeister im Schwergewicht (1930–1932) und insbesondere in den 1930er-Jahren einer der populärsten Sportler Deutschlands war. Er wurde am 28. September 1905 in Klein Luckow geboren und starb am 2. Februar 2005 im Alter von 99 Jahren in Wenzendorf.

James Figg



James Figg war ein populärer englischer Boxer, der Anfang des 18. Jahrhunderts mit bloßen Fäusten gegen seine Gegner kämpfte („bare-knuckle fighting“), als erster anerkannter Schwergewichtsmeister Englands (1719–1730) gilt und daher u. a. von Boxlegende Jack Dempsey als „Vater des modernen Boxens“ betitelt wurde. Er wurde 1684 in Thame, Oxfordshire in England geboren und starb am 7. Dezember 1734 im Alter von 50 Jahren in London.

Biographie von Vitali Klitschko

Vitali Klitschko wurde 1971 in Belowodsk bei Frunse, Kirgisische SSR Sowjetunion, geboren. Der Sohn eines Offiziers der Sowjetarmee und einer Pädagogin lernte das Boxen im Alter von 13 Jahren auf einem Militärstützpunkt kennen, wo die Familie zum damaligen Zeitpunkt lebte. Nach dem Umzug nach Kiew 1985 betätigte sich Klitschko zunächst im Kickboxen, wo er verschiedene Turniererfolge erringen konnte und in die sowjetische Junioren-Nationalmannschaft aufgenommen wurde.

Die sportliche Laufbahn wurde durch Vitali Klitschkos Armeedienst unterbrochen. Danach fokussierte er sich abermals aufs Kickboxen, betrieb jedoch nebenher auch klassisches Boxtraining. Daraus ergab sich zwischen 1992 und 1996 eine Laufbahn als Amateurboxer. Zuvor verlor er das Finale der Kickbox-Europameisterschaften 1992 in Bulgarien.

Vitali Klitschko steigt von Kickboxen auf Boxen um

Die Erfolge im Amateurboxen ließen nicht lange auf sich warten: Vitali Klitschko siegte in 195 Begegnungen, darunter 80 Mal vorzeitig. Gleichzeitig musste er lediglich 15 Niederlagen in seinem Steckbrief vermerken. Der schnelle Aufstieg eröffnete ihm 1996 die Olympiateilnahme in Atlanta. Da ihm kurz zuvor die Einnahme eines Steroids nachgewiesen werden konnte, reiste schließlich sein jüngerer Bruder Wladimir Klitschko in die USA und gewann statt seiner prompt die Goldmedaille im Schwergewicht.

Die Profikarriere des Vitali Klitschko begann 1996. Seinen ersten großen Titel gewann er bei den Europameisterschaften 1998. Es folgt der WM-Titel der WBO 1999 aus dem Kampf gegen Herbie Hide. Den Gürtel verlor er nur kurze Zeit später unerwartet gegen den US-Amerikaner Chris Byrd. Anno 2004 holte Vitali Klitschko den

WBC-Titel durch den Sieg über Corrie Sanders nach Hause. Verschiedene gesundheitliche Probleme zwangen Klitschko zu einer Pause bis 2008. Mit dem Gewinn des WBC-Titels 2008 gelang ihm schließlich ein fulminantes Comeback. Fortan hielten beide Klitschko-Brüder WM-Titel im Schwergewicht, was boxhistorisch noch nie vorgekommen ist.

Vitali Klitschko - ein Weltmeister wird Bürgermeister

Seinen 2008 erkämpften Weltmeistertitel verteidigte er gegen neun Herausforderer bis zum September 2012. Nach dem Sieg gegen Manuel Charr in seinem letzten Kampf beendete Vitali Klitschko seine Karriere als amtierender Boxweltmeister. Andere große Aufgaben warteten mittlerweile auf ihn.

Vitali Klitschko engagiert sich in seiner Heimat politisch und wurde 2010 zum Vorsitzenden der neu gegründeten Partei UDAR (heute Block Petro Poroschenko) gewählt. Seit dem 25. Mai 2014 ist Vitali Klitschko außerdem Bürgermeister von Kiew - Hauptstadt und größte Metropole der Ukraine.

Privat ist Vitali Klitschko seit April 1996 mit dem ehemaligen Model Natalia Egorowa verheiratet. Das Ehepaar hat drei Kinder.

LESETEXT 4

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Kraftdreikampf, Wettkampfsportart, Schwerathletik, Kniebeugen, Bankdrücken, Kreuzheben, Zweikampf, Gewichtheben, Wettkampfteilnehmer, Wettkampfwertung, Handgelenkbandagen, Wirbelsäule, Kniestulpen, Gewichtsklasse, Gesamtgewicht, Körpergewicht, Nichtbeachtung, Seitenkampfrichter.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Altersklassen der Wettkampfteilnehmer;
- der Gewichtsklassen bei der IPF;
- der Gewichtsklassen seit 2011;
- der Bewertung der Übungen.

POWERLIFTING

Der **Kraftdreikampf**, international auch **Powerlifting** genannt, ist eine Wettkampfsportart der Schwerathletik bzw. des Kraftsports und setzt sich aus den drei Disziplinen Kniebeugen, Bankdrücken und Kreuzheben (offizielle Reihenfolge) zusammen.



Kraftdreikampf ist am ehesten mit dem olympischen Zweikampf beim Gewichtheben (Reißen und Stoßen) vergleichbar. Ziel ist es, größtmögliche Lasten zu

bewältigen. Obwohl gute Technik sehr wichtig ist und dieser im Training große Aufmerksamkeit gilt, zählt im Wettkampf nur die Höhe des Gewichts.

Die Wettkampfteilnehmer werden in Alters- und Gewichtsklassen eingeteilt. In jeder Disziplin sind ihnen jeweils drei Versuche gestattet. Ein zusätzlicher vierter Versuch konnte in Ausnahmefällen genehmigt werden, wenn es dabei um die Aufstellung eines neuen Rekordes ging. Die im vierten Versuch erbrachte Leistung ging jedoch nicht in die Wettkampfwertung ein. 2007 wurde der vierte Versuch gänzlich abgeschafft, um eine schnellere Durchführung des Wettkampfes zu ermöglichen.

Altersklassen

Es gibt folgende Altersklassen: Jugend (14–18 Jahre), Junioren (19–23 Jahre), allgemeine Klasse (24–39 Jahre), Masters (ab 40 Jahre Masters I, ab 50 Jahre Masters II, ab 60 Jahre Masters III, ab 70 Jahre Masters IV).

Im Bundesverband Deutscher Kraftdreikämpfer (BVDK) wird seit 2010 die Altersklasse der Jugendlichen zusätzlich noch in die B-Jugend (14–15 Jahre) und die A-Jugend (16–18 Jahre) unterteilt. Der B-Jugend ist die Nutzung von unterstützender Ausrüstung, sog. Equipments (siehe unten) bei Wettkämpfen nicht gestattet. Lediglich Hebergürtel sowie Handgelenkbandagen und Kniestulpen als Schutz vor Verletzungen der in diesem Alter noch im Wachstum befindlichen Wirbelsäule und Gelenke sind erlaubt.

Gewichtsklassen

Es gab bis Ende 2010 folgende Gewichtsklassen bei der IPF:

Frauen -48 kg, -52 kg, -56 kg, -60 kg, -67,5 kg, -75 kg, -82,5 kg, -90 kg, +90 kg

Männer -56 kg, -60 kg, -67,5 kg, -75 kg, -



82,5 kg, -90 kg, -100 kg, -110 kg, -125 kg, +125 kg

Für die Altersklassen der Jugend und der Junioren existieren des Weiteren auch die Gewichtsklassen -44 kg (Frauen) und -52 kg (Männer), die 2007 für die anderen Altersklassen auf Grund der mangelnden Besetzung bei Wettkämpfen abgeschafft wurden.

Seit 2011 gelten folgende Gewichtsklassen:

Frauen bis 43 kg nur Jugend und Junioren, 47 kg, 52 kg, 57 kg, 63 kg, 72 kg, 84 kg, 84 kg +

Männer bis 53 kg nur Jugend und Junioren, 59 kg, 66 kg, 74 kg, 83 kg, 93 kg, 105 kg, 120 kg, 120 kg+

Zudem wurden neue Weltrekordstandards für jede Gewichtsklasse eingeführt.

Die Ausführung der einzelnen Übungen unterliegt einem strengen Reglement. Pro Disziplin hat jeder Athlet drei Versuche, bei denen ein möglichst hohes Gewicht bewältigt werden muss. Von einem Versuch zum nächsten darf das Gewicht nur erhöht bzw. unverändert gelassen werden, nicht aber verringert werden. Die jeweils besten Versuche in allen Disziplinen werden addiert und als Gesamtgewicht notiert. Der Athlet mit dem höchsten Gesamtgewicht (auch *Total* genannt) einer Gewichtsklasse gewinnt die Klasse. Bewältigen zwei oder mehr Athleten dasselbe Gesamtgewicht, so entscheidet das beim Wiegen vor dem Wettkampf ermittelte Körpergewicht über die Platzierung: Der Sportler mit dem niedrigeren Körpergewicht wird in der Wertung vor dem schwereren Athleten platziert. Wird zusätzlich ein Gesamtsieger gekürt, so erfolgt die Kürung auf Basis der Relativpunktewertung (Leistung in Relation zum Körpergewicht nach Wilks).

Für die Bewertung der Übungen sind drei Kampfrichter (ein Hauptkampfrichter, zwei Seitenkampfrichter) um die Wettkampflplattform angeordnet. Der Hauptkampfrichter ist unter

anderem für die Kommandos ("Beugen"/"Ablegen", "Start"/"Press"/"Ablegen", "Ab") zuständig. Eine Nichtbeachtung dieser Kommandos führt dazu, dass ein Versuch ungültig gewertet wird.



Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Aus welchen Disziplinen setzt sich der Kraftdreikampf zusammen?

Wie ist das Ziel im Kraftdreikampf?

Was zählt im Wettkampf?

Wie werden die Wettkampfteilnehmer eingeteilt?

Wie viele Versuche sind in jeder Disziplin gestattet?

In welchem Fall konnte zusätzlicher vierter Versuch genehmigt werden?

Welche Altersklassen unterscheidet man unter den Wettkampfteilnehmer?

Wie wird seit 2010 die Altersklasse der Jugendlichen zusätzlich im Bundesverband Deutscher Kraftdreikämpfer unterteilt?

Welche Gewichtsklassen gab es bis Ende 2010 bei der IPF?

Welche Gewichtsklassen gelten seit 2011?

Welche Versuche werden in allen Disziplinen addiert und als Gesamtgewicht notiert?

Wie kann der Athlet die Klasse gewonnen?

Wie werden die Athleten, die dasselbe Gesamtgewicht bewältigen, bewertet?

Wer ist für die Kommandos zuständig?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Betiteln Sie die Teile des Textes. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 5

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Ausdauertraining, Energieversorgung, Reizdauer, Reizstarke, Geschwindigkeit, Reizdichte, Variationsmöglichkeit, Geschwindigkeitsbereich, Teststrecke, Mittelwert, Testwerte, Renngeschwindigkeit, Dauermethode, Wechselmethode, Wiederholungsmethode, Intervallmethode, Kontrollmethode, Wettkampfmethode.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Methoden des Ausdauertrainings;
- der Dauermethode;
- der Wiederholungsmethode;
- der Wiederholungsmethode.

DAS AUSDAUERTRAINING

(der 1. Teil)

Ausdauer ist die Widerstandsfähigkeit gegen Ermüdung. Die Ausdauer ist von verschiedenen Faktoren abhängig, unter denen die Energieversorgung des Muskels eine besondere Rolle spielt.

Die Methoden des Ausdauertrainings. Da man die Faktoren Reizdauer, Reizstarke (Geschwindigkeit) und Reizdichte vielfältig dosieren und miteinander kombinieren kann, ergeben sich zahlreiche Variationsmöglichkeiten der Belastung im Ausdauertraining.

Zur Abgrenzung der Methoden sowie zur besseren Planung und Auswertung des Trainings ist es erforderlich, verschiedene Geschwindigkeitsbereiche zu unterscheiden. Bezugspunkt für die

Bestimmung der Bereiche ist die individuelle Bestleistung auf der heimatischen Teststrecke (Männer 2000 m, Frauen 1000m), die mit 100% angesetzt wird. Liegen mehrere Testwerte vor, ist es zweckmäßig, den Mittelwert der drei besten Ergebnisse zu bilden.

Wir unterscheiden folgende Geschwindigkeitsbereiche: submaximale Geschwindigkeit; Renngeschwindigkeit (Rennschnitt); mittlere Geschwindigkeit; mäßige Geschwindigkeit.

Die Geschwindigkeitsbereiche dienen uns zur näheren Kennzeichnung der Methoden des Ausdauertrainings und ihrer Varianten.

Wir unterscheiden folgende Methoden: Dauermethode, Wechsellmethode, Wiederholungsmethode, Intervallmethode, Kontroll- und Wettkampfmethode.

Die Dauermethode. Die Dauermethode wird durch eine ununterbrochene Belastung mit gleichmäßiger oder allmählich ansteigender Geschwindigkeit charakterisiert. Die Belastungsdauer beträgt mindestens 30 Minuten, das Optimum etwa zwischen 60 und 90 (12 bis 20 Kilometer). Die Schlagfrequenz erreicht je nach Bootsgattung 20 bis 28 pro Minute, die Geschwindigkeit liegt vorwiegend im mäßigen Bereich.

Durch die Dauermethode wird vor allem die aerobe Kapazität erweitert. Bei Anfängen entsteht außerdem ein günstiger Krafttrainingseffekt. Das Dauerrudern eignet sich gut zur Festigung einer ökonomischen Technik, sofern grobe Bewegungsfehler im technischen Training ausgemerzt wurden. Dauerrudern mit technischen Fehlern trägt jedoch zu deren Festigung bei.

