

2 Down-Syndrom

Trisomie 21. Down-Syndrom. Die geistige Behinderung ist in aller Munde. Berichte auf Bild.de, Spiegel.de, Beiträge bei Quarks & Co, WDR Lokalzeit, 3sat nano, Spielfilme auf Sat.1, Kinofilme wie „Me too“, Fernsehfilme wie „Be my baby“ oder die vierteilige Sat.1 Sendung „Zeig mir dein Gesicht“ mit Kai Pflaume sind nur ausgewählte Beispiele für die mediale Präsenz von Menschen mit Down-Syndrom. Der Kontext, in dem über die geistige Behinderung massenmedial berichtet wird, ist dabei keineswegs kommunikationswissenschaftlicher Art: Pränataldiagnostik ist das neue Stichwort. Die Genanomalie kann anders als früher, durch einen für den Fötus ungefährlichen Bluttest pränatal diagnostiziert werden. Ethiker befürchten, dass dies zu erhöhten Abtreibungszahlen von Babys mit Down-Syndrom führen wird. Schon seit Beginn der Einführung des Bluttests im Jahr 2012 treiben neun von zehn Frauen nach einem positiven Bluttest ihr ungeborenes Kind ab (vgl. Süddeutsche.de 2012, 20.8.). Zwar beeinträchtigt die geistige Behinderung Betroffene in vielen Bereichen, dennoch sind Menschen mit Down-Syndrom in den meisten Fällen eigenständig lebensfähige und individuelle Personen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Eigenschaften. Im Folgenden wird das Down-Syndrom sowohl in seiner pathologischen Form als auch als Einflussfaktor für die Mediennutzung beschrieben.

2.1 Genetik und Symptomatik des Down-Syndroms

Das Down-Syndrom ist die häufigste geistige Behinderung weltweit: zwischen 15 und 25 Prozent aller geistigen Behinderungen belaufen sich auf die genetisch bedingte Chromosomenanomalie. In absoluten Zahlen gesprochen, wird davon ausgegangen, dass auf 700-800 Geburten ein Kind mit Down-Syndrom geboren wird und pro Jahr ca. 217.000 Kinder mit Down-Syndrom zur Welt kommen. In Deutschland leben momentan schätzungsweise 30.000-50.000 Menschen mit Down-Syndrom (vgl. Baur 2003: 47, Wilken 2004: 13, Schwinger/Dudenhausen 2007: 17, Zaynel 2010: 9, DasErste.de 2013, DRadio.de 2013). Die Bezeichnung Down-Syndrom geht auf den englischen Arzt John Langdon Haydon Down zurück, der die genetische Chromosomenveränderung erstmals 1866 beschrieb. In seiner Publikation „Observations on an ethnic classification of idiots“ verwendet Langdon Down die Beschreibung Mongolismus. Der Ursprung der geistigen Behinderung wurde zu diesem Zeitpunkt fälschlicherweise mit der Rassenatavismustheorie erklärt, die im 19. Jahrhundert weit verbreitet war. Down glaubte, dass Betroffene durch eine Tuberkuloseerkrankung der Eltern einen entwicklungsbiologischen Rückfall von der kaukasischen zur mongolischen Rasse erlitten. Dabei bezog er sich auf die Ähnlichkeit der phänotypischen Gesichtszüge von Menschen mit Down-Syndrom und Menschen mit mongolischen Wurzeln. Allerdings treten die phänotypischen Besonderheiten von Menschen mit Down-

Syndrom unabhängig von nationalen Grenzen auf (vgl. Down 1968: 15; 260-262, Tamm 1994: 12-14; 83-99, Baur 2003: 45, Wilken 2004: 9-13, Schwinger/Dudenhausen 2007: 17, Zaynel 2010: 7-9).

Tatsächlich handelt es sich bei der geistigen Behinderung um eine chromosomale Genveränderung bei der ein Chromosomentripel entsteht. Zu 95 Prozent tritt dieses Tripel am 21. Chromosom auf, wodurch sich die häufig verwendete Bezeichnung Trisomie 21 ableitet. Dennoch finden sich auch Chromosomentripel am fünften oder neuntem Chromosom. Anstelle von 46 Chromosomen pro Zelle haben Menschen mit Down-Syndrom 47 Chromosomen pro Zelle, da das Erbmateriale an einem Chromosom nicht in zweifacher, sondern in dreifacher Ausführung vorliegt. Unterschieden wird zwischen der freien Trisomie 21, der häufigsten Form der Behinderung und der Translokations-Trisomie (2-5% der Fälle), bei der sich das dritte 21. Chromosom an ein anderes Chromosom anlagert. Daneben gibt es weitere Formen des Down-Syndroms wie die Mosaik-Trisomie (3% der Fälle), bei der die Chromosomenanzahl pro Zelle zwischen 45 und 47 Chromosomen variiert sowie weitere Misch- und Unterformen (vgl. Wilken 2002: 137, Baur 2003: 45-47, Wilken 2004: 17-30, Schwinger/Dudenhausen 2007: 17-21, Zaynel 2010: 7). Es gibt Spekulationen, dass der Grad der Behinderung von Menschen mit Mosaik-Trisomie geringer ist als bei anderen Formen des Down-Syndroms. Allerdings konnte dies bislang nicht empirisch belegt werden (vgl. Tamm 1994: 1, Bird/Buckley 2005: 9).

Die Ursachen des Down-Syndroms sind bislang ungeklärt. Grundsätzlich kann man jedoch sagen, dass die Behinderung nicht vererbbar ist. Lediglich bei der balancierten Translokation-Trisomie⁹ können familiäre Dispositionen die Wahrscheinlichkeit Down-Syndrom zu bekommen erhöhen. Ferner steigt nach der Geburt eines Kindes mit freier Trisomie 21 die Wahrscheinlichkeit erneut ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen um ein bis anderthalb Prozent. Ebenso wird vermutet, dass die Mosaik-Trisomie vererbbar ist, wozu es ebenso keine wissenschaftlichen Ergebnisse gibt (vgl. Tamm 1994: 17-19, Bird/Buckley 2005: 9, Schwinger-Dudenhausen 2007: 26). Die am weitesten verbreitete These für das Auftreten von Down-Syndrom ist das fortgeschrittene Alter der Mutter, jedoch gibt es hierzu keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse. Zwar steigt die Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen mit fortschreitendem Alter, doch bekommen auch Mütter unter 35 Jahren Babys mit Down-Syndrom. Zum einen kann dies daran liegen, dass die bislang verwendete Pränataldiagnostik vor allem bei Risikoschwangerschaften >35 Jahren angewendet wird, sodass jüngere Mütter bis zur Geburt seltener wissen, dass ihr ungeborenes Kind Down-Syndrom hat und die älteren Mütter durch ihr Wissen um ihr von Down-Syndrom betroffenes Kind ihre Schwangerschaft vorzeitig abbrechen. Zum anderen bekommen die meisten Frauen vor ihrem

9 Neben der balancierten Translokations-Trisomie gibt es ebenfalls eine spontan auftretende Translokations-Trisomie, bei der keine genetische Anlage bei einem Elternteil vorhanden ist, sondern die Translokation, wie der Name schon sagt, spontan bei der Entstehung der Ei- oder Samenzelle auftritt (vgl. Tamm 1994: 17).

35. Lebensjahr Kinder, sodass rein statistisch die Wahrscheinlichkeit in der Altersgruppe bis 35 Jahren ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen größer ist. Wilken belegt darüber hinaus, dass die „Altersverteilung der Eltern von Kindern mit Down-Syndrom keine deutlichen Abweichungen zu anderen Eltern erkennen [lässt]“ (Wilken 2002: 141). Weitere Ursachen, die in der Forschungsliteratur diskutiert werden, sind der mögliche Einfluss des Alters der Großmutter sowie des Vaters. Darüber hinaus werden Umwelteinflüsse wie Strahlenbelastung und die Einnahme von Hormonen sowie Schilddrüsenerkrankungen bei der Mutter als mögliche Ursachen in Betracht gezogen (vgl. Baur 2003: 48, Bird/Buckley 2005: 15, Schwinger/Dudenhausen 2007: 33 ff., Zaynel 2010: 8). Interessant erscheint die Tatsache, dass das Down-Syndrom in höheren sozialen Schichten vermehrt auftritt. Baur vermutet, dass Mütter aus höheren Schichten durch ihre akademische Laufbahn in der Regel erst im höheren Alter Kinder bekommen (vgl. Baur 2003: 53). Denkbar ist jedoch auch, dass gerade höher gebildete Personen medizinisch besser informiert sind und besser über Therapiemöglichkeiten Bescheid wissen und sich daher eher zutrauen ein Kind mit Down-Syndrom großzuziehen. Hinzu kommt, dass formal höher Gebildete ebenfalls einen sichereren ökonomischen Stand haben und sich somit die Versorgung eines Kindes mit Behinderung finanziell eher leisten können.

Unabhängig von der Art des Down-Syndroms hat die geistige Behinderung Auswirkungen auf die Wahrnehmungsorgane der Betroffenen.¹⁰ Zum einen haben 100 Prozent der Menschen mit Down-Syndrom Seheinschränkungen, 30 Prozent sind kurzsichtig, die restlichen 70 Prozent sind weitsichtig (vgl. Wilken 1997: 43, Unruh 1998: 35, Baur 2003: 48, Zaynel 2010: 14). Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Down-Syndrom vor allem visuelle Lerner sind und durch visuelle Anreize gut gefördert werden können, ist dieser Umstand besonders gravierend (vgl. Halder 2006: 14, siehe dazu Kap. 2.3 und Kap. 2.4). Zum anderen haben 60 bis 80 Prozent der Menschen mit Down-Syndrom Höreinschränkungen. Durch die Beeinträchtigung der auditiven Wahrnehmung kann es auch zu Beeinträchtigungen beim Spracherwerb kommen. Dadurch, dass die korrekte Wortartikulation nicht richtig gehört wird, werden Wörter falsch verstanden und somit auch falsch gelernt. Die Anatomie des Mundraums bei Menschen mit Down-Syndrom trägt zu weiteren Einschränkungen bei: Der Kiefer ist oftmals verhältnismäßig klein und die Zunge ist häufig überdurchschnittlich groß, was eine präzise Artikulation erschwert. Durch visuelles Material wie Symbole, Zeichen oder das Fingeralphabet können Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom Wörter schneller erlernen, was wiederum auf die Besonderheit des visuellen Gedächtnisses verweist (vgl. Unruh 1998: 35, Bird/Buckley 2005:

10 Zwar unterscheiden sich die verschiedenen Formen von Down-Syndrom in ihrer klinischen Form, die Auswirkung auf die Betroffenen differiert jedoch nicht nachweislich. So gibt es keine empirischen Erkenntnisse dazu, ob es je nach Art des Down-Syndrom unterschiedliche physische und psychische Entwicklungen bei Menschen mit Down-Syndrom gibt (vgl. Baur 2003: 46-47). In der empirischen Studie der vorliegenden Arbeit wird daher nicht zwischen verschiedenen Formen des Down-Syndroms unterschieden.