Eine wichtige und erfolgversprechende Variante ist das Dauerrudern mit allmählich ansteigender Geschwindigkeit vom mäßigen bis zum mittleren Bereich. Die Steigerung erfolgt durch Erhöhen der Schlagfrequenz und des Krafteinsatzes.

Die Wiederholungsmethode. Zur Wiederholungsmethode gehören Belastungen über Strecken, die länger als die Wettkampfstrecke sind Trainingseinheit mehrmals, von Pausen unterbrochen, wiederholt werden.

Der Streckenbereich erstreckt sich bei den Männern zwischen 2000 und 5000 m, bei den Frauen und der Jugend zwischen 1500 und 3000 m. Es wird der obere Bereich der mittleren Geschwindigkeit bevorzugt. Die Erholungszeiten richten sich nach dem individuellen Trainingszustand, der Länge der Strecke und der Geschwindigkeit. Sie betragen etwa 5 bis 15 Minuten. Der Gesamtumfang in einer Trainingseinheit kann bei Männern etwa 8 bis 15 km, bei Frauen 6 bis 8 km erreichen.

Die Wiederholungsmethode soll die Grundaussdauer mit wettkampfspezifischem Einschlag entwickeln. Sie wird in der Regel erst dann angewendet, wenn der der Trainingszustand mit Hilfe der Dauer- und Wechselmethode ausreichend gefestigt wurde.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Wovon ist die Ausdauer abhängig?

Welche Faktoren kann man kombinieren?

Welche Geschwindigkeitsbereiche unterscheiden wir?

Welche Methoden unterscheiden wir?

Wodurch wird die Dauermethode charakterisiert?

Was wird durch die Dauermethode vor allem erweitert?

Wozu eignet sich das Dauerrudern?

Was soll die Wiederholungsmethode entwickeln?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Betiteln Sie die Teile des Textes. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 6

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Leistungsfähigkeit, Mannschaftsboot, Renngeschwindigkeit,
Belastungsspitzen, Durchschnittswert, Trainingseffekt,
Belastungsfolge, Erholungspause, Intervallmethode,
Wettkampfdistanz, Hauptform, Durchschnittsgeschwindigkeit,
Wettkampfstrecke.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Wechselmethode;
- der Intervallmethode;
- der Merkmale der Intervallmethode I;
- der Merkmale der Intervallmethode II.

DAS AUSDAUERTRAINING

(der 2. Teil)

Die Wechselmethode. Die Wechselmethode ist eine Form des Dauerruderns, die durch einen rhythmischen Geschwindigkeitswechsel charakterisiert ist. Die Dauer der Abschnitte mit höherer und niedrigerer Belastung ist vor allem von der Geschwindigkeit abhängig. Die Dauer der Abschnitte mit der niedrigeren Belastung wird der individuellen Leistungsfähigkeit angepasst. Im Mannschaftsboot muss man versuchen, einen bestimmten Durchschnittswert zu finden. Bei Anwendung der Renngeschwindigkeit liegt die Dauer der Belastungsspitzen zwischen 30 und 60 Sekunden.

Der wesentlichste Trainingseffekt der Wechselmethode besteht

in der Entwicklung der Grundaussdauer. Durch eine zweckmäßige Dosierung des Krafteinsatzes und der Frequenz werden komplexe Anpassungen ausgelöst. In einer Trainingseinheit können verschiedene Methoden kombiniert angewendet werden. Eine solche Kombination liegt vor, wenn die Wechselmethode in Serienform gestaltet wird. Dabei wird nach einer Belastungsfolge, die z. B. acht bis zwanzig Minuten andauern kann, eine echte Pause eingelegt und anschließend die gleiche oder eine ähnliche Belastung wiederholt. Die Erholungspause nach einer langen Belastungsdauer entspricht dem Prinzip der Wiederholungsmethode.

Die Intervallmethode. Die Intervallmethode wird durch wiederholte Belastungen über Teilstrecken der Wettkampfdistanz mit dazwischenliegenden Unterbrechungen (Intervalle) charakterisiert. Während des Intervalls wird entweder völlig geruht oder mit geringem Krafteinsatz gerudert. Man unterscheidet zwei Hauptformen der Intervallmethode: Intervallmethode I und II.

Merkmale der Intervallmethode I. Die Länge der Teilstrecken beträgt 250 bis 1500 m bei den Männern und 200 bis 500 m bei den Frauen und der Jugend. Es wird mit der Geschwindigkeit und der Schlagfrequenz gerudert, die für den folgenden Wettkampf geplant ist. Die Intervalle werden zeitlich so ausgedehnt, dass bei der Wiederholung kein Leistungsabfall auftritt.

Die Intervallmethode I dient zur unmittelbaren Vorbereitung des Ruderers und einer Mannschaft auf die spezifischen Bedingungen des Wettkampfes. Der Ruderer wird auf die optimale Schlagfrequenz, den optimalen Krafteinsatz und damit auf die günstigste Durchschnittsgeschwindigkeit eingestellt.

Merkmale der Intervallmethode II. Die Länge der Teilstrecke beträgt 250 bis 500 m. Es wird mit submaximaler Geschwindigkeit gerudert, d. h., schneller als Rennschnitt. Die Pausen nutzt man für

Spezialübungen zur weiteren Entwicklung rudertechnischer Details, zur aktiven Erholung und zur Auflockerung. Die Belastung muss im Intervalltraining nicht unbedingt durch Einhalten einer gleichmäßigen Geschwindigkeit charakterisiert sein.

Die Kontroll- und Wettkampfmethode. Diese Methode ist dadurch charakterisiert, dass die Wettkampfstrecken mit höchstmöglichem Einsatz durchrudert werden. Solche Belastungen werden ein- bis zweimal wiederholt.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was ist die Wechselmethode?

Wovon ist die Dauer der Abschnitte mit höherer und niedrigerer Belastung abhängig?

Worin besteht der wesentlichste Trainingseffekt der Wechselmethode?

Wodurch wird die Intervallmethode charakterisiert?

Welche Formen der Intervallmethode unterscheidet man?

Wozu dient die Intervallmethode I?

Wozu dient die Intervallmethode II?

Wodurch ist die Kontroll- und Wettkampfmethode charakterisiert?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 7

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Schwimmsport, Grundform, Schwimmstrecke, Schwimmtechnik, Hindernisschwimmen, Unterwasserausdauerschwimmen, Langstreckenschwimmen, Wettkampfform, Schwimmweltmeisterschaft, Austragungsort, Bahnenlänge, Bahnenbreite, Wassertiefe.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- des Schwimmens als sportliche Disziplin;
- der Austragungsort;
- der Strecken.

SCHWIMMSPORT

(der 1. Teil)

Schwimmsport bezeichnet die Ausübung des Schwimmens als sportliche Disziplin. In seiner Grundform wird der Schwimmsport als Wettkampf mehrerer Teilnehmer gegeneinander um die Bewältigung einer vorgegebenen Schwimmstrecke in kürzestmöglicher Zeit ausgetragen, oder auch ohne Zeitdruck zur Verbesserung der eigenen Schwimmtechnik.



Schwimmen gehört seit den ersten Olympischen Spielen der Neuzeit (1896 in Athen) zum olympischen Programm. Bei den zweiten Olympischen Spielen 1900 in Paris wurden ein

Hindernisschwimmen, ein Unterwasserausdauerschwimmen und ein

4000-Meter-Schwimmen veranstaltet. Bis auf das letztere (Langstreckenschwimmen) wurden diese Wettkampfformen später nicht mehr durchgeführt. Bei den Olympischen Spielen 1912 durften erstmals Frauen an den Wettkämpfen teilnehmen. Seit 1973 finden offizielle Schwimmweltmeisterschaften statt. Gemeinhin werden Schwimmwettkämpfe nach dem Regelwerk des internationalen Schwimmverbands Fédération Internationale de Natation (FINA) ausgetragen.

Austragungsort sind für Strecken bis 1500 m Schwimmbecken, die die verschiedenen Anforderungen erfüllen hinsichtlich Bahnenlänge (25 m oder 50 m), Bahnenbreite (2,50 m), Wassertiefe (mindestens 1,60 m, bei Olympischen Spielen und Weltmeisterschaften mindestens 2 m) sowie Wassertemperatur (normalerweise 25–28 °C). Die Bahnen werden durch Leinen, die die Wellen von den benachbarten Bahnen abhalten sollen – von den Schwimmern oft „Wellenkillerleinen“ oder „Wellenbrecher“ genannt – voneinander getrennt. Die Leinen haben verschiedene Markierungen: im 5-m-Bereich vor jeder Beckenwand (in diesen Bereichen sind die Leinen meist durchgängig rot), in der Mitte und



jeweils bei 15 m. Auf dem Boden befindet sich zudem häufig in der Mitte einer jeden Bahn ein etwa 25 cm breiter schwarzer Strich, der 2 m vor dem Beckenende ein T ausbildet und dem Schwimmer hilft, sich zu orientieren. Des Weiteren hängen über dem Becken noch weitere Leinen: 5 m vor jeder Beckenwand befindet sich (in mindestens 1,8 m Höhe) eine

Fähnchenleine, um den Rückenschwimmern anzuzeigen, dass die Wand naht. Zusätzlich gibt es noch die Fehlstartleine, die (in mindestens 1,2 m Höhe) 15 m vom Start entfernt hängt. Diese wird ins Wasser gelassen, wenn Schiedsrichter oder Starter einen Fehlstart erkennen. Für Wettkämpfe werden sowohl Hallen- als auch Freibäder genutzt. Im Allgemeinen wird in Süßwasserbecken geschwommen, doch gibt es noch vereinzelt Salzwasserbecken, in denen Wettkämpfe ausgetragen werden.

Geschwommen werden **Strecken** gemäß den Regularien, die meist ein Vielfaches von 100-Meter-Abschnitten sind: 100 m, 200 m, 400 m, 800 m, 1500 m und 5000 m sowie die 50-m-Distanz als Sprintstrecke. Beim Langstreckenschwimmen kommen Strecken zwischen 5 und 25 Kilometer hinzu, die meist in offenen Gewässern ausgetragen werden. Neben Einzelwettkämpfen finden auch Staffelwettkämpfe statt, wobei hier ausschließlich Vierer-Staffeln geschwommen werden. International gibt es Staffelwettbewerbe über 4×50 m, 4×100 m und 4×200 m.

Es wird unterschieden zwischen der 25-m-Kurzbahn und der 50-m-Langbahn, wofür jeweils unterschiedliche Weltrekordlisten geführt werden. In Wettkämpfen stehen sich maximal so viele Schwimmer gegenüber, wie Bahnen im Schwimmbecken vorhanden sind. Ausnahmen gibt es über 1500 m, 800 m und 400 m Freistil, wo in kleineren Wettkämpfen zwei Schwimmer pro Bahn antreten können. Für ein Wettkampfbecken sind regulär acht Bahnen vorgesehen. Bei Ausscheidungswettkämpfen werden daher mehrere Läufe ausgetragen, in denen die Schwimmer jeweils an der nächsten Ausscheidungsstufe teilnehmen dürfen, wenn sie die nach dem Reglement erforderlichen Platzierungen erreicht haben. Der schnellste gemeldete oder qualifizierte Schwimmer startet immer auf der Bahn 4, der zweitschnellste Schwimmer folgt auf der Bahn 5, weiter geht es dann

über die Bahnen 3, 6, 2, 7, 1 bis zur Bahn 8, auf der der langsamste Schwimmer des Laufes schwimmt. Bei Wettkämpfen sind die Bahnen 4 und 5 meist von gelben Leinen eingefasst, um die beiden stärksten Schwimmer zu kennzeichnen.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was ist der Schwimmsport in seiner Grundform?

Gehört Schwimmen zum olympischen Programm?

Seit wann durften erstmals Frauen an den Wettkämpfen teilnehmen?

Seit wann finden offizielle Schwimmweltmeisterschaften statt?

Wie ist Austragungsort?

Wie ist Wassertemperatur im Schwimmbad?

Wodurch werden die Bahnen im Schwimmbad voneinander getrennt?

Welche Strecken unterscheidet man?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 8

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Startsignal, Startsprung, Schwimmbahn, Rückenschwimmen, Lagenstaffel, Fehlstart, Folgeschwimmer, Staffelrekord, Wettkampfschwimmart, Gegenrichtung, Freistilstrecken, Körperkontrolle.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- des Startes der Schwimmer;
- technische Übungen im Schwimmen;
- des Einsatzes von Hilfsmitteln.

SCHWIMMSPORT

(der 2. Teil)

Die Schwimmer starten nach dem Startsignal von den erhöhten Startblöcken ihrer Schwimmbahn am Beckenkopf durch einen Startsprung in das Wasser hinein (außer beim Rückenschwimmen und bei der Lagenstaffel, wo der Rückenschwimmer im Wasser startet). Bei einem Fehlstart (Sensoren in den Startblöcken helfen hier den Schiedsrichtern bei modernen Schwimmbädern) werden diejenigen Schwimmer nach dem Rennen disqualifiziert, die den Fehlstart ausgelöst (provoziert) haben oder zu früh abgesprungen sind (ein Wackeln auf dem Startblock reicht bereits).

Bei Staffeln spricht man außer beim ersten Schwimmer von „fliegenden Wechseln“. Der Folgeschwimmer darf maximal drei Hundertstelsekunden vor dem tatsächlichen Anschlag des Vorschwimmers starten. Da bei fliegenden Wechseln die Reaktionszeit wegfällt, sind Staffelschwimmer oft ein wenig schneller unterwegs als in einem Einzelwettkampf. Hier geschwommene Zeiten

werden mit Ausnahme der Zeit des Startschwimmers nicht als Einzelrekorde anerkannt. Staffelrekorde gelten für ab dem Start gerechnete Strecken, sofern die Staffel den Wettkampf ordnungsgemäß beendet. So können die ersten vier Schwimmer einer 10 × 100-m-Freistilstaffel auch einen Staffelrekord über die 4 × 100 m schwimmen.

Die Technik der Fortbewegung ist durch die Benennung der Wettkampf-Schwimmart vorgegeben und unterliegt differenzierten Definitionen der Regelwerke. Es werden so viele Bahnen geschwommen, wie die vorgegebene Strecke es erfordert. Hierbei vollführt der Schwimmer an jedem Bahnende eine Wende im Wasser und schwimmt in der Gegenrichtung wieder zurück. Bei den Strecken 800 m und 1500 m Freistil werden die Bahnen für jeden Schwimmer gezählt und angezeigt, teilweise sogar mit Displays unter Wasser. Zusätzlich muss der Wenderichter ab Freistilstrecken über 800 m durch akustische Signale (Pfeife, Hupe etc.) dem Schwimmer deutlich machen, wenn noch zwei Bahnen und fünf Meter zu schwimmen sind. Damit wird diese Praxis auf Kurz- und Langbahnen vereinheitlicht.

Technische Übungen im Schwimmen führen zu einer Optimierung der Schwimmlagen, was sich in einer verbesserten Körperkontrolle im Wasser darstellt. Gleichzeitig beugt man



Verletzungen im Sport vor.

Durch verschiedene Übungen kann man seine Wasserlage, seine Arm- oder Beinbewegungen, bzw. allgemeine Koordination des Körpers, die Körperspannung und das richtige Atmen (gerade im Leistungssport) erlernen. Wichtig dabei ist das Einhalten von Pausen zwischen den einzelnen Übungen und deren Wiederholungen. Die Länge der Pausen

wird bestimmt durch die Häufigkeit und die Art der Übung, die man macht. Jede Übung hat ihren eigenen Schwierigkeitsgrad bezüglich Kraft, Koordination und Flexibilität. Je anspruchsvoller die Übung ist, desto mehr Fähigkeiten müssen gleichzeitig abgerufen werden. Von daher ist eine individuelle/angepasste Pausengestaltung wichtig.

Einsatz von Hilfsmitteln

Mittels Hilfsgegenständen, z. B. Paddles oder Flossen (kurz oder lang), können Kraftaufwand und Wasserlage deutlich innerhalb bestimmter Übungen verändert werden. Paddles ermöglichen ein besseres Wassergefühl bezüglich Zug- und Druckphase eines Armzuges; Flossen vermitteln ein besseres Bewegungsgefühl für den Beinschlag (Kraul, Rücken und Delphin/Schmetterling). Im Wettkampf sind sie nicht erlaubt. Mit Hilfe von Schwimmbrettern können die Bein- und mit Pull Buoys die Armmuskulatur separat trainiert werden. Im Wettkampf sind als Hilfsmittel nur eine Schwimmbrille und maximal zwei Badekappen zugelassen.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Wie starten die Schwimmer?

Wozu führen technische Übungen im Schwimmen?

Was kann durch verschiedene Übungen erlernt werden?

Wodurch wird die Länge der Pausen bestimmt?

Welche Hilfsmittel verwendet man im Schwimmen?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 9

Vorübungen

1. **Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Schmetterlingsschwimmen, Brustschwimmen, Wasseroberfläche, Endzeit, Anschlagmatten, Krafteinwirkung, Zielrichterentscheid, Körperbehaarung, Strömungseigenschaft, Hochleistungs-Schwimmsport.

2. **Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:**

- des Anschlages im Schwimmen;
- der Bekleidung der Schwimmer.

SCHWIMMSPORT

(der 3. Teil)

Anschlag



Die Zeit wird in dem Moment gestoppt, in dem der Schwimmer die Wand (beim Freistil- und Rückenschwimmen mit einem beliebigen Teil seines Körpers, beim Brust- und Schmetterlingsschwimmen mit beiden Händen gleichzeitig an, über oder unter der Wasseroberfläche und nicht übereinanderliegend) berührt. Bei Staffeln werden die Zwischenzeiten nach jedem Staffelschwimmer sowie die Endzeit genommen. Bei großen Wettkämpfen wird meist elektronisch gemessen, die Anschlagmatten (meistens gelb oder weiß) reagieren dabei schon auf die geringste Krafteinwirkung. Zusätzlich werden die Zeiten von immer mindestens einer Person pro Bahn manuell (semi-elektronisch) erfasst. Neben

einer elektronischen und semi-elektronischen Zeitnahme, muss eine systemunabhängige Zeitnahme durch einen Kampfrichter mit Stoppuhr oder durch eine Videozeitnahme erfolgen. In Zweifelsfällen wertet das Zielgericht den Zieleinlauf. So kann es vorkommen, dass Athleten mit identischer Zeit verschiedene Platzierungen erhalten, wenn das Zielgericht die Anschlagreihenfolge erkennen konnte. Liegt eine einwandfrei registrierte elektronische Zeit vor, so ist diese die amtliche Zeit und wird nicht geändert. Der Zielrichterentscheid kommt nur zum Tragen, wenn es keine fehlerfreien elektronischen Zeiten gibt und der festgestellte Einlauf den von Hand gestoppten Zeiten widerspricht.

Bekleidung

Wesentlich für hohe Geschwindigkeiten im Schwimmsport ist ein optimales Gleiten. Lange Zeit waren textile Stoffe in den



Gleiteigenschaften der menschlichen Haut unterlegen, sodass besonders kurz geschnittene Bekleidung bevorzugt wurde. Eine Rasur der Körperbehaarung wurde und wird zusätzlich eingesetzt.

Kopfhaare werden unter Badekappen verborgen, die im Wettkampfbereich aus Latex oder Silikon bestehen. Die glatte Oberfläche dieser Materialien hat relativ gute Strömungseigenschaften. Falten der Kappe werden bei sogenannten 3D-Kappen durch deren Form und Schnitt vermieden. Eine moderne Alternative stellen mit Kunststoff bedampfte Stoffkappen dar.

Inspiziert von den guten Strömungseigenschaften der Haut eines Haifisches wurde durch den Hersteller Speedo eine technologische Evolution der Bekleidung angestoßen. Dies ermöglichte erstmals bessere Strömungseigenschaften als menschliche Haut, ohne dabei zusätzlichen Auftrieb zu erzeugen, der im Wettkampfbereich nicht

erlaubt ist. Im Zuge der technischen Entwicklung wurden damit Schwimmanzüge entwickelt, die im Wesentlichen in Short Skin (Bedeckung der Oberschenkel), Leg Skin (Bedeckung der Beine), Body (Bedeckung der Beine und des Oberkörpers) und Full Body (Bedeckung des gesamten Körpers mit Ausnahme der Füße, der Hände und der Kopf-/Halspartie) unterteilt werden. Ein optimales Gleiten wird mit textilen Anzügen erst erreicht, wenn sie sehr fest am Körper sitzen. Dieses Zusammenpressen kann zu Abschnürungen führen, sodass nur bei kurzen Schwimmdistanzen extrem enge Anzüge getragen werden und einige Schwimmer auch auf die Bedeckung des Oberkörpers verzichten. Die Kompression des Körpers durch extrem eng anliegende Anzüge kann zwar einerseits als hinderlich empfunden werden, aber kann andererseits Muskelkontraktion und Relaxation unterstützen.

Aus dem Tauchsport und dem Triathlon war bekannt, dass Neopren-Anzüge ausgesprochen gute Gleiteigenschaften haben. In diesen Sportarten ist die Verwendung von auftriebsfördernden Materialien teilweise erlaubt, so dass Neopren nicht nur zur Wärmedämmung, sondern auch wegen des Auftriebs eingesetzt wird. Erst die technologische Entwicklung eines extrem dünn aufgetragenen Neopren-Materials mit vernachlässigbarem eigenem Auftrieb ermöglichte die Verwendung derartiger Materialien im Schwimmsport, wo sie durch ihre überragenden Gleiteigenschaften andere Materialien verdrängten. Dies führte zu einer großen Masse an neuen Rekorden auf allen Wettkampfstrecken. Kritisch muss betrachtet werden, dass durch die luftundurchlässigen Materialien Lufteinschüsse ermöglicht werden, die zusätzlichen Auftrieb bringen. Aus diesem Grund wurde 2009 vom internationalen Schwimmverband FINA das Tragen von zwei Anzügen übereinander verboten. Dies

schließt auch eine einfache Badehose unter einem solchen High-Tech Anzug ein.

Die Wahl einer geschwindigkeitsfördernden Bekleidung im Hochleistungs-Schwimmsport erreichte eine zunehmende Aufmerksamkeit. Herstellerfirmen erarbeiteten immer wieder neue Verbesserungen am Material und Zuschnitt der Schwimmkleidung. Dies führte zu einer Diskussion um die Notwendigkeit einer Reglementierung der High-Tech-Schwimmanzüge durch die FINA, da die richtige Kleidung zunehmend wettbewerbsrelevant geworden war, und schließlich zu einem kompletten Verbot der Schwimmanzüge in ihrer bisherigen Form. Die FINA legte fest, dass ab 2010 die Schwimmbekleidung bei Wettkämpfen nicht mehr länger als Kniehöhe sein darf. Außerdem dürfen die Männer keine Bekleidung tragen, die den Oberkörper bedeckt. Reißverschlüsse sind verboten.



Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Wie wird die Zeit bei großen Wettkämpfen gemessen?

Was ist wesentlich für hohe Geschwindigkeiten im Schwimmsport?

Woraus bestehen die Badekappen?

Wenn wird ein optimales Gleiten mit textilen Anzügen erreicht?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 10

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Schwimmtechnik, Regelwerk, Wettkampfschwimmer,
Brustschwimmen, Kraulschwimmen, Delfinschwimmen,
Freistilschwimmen, Rettungsschwimmen, Teilstrecken, Langbahn-
Weltrekorden, Geschlechtsunterschiede.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Schwimmtechnik;
- der älteren und seltener geschwommenen Techniken;
- des Geschlechtsunterschiedes.

SCHWIMMTECHNIKEN

Als Schwimmtechnik bezeichnet man die vom offiziellen Regelwerk vorgegebene, für sämtliche Wettkampfschwimmer geltende normierte Schwimmart, in der geschwommen wird. Als Schwimmstil bezeichnet man die individuelle Ausprägung der jeweiligen Technik. Die



heute

bekanntesten

modernen Schwimmtechniken sind das Brustschwimmen, das Kraulschwimmen, das Rückenkräulen

und das Schmetterlingsschwimmen (Delfinschwimmen). Beim wettkampfmäßigen Lagenschwimmen werden vier gleich lange Teilstrecken in der Reihenfolge Schmetterlings-, Rücken-, Brust- und Freistilschwimmen absolviert. Wird jedoch in einer Lagen-Staffel



geschwommen, so ändert sich die Reihenfolge in Rücken, Brust, Schmetterling, Freistil. Das Freistilschwimmen lässt die Schwimmart offen.



Ältere und seltener geschwommene Techniken sind das Seitenschwimmen und das Altdeutsch-Rücken (von Schwimmern auch als Rücken-Gleichschlag oder Rücken-Gleitzug bezeichnet). Auch das Streckentauchen

wird als definierte sportliche Schwimmtechnik ausgeübt. Beim Rettungsschwimmen werden mehrere Techniken unterschieden. In Japan gibt es im Rahmen der Samurai-Tradition eigene Formen des Schwimmens, die nur hier gebräuchlich sind.

Geschwindigkeiten



Die folgenden Werte basieren auf den aktuellen Langbahn-Weltrekorden der Männer auf der jeweiligen 100-m-

Strecke (Stand Januar 2013). Breitensportler sind ca. nur halb so schnell, Ungeübte können noch deutlich langsamer sein.

Kraul (Freistil) 2,13 m/s = 7,67 km/h Brasilien César Cielo
Filho 46,91 s 30. Juli 2009

Schmetterling 2,01 m/s = 7,23 km/h Vereinigte Staaten
Michael Phelps 49,82 s 1. August 2009

Rücken 1,93 m/s = 6,93 km/h Vereinigte Staaten Aaron
Peirsol 51,94 s 8. Juli 2009

Brust 1,73 m/s = 6,22 km/h Vereinigtes Königreich Adam Peaty
57,55 s 6. August 2016

Geschlechtsunterschiede

Wie bei den meisten Sportarten gibt es auch beim Schwimmsport Geschlechtsunterschiede. Die besten Männer schwimmen aufgrund

besserer physischen Leistungsfähigkeit 10 - 15 % schneller als die besten Frauen.

Disziplin Rekord Unterschied

50 m Brust 25,95 s Blue Mars symbol.svg 12 %

29,48 s Symbol venus.svg

50 m Rücken 24,04 s Blue Mars symbol.svg 13 %

27,06 s Symbol venus.svg

50 m Freistil 20,26 s Blue Mars symbol.svg 13 %

23,24 s Symbol venus.svg

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Wie bezeichnet man Schwimmtechnik?

Welche Schwimmtechniken sind die heute bekanntesten?

Welche Techniken sind ältere und seltener geschwommene?

Gibt es beim Schwimmsport Geschlechtsunterschiede?

2. Machen Sie eine Gliederung zum Text. Erzählen Sie nach.

Interessante Fakten & Tatsachen

BERÜHMTE SCHWIMMER

Missy Franklin



Missy Franklin (Melissa Jeanette Franklin) ist eine seit Anfang der 2010er international erfolgreiche US-amerikanische Schwimmerin, die bei den Olympischen Spielen in London (2012) viermal Gold gewann und bereits elfmal Weltmeisterin (2011, 2013, 2015) wurde. Sie wurde am 10. Mai 1995 in Pasadena, Kalifornien in den Vereinigten Staaten geboren.