28-30; 39-40, Baur 2003: 48-52, Halder 2006: 12).¹¹ Auch wenn die Lesefähigkeit von vielen Menschen mit Down-Syndrom eingeschränkt ist, ist die Bedeutung des Lesens für den Spracherwerb nicht zu unterschätzen: Durch das Lesen wird Sprache sichtbar und greifbar und kann ähnlich wie Symbole so häufig angeguckt werden, bis geschriebene Worte verstanden wurden. Gleichermäßen führt ein kompetenter Sprachgebrauch zu einem stärkeren Selbstbewusstsein und zu mehr Handlungsfreiheit, da nicht nur eigene Wünsche und Gedanken artikuliert werden können, sondern auch mit anderen in Interaktion getreten werden kann, sodass sich zwangsläufig auch die Lebensqualität durch eine gute Sprachfähigkeit verbessert (vgl. Bird/Buckley 2005: 53). Die genannten Wahrnehmungseinschränkungen können zusätzlich zur geistigen Behinderung zu weiteren Entwicklungsverzögerungen beitragen, obwohl die Veranlagung für eine schnellere Entwicklung vorhanden wäre. Dieser Umstand kann sich ebenso in der Bestimmung des Intelligenzquotienten (IQ) niederschlagen. Menschen mit Down-Syndrom haben in der Regel einen IQ zwischen 30 und 80, wobei ein niedriger IQ-Wert bei 70 beginnt. Allerdings liegt das sprachliche Niveau häufig unter dem kognitiven Niveau, wodurch Sachverhalte zwar verstanden werden, das Verständnis aber nicht ausgedrückt werden kann. Hinzu kommt, dass bei Intelligenztests vor allem Fähigkeiten im Bereich der Abstraktion und Logik abgefragt werden, mit denen Menschen mit Down-Syndrom häufig Schwierigkeiten haben. Dahingegen denken sie konkret, was bedeutet, dass sie Sachverhalte zwar verstehen und begreifen können, diese aber nicht auf ähnliche Sachverhalte übertragen können. Beispielsweise können Menschen mit Down-Syndrom eingetübte Strecken mit dem Bus fahren. Befindet sich jedoch eine Umleitung auf der Strecke, sind Menschen mit Down-Syndrom verunsichert, weil sie sich nicht vorstellen können, dass eine andere Route zu dem geplanten Ziel führen kann (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 11). Oftmals entsteht bei IQ-Tests der Eindruck, dass Menschen mit Down-Syndrom mit steigendem Alter schlechter abschneiden, obwohl sie eigentlich kontinuierlich Fortschritte machen, nur deutlich langsamer als andere. Neben diesen Einschränkungen kommt es auch im motorischen und muskulären Bereich zu Beeinträchtigungen (vgl. Wilken 2004: 50-53, Baur 2003: 52, Bird/Buckley 2005: 15-20, Schwinger/Dudenhausen 2007: 12, Zaynel 2010: 14-15). Sowohl die Muskulatur als auch die Feinmotorik sind mangelhaft ausgeprägt, was in Bezug auf das Internet zweierlei bedeuten kann. Einerseits sind Menschen mit Down-Syndrom durch ihre schwache Muskulatur in ihrer Mobilität und in ihren Freizeitalternativen eingeschränkt, wodurch das Internet als Gestaltungsmöglichkeit in der Freizeit von besonderer Bedeutung sein kann. Zum anderen führt die teils schwache Feinmotorik dazu, dass die Bedienung einer internetfähigen Technik erschwert wird.

Weiterhin kommt es zu phänotypischen Besonderheiten, die bereits mit dem Verweis auf Langdon Down angesprochen wurden. Die äußerlichen Erscheinungen sind bei jeder Per-

11 Bird/Buckley weisen darauf hin, dass Symbole manche Kinder mit Down-Syndrom eher vom Lesen abhalten, da die Fokussierung auf die Symbole ablenkt. Die genaue Handhabung ist also von Kind zu Kind individuell zu bestimmen (vgl. Bird/Buckley 2005: 79).

• kleinwüchsig
• übergewichtig
• kleiner Schädelumfang
• flacher Hinterkopf
• rundliches Gesicht
• flache Nase
• kleine und dysplastische Ohren
• enger Kiefer
• schiefgestellte Zähne
• trockene und schuppige Haut
• kurze Arme, Beine und Finger
• breite Handflächen
• weiter Zehenabstand zwischen dem ersten und zweiten Zeh
• breites Becken

Abbildung 1: Phänotypische Merkmale des Down-Syndroms, Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Schwinger/Dudenhausen 2007

son mit Down-Syndrom anders ausgeprägt und lassen sich hier nur stereotypisiert darstellen (vgl. Abb. 1). Sie sind jedoch wichtig, um nachvollziehen zu können, welches Ausmaß die Genanomalie auf das Äußerliche von Menschen mit Down-Syndrom hat. Obwohl jede Person mit Down-Syndrom anders aussieht, sind sie durch die klassischen Merkmale wie der schräggestellten Lidachse und dem Epicanthus, einer sichelförmigen Lidfalte, leicht zu identifizieren. Dieser Umstand belastet Menschen mit Down-Syndrom häufig, da sie bereits auf den ersten Blick als behindert erkannt und häufig auch so behandelt werden. Gleichwohl bemerken sie häufig ab dem Jugendalter, dass sie anders sind als andere und nehmen ihre Behinderung häufig als Einschränkung wahr (vgl. Wilken 1997: 47, Zaynel 2010: 16). Weitere phänotypische Merkmale werden hier nur aufgelistet, da sie relevant sind um ein Gesamtbild zu bekommen, für die weiterführenden Fragestellungen sind sie jedoch von geringer Wichtigkeit (vgl. Wilken 1997: 41-42, Unruh 1998: 36, Bauer 2003: 48-49, Halder 2006: 12-13, Schwinger/Dudenhausen 2007: 11).

Viel gravierender als die Äußerlichkeiten sind darüber hinaus die möglichen Folgeerkrankungen, die durch das Down-Syndrom bedingt werden. Menschen mit Down-Syndrom haben häufig ein schwaches Immunsystem, wodurch sie grundsätzlich anfällig für Krankheiten sind. Bei 25-50 Prozent der Betroffenen kommen angeborene Herzfehler hinzu, die häufig operativ behandelt werden müssen. Des Weiteren treten Fehlbildungen des Magen-Darm-Trakts, starke Linsentrübung bis hin zum grauen Star, Diabetes, Krampfanfälle, Leisten- und Nabelbrüche, Überstreckung von Gelenken durch schwaches Bindegewebe

sowie schwache Bänder und Gelenke und daraus resultierende Fehlstellungen von Hüft- und Kniegelenk auf (Wilken 1997: 49, Unruh 1998: 36, Bauer 2003: 49, Halder 2006: 10-19, Schwinger/Dudenhausen 2007: 86).

Durch eine gute medizinische Versorgung und der gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit Down-Syndrom steigt die Lebenserwartung momentan Jahr für Jahr. Seit dem 20. August 2012 kann jedoch per Bluttest¹² festgestellt werden, ob ein Embryo Down-Syndrom hat oder nicht. Vorher war diese Pränataldiagnostik nur mittels einer Fruchtwasseruntersuchung möglich, die ein hohes Risiko einer Fehlgeburt barg (vgl. Süddeutsche.de 2012, 20.8.). Embryos mit Down-Syndrom dürfen laut §218a des Strafgesetzbuches noch bis zur 22. Schwangerschaftswoche abgetrieben werden. Danach sind Embryonen schon bedingt lebensfähig, sodass es trotz einer Abtreibung eine Chance gibt lebend geboren zu werden. In diesem Fall hätte der Abtreibungsversuch jedoch gravierendere Folgen als das Down-Syndrom selbst (vgl. Tamm 1994: 11, Wilken 2004: 31-32). Ebenso ist das Down-Syndrom die vierthäufigste Ursache bei der Kindersterblichkeit und sogar ein Drittel aller Schwangerschaften enden mit einer Fehlgeburt. An diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass die Veränderung am 21. Chromosom, obwohl es sich um das kleinste und genärmste Chromosom handelt, gravierende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Betroffenen hat (vgl. Schwinger/Dudenhausen 2007: 17, Zaynel 2010: 13).

Neben all diesen Einschränkungen und Besonderheiten ist es jedoch durch die medizinische Versorgung und die Vielfalt an Förderungs- und Therapieangeboten möglich, ein lebenswertes Leben mit Down-Syndrom zu führen.