Paul Biedermann



Paul Biedermann ist ein deutscher Schwimmer, der mehrfacher Welt- und Europameister ist, im Jahr 2009 als erster Mensch 200 Meter Freistil in unter 1:40 Minuten geschwommen ist und zu Deutschlands Sportler des Jahres 2009 gewählt wurde. Er wurde am 7. August 1986 in Halle (Saale) in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Michael Phelps



Michael Phelps (Michael Fred Phelps) ist ein US-amerikanischer Schwimmer und sechsfacher „Weltschwimmer des Jahres“ (2003–2012), der mit 23 Olympiasiegen und insgesamt 28 Medaillen bei den Olympischen Spielen in Athen 2004, Peking 2008, London 2012 und Rio de Janeiro 2016 der erfolgreichste Olympionike aller Zeiten ist. Er wurde am 30. Juni 1985 in Baltimore, Maryland in den Vereinigten Staaten geboren.

Britta Steffen



Britta Steffen ist eine deutsche Schwimmerin, die u. a. zweifache Olympiasiegerin (2008), zweifache Weltmeisterin (2009) und zwölffache Europameisterin (2006–2012) ist. Sie wurde am 16. November 1983 in Schwedt/Oder in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Ian Thorpe



Ian Thorpe (Ian James Thorpe) ist ein ehemaliger australischer Schwimmer und mit fünf Olympiasiegen (2000/2004) der erfolgreichste australische Olympionike aller Zeiten. Er wurde am 13. Oktober 1982 in Sydney in Australien geboren.

Hannah Stockbauer

Hannah Stockbauer ist eine deutsche Schwimmerin, die mehrfache Welt- (2001, 2003) und Europameisterin (1999, 2002) und zweimal als Deutsche Sportlerin des Jahres (2001, 2003) sowie Weltschwimmerin des Jahres (2003) ausgezeichnet wurde. Sie wurde am 7. Januar 1982 in Nürnberg geboren.

Thomas Lurz



Thomas Lurz ist ein deutscher Freiwasserschwimmer, der gemessen an seinen zehn Weltmeistertiteln (2004–2011) der erfolgreichste deutsche Schwimmer und international der erfolgreichste Athlet seiner Disziplin ist. Er wurde am 28. November 1979 in Würzburg geboren.

Franziska van Almsick



Franziska van Almsick ist eine ehemalige deutsche Schwimmerin, die bereits mit 14 Jahren als

Schwimm-, „Wunderkind“ je zweimal olympisches Silber und Bronze holte (1992) und Weltschwimmerin des Jahres (1993) sowie zweifache Welt- (1994, 1998) und 18-fache Europameisterin (1993, 1995, 1999, 2002) wurde. Sie wurde am 5. April 1978 in Ost-Berlin in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Thomas Rupprath

Thomas Rupprath ist ein ehemaliger deutscher Schwimmer, der in seiner Karriere u. a. über 50 Meter Schmetterling Weltmeister und Kurzbahn-Weltmeister (2003, 2004) wurde und zahlreiche Europameistertitel gewann. Er wurde am 16. März 1977 in Neuss geboren.

Alexander Popov



Alexander Popov (Alexander Wladimirowitsch Popov) ist ein ehemaliger russischer Profischwimmer, der als vierfacher Olympiasieger (1992, 1996), sechsmaliger Weltmeister (1994–2003) und 21-facher Europameister (1991–2004) für über ein Jahrzehnt zu den Erfolgreichsten seiner Sportart zählte. Er wurde am 16. November 1971 in Swerdlowsk (heute Jekaterinburg, Swerdlowsk) in der Russischen SFSR, Sowjetunion (heute Russland) geboren.

Kristin Otto



Kristin Otto ist eine ehemalige für die DDR startende deutsche Schwimmerin, die als sechsfache Olympiasiegerin (1988 in Seoul), siebenfache Weltmeisterin (1982, 1986) und neunfache Europameisterin (1983, 1987, 1989) die erfolgreichste deutsche Athletin im Schwimmen ist. Sie wurde am 7. Februar 1966 in Leipzig in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Michael Groß



Michael Groß ist einer der erfolgreichsten deutschen Schwimmsportler, der sich mit seinen überragenden Leistungen im Schwimmbecken den Beinamen „Albatros“ erwarb und u. a. dreifacher Olympiasieger (1984, 1988), fünffacher Weltmeister (1982–1991) sowie 13-facher Europameister (1981–1987) wurde. Er wurde am 17. Juni 1964 in Frankfurt am Main geboren.

Thomas Kretschmann



Thomas Kretschmann ist ein deutscher Schauspieler (u. a. „Stalingrad“ 1993, „Der Pianist“ 2002, „Fürchtet Euch Nicht!“ 2005, „King Kong“ 2005, „Mogadischu“ 2008, „Der Seewolf“ 2008) und ehemaliger Schwimmer im Nationalkader der DDR. Er wurde am 8. September 1962 in Dessau in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Kornelia Grummt-Ender



Kornelia Grummt-Ender ist eine deutsche Schwimmerin, die für die DDR bei den Olympischen Spielen in Montreal (1976) als erste Schwimmerin überhaupt bei einer Olympiade vier Goldmedaillen gewann und zudem achtmal Weltmeisterin (1973/1975) und viermal Europameisterin (1974) wurde. Sie wurde am 25. Oktober 1958 in Plauen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) geboren.

Shane Gould



Shane Gould ist eine australische Schwimmerin, die bei den Olympischen Spielen 1972 in München drei Goldmedaillen in Weltrekordzeit erschwamm und als einzige Schwimmerin der Sportgeschichte

zeitgleich Weltrekorde über alle Freistilstrecken von 100 bis 1500 Metern hielt. Sie wurde am 23. November 1956 in Sydney in Australien geboren

Mark Spitz



Mark Spitz (Mark Andrew Spitz) ist ein ehemaliger US-amerikanischer Schwimmer, der bei den Olympischen Spielen 1972 in München jeweils in Weltrekordzeit sieben Goldmedaillen erschwamm und in seiner Karriere insgesamt neun Olympiasiege und 33 Weltrekorde erzielte. Er wurde am 10. Februar 1950 in Modesto, Kalifornien in den Vereinigten Staaten geboren.

Klaus Pechstein

Klaus Pechstein war ein ehemaliger deutscher Schwimmer und Extremsportler, dem im Herbst 1969 in 30 Tagen als erstem und bis heute einzigen Menschen die Durchschwimmung des Rheins über rund 1200 km von der Schweiz bis zur Mündung in die Nordsee gelang. Er wurde am 16. Februar 1941 in Linz am Rhein geboren und starb 2013 im Alter von 71 Jahren .

Dawn Fraser



Dawn Fraser (Dawn Lorraine Fraser) ist eine ehemalige australische Schwimmerin, die in ihrer Karriere 43 Weltrekorde aufstellte (u. a. als erste Frau 100 Meter Freistil in unter 1 Minute 1962) und als Sportlerin des Jahrhunderts in der Kategorie Wassersport ausgezeichnet wurde (1999). Sie wurde am 4. September 1937 in Sydney in Australien geboren.

Bud Spencer



Bud Spencer (Carlo Pedersoli) war ein italienischer Schauspieler und Schwimmer, der mit seinem

Filmpartner Terence Hill in Italowestern wie „Vier Fäuste für ein Halleluja“ (1972) ein Millionenpublikum begeisterte und in seiner vorherigen Sportkarriere als erster Italiener 100 Meter Freistil in unter einer Minute schwamm (1950). Er wurde am 31. Oktober 1929 in Neapel in Italien geboren und starb am 27. Juni 2016 im Alter von 86 Jahren in Rom.

Gertrude Ederle



Gertrude Ederle war eine US-amerikanische Schwimmerin und die erste Frau, die den Ärmelkanal durchschwamm (am 6. August 1926 in 14 Stunden und 32 Minuten). Sie wurde am 23. Oktober 1906 in New York City geboren und starb am 30. November 2003 im Alter von 97 Jahren in Wyckoff, New Jersey.

Johnny Weissmüller



Johnny Weissmüller (Peter John Weissmüller) war ein US-amerikanischer Schwimmer, der fünffacher Olympiasieger (1924, 1928) wurde und als Erster 100m in unter einer Minute schwamm (1922), sowie Filmschauspieler („Tarzan“ in zwölf Filmen 1932–1948). Er wurde am 2. Juni 1904 in Freidorf in Österreich-Ungarn (heute Rumänien) geboren und starb am 20. Januar 1984 im Alter von 79 Jahren in Acapulco in Mexiko.

Annette Kellerman



Annette Kellerman (Annette Marie Sarah Kellerman) war eine populäre australische Schwimmerin und Filmdarstellerin, die Anfang des 20. Jahrhunderts als „Australian Mermaid“ bekannt war, 1905 den einteiligen Badeanzug für Frauen populär machte und mit der ersten Nacktszene einer Hauptdarstellerin im Film „A Daughter of the Gods“ (1916) Aufsehen erregte. Sie wurde am 6. Juli 1887 in Sydney

in Australien geboren und starb am 5. November 1975 im Alter von 88 Jahren in Southport.

Malcolm Champion



Malcolm Champion (Malcolm Eadie Champion) war ein neuseeländischer Schwimmer und der erste Olympiasieger Neuseelands, der sich als Teil einer letztmalig mit Australiern kombinierten „australasischen“ Olympiamannschaft in der 4x-200m-Freistilstaffel bei den Olympischen Spielen 1912 in Stockholm die Goldmedaille erschwamm. Er wurde am 12. November 1883 auf der Norfolkinsel geboren und starb am 26. Juli 1939 im Alter von 55 Jahren in Auckland in Neuseeland

Matthew Webb



Matthew Webb war ein britischer Langstreckenschwimmer und der erste Mensch, der den Ärmelkanal durchschwamm (24./25.08.1875 in 21 Stunden und 45 Minuten). Er wurde am 19. Januar 1848 in Dawley, Shropshire in England geboren und starb am 24. Juli 1883 im Alter von 35 Jahren in der Nähe der Niagarafälle in Kanada.

PHYSIOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE

LESETEXT 1

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Therapieform, Wechselwirkung, Umwelthanpassung, Handlungsfähigkeit, Lebensqualität, Arbeitsfeld, Physiotherapie, Ergotherapeut, Sozialarbeiter, Krankenschwester, Handwerkslehrer, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Arbeitsphysiologie.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der Definition der Ergotherapie;
- der Geschichte der Ergotherapie;
- der Entwicklung der Ergotherapie.

ERGOTHERAPIE

(der 1. Teil)



Die Ergotherapie (von altgriechisch ἔργον érgon, deutsch ‚Werk‘, ‚Arbeit‘ und θεραπεία therapéia ‚Dienst‘, ‚Behandlung‘) ist eine Therapieform, die sich mit der Ausführung konkreter Betätigungen und deren Auswirkungen auf den Menschen und dessen Umwelt befasst. Beeinträchtigungen werden durch den gezielten Einsatz von individuell sinnvollen Tätigkeiten behandelt. Dabei nehmen die persönliche und sozio-kulturelle Bedeutung der Tätigkeit,

deren Auswirkung auf die Gesundheit und deren Wechselwirkungen mit der Umwelt einen hohen Stellenwert ein.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) definiert die Ergotherapie folgendermaßen:

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jedes Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“

Überschneidungen bestehen zum verwandten Arbeitsfeld der Physiotherapie.

Der Beruf des Ergotherapeuten entstand zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA und wurde von unterschiedlichen Berufsgruppen wie Ärzten, Sozialarbeitern, Krankenschwestern, Künstlern, Handwerkslehrern und Architekten unabhängig voneinander entwickelt.

In Deutschland entwickelte sich der Beruf Ergotherapeut aus der Zusammenlegung von Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie. Schon vor dem Zweiten Weltkrieg entwickelte Hermann Simon 1924 eine arbeitstherapeutische Theorie zur Behandlung psychisch Kranker. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in Deutschland durch britische Krankenschwestern und zur Versorgung der an Psyche und Körper verwundeten deutschen Soldaten und Zivilisten erstmals beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Verfahren und Methoden angewendet. In Deutschland wurde 1953 die erste Lehrereinrichtung für

Beschäftigungstherapie in Hannover im Annastift gegründet. 1999 wurden die bis dahin gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut geändert. Die aktuelle gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung lautet Ergotherapeut.

Ergotherapie beruht auf (arbeits-)medizinischer, sozialwissenschaftlicher und handlungsorientierter Grundlage. Fachspezifische Grundlagen werden in Deutschland durch Forschungen im Bereich Ergotherapie und Arbeitsphysiologie sowie im Ausland in den Betätigungswissenschaften (occupational science) erarbeitet.

In der Ergotherapie werden die Betätigungsbereiche Selbstversorgung (z. B. sich anziehen, Essen zubereiten), Freizeit (z. B. Freunde treffen, Handarbeiten) und Produktivität (Anforderungen des Berufslebens; z. B. Texte verfassen, Fenster putzen) unterschieden.



Die mechanistische Sichtweise auf den Menschen (der Mensch ist die Summe seiner Körperstrukturen und Funktionen, Störungen in den Betätigungsfeldern werden deshalb auf Störungen dieser Strukturen und Funktionen zurückgeführt) wird innerhalb der Ergotherapie seit Mitte der 1970er Jahre in den USA und Kanada und seit Mitte der 1990er Jahre in Deutschland zunehmend von einer ganzheitlichen (holistischen) Sichtweise abgelöst: der Mensch wird als offenes System gesehen, in dem komplexe Beziehungen zwischen dem Individuum, seiner Umwelt, seinen Aktivitäten und seiner Partizipation (Teilhabe) bestehen. Daraus folgt, dass bei Betätigungsproblemen alle Faktoren

berücksichtigt werden müssen, um einen zufriedenstellenden Lösungsweg zu finden.

Ergotherapeuten, die die ganzheitliche Sichtweise vertreten, gehen von folgenden Grundannahmen und Werten aus:

Grundannahmen

Menschen sind von Natur aus handelnde Wesen.

Aktivität und Partizipation haben einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen.

Menschen können Störungen und Einschränkungen im Handeln erfahren.

Das Handeln kann als Ausgangspunkt für Veränderung genutzt werden.

Die Umgebung kann als Ausgangspunkt für Veränderung genutzt werden.

Werte

Jeder Mensch hat das Recht auf Teilnahme an persönlich bedeutungsvollen Aktivitäten.

Einschränkungen vermindern nicht den Wert des Individuums.

Einschränkungen sind nicht zwingend ein Hindernis für eine gute Lebensqualität.

Jedes Individuum hat das Recht, sein eigenes Leben zu bestimmen.



Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was ist die Ergotherapie?

Wie definiert der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) die Ergotherapie?

Wo und wann entstand der Beruf des Ergotherapeuten?

Wovon wurde der Beruf des Ergotherapeuten entwickelt?

Wo und wann wurde die erste Lehrinrichtung für Beschäftigungstherapie gegründet?

Worauf beruht Ergotherapie?

Welche Betätigungsbereiche werden in der Ergotherapie unterschieden?

2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 2

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Therapiemethode, Gelenkmobilisation, Muskelaufbau,
Muskelstärkung, Bewegungsübung, Narbenbehandlung,
Therapiemittel, Sportgeräte, Freizeitbereich, Kommunikationsmittel,
Integrationstherapie, Entwicklungsverzögerung, Alltagsaufgaben,
Therapieverlauf.

2. Lesen und übersetzen Sie den Text. Suchen Sie im Text Schilderung:

- der funktionsorientierte Methode;
- der kompetenzzentrierte Methode;
- der ausdrucksorientierte Methode;
- der sensorische Integrationstherapie.

ERGOTHERAPIE

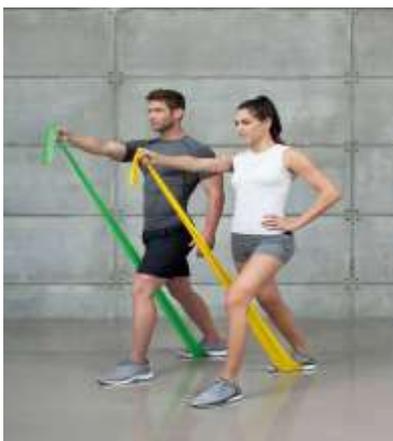
(der 2. Teil)

Therapiemethoden

Im Wesentlichen sind in der Ergotherapie vier
Therapiemethoden von Bedeutung:

Funktionsorientierte Methode

Wiederherstellen, Steigern oder Erhalten der motorischen
Funktionen;



Übungen zur Gelenkmobilisation und
Muskelaufbau/-stärkung;

Bewegungsübungen jeder Art mit
oder ohne Gewicht/Widerstand;

Narbenbehandlung nach Verletzung
oder OP;

Therapiemittel: verschiedenste Sportgeräte, Verschiedene Gewichte/Widerstände, Geräte und Anlagen um Widerstände aufzuheben.

Kompetenzzentrierte Methode

Erwerb und Training von bedeutungsvollen Aufgaben aus dem Alltag der Klienten;

Übungen aus dem lebenspraktischen und Freizeitbereich;

Erwerb verlorengegangener oder nicht vorhandener Fähigkeiten;

Einsatz ausgewählter handwerklicher Techniken.

Ausdruckzentrierte Methode

Verwendung von Therapiemitteln in kreativ-gestalterischer Form als Ausdrucksmittel, Mittel zur Darstellung, Kommunikationsmittel;

Themen frei und gefühlsbetont ermöglichen Personennähe;

Therapiemittel: Musik, Materialien.

Interaktionelle Methode

Gruppendynamischer Prozess (Auseinandersetzung in der Gruppe, Miteinander in der Gruppe);

Die Teilnehmer können verschiedene Positionen innerhalb der Gruppe einnehmen.

Es ist jedoch schwierig, diese vier Behandlungsformen rigoros voneinander zu trennen, so dass oftmals eine Verknüpfung verschiedener Ansätze in die Behandlung einfließt. Die oben genannten Methoden mit ihren entsprechenden Medien führen dann zu folgenden Gruppenarbeiten im stationären Bereich.

Sensorische Integrationstherapie



Sensorische INTEGRATION

Die Sensorische Integrationstherapie gilt als ein wichtiger Therapieansatz der Ergotherapie. Sie wurde um 1976 durch die Psychologin und Ergotherapeutin Anna Jean Ayres entwickelt und dient zur Verbesserung der sensorischen Integration, also zur besseren Verarbeitung von Sinnesreizen im zentralen Nervensystem. Wesentliches Mittel in der Sensorischen Integrationstherapie ist das gezielte Setzen von Reizen durch den Therapeuten.



Die Sensorische Integrationstherapie wird vor allem bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und Aufmerksamkeitsstörungen eingesetzt, außerdem werden Störungen von Grob- und Feinmotorik, psychosomatische Probleme und Behinderungen mit der Sensorischen Integrationstherapie behandelt. Im Bereich Geriatrie hat sich die Ergotherapeutin Gudrun Schaade in den letzten Jahren zunehmend mit den Möglichkeiten und Grenzen der Sensorischen Integrationstherapie bei demenziell erkrankten Menschen auseinandergesetzt.

Modelle

Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Das OTIPM ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell mit dem Schwerpunkt auf dem Top-Down-Ansatz, der Klientenzentrierung und der Betätigungsbasierung. Es wurde von der amerikanischen Ergotherapeutin Anne Fisher 2009 entwickelt. Die Klientenzentrierung bedeutet, dass der Klient da abgeholt wird, „wo er steht“. Der Top-Down-Ansatz beinhaltet, dass die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut sich ein umfassendes Bild zu den Bedürfnissen, Wünschen und Alltagsaufgaben des Klienten macht. Die Betätigungsbasierung der Intervention beinhaltet „das Ausführen von Aktionen, etwas tun und Eingebundensein in dieses Tun.“

Kriterien, die eine Betätigung erfüllen sollte sind:

Relevanter Alltagsbezug

Natürlicher Umweltbezug

Zweckmäßigkeit für Klient

Bedeutsamkeit für Klient

Der OTIPM-Prozess gliedert sich in drei Phasen: Evaluations- und Zielsetzungsphase, Interventionsphase und Re-Evaluationsphase.

So wird der Klient in einem Erstgespräch ganzheitlich erfasst und genannte Stärken und Probleme eruiert. Auf dieser Basis wird eine Performanzanalyse, eine Beobachtung einer Aufgabe, welche der Klient als schwierig beschrieben hat, gemacht, um motorische, prozessbezogene und interaktionelle Fähigkeiten zu beurteilen. Aufgrund der Beobachtung werden gemeinsam mit dem Klienten Ziele formuliert und betätigungsbasierte Interventionen festgelegt. Die Interventionen werden in 4 Modelle unterschieden: kompensatorisch, akquisitorisch, restitutiv und edukativ. Die Ziele und Interventionen werden regelmäßig überprüft und re-evaluiert, um die Therapie adäquat anzupassen, die Qualität zu sichern und den Therapieverlauf zu dokumentieren.

Interventionsmodelle

Das kompensatorische Modell beinhaltet Interventionen zur Anwendung von Hilfsmitteln und Techniken, adaptierten Methoden der Ausführung, sowie Modifikationen der physischen und sozialen Umwelt.

Das akquisitorische Modell dient dazu, die Qualität der Betätigungsausführung wiederherzustellen, zu entwickeln oder zu erhalten. Die Intervention wird direkt in der Betätigung durchgeführt.

Beim restitutiven Modell werden personenbezogene Faktoren und Körperfunktionen durch den therapeutischen Nutzen von Betätigungen wieder hergestellt, neu entwickelt oder erhalten

Das edukative Modell befasst sich mit der Information und Schulung von Gruppen über das tägliche Leben und die damit verbundene Betätigungsausführung, wobei mögliche Strategien ohne deren konkreter Umsetzung und Übung in der Gruppe diskutiert werden.

In der ergotherapeutischen Praxis können ein oder mehrere Modell für eine Intervention ausgewählt werden. Jedoch sollte für jedes Modell, das zur Anwendung kommt, genügend Evidenz bestehen, um zu einer verbesserten Betätigungsausführung zu führen.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Welche Therapiemethoden sind in der Ergotherapie von Bedeutung?

Charakterisieren Sie funktionsorientierte Methode.

Charakterisieren Sie ausdrucksorientierte Methode.

Charakterisieren Sie kompetenzorientierte Methode.

Was bedeutet die sensorische Integrationstherapie?

Bei wem wird die sensorische Integrationstherapie eingesetzt?

Was ist das OTIPM?

In welchen Phasen gliedert sich der OTIPM-Prozess?

2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 3

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Blutversorgung, Bluthochdruck, Nervensystem, Blutgefäß, Herzschlagfrequenz, Blutdruckwert, Herzmuskelmassenzunahme, Gefäßsystem, Herzinfarkt, Arteriosklerose, Schlaganfall, und Gefäßerkrankung, Erholungspause, Hochdruckkranke.

2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:

- die Aufgabe des Blutdrucks;
- die Ursachen und Folgen des Hochdrucks;
- die Faktoren eines hohen Blutdrucks;
- die wichtigsten Risikofaktoren des hohen Blutdrucks;
- die konsequente Behandlung des hohen Blutdrucks

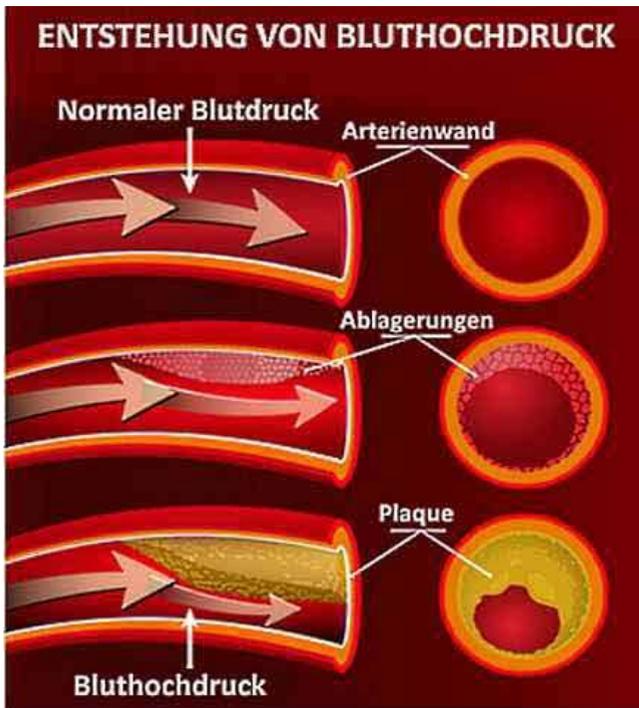
BLUTHOCHDRUCK



Der Blutdruck hat die Aufgabe, die Blutversorgung des Organismus zu garantieren. Die Höhe des Drucks wird normalerweise abhängig vom Bedarf

des Organismus und wird über das Nervensystem und bestimmte Hormone geregelt. Das geschieht durch Veränderungen der Elastizität der Wände der Blutgefäße und eine Variation der Herztätigkeit, z. B. Erhöhung oder Senkung der Herzschlagfrequenz. Das Blutdruckverhalten wird beeinflusst durch biorhythmische Vorgänge, durch körperliche und geistige Tätigkeit u. a.

Um beurteilen zu können, wann ein zu hoher Blutdruck vorliegt, muss man möglichst genau die Normalwerte kennen. Liegt beim Messen der höhere Blutdruckwert über 160 mm Hg und der niedrigere



Blutdruckwert über 95 mm Hg, spricht man vom Hochdruck.

Der Hochdruck belastet Herz, Gefäße und Nieren und deshalb ist er so gefährlich. Das Herz muss mehr Kraft aufbringen, um ständig Blut in ein Gefäßsystem zu pumpen, in dem ein

erhöhter Druck herrscht. Das hat eine Herzmuskelmassenzunahme und später eine Herzerweiterung zur Folge. Auf diese Weise kommt es allmählich zum Nachlassen der Leistungsfähigkeit des Herzens, zur Herzinsuffizienz. Hinzu kann infolge der Verengung der Herzkranzgefäße eine Mangeldurchblutung des Herzens kommen, die zur Angina pectoris und zum Herzinfarkt führt. Die Gefäße können aufgrund des Hochdrucks so belastet werden, dass eine Arteriosklerose entsteht. Am gefährlichsten sind die Folgen in den Hirnarterien, wobei es letztlich zum Schlaganfall kommen kann. Die Funktion der Nieren kann beträchtlich eingeschränkt werden.

Eine Vielzahl von Faktoren begünstigt das Auftreten eines hohen Blutdrucks. Als wichtige Risikofaktoren sind zu nennen: Übergewicht, übermäßige Kochsalzzufuhr, bestimmte Herz- und Gefäßerkrankungen, Störungen in der hormonellen Regulation und in der Tätigkeit des zentralen Nervensystems.

Nur eine konsequente Behandlung kann erfolgreich verlaufen. Es

ist eine geordnete und harmonisch gestaltete Lebensweise, regelmäßige Schlafenszeiten, ausreichende Nachtruhe von acht bis neun Stunden, ausreichende Erholungspause, keine Überforderung im Berufs- und Familienleben. Kochsalz ist nicht mehr als fünf bis sieben Gramm täglich zu verbrauchen. Zu meiden sind z. B, Salzheringe, Ölsardinen, Dauerwurstwaren und geräucherter Schinken.