2.2 Leben mit Down-Syndrom

Während der Recherche der vorliegenden Arbeit wurden Menschen mit Down-Syndrom in der breiten Öffentlichkeit häufig als Personen, die stets lächeln und freundlich sind, beschrieben. Ferner wird ihnen eine hohe soziale Kompetenz zugeschrieben, eine hohe Musikaffinität und eine sehr gute Imitationsgabe. Auch an dieser Stelle muss angemerkt werden, dass diese generalisierenden Aussagen nicht auf systematischen Verhaltensbeobachtungen beruhen und daher nicht auf alle Menschen mit Down-Syndrom zutreffen. Typische Verhaltensweisen, die empirisch belegt werden konnten, sind die hohe soziale Kompetenz und die Musikaffinität. Tatsächlich hat sich gezeigt, dass die emotionale Intelligenz (EQ) von Menschen mit Down-Syndrom weitaus höher ist als deren IQ. Ebenso

12 Bei dem Bluttest wird nicht direkt das Blut des Embryos untersucht, denn auch im Blut der Mutter finden sich DNA-Spuren des ungeborenen Kindes. Mit Hilfe dieser DNA-Spuren und der Speichelproben der Eltern, kann das gesamte Erbgut des Fötus rekonstruiert werden. Der Test soll lediglich für Frauen ab der zwölften Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, bei denen es einen Verdacht auf eine Chromosomenanomalie des Embryos gibt und die vorab humangenetisch beraten wurden (vgl. Süddeutsche.de 2012, 20.8.).

gibt es eine Untersuchung zum Rhythmusgefühl, in der Kinder mit Down-Syndrom signifikant besser als andere Kinder mit Behinderung abschnitten und auch besser als Kinder im gleichen Intelligenzalter, nicht jedoch im gleichen Lebensalter (vgl. Wilken 1997: 48, Zaynel 2010: 17). Gleichwohl gilt zu bedenken, dass es sich hier um Einzelstudien handelt und somit nur Tendenzen aufgezeigt werden können.

Betrachtet man sowohl die kognitive als auch die physische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nach Altersstufen, ist festzuhalten, dass sich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom kognitiv circa halb so schnell entwickeln wie Kinder und Jugendliche ohne Down-Syndrom. Diese Angabe ist aber nur ein Richtwert und betroffene Kinder und Jugendliche entwickeln sich auf individuelle Art und Weise. Einige können nahezu uneingeschränkt lesen und schreiben, andere können lediglich einzelne Wörter erlesen. Gleiches gilt für den Spracherwerb: manche Menschen mit Down-Syndrom können sich sprachlich im vollen Maße ausdrücken, eine andere Person mit Down-Syndrom kann ihr Leben lang nur vereinzelte Wörter sprechen.

Sicherlich gibt es eine große Bandbreite an Therapie- und Fördermöglichkeiten: neben der Physio- und der Ergotherapie ist vor allem die logopädische Förderung, bei der die Sprachfähigkeit von Menschen mit Down-Syndrom unterstützt wird, zu nennen. Dabei darf es nicht zu einem Trugschluss kommen, denn der Einsatz von Fördermaßnahmen ist kein Garant dafür, dass sich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom besser oder schneller entwickeln. Jeder Therapieerfolg ist individuell: Bei dem einen Kind wirkt sich das heilpädagogische Reiten besonders gut auf die Entwicklung aus, bei dem anderen ist es das alltägliche Spielen auf dem Spielplatz (vgl. Wilken 2004: 44, Halder 2006: 18, Zaynel 2010: 15). Grundsätzlich zeigt sich, dass Kinder mit Down-Syndrom schon in jungen Jahren viele medizinische Termine haben, die sich auch auf die Alltagsgestaltung der Eltern auswirken.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom profitieren besonders vom gemeinsamen Aufwachsen mit anderen Kindern, da sie sich an jenen orientieren und durch die Fähigkeiten anderer motiviert werden, auch ihre eigenen Fähigkeiten auszubauen. Statistisch gesehen wachsen Kinder mit Down-Syndrom in kinderreichen Familien auf. Wilken verweist auf eine japanische Studie, die eine durchschnittliche Kinderzahl von 2,3 Kindern bei Familien mit Kindern mit Down-Syndrom ermittelt. Ebenso nennt sie eine Reutlinger Studie, in der herausgefunden wurde, dass 21 Prozent der Kinder mit Down-Syndrom in Familien mit drei Kindern aufwachsen, wohingegen Familien ohne Kinder mit Down-Syndrom nur zu neun Prozent drei Kinder haben (vgl. Wilken 2002: 142, Wilken 2004: 18, Zaynel 2010: 16). Über die Ursachen, warum gerade Kinder mit Down-Syndrom in kinderreichen Familien aufwachsen, lässt sich nur spekulieren. Klar ist dabei, dass das gemeinsame Aufwachsen mit Geschwisterkindern für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom förderlich ist.

Auch unterschiedliche Lernumgebungen wirken sich auf die Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom aus: Die meisten von ihnen

gehen auf Förderschulen, um eine vermeintlich individuellere Förderung zu erhalten. Förderschulen haben in der Regel jedoch ein großes Einzugsgebiet, wodurch viele Kinder mit Down-Syndrom aus ihrer eigentlichen sozialen Umgebung herausgerissen werden und häufig lange Busanfahrten zur Schule in Kauf nehmen müssen. Dadurch lernen sie Nachbarkinder nur selten kennen und sind somit fremd in ihrer eigentlichen sozialen Umwelt (vgl. Bird/Buckley 2005: 128). Im Umkehrschluss kommt es so zur Ausgrenzung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom in ihrem sozialen Umfeld. Gleichwohl sind die Lernziele in Förderschulen sehr niedrig angesetzt, da eher lebenspraktisches Wissen als Lesen, Schreiben oder Rechnen vermittelt wird (vgl. Bird/Buckley 2005: 126). Darüber hinaus fehlen in Förderschulen nicht behinderte Kinder, die für Kinder mit Behinderung ein Vorbild sein können. In Regelschulen profitieren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom einerseits von den Fähigkeiten anderer und werden für das Dazulernen motiviert. Andererseits gehen sie in einem Umfeld zur Schule, in dem sie räumlich zu Hause sind (vgl. Bird/Buckley 2005: 18). Bird/Buckley verweisen auf zwei englische Studien aus dem Jahr 1988 und 1990, die empirisch belegen, dass Kinder mit Down-Syndrom in Regelschulen bessere Lernerfolge zeigen als auf Förderschulen (vgl. Bird/Buckley 2005: 128-129).¹³ Dies begründen Bird und Buckley damit, dass sie davon ausgehen, dass Förderschullehrer „mehr Wert auf Selbsthilfe, Sozialisation und Sprachfertigkeiten [legen]“ (Bird/Buckley 2005: 129) und weniger auf das Erreichen eines bildungsorientierten Lehrplans. Dahingegen führen sie an, dass Regelschulkinder mit Down-Syndrom genauso große Fähigkeiten und Kompetenzen in den genannten Bereichen zeigen und zusätzlich eine bessere Sprachfähigkeit aufweisen (vgl. Bird/Buckley 2005: 129). Ein Punkt, der bislang in empirischen Studien noch keine Berücksichtigung gefunden hat, ist die Frage, wie sich das Mainstreaming, also die Integration von Kindern mit Down-Syndrom in Regelschulen auf deren soziale und emotionale Entwicklung auswirkt (vgl. Bird/Buckley 2005: 130). Dies wird mit der fortschreitenden Verbreitung von inklusiven Schulen und der Abschaffung von Förderschulen vermutlich stärker in den Fokus rücken. Die Frage wird sein, ob Kinder mit Behinderung, nicht nur mit Down-Syndrom, einen Schutzraum wie Förderschulen brauchen und ob sensible Kinder in Regelschulen zurechtkommen oder lediglich nebenher laufen und mit der Zeit förmlich untergehen. Im Grunde steht hier dann nicht die Behinderung

13 Bei den genannten Studien handelt es sich zum einen um eine Längsschnittstudie mit 36 Kindern mit Down-Syndrom. Die Kinder wurden über zwei Jahre alle sechs Monate bezüglich ihres Entwicklungsstandes beurteilt. Dabei schnitten die Kinder, die Regelschulen besuchten, auf den Gebieten Ausdruck, Verständnis, Rechnen, Schreiben, Lesen, Zeichnen besser ab als die Kinder, die Schulen für Lernstörungen besuchten (vgl. Casey/Jones/Kugler/Watkins 1988). Auch Sloper et al. kommen zu ähnlichen Ergebnissen, denn sie beschreiben eine Abstufung der Fähigkeit je nach Schulform: am schlechtesten schneiden Kinder ab, die auf Schulen für schwere Lernstörungen gehen. Die Leistungen der Kinder, die Schulen für mäßige Lernstörung besuchen sind besser. Sogar der zeitweise Besuch von Regelschulen wirkt sich positiv auf den Entwicklungsstand aus. Am besten schneiden auch hier die Kinder mit Down-Syndrom ab, die auf Regelschulen gehen (vgl. Sloper et al. 1990).

im Vordergrund, sondern eher persönlichkeitsabhängige Variablen. Bird und Buckley appellieren hier an die Sichtweise und Einstellung von Lehrern:

„Wenn eine Schule alle ihre Schüler als Individuen mit ganz eigenem Profil an Stärken und Schwächen betrachtet, dann werden behinderte Kinder leichter in die Schule integriert werden können“ (Bird/Buckley 2005: 133).

Wie gut Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom in der Schule zurechtkommen und gefördert werden, hängt sicherlich von der jeweiligen Schule und dem Einsatz der Lehrer ab, unabhängig davon, ob es sich um eine Förder- oder eine Regelschule handelt. Grundsätzlich lernen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom vor allem durch soziale Interaktion, nicht nur mit anderen Kindern, sondern auch durch die Interaktion mit Eltern und Lehrpersonen (vgl. Bird/Buckley 2005: 23). Häufig sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom jedoch nicht in der Lage ihre erlernten Fähigkeiten zu festigen und zu verbessern, sodass sie bereits erlernte Fähigkeiten eine Woche später nicht mehr abrufen können, was bei Lehrern häufig zu Unverständnis führt. Hinzu kommt, dass sie mit Misserfolgen weniger gut umgehen können als Kinder und Jugendliche ohne Down-Syndrom und bei Überforderung häufig abschalten, wodurch von Lehrern ein hohes Maß an Einfühlvermögen gefragt ist (vgl. Bird/Buckley 2005: 32).