Es ist wichtig, sich regelmäßig sportlich zu betätigen, um das Reaktionsvermögen des Kreislaufsystems zu verbessern. Übermäßig viel Flüssigkeit ist zu vermeiden. Kaffee, Tee sowie alkoholische Getränke sollte der Hochdruckkranke nur sehr zurückhaltend genießen. Auf das Rauchen sollte der Hochdruckkranke endgültig verzichten.

Bluthochdruck



Was bedeutet Bluthochdruck?

- Bluthochdruck ist eine Gefäßerkrankung
- Der Druck des Blutes bei jedem Herzschlag auf die Gefäße ist zu hoch
- Unter Medizinern als arterielle Hypertonie bekannt

Ursachen

Es gibt unterschiedliche Ursachen für Bluthochdruck. Einige davon sind hier aufgelistet:

Übergewicht



Bewegungsmangel



Alkohol



Höheres Alter



Auch Rauchen oder eine familiäre Neigung kann zu erhöhtem Blutdruck führen.



Übungen zum Text

1. Geben Sie eine ausführliche Antwort auf die Frage: Warum ist der Hochdruck so gefährlich? Verwenden Sie dabei die entsprechenden Textstellen.
2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 4

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Quecksilbersäule, Blutdruckregulation, Blutdruckwert, Ohnmachtsanfall, Bindegewebe, Schlafbedürfnis, Tagesmaximum, Herzkreislaufsystem, Kreislaufdysregulation.

2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:

- die Ursache der Hypotonie (der primären oder konstitutionellen Hypotonie);
- die Symptome von konstitutioneller Hypotonie;
- das Krankheitsbild der Hypotonie.

ERNIEDRIGTER BLUTDRUCK

Wann können wir von Hypotonie sprechen? Viele Menschen werden wegen Blutdruckwerte von 105 bis 115/70 Millimeter Quecksilbersäule behandelt, obwohl sie keine Beschwerden haben und sogar bei diesem Niveau der Blutdruckregulation eine günstigere Lebenserwartung besitzen als Personen mit höheren Druckwerten.



Ein Blutdruckwert um 100 zu 70 hat also nur dann Krankheitswert, wenn in der Folge die Leistungsfähigkeit des Herzens eingeschränkt ist.

Insbesondere bei Personen über 30 Jahre darf eine Hypotonie angenommen werden, wenn der systolische Blutdruck dauernd unter 100 mm Hg und der diastolische unter 60 mm Hg gefunden wird.

Primäre oder konstitutionelle Hypotonie. Dieser Krankheit liegt vorwiegend eine Störung der Kreislauf regulierenden

Mechanismen zugrunde. Dadurch ist die Leistungsfähigkeit des Kreislaufs eingeschränkt und das Herz arbeitet unökonomisch. Bei Personen mit konstitutioneller Hypotonie tritt oft eine orthostatische Dysregulation auf, d. h. bei aufrechter Körperhaltung sinkt der Blutdruck stark ab. Dies kann zu Ohnmachtsanfällen bei längerem Stehen führen.

Krankheitsbild. Zur Hypotonie neigen schlankwüchsige hochaufgeschossene Personen mit einem schlecht entwickelten Bindegewebe, Krampfadern. Die wichtigsten Symptome sind rasche Ermüdbarkeit, großes Schlafbedürfnis und Antriebsminderung. Es fällt diesen Personen schwer, am Morgen in Schwung zu kommen, da zu diesem Zeitpunkt der Blutdruck am niedrigsten ist. Im Laufe des Tages gehen die Beschwerden oft zurück, da gegen Abend der Blutdruck sein Tagesmaximum erreicht.



Bei stärkerem Druckabfall treten Kopfschmerzen, Augenflimmern und Schwarzwerden vor den Augen auf. Die Patienten leiden unter Schweißausbrüchen, Herzklopfen und Übelkeit. Oft ist der Symptomenkomplex mit

sehr langsamem Puls kombiniert, wie wir dies auch bei hochtrainierten Sportlern finden.

Die Blutdruckwerte der meisten Hypotoniker liegen aber vor allem am Morgen unter 100/60 mm Hg. Bei älteren Menschen können jedoch auch schon Beschwerden bei Blutdruckwerten zwischen 120 bis 100/60 bis 80 mm Hg bestehen, vor allem dann, wenn der Blutdruck

vorher längere Zeit erhöht war. Solche Erscheinungen beobachtete man oft nach längerem Krankenlager.

Die sogenannte orthostatische Hypotonie erfasst man am besten, wenn bei dem Patienten der Blutdruck über zehn Minuten im Stehen gemessen wird.

Bei orthostatischer Dysregulation kommt es nach dem Aufrichten aus liegender oder sitzender Stellung typischerweise zu einem Blutdruckabfall um mehr als 20 mm Hg. Dies äußert sich bei dem Patienten *in* Leeregefühl im Kopf, Schwarzwerden vor den Augen bis zum Kollaps.

Behandlung. Bei den symptomatischen Hypotonien steht



selbstverständlich die Behandlung der Grundkrankheit ganz im Vordergrund. Die Therapie der primären Hypotonie verfolgt das Ziel, durch

allgemeines Training der Muskeln und Gefäße und Stimulierung des sympathischen Nervensystems die gestörte Blutdruckregulation zu normalisieren und die Ökonomie des Herzkreislaufsystems wieder herzustellen. Das wird am besten mit einer gesundheitsfördernden Lebensweise und physiotherapeutischen Maßnahmen erreicht. Wichtig ist ein geregelter Tagesablauf mit einem ausgewogenen Verhältnis von Arbeit und Erholung.

Die Verhaltensforschung hat gezeigt, dass jeder Mensch einen gewissen Biorhythmus aufweist, z. B. den Schlaf-Wach-Rhythmus, der um so besser funktioniert, je regelmäßiger der Tagesablauf ist. Eine unregelmäßige Lebensweise führt zur Desynchronisation, die auch Kreislaufregulationsstörungen bewirken kann.

Morgendliches kaltes Duschen und anschließendes kräftiges



Abbürsten der Haut regen den Kreislauf nachhaltig an und führen so zu einem Anstieg des Blutdrucks bei Hypertonikern. Reichliche

Zufuhr von Flüssigkeit, insbesondere von schwarzem Tee und Kaffee bessern gleichfalls die Kreislaufregulation. Tee ist dabei günstiger als Kaffee, da seine lebende Wirkung über fünf bis sechs Stunden anhält.

Als wirksamste Methode gegen hypotone Kreislaufdysregulationen hat sich ein regelmäßiges körperliches Training erwiesen. Besonders geeignet sind Gymnastik, Turnen, Schwimmen und Tanzen. Aber auch Ballspiele, wie Volleyball, Handball und Tennis, haben nachhaltigen Effekt auf den Kreislauf.

Übungen zum Text

- 1. Beschreiben Sie die Behandlung der Hypotonie, verwenden dabei die entsprechenden Textstellen.**
- 2. Fassen Sie den Text kurz zusammen. Erzählen Sie nach.**

LESETEXT 5

Vorübungen

1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.

Herzinfarkt, Herzmuskel, Muskeluntergang, Schichtausdehnung, Hauptursache, Herzkranzgefäß, Leitsymptom, Vernichtungsgefühl, Schweißausbruch, Schwächegefühl, Druckgefühl, Schlafstörung, Elektrokardiogramm, Herzleistung, Pumpfunktion.

2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:

- Ursache des Herzinfarkts;
- Symptome des Herzinfarkts.

HERZINFARKT

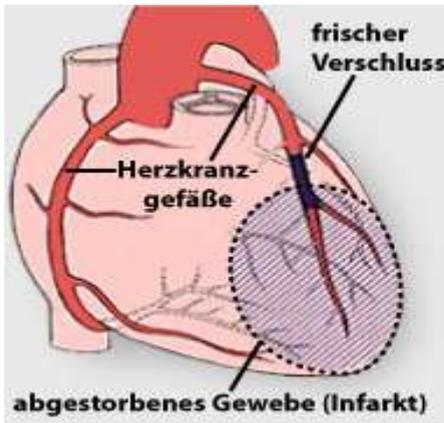


Der Herzinfarkt ist eine schwere akute Durchblutungsstörung des Herzmuskels mit charakteristischen Muskeluntergängen verschiedener Flächen- und Schichtausdehnung. Seine

Hauptursache besteht in krankhaften Veränderungen der Herzkranzgefäße.

Das häufigste und damit das Leitsymptom ist der Schmerz, der mit einem Vernichtungsgefühl und Todesangst verbunden sein kann. Er ist meist hinter dem Brustbein lokalisiert, dauert in der Regel länger

als 2 Minuten und strahlt am häufigsten in die linke Schulter, den linken Arm und die Hand aus; seltener in den Hals, den Unterkiefer und die Zähne. Die Schmerzen können drückend, brennend, stechend, krampfartig oder beengend sein. Weniger häufig sind Atemnot, Schweißausbruch, Übelkeit, Erbrechen, Schwächegefühl, Schwindel



und Bewusstlosigkeit, die plötzlich eintreten.

Bei Vorhandensein dieser Symptome ist es dringend erforderlich sofort ärztliche Hilfe zu organisieren. Die oben genannten Erscheinungen weisen auf einen bereits eingetretenen Herzinfarkt

hin. Oftmals geht diesem Zustand aber eine Reihe anderer Beschwerden voraus. Bisher noch nicht gekannte Schmerzen oder Unannehmlichkeiten in der Brust-Schweregefühl nach den Mahlzeiten und Druckgefühl im Bereich des Herzens; unregelmäßiger Herzschlag, Schlafstörungen; Müdigkeit, die bisher nicht vorhanden war. Weitere Anzeichen eines schweren Herzinfarkts sind eine erhebliche Verminderung der Leistungsfähigkeit; auffällige Atemnot bei Belastung, die auch bis dahin noch nicht gekannt wurde. Diesen Symptomen muss man besondere Beachtung schenken. Sie erfordern dringlich die Konsultation eines Arztes. Damit kann den gefährlichen Folgen eines Herzinfarkts vorgebeugt werden.

Jeder Mensch soll seine Lebensweise so gestalten, dass die Risikofaktoren ausgeschaltet werden.

Nach der sofortigen Hilfe am Ort des Geschehens wird der Patient in eine Wachstation für Infarktpatienten überwiesen. Eine solche Station, die über eine moderne apparative Ausrüstung zur Diagnostik und Behandlung des Herzinfarktes sowie für diese Aufgaben speziell ausgebildete Ärzte und Schwestern verfügt, bietet

die bestmögliche Betreuung und reduziert dadurch die Komplikations- und Sterblichkeitsrate.

Ein Großteil der Betroffenen stirbt jedoch, bevor sie das Krankenhaus erreichen.

Dieser Anteil ist hauptsächlich dadurch bedingt, dass die Entscheidung, einen Arzt zu rufen, durch den Patienten selbst oder seine Umgebung sehr verzögert getroffen wird.



Auf der Wachstation besteht die Möglichkeit, kontinuierlich das Elektrokardiogramm (EKG) zu überwachen, bei lebensbedrohlichen

Abweichungen durch die moderne Elektronik einen Alarm auszulösen und somit eine schnelle Hilfe zu ermöglichen.

Eine weitere wichtige Aufgabe besteht darin, Herzleistung und Pumpfunktion des Herzens in diesen kritischen Tagen auf der koronaren Wachstation adäquat zu überwachen.

An infographic on a teal background titled 'Herzinfarkt-Prävention' (Heart Attack Prevention). At the top left is a white icon of a heart with an ECG line. Below the title are eight items arranged in two rows of four, each with a text box and an icon. The first row includes: 'ERNÄHREN SIE SICH GESUND!' (Eat healthy) with a plate icon; 'VERZICHTEN SIE AUF ALKOHOL!' (Avoid alcohol) with a crossed-out glass icon; 'ACHTEN SIE AUF IHR GEWICHT!' (Watch your weight) with a scale icon; and 'BLUTZUCKER-WERT CHECKEN!' (Check blood sugar) with a hand holding a test strip icon. The second row includes: 'GESUNDER SCHLAF!' (Healthy sleep) with a moon and stars icon; 'VERZICHTEN SIE AUF ZIGARETTEN!' (Avoid cigarettes) with a crossed-out cigarette icon; 'AUSREICHEND BEWEGEN!' (Move enough) with a running person icon; and 'BLUTDRUCK CHECKEN!' (Check blood pressure) with a hand holding a blood pressure cuff icon. White arrows point from left to right between the items. The logo 'heilpraxis natural health' is in the bottom right corner.

Übungen zum Text

1. Antworten Sie auf die folgenden Fragen.

Wodurch wird der Herzinfarkt verursacht?

Worüber klagen die Patienten lange vor dem Infarktgeschehen?

Wodurch ist der Herzinfarkt gekennzeichnet?

Worauf hat sich die erste Hilfeleistung zu richten?

2. Nennen Sie Symptome bei dem Herzinfarkt.

3. Referieren Sie den Text.

LESETEXT 6

Vorübungen

- 1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Herzschrittmacher, Vorkammermuskulatur, Schlagader, Herzkammer, Pulsregulation, Blutinhalte, Stoffwechselstörung, Reizleitungssystem.

- 2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie das Wesen der Pulsfrequenz.**

HERZSCHRITTMACHER

Normalerweise beträgt die Pulsfrequenz eines Erwachsenen 60 κ 80 Schläge pro Minute in Ruhe; unter körperlicher oder psychischer Belastung können diese auf Werte um 100 bis 160 pro Minute ansteigen. Diese Pulsregulation geht von dem natürlichen Schrittmacher des Herzens, dem Sinusknoten, aus. Er liegt in der rechten Herzvorkammer und gibt elektrische Impulse an die Vorkammermuskulatur ab, die sich zusammenzieht und den Blutinhalte in die Herzkammer pumpt. Von der Herzkammer wird der Impuls danach über spezielle Muskelfasern, das Reizleitungssystem, auf die Herzkammern übergeleitet, die sich ebenfalls zusammenziehen und danach das Blut in die Schlagadern des Körpers pumpen. Die Frequenz der Herzschläge ist am Puls zu fühlen. Kommt es nun zu krankhaften Schädigungen des Herzens (Durchblutungsstörungen, Entzündungen, Vergiftungen usw.), kann sowohl die Erregungsbildung im Sinusknoten als auch ihre Überleitung auf die Kammern gestört sein. Die Folge ist ein dauernd oder zeitweilig zu langsamer Puls, der bei Abfall unter eine kritische Grenze um 30 Schläge in der Minute nicht mehr ausreicht, den Körper mit der erforderlichen Blutmenge zu versorgen. Entstehen Pausen in der Herzschlagfolge um acht bis zehn Sekunden, trifft eine plötzliche, meist kurzzeitige Bewusstlosigkeit auf.

Menschen mit dieser Form von Bewusstlosigkeit sind lebensbedrohlich erkrankt, da bereits bei wenig längeren Pausen der Herzschlagfolge eine Hirnschädigung so ausgeprägt sein kann, dass eine Wiedererlangung des Bewusstseins nicht mehr möglich ist. In jedem Fall sind solche Anfälle jedoch

gegenüber anderen Formen von Bewusstlosigkeit, wie z. B. Epilepsie, Kreislaufkollaps, Stoffwechselstörungen (Diabetes), Vergiftungen und Hirndurchblutungsstörungen durch Gefäßerkrankungen, abzugrenzen.

Eine medikamentöse Therapie der langsamen Herzrhythmusstörungen ist heute nur noch auf Ausnahmen beschränkt, da sie unsicher und der Behandlung mit künstlichem Herzschrittmacher unterlegen ist. Ein Grund zur Einpflanzung (Implantation) eines künstlichen Herzschrittmachers liegt in der Regel dann vor, wenn die natürliche Herzschlagfolge soweit gestört ist, dass durch zeitweilige oder dauernde extreme Pulsverlangsamung Durchblutungsstörungen der Organe, insbesondere des Gehirns, auftreten.

Übungen zum Text

1. Sagen Sie, ob die krankhaften Herzschädigungen am Puls zu fühlen sind?

2. Beschreiben Sie die medikamentöse Herztherapie.

LESETEXT 7

Vorübung

- 1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Herzkrankheit, Menschenherz, Lebensrhythmus, Myokardinfarkt, Gehirnblutung, Frühlingsanfang, Zykluswechsel, Spätsommer.

DAS HERZ UND DAS KALENDERJAHR

Das menschliche Herz, dieser von der Natur geschaffene einzigartige Mechanismus, pumpt im Laufe von 70 Jahren über 200 000 Tonnen Blut. Das ist keine leichte Arbeit. Besonders wenn man bedenkt, dass das Herz täglich den verschiedensten physischen und emotionellen (nicht immer positiven) Belastungen standhaft muss und es durch Nikotin und Alkohol vergiftet wird. Jährlich sterben in der Welt drei Millionen Menschen an Herzkrankheiten. Eine gute Prophylaxe, die Sorge für ein gesundes Menschenherz, werden wesentlich zur Lösung dieses Problems beitragen.

Kennt aber die moderne Medizin das gesunde Menschenherz wirklich gut? Diese Frage ist gar nicht einfach zu beantworten. Die Forscher, Theoretiker und Experimentatoren auf dem Gebiet der Kardiologie haben nachgewiesen, dass ein gesundes Herz in verschiedenen Monaten, ja sogar zu verschiedenen Tageszeiten auf unterschiedliche Art und Weise "gesund" ist.

Bekanntlich hat jeder Organismus seinen eigenen Lebensrhythmus. Unsere Organe, Gewebe und Zellen "arbeiten" zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich, beispielsweise, am Tage, im wachen Zustand, anders als nachts, während des Schlafs. Selbst im Laufe der Nacht kommt es zu einem Zykluswechsel. Die Anzahl der Thrombozyten erreicht ihr Maximum um Mitternacht und ihr Minimum gegen 4 Uhr morgens. Vielleicht ist das der

Grund, weshalb Myokardinfarkte, die nicht selten mit der Bildung von Thromben in den Herzschlagadern zusammenhängen, meistens um Mitternacht, Gehirnblutungen dagegen frühmorgens auftreten, wenn das Blut lange nicht gerinnen kann und durch ein beschädigtes Blutgefäß in die Gehirngewebe strömt.

Eine Sondergruppe von Forschern hatte nun die Arbeit in Angriff genommen. Außer den Strukturveränderungen im Körper wurden auch die Funktionen der Organe gesunder Tiere zu verschiedenen Jahreszeiten sowie der Stoffwechsel genauestens untersucht. Es hat sich herausgestellt, dass die Kontraktionstätigkeit des Herzens im Laufen eines Jahres periodischen Schwankungen unterliegt, die im Wesentlichen auf eine Veränderung des arteriellen Blutdrucks zurück zu führen ist, der wiederum in vielerlei Hinsicht von saisonbedingten und meteorologischen Faktoren abhängt. Der Herzmuskel arbeitet am besten in der Zeit vom Frühlingsanfang bis zum Hochsommer, am schlechtesten verträgt er die Belastungen in der Periode vom Spätsommer bis zur Mitte des Winters. Natürlich gibt es in jeder Region der Welt gewisse Besonderheiten. So treten in Europa zum Beispiel die meisten Herzinfarkte im Spätherbst oder im Vorfrühling auf, in den Ländern Asiens hingegen im Sommer.

Die Wissenschaftler, die der Sondergruppe angehörten, haben einige Herzkrankheiten wie etwa angeborene Herzfehler oder eine angeborene toxische Schädigung des Herzmuskels durch Zerfallsprodukte, die bei manchen Infektionen erfolgt, künstlich ausgelöst. Dabei wurden die Ergebnisse der Winterversuche mit denen der Sommerexperimente verglichen. Unter sonst gleichen Bedingungen verlief die Krankheit im Winter viel schwerer als im Sommer.

Und noch etwas wurde entdeckt. Zu verschiedenen Jahreszeiten erzielten die gleichen Heilmittel oft eine gegensätzliche Wirkung. Daraus folgt, dass ein und dasselbe Präparat nicht dauernd angewendet werden darf, die Wahl des Medikamentes sollte von der Jahreszeit abhängen. Auch die Dosierung der Arznei müsste zu den verschiedenen Jahreszeiten unterschiedlich sein.

Übungen zum Text

1. Lesen Sie den Text und beschreiben Sie:

- ✓ das menschliche Herz als einzigartiger von der Natur geschaffener Mechanismus;
- ✓ die Vorbeugung gegen Herzkrankheiten;
- ✓ die Bedeutung der jüngsten Arbeiten von Kardiologen;
- ✓ die Wechselbeziehungen zwischen Umweltfaktoren und Herzkrankheiten;
- ✓ die Ursachen für gegensätzliche Wirkung der gleichen Heilmittel zu verschiedenen Jahreszeiten.

2. Geben Sie eine ausführliche Antwort auf die Frage:

Worin besteht die Abhängigkeit zwischen den Herzkrankheiten und Wetterveränderungen?

3. Referieren Sie den Text.

LESETEXT 8

Vorübungen

- 1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Thermotherapie, Kältetherapie, Wirkprinzip, Heilungsprozess, Körperabschnitt, Körpertemperatur, Wärmestrahlen, Wärmeeffekt, Paraffinbad, Wärmepackungen, Salzwasser, Krankengymnastik, Muskelspannung.

- 2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:**

- Was ist Wärmetherapie?
- Was ist Kältetherapie?
- Wirkungen der Thermotherapie.

THERMOTHERAPIE - HEILSAME WÄRME UND KÄLTE

Schmerzen durch Wärme lindern, die Durchblutung anregen - die Thermotherapie kommt seit Jahrhunderten entweder als Wärme- oder Kältetherapie zum Einsatz. Ein bekanntes Beispiel ist die Kneipp-Therapie.



Einen Wadenwickel haben sich die meisten schon einmal entweder selbst oder ihren Kindern gemacht, um die Körpertemperatur bei fieberhaften Infekten zu senken. Oder Sie haben

sich ein "Kühl-Pack" auf eine verstauchte Stelle gelegt und schnell gemerkt, wie der Schmerz nachgelassen hat? Das ist genau das Wirkprinzip der Thermotherapie.

"Die Thermotherapie fördert die Durchblutung eines Körperabschnittes oder eines einzelnen Organes gezielt, um so den natürlichen Heilungsprozess in diesem Bereich anzuregen", sagt Petra Rudnick vom TK-Ärztezentrum und ergänzt: "Für die Anwendungen in der professionellen Wärme- und Kältetherapie stehen allerdings mehr als nur die im Haushalt vorhandenen Kirschkernkissen, Wickel oder gekühlte Gelbeutel zur Verfügung."

Was ist Wärmetherapie?



Wärmetherapie ist die Behandlung mit Wärmestrahlen oder Wärmeleitung beispielsweise durch:

- Heißluft
- Heiße Rolle (mit heißem Wasser getränkte aufgerollte Frotteetücher, die Wärmeintensität bleibt durch Abrollen erhalten)
- Ultraschall (durch mechanische Wellen wird ein Vibrations- und Wärmeeffekt im Behandlungsgebiet erzeugt)
- Infrarot (durch Einstrahlen von optischer Energie wird das Gewebe erwärmt)
- Wärmepackungen mit Peloiden (zum Beispiel Fango, Schlick oder Moor)
- Paraffinbad der Hände (Eintauchen der Hände in flüssiges Paraffin für einige Minuten, anschließend Einschlagen der Hände in Tücher)
- Voll- und Teilbäder mit Peloiden

Was ist Kältetherapie?



Kältetherapie ist die Behandlung mit intensiver Kälte in Form von:

- Eiswickel, Eismanschetten, Eiskompressen (in Eiswürfel getauchte beziehungsweise mit Eiswürfeln gefüllte oder mit Salzwasser gefrorene Frottiertücher)
- Tiefgekühlte Eis-/Gelbeutel
- Direkte Abreibung (Eismassage)
- Kältesprays, Kaltgas und Kaltluft
- Eisteilbäder in Fuß- oder Armbadewannen
- Kneipp-Therapie: Wassertreten, kalte Güsse, Barfußgehen

Wärme- und Kältetherapie werden vielfach als vorbereitende und ergänzende Maßnahmen für die weitere physiotherapeutische Behandlung eingesetzt.

Wärme

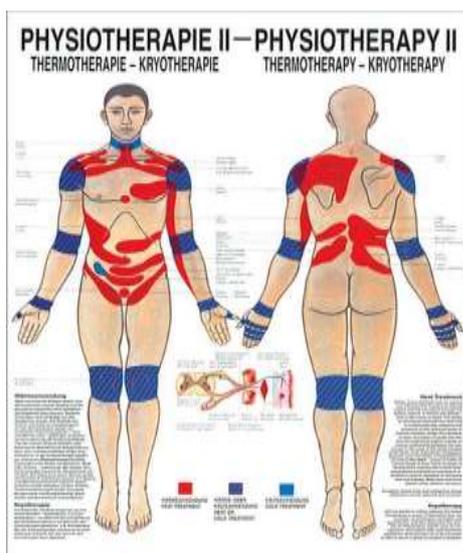
Wärme entfaltet ihre Wirkungen im Sinne einer Schmerzdämpfung und Durchblutungs- beziehungsweise Stoffwechselsteigerung. Sie wirkt muskelentspannend und kann die Elastizität von bindegewebigen Strukturen verbessern. Nicht zu unterschätzen ist bei der Anwendung von Wärme auch die erholsame Wirkung. Mithilfe von Ultraschall können weiterhin Gewebsverklebungen gelöst werden.

Kälte

Kälte beeinflusst ebenfalls die Muskelspannung. Bei kurzzeitigem Kältereiz erhöht sich der Spannungszustand der Muskulatur. Wendet man Kälte länger an, ist jedoch auch ein positiver Einfluss auf eine krankhaft erhöhte Muskelspannung möglich. Verkrampfungen werden gelockert, die Muskelaktivität sinkt. Kälte kann Schmerzen lindern, weil sie die Leitungsgeschwindigkeit von Nerven herabsetzt und Schmerzrezeptoren in ihrer Aktivität dämpft. Der Kältereiz reduziert die Durchblutung, weil sich die Blutgefäße am Ort der Anwendung eng stellen. Dadurch wird Schwellungen und Blutergüssen nach Verletzungen oder im Rahmen von Entzündungen entgegengewirkt.