Nach der Schulzeit arbeiten Menschen mit Down-Syndrom häufig in Behindertenwerkstätten. Zunehmend gibt es Beschäftigungsmodelle, durch die Menschen mit Down-Syndrom in der Gastronomie oder in haus- und landwirtschaftlichen Berufen arbeiten können (vgl. Wilken 2002: 146, Stern.de 2005). Häufig leben Menschen mit Down-Syndrom bis ins hohe Alter in ihrem Elternhaus. In den seltensten Fällen können sie alleine wohnen, betreute Wohngemeinschaften bieten hier eine Alternative und stellen einen Kompromiss zwischen „Betreuung und Selbstständigkeit“ dar (Stern.de 2005, vgl. Wilken 2002: 146). Zusätzlich sind gerade Eltern von Kindern mit Down-Syndrom manchmal überaus fürsorglich, was dazu führt, dass Kinder, Jugendliche und auch junge Erwachsene mit Down-Syndrom häufig unter ihren Möglichkeiten bleiben, obwohl sie selbstständiger handeln und für sich sorgen könnten (vgl. Stern.de 2005). Pablo Pineda, ein spanischer Grundschullehrer mit Down-Syndrom, der selbst eine Regelschule besuchte und Lehramt und Psychopädagogik studierte, beschreibt dies folgendermaßen: „Wenn du einen Menschen überbehütest, verurteilst du ihn von vornherein, du nimmst ihm die Zukunft“ (Sanchis 2006: 62-63). Hieran wird die Wichtigkeit deutlich, Menschen mit Down-Syndrom bei einer eigenständigen Lebensführung zu unterstützen.

Die Freizeitgestaltung von Menschen mit Down-Syndrom ist ebenso wie andere Vorlieben und Präferenzen von Person zu Person unterschiedlich. Dabei spielen Medien, wie auch bei Kindern und Jugendlichen ohne Down-Syndrom, eine zentrale Rolle. Besonders beliebt sind Hörspiele und das Fernsehen (vgl. Wilken 1997: 81). Gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom, die nicht in Wohnheimen sondern in ihren Elternhäusern leben, sind Jugend- und Sportgruppen von besonderer Be-

deutung. Häufig handelt es sich bei diesen Gruppen um spezifische Gruppen für Menschen mit Behinderung oder inklusive Gruppen. Die Bandbreite an Aktivitäten ist groß: vom Schwimmen über Fußball, Aikido bis hin zum Tanzen ist je nach Interesse alles dabei (vgl. Wilken 2002: 146, Zaynel 2010: 75-76). Gerade für Menschen mit Down-Syndrom, die in Wohnheimen leben, fehlen häufig die entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen um an Jugend- und Sportgruppen teilnehmen zu können (vgl. Wilken/Pich 1998: 120).

Medien können eine gute Freizeitalternative für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom darstellen, da die Tätigkeiten häufig eigenständig und selbstbestimmt ausgeführt werden können und wenig Hilfestellung benötigt wird (vgl. Zaynel 2010: 77). Auch sind Medien in den meisten Fällen zu Hause nutzbar, wodurch Anfahrten entfallen, für die Menschen mit Down-Syndrom ebenfalls häufig Unterstützungsbedarf benötigen (vgl. Zaynel 2010: 103). Häufig können Menschen mit Down-Syndrom längere Strecken weder mit dem Auto noch mit dem Fahrrad zurücklegen, da sie sich oftmals nicht an Verkehrsregeln halten und sie so einer massiven Gefahr ausgesetzt sind. Manche Menschen mit Down-Syndrom können eigenständig öffentliche Verkehrsmittel nutzen, doch muss auch dies häufig mit Begleitpersonen eingeübt werden, sodass in der Regel nur bekannte Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden können (vgl. Zaynel 2010: Interview 3, Nachbefragung Interview 11). Die eingeschränkte Mobilität von Menschen mit Down-Syndrom wird zusätzlich durch die nicht selten auftretende Muskelschlaffheit beeinträchtigt, da weite Strecken meist nicht gelaufen werden können. Auch der finanzielle Aufwand für die Nutzung von Medien ist tendenziell gering, was bei geringen Werkstatt-Gehältern von großer Bedeutung ist (vgl. Halder 2006: 2, McGuire/Chicoine 2008a: 11). Vor diesem Hintergrund wird die große Bedeutung von Medien für die Freizeitgestaltung von Menschen mit Down-Syndrom deutlich. Genauso wichtig ist das Angebot von nicht-medialen Freizeitalternativen, um eine Wahlfreiheit zu haben und eine Wahlkompetenz entwickeln zu können. Nur durch das Vorhandensein von Alternativen können Kinder und Jugendliche sich bewusst für oder gegen die Mediennutzung entscheiden und erlernen so einen maßvollen und mündigen Umgang mit Medien (vgl. Opaschowski 1996: 212, Wilken/Pich 1998: 115, Zaynel 2010: 18, Zaynel 2013: 54).

2.3 Bedeutung von Medien für Menschen mit Down-Syndrom

Betrachtet man die Mediennutzung von Menschen mit Down-Syndrom, ist es von Vorteil sich die Besonderheiten des visuellen Gedächtnis von Betroffenen anzusehen, da die Medien, die in der vorliegenden Arbeit im Besonderen betrachtet werden, alle über den visuellen Kanal rezipiert werden können. McGuire und Chicoine, die Leiter des Adult Down Syndrome Centers in Park Ridge, Illinois, beschreiben das visuelle Gedächtnis von Personen mit Down-Syndrom als besonders ausgeprägt und fast fotografisch. Dies zeigt sich unter anderem in dem großen Detailwissen, über das Menschen mit Down-Syndrom bezüglich ihrer Lieblingsmannschaft, Lieblingsserie, Lieblingsfernsehsendung oder ihrem

Lieblingsfilm verfügen (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 12). Im Gegensatz zum guten visuellen Gedächtnis von Menschen mit Down-Syndrom, wird das auditive Kurzzeitgedächtnis als schlecht ausgeprägt beschrieben. Verbal kommunizierte Informationen können kaum behalten werden, da sie häufig nicht erneut abrufbar sind und dadurch schnell verfliegen. Dahingegen kann visuelles Material so lange angesehen werden, bis es verstanden wurde (vgl. Bird/Buckley 2005: 36-37). McGuire und Chicoine merken jedoch an, dass das visuelle Gedächtnis von Menschen mit Down-Syndrom dahingehend begrenzt ist, dass visuell erlernte Informationen nicht abstrahiert und auf andere Situationen übertragen werden können, da die generelle Abstraktionsfähigkeit von Menschen mit Down-Syndrom eingeschränkt ist (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 11).

Welche Bedeutung hat das visuelle Gedächtnis nun für die Mediennutzung: Manchmal können Menschen mit Down-Syndrom fiktionale Medieninhalte nicht von der Realität unterscheiden. Als Beleg führen McGuire und Chicoine an, dass Menschen mit Down-Syndrom häufig mit Fernsehfiguren sprechen. Sie erläutern zwar, dass Betroffene wirklich glauben, dass sie mit den Personen sprechen könnten und sich der Parainteraktion nicht bewusst sind. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit diese Erkenntnisse als gesichert gelten können, da es sich bei der Kommunikation während des Fernsehens bzw. mit Fernsehfiguren um weit verbreitete Aneignungsweisen handelt (vgl. Horton/Wohl 1956, Hepp 1996, Hepp 1998, Holly/Püschel 2001, Hartmann 2010, Zaynel 2013: 51).¹⁴ Darüber hinaus werden gesehene Filmszenen häufig erneut durchlebt. Mutmaßen lässt sich hier, dass durch das sehr gute visuelle Gedächtnis der Eindruck entsteht, erinnerte Bilder selbst erlebt zu haben (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 13). Hierbei zeigen sich Parallelen zur Schwierigkeit der Unterscheidung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft für Menschen mit Down-Syndrom. Häufig wissen sie nicht, ob Ereignisse bereits abgeschlossen sind bzw. wie diese zeitlich einzuordnen sind. Auch können sie das Konzept Zukunft bzw. hypothetische Vorstellungen für die Zukunft kaum begreifen (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 13-15). McGuire und Chicoine raten daher Menschen mit Down-Syndrom den Unterschied der dichotomen Beschreibung real/fiktional zu erläutern und dabei auch auf visuelles Erklärungsmaterial zurück zu greifen (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 16; 19, Zaynel 2010: 44-45). Zu Schwierigkeiten kann es besonders dann kommen, wenn sich

14 Als weiterer Beleg für McGuire und Chicoines Ergebnis lässt sich auch ein Beispiel aus der Elternbefragung zur Fernsehnutzung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom finden. Hier beschreibt eine Mutter, wie ihre Tochter mit Down-Syndrom den Realitätsgehalt der Sat.1 Krimiserie K11 einschätzt und bemerkt gleichzeitig, dass die Sendung Potenzial bietet, um Realität und Fiktion zu vermischen: „Wobei bei K11, das sind ja Charaktere, die da als Schauspieler auftreten, die im wirklichen Leben auch wohl diesen Beruf ausüben [...] ich glaub nicht, dass sie das für gespielt hält, sie glaubt das ist wirklich so, was ja auch letztendlich so ist, das sind ja nachgespielte Kriminalfälle, die abgehandelt werden, also da bin ich mir nicht ganz sicher, wie sie das aufgreift. [...] Ja das stimmt, oder manchmal sagt sie dann, sie will nach München mal, sie möchte da mal hin, das wird in München Unterführungen gedreht [...] das stimmt, das nimmt sie schon so ein bisschen ernst ...“ (Interview 2: 5-6)“ (Zaynel 2010: 99).

Menschen mit Down-Syndrom häufig Filme mit Gruselmomenten ansehen (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 17).

Ferner beschreiben McGuire und Chicoine so genannte Grooves, Routinen und Rituale, die Menschen mit Down-Syndrom immer wieder ausführen. Vermutlich haben diese wiederholt ausgeführten Tätigkeiten eine wohltuende Wirkung auf Menschen mit Down-Syndrom (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 13, Zaynel 2010: 44). Das Gefühl von Struktur und Stabilität, welches durch Routinen und Rituale vermittelt werden kann, stellt sich auch bei Menschen ohne Down-Syndrom ein. Allerdings halten Menschen mit Down-Syndrom viel stärker an solchen routinierten Verhaltensweisen fest und sind viel schneller aus der Ruhe zu bringen, falls Situationen anders als bekannt ablaufen. Diese Grooves zeigen sich laut McGuire und Chicoine auch im wiederholten Ansehen oder Anhören von Medieninhalten (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 17). Das wiederholte Ansehen von Sendungen ist demgegenüber auch bei Fernsehnutzern ohne Down-Syndrom zu beobachten. So ist zum Beispiel aus der kommunikationswissenschaftlichen Forschung bekannt, dass Rezipienten gerne erneut einen Kriminalfilm ansehen, auch wenn sie das Ende bereits kennen (vgl. Bonfadelli/Wirth 2010: 582). Doch bei Menschen mit Down-Syndrom scheint das erneute Rezipieren von ein und derselben Sendung deutlich ausgeprägter zu sein. Auch die Eltern in der Studie zur Fernsehnutzung nennen das wiederholte Ansehen von Fernsehsendungen oder Filmen als Unterschied zu ihrer eigenen Nutzung und der ihrer Kinder ohne Down-Syndrom (vgl. Zaynel 2010: 94).

Des Weiteren können Medientechniken didaktisch eingesetzt werden, da die Nutzung des Computers als Lerninstrument Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom häufig motiviert. Auch die charakteristischen Merkmale der Computernutzung, wie die visuelle Materialpräsentation und die Tatsache, dass auf Reize eher motorisch und nicht verbal reagiert werden muss, können Defizite von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom kompensieren. Darüber hinaus führen Bird/Buckley den Hinweis an, dass die Arbeit mit einfachen Textverarbeitungsprogrammen oftmals einfacher ist als mit viel Mühe Buchstaben selbst leserlich zu schreiben.¹⁵ An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Buchstaben dann auf Großschreibung eingestellt sein sollten, da kleingeschriebene Buchstaben völlig anders aussehen und häufig nicht zugeordnet werden können (vgl. Bird/Buckley 2005: 38). Gleiches gilt auch für das Vorschreiben von Suchbegriffen: um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom im Umgang mit der Tastatur zu fördern, können Begriffe, die über die Tastatur eingegeben werden sollen, von Lehr- oder Betreuungspersonal vorgeschrieben werden. Auch diese sollten dann in Großbuchstaben verfasst werden, da kleingeschriebene Buchstaben auf der Tastatur sonst nicht wiedergefunden werden, was sich während den teilnehmenden Beobachtungen gezeigt hat (vgl. Beobachtung 1).

15 Bird/Buckley beschreiben hier eine englische Sprachlernsoftware, bei der die Tastaturschablone nicht nur mit einzelnen Buchstaben, sondern mit ganzen Wörtern belegt werden kann (vgl. Bird/Buckley 2005: 80).

Nicht nur dem Computer, sondern auch dem Medium Fernsehen kommt eine besondere Bedeutung zu, da Nutzer des Mediums multisensorisch angesprochen werden, indem visuell Präsentiertes zusätzlich mit auditivem Material unterstützt wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass besonders lehrreiche Fernsehsendungen wie z.B. die Sesamstraße, die Kinder dazu anregt, Buchstaben und Zahlen zu klassifizieren, zum Spracherwerb beitragen (vgl. Striefel 1972: 27, Anderson/Field 1984: 53, Zaynel 2010: 52).

Tatsächlich hat das Fernsehen einen großen Stellenwert im Leben vieler Menschen mit Down-Syndrom. Das Fernsehen ist einerseits eine Freizeitbeschäftigung, die trotz Einschränkungen der Muskulatur vollzogen und andererseits eine Freizeitbeschäftigung, die selbstständig und selbstbestimmt ausgeführt werden kann. Außerdem können mit Hilfe des Fernsehens variantenreiche Gratifikationen wie das Informations-, Orientierungs- und Unterhaltungsbedürfnis befriedigt werden (vgl. Wegener 2008: 36 ff.). Gerade weil Menschen mit Down-Syndrom häufig bis ins hohe Alter in ihren Familien sozialisiert werden und die Sozialisationsinstanz der Peers oftmals eine geringe Rolle spielt, bekommt die Bedeutung der Medien eine neue Dimension. Medien können als vierte Sozialisationsinstanz (vgl. Mikos 2007) einen hohen Stellenwert für Menschen mit Down-Syndrom einnehmen und zu Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der Menschen beitragen. Zwar werden in der Familie Grundwerte und -normen sowie Lebensarten oder -stile vermittelt, gleichwohl bedeutet dies nicht, dass Kinder diese vermittelten Werte auch für ihre eigene Lebensgestaltung übernehmen. Häufig spielen hier Peers eine große Rolle, über die andere Lebensstile kennengelernt werden und an denen sich gerade Jugendliche besonders oft orientieren. Medien bieten darüber hinaus eine Alternative um Lebensweisen kennenzulernen und sich an diesen zu orientieren oder sich von diesen abzugrenzen, um dadurch seine eigene Persönlichkeit zu entwickeln.

2.4 Mediennutzung und -rezeption von Menschen mit Down-Syndrom

Bislang gibt es, wie bereits in Kapitel 1.2 erwähnt, wenige empirische Erkenntnisse bezüglich der Mediennutzung und -rezeption von Menschen mit Down-Syndrom. Lediglich sind vereinzelte Ergebnisse vorhanden, die im Folgenden zusammengefasst werden:

- 1) Medien können für Menschen mit Down-Syndrom eine Freizeitalternative darstellen, die eigenständig und selbstbestimmt ausgeführt werden kann.
- 2) Mediennutzungen sind routiniert und können für Menschen mit Down-Syndrom Grooves darstellen.
- 3) Menschen mit Down-Syndrom hören häufig Hörspiele und Musik.
- 4) Das Fernsehen nimmt einen zentralen Stellenwert im Leben von Menschen mit Down-Syndrom ein.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels beziehen sich die Darstellungen auf eine Studie zur Fernsehnutzung von acht Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syn-

drom im Alter von drei bis 26 Jahren (vgl. Zaynel 2010, Zaynel 2013: 51).¹⁶ Obwohl das Fernsehen soeben als eigenständige und selbstbestimmte Tätigkeit beschrieben wurde (vgl. Kap. 2.3), regulieren und beschränken Eltern oder Betreuer den Fernsehkonsum von Menschen mit Down-Syndrom oft. Dies wird damit begründet, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom kein eigenes Maß fänden und ohne Reglementierungen zeitlich unbegrenzt fernsehen würden (vgl. Zaynel 2010: 80). Doch die Fernsehdauer wird auch bei Kindern ohne Down-Syndrom durch die Eltern begrenzt (vgl. KIM-Studie 2008: 60). Bei Menschen mit Down-Syndrom zeigt sich diese Kontrolle bis ins hohe Jugendalter hinein, was jedoch plausibel ist, da sich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom kognitiv etwa halb so schnell entwickeln wie andere Kinder und Jugendliche (vgl. Kap. 2.2). Daraus ergibt sich, dass Geschwisterkinder ohne Down-Syndrom häufig viel mehr und willkürlicher fernsehen als Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom. Während Geschwisterkinder eher zapfen, schalten die Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom gezielt ihre Lieblingssendungen ein (vgl. Zaynel 2010: 103, Zaynel 2013: 54).

Bei den Lieblingssendungen der Studienteilnehmer mit Down-Syndrom zeigt sich eine breite Palette an unterschiedlichsten Sendungen und Sendungsformaten: Besonders bei den jüngeren Probanden stehen Kindersendungen klar im Vordergrund. Darüber hinaus fällt auf, dass bei drei der acht Teilnehmer die Lieblingssendungen oder Spielfilme auch auf DVD geguckt werden, wodurch sich die Fernsehnutzungszeit flexibler gestaltet und nicht an feste Programmstrukturen gebunden ist. Hier lässt sich bereits ein Transfer für die Internetnutzung von Menschen mit Down-Syndrom vornehmen: Durch die weitere Ausbreitung von Online-Mediatheken fast aller Fernsehprogramme, ermöglicht das Internet Fernsehsendungen zeitlich versetzt anzusehen.¹⁷ Bei zwei der acht Jugendlichen mit Down-Syndrom spielen Heimvideos eine Rolle, die auch McGuire und Chicoine als zentral beschreiben. Sie stellten fest, dass sich Menschen mit Down-Syndrom durch ihr besonders gutes visuelles Gedächtnis beim Ansehen von Heimvideos in die aufgenommene Situation zurückversetzt fühlen und die Szene so erleben als würde sie sich gerade ereignen (vgl. McGuire/Chicoine 2008a: 13, Zaynel 2010: 86). Auch die Krimisendung *Tatort* wird von drei der acht Teilnehmer regelmäßig angesehen, dann häufig mit Eltern gemein-

16 Eine wichtige Anmerkung: Die Studie beleuchtet Menschen mit Down-Syndrom, die in ihrem Elternhaus aufwachsen. Gerade für Menschen mit Down-Syndrom, die in Wohnheimen leben, können große Unterschiede angenommen werden, z.B. beschreiben Wilken und Pich, dass Betreuer in Wohnheimen Fernsehprogramme häufig bestimmen und geistig behinderte Personen, die in ihren Familien leben, häufig mehr Mitspracherecht haben (vgl. Wilken/Pich 1998: 120, Zaynel 2010: 104, Zaynel 2013: 51).

17 An dieser Stelle wird deutlich, dass bei der Befragung zur Mediennutzung, befragte Personen Verbreitungswege und Medieninhalte selten so differenziert verwenden wie es in kommunikationswissenschaftlichen Theorien der Fall ist (vgl. Schmidt/Zurstiege 2007: 63 f.). Wenn die Frage nach der Lieblingssendung (Medienangebot) gestellt wird, geben Befragte z.B. die Antwort, sie würden am liebsten DVDs schauen (Medientechniken). Dadurch kommt es an manchen Stellen zu Schwierigkeiten in der Trennschärfe der Begriffe, die jedoch weitestgehend in der Auswertung reflektiert werden.

sam. Ebenfalls beliebt ist der Tatort bei der deutschen Gesamtbevölkerung und wird gleichermaßen gerne mit Anderen gemeinsam geguckt (vgl. Kessler/Kupferschmitt 2012: 631), was belegt, dass die Fernschnutzungsmuster von Menschen mit Down-Syndrom den Nutzungsmustern der Gesamtbevölkerung ähneln.