In Kombination mit Bewegungstherapie beziehungsweise Krankengymnastik kommt die Thermobehandlung mit Wärme beziehungsweise Kälte zur Wirkungssteigerung hauptsächlich bei folgenden Erkrankungen und Beschwerden zur Anwendung:

Wärme



erhöht sich der Spannungszustand der Muskulatur. Wendet man Kälte länger an, ist jedoch auch ein positiver Einfluss auf eine krankhaft erhöhte Muskelspannung möglich. Verkrampfungen werden gelockert, die Muskelaktivität sinkt. Kälte kann Schmerzen lindern, weil sie die Leitungsgeschwindigkeit von Nerven herabsetzt und Schmerzrezeptoren in ihrer Aktivität dämpft. Der Kältereiz reduziert die Durchblutung, weil sich

- Bei Schmerzen im Bereich der Bewegungsorgane, zum Beispiel bei Arthrose, Morbus Bechterew
- Zur Entspannung, zum Beispiel bei Muskelverspannungen

Ultraschall

- Bei örtlich begrenzten Schmerzen bei subakuten und chronischen Entzündungen im Bereich der Gelenke
- Bei Gewebsverklebungen und Narben
- Bei Sehnenansatzreizungen

Kälte

- Zur Vermeidung von Schwellungen kurz nach Verletzungen (Verstauchung, Prellung) und Operationen
- Bei akuten Rheumaschüben, Bindegewebserkrankungen und Autoimmunerkrankungen
- Zur Fiebersenkung
- Bei Lähmungen (beispielsweise Eistauchbäder bei spastischen und Eisabtupfungen bei schlaffen Lähmungen)

Generell sollte keine Wärme angewendet werden bei:

- Akuten entzündlichen Prozessen (zum Beispiel grippaler Infekt, akuter Schub einer Gelenkentzündung)
- Stark eingeschränkter Herzleistung
- Belastungsabhängigen Herzrhythmusstörungen
- Schwerem unbehandeltem Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)
- Schwerer unbehandelter Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose)
- (Fortgeschrittenem) Tumorleiden

Liegen andere Grundleiden vor, zum Beispiel Nierenerkrankungen, sollte vor einer Thermobehandlung immer Rücksprache mit dem behandelnden Arzt genommen werden.

Bei Kälte ist Vorsicht geboten bei Durchblutungs- und Sensibilitätsstörungen (Empfindungsstörungen) oder bei Kälteempfindlichkeit, beispielsweise aufgrund von niedrigem Blutdruck, Untergewicht oder Schilddrüsenunterfunktion.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Wie ist das Wirkprinzip der Thermotherapie?

Welche Behandlungsmittel verwendet man bei der Wärmetherapie?

In welchen Formen existiert die Behandlung mit intensiver Kälte?

Welche therapeutischen Wirkungen hat die Thermotherapie?

Was sind die Anwendungsgebiete der Thermotherapie?

Welche Risiken und Gegenanzeigen gibt es?

2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 9

Vorübungen

1. **Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Körperbehinderte, Weltgesundheitsorganisation, Funktionsverbesserung, Einflussnahme, Lebensgestaltung, Rehabilitationsnachsorge, Rehabilitationserfolg, Sozialgesetzbuch, Unfallversicherung, Kriegsopferfürsorge, Erwerbsfähigkeit, Krankenkasse, Eigenaktivität.

2. **Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:**

- Was bedeutet der Begriff der Rehabilitation?
- Was enthält das Neuntes Buch Sozialgesetzbuch?
- Träger und Maßnahmen der Rehabilitation.
- Reha-Bedürftigkeit.
- Reha-Fähigkeit.

REHABILITATION



Der Begriff der Rehabilitation für die langfristige Nachsorge nach schweren Erkrankungen oder Verletzungen bzw. Operationen sowie die Betreuung und Förderung von chronisch Kranken oder Körperbehinderten ist seit dem Mittelalter nachweisbar. Eine neuzeitliche Definition der Rehabilitation findet sich im Technical Report 668/1981 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dort heißt es: „Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie

möglich wird.“ Im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine Rehabilitationsnachsorge in Betracht kommen. Diese soll den eingetretenen Rehabilitationserfolg festigen.

Allgemeine Regelungen für das Recht der Rehabilitation und der Teilhabe behinderter Menschen enthält das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Reha-Träger können gemäß § 6 SGB IX die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Sozialhilfeträger sein.

Mögliche Leistungen sind gemäß § 5 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.



Welcher Träger für welche Leistung im Einzelfall zuständig ist, hängt von dem Grund und dem Ziel der jeweiligen Reha-Maßnahme ab. Ergänzende Bestimmungen finden sich dazu in den weiteren Sozialgesetzbüchern. Reicht

beispielsweise eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse nach § 40 SGB V Leistungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation. Nach einem Arbeitsunfall ist die gesetzliche Unfallversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig (§§ 35 und 39 SGB VII). Um den Auswirkungen einer Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken, erbringt die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 9 und 10 SGB VI).

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn vor allem die persönlichen Voraussetzungen für eine Reha-Maßnahme durch den fraglichen Träger vorliegen. In der Rentenversicherung ist dies der Fall, wenn der Versicherte den beruflichen Anforderungen behinderungsbedingt nicht entsprechen kann, d. h., das Anforderungsprofil des Bezugsberufs entspricht nicht dem Leistungsbild des Versicherten. In der Krankenversicherung besteht Reha-Bedürftigkeit insbesondere dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Die rehabilitative Medizin unterscheidet sich dabei prinzipiell von der kurativen Medizin, deren Aufgabe die Heilung von Krankheiten ist. Dies wird auch durch die unterschiedliche Systematik der jeweiligen Klassifikationen deutlich. Die krankheitsdiagnostische Klassifikation: International Classification of Diseases (ICD) aus dem Jahr 1903 und die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) aus dem Jahr 2001.

Die Reha-Fähigkeit sagt etwas über den voraussichtlichen Erfolg einer Reha-Maßnahme aus. Die Reha-Fähigkeit setzt eine hinreichende Belastbarkeit und Motivation für die fragliche Maßnahme voraus. Mitunter fehlt es hierfür an geeigneten Kriterien.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was bedeutet der Begriff der Rehabilitation?

Was enthält allgemeine Regelungen für das Recht der Rehabilitation und der Teilhabe behinderter Menschen?

2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

LESETEXT 10

Vorübungen

- 1. Übersetzen Sie folgende Komposita. Bestimmen Sie ihr Geschlecht und ihre Bestandteile.**

Sensibilitätsstörungen, Rückenmark, Muskeltonusveränderung,
Darmentleerungsstörung, Rückenmarkschädigung, Muskelfunktion,
Kreislaufdysfunktion, Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Berührungssensibilität.

- 2. Lesen Sie den Text und bestimmen Sie:**

- Was ist Querschnittlähmung?
- Symptome des Querschnittsyndroms;
- Klassifikation der Querschnittlähmung.

QUERSCHNITTLÄHMUNG

Unter einer Querschnittlähmung (auch Paraplegie, spinales Querschnittsyndrom, Querschnittläsion oder Transversalsyndrom) wird ein aus einer Schädigung des Rückenmarkquerschnittes resultierendes Lähmungsbild mit Ausfall motorischer, sensibler oder vegetativer Funktionen verstanden. Die Ursache können Verletzungen des Rückenmarks (z. B. bei Wirbelbrüchen), aber auch Tumoren und andere spezielle Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) sein.

Zum Symptomkomplex des Querschnittsyndroms (QS) gehören:

Lähmungen,

Sensibilitätsstörungen

verändertes bis fehlendes Schmerzempfinden

vegetative Entgleisungen (u. a. Kreislaufstörungen),

Muskeltonusveränderungen,

Veränderungen der Muskeldehnungsreflexe.

Blasen- und Darmentleerungsstörungen

Eine Schädigung des Rückenmarks kann zu einem Verlust der aktiven Steuerung von Muskeln und Muskelgruppen führen, die von Nerven gesteuert werden, die die Verletzungsstelle des Rückenmarks passieren müssen.

Je nach Lage der Schädigung können dabei Muskeln der Arme, die Atemhilfsmuskulatur, die Muskulatur des Bauches und des Rückens sowie die Muskeln der Beine betroffen sein. Je nach Ausprägung der Lähmung kann der motorische Funktionsverlust bis zur vollständigen Bewegungsunfähigkeit der betroffenen Extremitäten (Arme, Beine) reichen.

Zudem kann durch die Rückenmarkschädigung die Sensibilität beeinträchtigt sein. Dies bedeutet zum einen, dass die Berührungsempfindlichkeit der Haut vermindert oder aufgehoben sein kann, zum anderen können auch Schmerzreize aus inneren Organen (zum Beispiel bei einer Blinddarmentzündung) vom Betroffenen nicht wahrgenommen werden.

Als weitere Funktionsgruppe können die vegetativen Funktionen betroffen sein. Auch hier ist das konkrete Schädigungsmuster wieder wesentlich von der Lage des Schädigungsortes am Rückenmark abhängig. Im Vordergrund der sogenannten vegetativen Funktionsstörungen stehen Störungen der Blasenfunktion mit Urinverhalt bzw. Inkontinenz. Auch die Darmfunktion ist betroffen und der Patient verliert die Kontrolle über den Stuhlgang. Weitere wichtige vegetative Funktionen sind die Kontrolle des Blutdrucks, z. B. durch Ausfall der tonischen Funktion der Gefäße (vegetative Kreislaufdysfunktion) in den Beinen und der Verlust der Temperaturregulation durch entsprechendes Schwitzen.

Eine Querschnittlähmung kann nicht mit einer Rollstuhlabhängigkeit gleichgesetzt werden. Eine Rückenmarkschädigung kann trotz erheblicher Defizite in anderen Bereichen so viel Muskelfunktion intakt lassen, dass der Betroffene noch gehen kann. Auch diese Menschen müssen die Möglichkeit einer querschnittlähmungsspezifischen Behandlung in einem der Spezialzentren für Querschnittgelähmte erhalten, um langfristige Schädigung und Komplikationen zu vermeiden.

Querschnittlähmungen werden nach der Höhe (bezüglich der Lokalisation des Schadens im Rückenmark) und ihrer Ausprägung beschrieben. Zur Höhenlokalisierung nutzt man die Einteilung des Rückenmarks in Segmente, die sich an den Segmenten der Wirbelsäule und den jeweiligen Nervenaustrittspunkten

der sogenannten Spinalnerven orientieren. An der Halswirbelsäule sind dies acht neurologische Segmente, an der Brustwirbelsäule zwölf, an der Lendenwirbelsäule fünf und im Bereich des Kreuzbeins vier. Für die Beschreibung der Querschnittslähmung wird dabei das letzte vollständig intakte Rückenmarkssegment angegeben.

Neben der motorischen Funktion wird die Lähmungshöhe durch das „sensible Niveau“ bestimmt. Es bezieht sich auf das letzte intakte Dermatome. Ein Dermatome ist ein Hautareal, das das Versorgungsgebiet eines bestimmten Spinalnervs repräsentiert. Die in der Abbildung gezeigten Dermatome unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Spinalnervenversorgung und beziehen sich somit immer auf ein bestimmtes Rückenmarkssegment. Ihre Untersuchung eignet sich zur Einschätzung der Läsionshöhe bei Rückenmarksschädigungen. Die Dermatome werden mittels Kältereiz, Berührung oder Nadelstichreizung untersucht. Diese drei Empfindungsqualitäten können durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen in den beeinflussten Dermatomen führen, was auf eine inkomplette Rückenmarksschädigung schließen ließe. Eine Querschnittslähmung führt nicht zu einer Einschränkung der kognitiven Funktionen, da nur die Funktionen unterhalb der Läsionshöhe betroffen sind.

Darüber hinaus wird die Lähmung als komplett (keinerlei Funktion unterhalb der Rückenmarksschädigung) oder inkomplett (verbliebene Restfunktion unterhalb der Rückenmarksschädigung) beschrieben. Da die Berührungsempfindlichkeit am After den „tiefsten“ Segmenten entspricht, wird für die Diagnose einer kompletten Querschnittslähmung gefordert, dass der Ausfall der Berührungsempfindlichkeit um den Schließmuskel nachgewiesen ist. Über die recht grobe Einteilung der Querschnittslähmung in komplett und inkomplett hinaus sind international mehrere Klassifikationen gebräuchlich. Sie wurden zunächst von Hans Fraenkel (Stoke Mandeville, England) angegeben. Später wurden sie von der American Spinal Cord Association (ASIA) übernommen und werden in Publikationen als ASIA-Klassifikation benutzt, mit dem AIS als ASIA Impairment-Score:

ASIA A: Keine Muskelfunktion und keine Sensibilität unterhalb der Rückenmarkschädigung

ASIA B: Keine Muskelfunktion unterhalb der Rückenmarkschädigung, Sensibilität eingeschränkt vorhanden

ASIA C: Geringe nicht relevante Muskelfunktion unterhalb der Lähmungsstelle, Sensibilität (teilweise) vorhanden.

ASIA D: Funktionell relevante Muskelfunktionen unterhalb der Rückenmarksschädigungsstelle vorhanden (teilweise erhaltene Sensibilität unterhalb der Rückenmarkschädigung)

ASIA E: Vollständig erhaltene oder wieder hergestellte Funktionen unterhalb der Rückenmarksläsion.

Übungen zum Text

1. Beantworten Sie die Fragen.

Was versteht man unter einer Querschnittlähmung?

Welche Symptome gehören zu dem Querschnittsyndrom?

Wie werden Querschnittlähmungen beschrieben?

Beschreiben Sie Klassifikation der Querschnittlähmung.

2. Stellen Sie einen Plan des Textes zusammen. Erzählen Sie nach.

Literaturverzeichnis

1. Бородулина М.К. Пособие по спортивной лексике. Aus der Sprache des Sports : учеб. пособие по развитию навыков уст. речи на нем. яз. / М. К. Бородулина, Г. С. Тюпаева. – Москва : Высшая школа, 1980. - 160 с.
2. Липская Л.А. Учебник немецкого языка : [для ин-тов физ. культуры и фак. физ. воспитания пед. ин-тов] / Л.А.Липская. – 3-е изд., перераб. и доп. – Киев: Выща шк., 1991. – 331 с.
3. Настаченко В.М. Немецкий язык: Учеб. пособие для студ. мед. учеб. заведений. / В.М. Настаченко, Г.А. Гринюк. – 2-е изд., испр. и доп. – К.: О-во «Знання», КОО, 2003. – 246 с.
4. <https://de.wikipedia.org/>