Bezüglich der Genre erstrecken sich die Vorlieben der Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom von Unterhaltungssendungen (Deutschland sucht den Superstar, Let's Dance, Wer wird Millionär? etc.) über fiktionale Sendungen (Hotel Zack & Cody, Hannah Montana, K11 etc.) hin zum Sport. Das geringe Interesse an Informations- und Nachrichtensendungen wird ebenfalls deutlich. Häufig haben Menschen mit Down-Syndrom Probleme komplexe Sachverhalte zu begreifen, wodurch sich der geringe Konsum an informationsorientierten Sendungen ergibt. An dieser Stelle sind lediglich begreifbare und persönlichkeitsnahe Themen wie Wetter und Sport interessant (vgl. Zaynel 2010: 85, McGuire 2007: 62). Vermutlich tragen die formalen Gestaltungsmerkmale von Nachrichtensendungen dazu bei, dass Menschen mit Down-Syndrom Inhalten nicht folgen können. Es hat sich gezeigt, dass tagesaktuelle Themen durchaus relevant für Menschen mit Down-Syndrom zu sein scheinen. Hier sind besonders Umweltkatastrophen und Unfälle wie das Schiffsunglück der Costa Concordia zu nennen (vgl. Expertengespräch 1). Anknüpfend daran wurde nach den Annahmen der aneignungsorientierten Rezeptionsforschung und der These der handlungsleitenden Themen davon ausgegangen (vgl. Bachmair 1994: 172 ff., Charlton 1997: 24, Ahrens/Singh 1977: 2), dass die Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom besonders gerne Sendungen sehen müssten, in denen Protagonisten mit Down-Syndrom eine Rolle spielen (vgl. Zaynel 2010: 56). Auch McGuire beschreibt, wie eine Welt aussähe, in der Menschen mit Down-Syndrom die Welt regieren würden: die amerikanische Fernsehserie *Lief Goes On*, in der ein Mann mit Down-Syndrom Protagonist ist, „wäre extrem beliebt und würde regelmäßig wiederholt werden“ (McGuire 2007: 63, vgl. Zaynel 2010: 67, Zaynel 2013: 53). Jedoch hat sich gezeigt, dass vier der fünf Jugendlichen einen Fernsehausschnitt einer 3sat Dokumentation, über einen Jungen mit Down-Syndrom als negativ bewerteten. Zwei dieser vier Jugendlichen wollten sogar, dass der Sendungsausschnitt vorzeitig gestoppt wird. Nach Angaben der Eltern ist den vier Jugendlichen bewusst, dass sie Down-Syndrom haben. Augenscheinlich wollen sie damit nicht in Fernsehsendungen konfrontiert werden (vgl. Zaynel 2010: 67, Zaynel 2013: 53). An dieser Stelle lässt sich lediglich mutmaßen, dass die Jugendlichen mit Down-Syndrom das Fernsehen zu Unterhaltungszwecken nutzen wollen und nicht zu Informationszwecken bezüglich ihrer Behinderung. Im Gegensatz dazu zeigen Dobransky und Hargittai, dass Internetnutzer mit Behinderung das Internet häufig für Recherchen über Gesundheitsinformationen nutzen (vgl. Dobransky/Hargittai 2006: 318). Interessant ist hier, ob diese Informationsfunktion an das Internet geknüpft ist und die Informationssuche auch für Menschen mit Down-Syndrom relevant ist.

Besonders beliebt sind Sendungen mit wiederkehrenden Handlungssträngen und wiederkehrenden Personen, wodurch zum einen das Verständnis des Inhalts erleichtert werden kann und zum anderen die Identifikation mit Handlungsfiguren einen zentralen Stellen-

wert für den Genuss von Fernsehsendungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom einnimmt (vgl. Zaynel 2010: 86). Entgegen des weit verbreiteten Rezeptionsmusters neben dem Fernsehen anderen Tätigkeiten wie Essen, Schlafen oder Telefonieren nachzugehen (vgl. Kuhlmann/Wolling 2004, JIM-Studie 2013: 23 ff.), konzentrieren sich die Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom auf den Fernseher und verfolgen Sendungen fokussiert. Lediglich drei Mütter nennen Paralleltätigkeiten, die ihre Kinder bei weniger beliebten Sendungen ausführen. Wenn Sendungen wiederholt werden oder Sendungen zusammen mit den Eltern angesehen werden, werden Tätigkeiten wie einen Katalog durchblättern, ein Halstuch schlackern oder ein Buch anschauen genannt (vgl. Zaynel 2010: 88-89). Eine Teilnehmerin, die am intensivsten Fernsehen schaut, spielt hin und wieder auch mit ihrer tragbaren Spielekonsole während des Fernsehens. Auch bei der jetzigen Befragungsrunde hat sich gezeigt, dass die Vielseher während der Fernsehnutzung auch anderen Tätigkeiten nachgehen, während die moderaten Gucker fokussiert Fernsehen gucken. Eine Mutter beschrieb sogar, dass ihre Tochter, die als Vielseherin einzustufen ist, nie Fernsehen schaut, ohne etwas nebenbei zu machen (vgl. Interview 7). Es zeigt sich jedoch die Tendenz, dass der Fernsehkonsum der Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom durch die Eltern eingeschränkt und begrenzt wird und dadurch die vorhandene Fernsehzeit intensiv und konzentriert genutzt wird. Dahingegen ist zu beobachten, dass Geschwisterkinder einerseits mehr und andererseits willkürlicher fernsehen. Dadurch dass sie eigenständig über die Dauer der Fernsehnutzung entscheiden können, sehen sie sich häufig Sendungen an, die ihren Vorlieben nicht gänzlich entsprechen, wodurch es vermutlich zu Verhaltensweisen wie Zapping und Nebenbei-Tätigkeiten kommt, die sich bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom nicht zeigen (vgl. Zaynel 2013: 54).

Weitere Aspekte, die von den Eltern als syndromspezifisches Fernsehverhalten beschrieben werden, sind zum einen das wiederholte Ansehen von Sendungen, das auch McGuire und Chicoine in Bezug auf die wohltuende Wirkung von Grooves beschreiben (vgl. Kap 2.3, McGuire 2007: 63, Zaynel 2013: 51). Zum anderen werden Punkte wie das nahe Sitzen vor dem Fernseher und physiologische Reaktionen bei vermehrter emotionaler Anteilnahme an Sendungen genannt (vgl. Zaynel 2010: 95, Zaynel 2013: 52). An dieser Stelle kann vermutet werden, dass die gewünschte räumliche Nähe zum Fernseher entweder aus der eingeschränkten Sehfähigkeit resultiert oder gerade durch die emotionale Anteilnahme bedingt ist, sodass das starke Mitgefühl auch räumlich ausgedrückt wird. Solche physiologischen Reaktionen sind auch bei nicht behinderten Mediennutzern zu beobachten und verstärken sich möglicherweise gerade durch die Anwesenheit anderer (vgl. Gehrau 2014). Denkbar ist daher, dass Eltern Situationen beschreiben, in denen sie selbst anwesend waren und sich die körperlichen Reaktionen durch die Anwesenheit Dritter verstärkt hat.

Interessant ist die Sonderstellung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom, die bereits in Kap. 1.1 angesprochen wurde. Einerseits stammen sie aus höheren sozialen Schichten, da viele Eltern höhere Bildungsabschlüsse haben und finanziell zur Mittel- und Oberschicht gezählt werden können (vgl. Zaynel 2010: 103-104). Andererseits haben Menschen mit Down-Syndrom aufgrund ihrer geistigen Behinderung kognitive Defizite, wodurch sie in Bezug auf das Thema Bildung eher niedriger gebildeten Schichten zugeordnet werden können, die gleichzeitig auch materiell und finanziell niedriger gestellt sind. Da sich die Schichtzugehörigkeit in der Regel auch im Mediennutzungsverhalten widerspiegelt, Menschen mit Down-Syndrom jedoch nach verschiedenen Kriterien (Bildung, finanzieller Status) unterschiedlichen Schichten zuzuordnen sind, zeigen sich je nach Medium ambivalente Nutzungsweisen. Bei den klassischen Printmedien wie Zeitung oder Buch entsprechen sie beispielsweise der Nutzung von Jugendlichen, die aus unteren sozialen Schichten stammen und häufig wenig Leseaffinität aufweisen (vgl. Bruttel 2013: 47). Bei der Nutzung von Lesemedien sind die kognitiven Defizite so gravierend, dass die Einstellung der Eltern zur Relevanz von Printmedien so gut wie keine Auswirkung auf das Printnutzungsverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom hat. Auch wenn Eltern die Nutzung von Tageszeitung als wichtig erachten, hat diese Einstellung aufgrund der häufig mangelnden Lesefähigkeit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom kaum Einfluss auf das Nutzungsverhalten von Printmedien. Im Gegensatz dazu grenzen sich Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom bezüglich des Mediums Fernsehen von unteren sozialen Schichten ab. An dieser Stelle kann nicht alleine vom Bildungsstatus auf das Fernsehverhalten geschlossen werden, da hier die Medienerziehung der Eltern maßgeblichen Einfluss hat. Jugendliche aus niedrigeren sozialen Schichten sehen häufig deutlich mehr fern und schalten deutlich häufiger Privatsender ein (vgl. Bruttel 2013: 47). Diese Tendenzen wurden auch für Menschen mit Down-Syndrom angenommen, konnten jedoch nicht bestätigt werden (vgl. Zaynel 2010: 55-57, 102, Zaynel 2013: 53). Für das Internet gilt es dies herauszufinden.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass von den Eltern zwar syndromspezifische Fernsehnutzungsmuster genannt werden, diese sich jedoch auch bei nicht-behinderten Fernsehnutzern beobachten lassen. Ferner hat das Down-Syndrom vor allem inhaltlich gesehen Konsequenzen bei der Programmauswahl, da lediglich Sendungen gesehen werden, die kognitiv verstanden werden können. Darüber hinaus sind es mehrheitlich die Einstellung der Eltern zum Thema Medien und deren daraus resultierende Medienerziehung, die soziale Schicht in der Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Down-Syndrom aufwachsen sowie das Vorhandensein von Freizeitalternativen, die das Fernsehverhalten maßgeblich bedingen.

2.5 Medienkompetenz und Medienbildung von Menschen mit Down-Syndrom

Medienkompetenz wird in der heutigen modernen Gesellschaft, in der Medien bereits in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen eine große Rolle spielen (vgl. Süß 2004), oftmals als Schlüsselqualifikation oder Lebenskompetenz beschrieben. Bislang gibt es jedoch noch keinen Konsens darüber, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten unter dem Begriff Medienkompetenz zu fassen sind (vgl. Gapski 2001, Jarren/Wassmer 2009: 46 ff., Süß et al. 2010). Vielmehr folgt der andauernden Diskussion um die Definitionsversuche von Medienkompetenz bereits die Diskussion um den Begriff der Medienbildung.¹⁸ Auch hier gibt es bislang keine Einigkeit darüber, ob die Begriffe Medienkompetenz und Medienbildung sich ergänzen und komplementär zu verwenden sind oder ob es sich um grundlegend verschiedene Konzepte handelt, die „nicht ineinander überführbar [sind]“ (Fromme/Jörissen 2010: 46, vgl. Aufenanger 1999, Schorb 2009, Spanhel 2010, Tulodziecki 2010, Fromme/Jörissen 2010, Pietraß 2011, Moser et al. 2011).¹⁹

In der vorliegenden Arbeit wird von folgendem Verständnis ausgegangen: Der Begriff der Medienkompetenz beleuchtet die subjektorientierte Perspektive des Verhältnisses Mensch-Medium und nimmt den Menschen ganzheitlich in den Blick (vgl. Schorb 2009: 50-51, Tulodziecki 2010: 51).²⁰ Geht man zum Ursprung des Kompetenzbegriffs zurück, wird auch die theoretische Untermauerung des Begriffs deutlich. Kompetenz meint hier nach Noam Chomsky Spracherwerb und beschreibt den Erwerb einer kommunikativen Fähigkeit, die bei Jürgen Habermas in seiner Theorie des kommunikativen Handelns mit der Handlungsfähigkeit des Menschen auf Basis von Kommunikation beschrieben wird (vgl. Habermas 1972, Büsch 2012: 281-283). Baacke trägt diese Konzepte in seiner Habilitationsschrift zur kommunikativen Kompetenz zusammen (vgl. Baacke 1973, Schorb 2009: 51, Fromme/Jörissen 2010: 47). Damit legt er den Grundstein des Begriffs Medienkompetenz, den er Jahre später als Fähigkeit beschreibt, „in [der] Welt aktiv aneignender Weise auch alle Arten von Medien für das Kommunikations- und Handlungsrepertoire von Menschen einzusetzen“ (Baacke 1996: 8). Medienkompetenz ist also eine Ausweitung der Handlungsoptionen von Menschen auf das kommunikative Handeln mit und über Medien.

18 Tulodziecki merkt berechtigterweise an, dass die neu entfachte Diskussion um den Begriff der Medienbildung nicht mehr Klarheit bringt, da es ähnlich wie beim Medienkompetenzbegriff auch unterschiedliche Verständnisse des Bildungsbegriffes gibt (vgl. Tulodziecki 2010: 49).

19 Aus forschungsökonomischen Gründen wird an dieser Stelle auf Diskussionsbeiträge verwiesen, die verschiedene Positionen darstellen (vgl. Aufenanger 1999, Schorb 2009, Spanhel 2010, Tulodziecki 2010, Fromme/Jörissen 2010, Büsch 2012).

20 Zur Verdeutlichung: Aufenanger spricht 1999 davon, dass erst die Medienbildung den Menschen ganzheitlich erfasst, während er in seiner Dimensionierung von Medienkompetenz aus dem Jahre 1997 bereits die gleichen Dimensionen wie etwa die kognitive, moralische oder soziale Dimension verwendet (vgl. Aufenanger 1997, Aufenanger 1999: 23).

Bei dem Übertrag von Sprachkompetenz auf Handlungskompetenz, kann folgender Punkt als problematisch angesehen werden: Den Erwerb der Sprache erarbeitet sich der Mensch nach Chomsky einmal im Leben und verfügt dann über diese Fertigkeit (vgl. Baacke 1996). Der Erwerb von Medienkompetenz ist dahingegen dynamisch, da Medien sich stetig wandeln und Kompetenzen immer wieder neu angeeignet werden müssen, wodurch ein lebenslanger Prozess entsteht. Allerdings verändert sich Sprache ebenfalls mit fortschreitendem Alter und wandelt sich mit dem Beginn neuer Lebensabschnitte, sodass neue Sprechweisen je nach Lebens- oder auch Arbeitsmilieu dazu erworben werden.

Medienbildung wird hier in einem übergeordneten Rahmen als Notwendigkeit der Institutionalisierung von Medienkompetenzvermittlung und -erwerb gesehen, wie es auch Büsch sieht (vgl. Büsch 2014: 6). Medienbildung sollte, neben dem generellen Anspruch in der Schule Bildung zu vermitteln, als ein Bildungsaspekt stärker berücksichtigt werden (vgl. KMK 2012: 3 ff.). Daraus ergibt sich, dass Medienkompetenz als Zielkategorie angesehen werden kann und Medienbildung als Prozesskategorie, sodass durch Medienbildung Medienkompetenz erworben wird (vgl. Tulodziecki 2010, Marci-Boehne/Rath 2013).²¹ Wird die Medienkompetenzvermittlung bereits seit den 1970er Jahren diskutiert, findet diese Diskussion „erst seit einigen Jahren in der Forschung im Kontext geistiger Behinderung [statt]“ (Bosse 2012c: 436).

Müller und Fleischer stellen heraus, dass Kinder und Jugendliche auf Förderschulen in Thüringen mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung auf Basis eines Lehrplans aus dem Jahre 1998 unterrichtet werden, in dem der Umgang mit digitalen Medien kaum Beachtung geschenkt wird (vgl. Müller/Fleischer 2013: 57). Auch in Nordrhein-Westfalen (NRW) sind Medienkompetenz und Medienbildung weder als eigenes Fach noch als Teil anderer Fächer in Förderschulplänen verankert, der einzige Fokus liegt auf der Vermittlung technischer Kompetenzen (vgl. Bosse 2012c: 445).²² Zwar gibt es einen aktuelleren Entwurf aus dem Jahre 2002, der jedoch bislang nicht genehmigt wurde, sodass der Unterricht bisweilen auf Basis eines Lehrplans aus dem Jahre 1980 stattfindet (vgl. KsF 2014).²³ In elf Leitfadeninterviews mit Lehrern von Förderschulen oder integrativen Gesamtschulen wurde deutlich, dass Medien im Förderschulunterricht als didaktisches Mittel Einsatz finden, nicht aber als eigenständiges Thema Funktions- und Arbeitsweisen von Medien besprochen werden. Anders als in Förderschulen werden Förderschüler auf integrativen Schulen jedoch zum Thema Medien mitbeschult, sodass die Verankerung in För-

21 Ebenso gibt es die gegenteilige Meinung, dass die Medienbildung das Ziel ist, welches durch bzw. mit Medienkompetenz zu erreichen ist (vgl. Schorb 2009, Spanhel 2010, Fromme/Jörissen 2010).

22 Medienbildung in schulischen Institutionen ist stark vom Bundesland abhängig. So sind sowohl Bayern als auch Baden-Württemberg mit die „ersten Bundesländer, welche ein eigenes Konzept zur Stärkung der Medienkompetenz von Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderungen veröffentlichten“ (Bosse 2012c: 446).

23 Auch nach intensiver Recherche bleibt offen, warum der Lehrplanentwurf aus dem Jahre 2002 bislang nicht genehmigt wurde. Ingo Bosse vermutet den Wechsel der Landesregierung in NRW im Jahr 2005 von SPD zu CDU als ausschlaggebend.

derschullehrplänen zur Notwendigkeit wird (vgl. Müller/Fleischer 2013: 58, Bosse 2012c: 439).

Damit einher geht eben auch die geringe Hinwendung zum Internet in Förderschulen (vgl. Mihajlovic 2012). Mihajlovic zeigt in einer Onlinebefragung von 654 Förderschullehrern (28% Förderschulen für geistige Entwicklung), dass gerade das Internet in Förderschulen für geistige Entwicklung im Vergleich zu anderen Förderschulen deutlich seltener eingesetzt wird. Die Nutzung des Computers beläuft sich dabei auf den Einsatz von Lernspielen (vgl. Mihajlovic 2012: 29-30). Grundsätzlich gilt die Vermittlung von Medienkompetenzen in Schulen als Querschnittsaufgabe (vgl. KBoM 2015: 59, Büsch 2014: 11, Pöttinger 2013: 101-103), sodass eigentlich in jedem Unterrichtsfach Heranführung an Medien stattfinden sollte. Oftmals erhalten Lehrer jedoch keine hinreichende medienpädagogische Grundbildung während ihrer Studienzeit. Auch in der Lehrerbildung, ähnlich wie in der Medienkompetenzvermittlung für Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf in NRW, liegt der Fokus auf der technischen Kompetenz (vgl. Bosse 2012c: 441-444). Daraus resultiert, dass die Integration von Medien in den Unterricht stark von der Medienaffinität des einzelnen Lehrers abhängt bzw. von dessen Eigeninitiative über externe Institutionen ausgebildete Medienpädagogen für Unterrichtsbesuche im Rahmen von Projektwochen zu Unterstützung heranzuziehen. Die Arbeitsgemeinschaft KBoM erklärt die „Bemühungen, Medienbildung in der Schule als Querschnittsaufgabe zu etablieren [...] als gescheitert [...]“ (KBoM 2015: 60). In Förderschulen gibt es neben den mangelnden medienpädagogischen Ausbildung weitere Schwierigkeiten: Zwar gibt es auch in Regelschulen das Prinzip der Differenzierung (vgl. Bönsch 1995), das Lernniveau in Förderschulklassen ist jedoch oftmals weitaus heterogener als in Regelschulen, sodass die Unterrichtsgestaltung stark individualisiert je nach Fähigkeiten des Schülers ist.

Des Weiteren schlägt Schäffler vor, integrative Internet-AGs einzusetzen, in denen jüngere Regelschüler und ältere Förderschüler sich gegenseitig bei der Arbeit am Computer unterstützen (vgl. Schäffler 1999: 340-343). Grundsätzlich erscheint dies eine praktikable Variante zu sein, durch die Kinder ohne Behinderung soziale Kompetenzen erlernen und Berührungsängste abbauen können bzw. von vornherein keine Berührungsängste aufbauen. Kinder und Jugendliche mit Behinderung können gleichzeitig von den Fähigkeiten anderer profitieren, indem sie sich Handgriffe anschauen und durch die Fertigkeiten der anderen motiviert werden auch eine Aufgabe erledigen zu können. Lediglich gilt es zu bedenken, dass inklusive Gruppen bislang künstliche Gruppen sind, die für derartige Projekte zusammengestellt werden und es so an manchen Stellen schwierig sein kann entsprechende Teilnehmer zu finden (vgl. Zaynel 2013b). Im Zuge der Abschaffung der Förderschulen wird Schäfflers Projektidee jedoch immer weiter an Bedeutung gewinnen.

Nichtsdestotrotz findet Medienbildung auch in nicht-institutionalisierten Räumen statt, zum einen über informelles Lernen in außerschulischen Kontexten, zum anderen im sozialen Umfeld der Familie und Peers sowie über die intrinsische Motivation (vgl. BMFSFJ 2013). Zusammengefasst werden die Begriffe in der vorliegenden Arbeit komplementär

verwendet, während unter Medienkompetenz eher Fähigkeiten des Individuums gefasst werden und unter Medienbildung eher Vermittlungen von Medienkompetenz in verschiedenen sozialen Räumen.

Als Basis aller Begriffsdefinitionen wird vom Medienkompetenzbegriff nach Baacke ausgegangen, an Hand dessen die bislang vorhandenen Erkenntnisse zur Medienkompetenz von Menschen mit Down-Syndrom behandelt werden. Baacke unterscheidet die vier Dimensionen Medienkritik, Medienkunde, Mediennutzung und Mediengestaltung, die wiederum in Unterkategorien aufgespalten werden. Mit Medienkritik meint er Medien analytisch zu hinterfragen und diese kritischen Gedanken reflexiv auf sich selbst zu beziehen sowie ethisch zu beurteilen. Unter der Dimension Medienkunde fasst er einerseits das klassische Wissen über Medien und das Mediensystem und andererseits instrumentell-qualifikatorische Kenntnisse um Medien bedienen zu können. Gerade in der politischen und medialen Diskussion wird der Begriff der Medienkompetenz häufig auf diese Dimension reduziert, in dem Medienkompetenz mit Technikwissen gleichgesetzt wird (vgl. Aufenanger 1999: 22). Die Kategorie Mediennutzung beschreibt die Fähigkeit, Medien zum einen rezeptiv zu nutzen, also Medieninhalte verarbeiten zu können, aber diese auch interaktiv zu nutzen. Mediengestaltung als letzte Komponente des Medienkompetenzbegriffs meint Medien kreativ und innovativ zu verwenden (vgl. Baacke 1973, Baacke 1996, Baacke 1999a, Baacke 1999b).

Die Operationalisierung sowohl von Medienkompetenz als auch von Medienbildung bleibt aber problematisch, wodurch sich Schwierigkeiten bei der Messung von Medienkompetenz ergeben (vgl. Gapski 2006). Es gibt Versuche, Medienkompetenz in konkret formulierten Fähigkeiten zu beschreiben, doch auch hier stößt der Begriff an seine Grenzen. Zum einen sind Definitionen und Dimensionierungen von Medienkompetenz häufig idealisierend, da sie an einem Maximalziel angesetzt werden, das kaum ein Mediennutzer erreicht und nicht an Altersstufen angepasst ist. Auch Bemühungen Fähigkeiten altersgemäß in verschiedenen Niveaustufen zu beschreiben, weisen einige Unklarheiten auf, da hier beispielsweise ungewiss bleibt ob es sich bei den Zielen um Mindest- oder Maximalziele handelt (vgl. Tulodziecki 1997, Aufenanger 1999).

Die Operationalisierung der Medienkompetenz in den Studien des Forschungsverbundes Südwest zeigt, dass der Bereich der Medienkunde am leichtesten abgefragt werden kann, indem z.B. gefragt wird, welche Medien bedient werden können. Ebenso wird die Dimension der Mediengestaltung über die Frage erhoben, welche Medienprodukte schon einmal selbst produziert wurden (vgl. KIM-Studie 2008: 53, JIM-Studie 2013: 57 ff.). Auch dem Punkt der erhaltenen Medienbildung wird nachgegangen, indem gefragt wird, ob Themen wie Internet, Handy, Online-Communitys oder Datenschutz in der Schule behandelt wurden (vgl. KIM-Studie 2012: 58-59, JIM-Studie 2012: 59-61). Die anderen Medienkompetenzdimensionen nehmen bei der Befragung einen untergeordneten Stellenwert ein.

In der Fernsehnutzungsstudie zeigt sich bei den jüngeren Kindern mit Down-Syndrom (drei bis sieben Jahre) bislang kaum technisches Medienwissen, unter anderem dadurch,

dass zwei der drei Eltern die technischen Fähigkeiten ihrer Kinder bewusst nicht fördern, um zu vermeiden, dass die Kinder unbeaufsichtigt fernsehen.²⁴ Im Gegensatz dazu können die fünf Jugendlichen mit Down-Syndrom technisch kompetent mit dem Fernsehgerät umgehen. Vier der fünf Jugendlichen können darüber hinaus das vorhandene Aufnahmegerät (Videorekorder, DVD- oder Festplattenrekorder) ohne Probleme bedienen (vgl. Zaynel 2010: 97). Allgemein gesprochen wird die instrumentell-qualifikatorische Medienkunde von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom durch das Heranführen an bzw. das Abhalten von Medientechnik bedingt. Die Unterdimension klassisches Wissen der Medienkunde wurde in den Interviews mit den Jugendlichen mit Down-Syndrom dadurch verdeutlicht, dass besonders die drei ältesten Befragten sich gut im deutschen Fernsehsystem auskennen, da sie gezeigte Sendungsausschnitte mit Titel und ausstrahlendem Sender benennen konnten (vgl. Zaynel 2010: 66-72, Zaynel 2013: 52-53).

Bezogen auf die Dimension der Mediennutzung fällt auf, dass vier der fünf Jugendlichen eine Fernsehzeitung nutzen und sich über favorisierte Sendungen informieren. Zwei dieser vier Jugendlichen kreuzen Sendungen, die sie sehen wollen, an oder fertigen separate Listen mit Sendungstiteln an. Die anderen zwei suchen konkret nach ihren Lieblingsgenres, in diesem Fall Volksmusiksendungen oder Krimisendungen (K11 oder Tatort, vgl. Zaynel 2010: 97). Die Nutzung der Fernsehzeitung legt dar, dass die Jugendlichen ihren Fernsehkonsum hier reflexiv betrachten, indem sie durch das Sichten des Fernsehprogramms ihre Fernsehnutzung aktiv gestalten (vgl. Charlton 1997: 24). Im Sinne des Uses-and-Gratifications-Ansatzes machen sie sich Gedanken darüber, welche Sendung sie sehen wollen, um ihre gesuchten Bedürfnisse, hier vor allem Inhalte kognitiv nachvollziehen zu können, befriedigen zu können (vgl. Katz/Blumler/Gurevitch 1974: 21 ff.). Nicht nur in der präkommunikativen Phase zeigen sie daher einen kompetenten Umgang mit dem Medium Fernsehen, sondern auch in der kommunikativen Phase verdeutlichen Verhaltensweisen wie die kommunikative Aneignung eine aktive Auseinandersetzung mit medienvermittelten Informationen (vgl. Hepp 1998, Holly/Püschel 2001). Ebenso zeigt sich auch bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Down-Syndrom fernsehbezogene Anschlusskommunikation (vgl. Keppler 1994, Gehrau/Goertz 2010).

Zum letzten Punkt der Mediengestaltung gibt es wenig Informationen anhand derer festgemacht werden könnte, inwieweit die Kinder und Jugendlichen Medien innovativ und kreativ nutzen. Lediglich ist bekannt, dass zwei der fünf Jugendlichen bereits an einem außerschulischen Medienprojekt teilgenommen haben. Die aktive Medienarbeit ist uner-

24 Das jüngste Kind (drei Jahre) weist bereits einige technische Fertigkeiten wie den Fernseher ausschalten und umschalten auf. Für das Einschalten müsste zusätzlich ein Receiver eingeschaltet werden, was das Kind noch nicht beherrscht. Deutlich wird hier, dass Kinder mit Down-Syndrom ähnlich wie Kinder ohne Down-Syndrom bereits in jungen Jahren technische Geräte bedienen können. Klar ist dabei, dass es sich um Imitationshandlungen handelt, die bislang nur nachgeahmt werden, aber in ihrer Komplexität noch nicht verstanden werden können (vgl. Zaynel 2010: 97, BLM/ajs 2000: 29 ff.).

lässlich, wenn Kinder und Jugendliche unterstützt werden sollen kritische und mündige Mediennutzer zu werden (vgl. Zaynel 2010: 98-99, Bosse 2012c: 436). Hier kommt der Schule eine wichtige Aufgabe zuteil, die häufig von Pädagogen unterschätzt wird. Dies lässt sich an Förderschullehrplänen ablesen, in denen Medienbildung nur selten verankert ist (vgl. Bosse 2012c: 444-446). In Förderschulen werden häufig Printmedien wie Zeitungen und auch Bücher behandelt, um Schüler an Medien heranzuführen, die sie privat nicht nutzen. Oftmals kommt es dabei zu einem Trugschluss, da angenommen wird, dass das Fernsehen durch seine weite Verbreitung unter Förderschülern keine pädagogische Aufarbeitung benötigt, sondern primär Erziehungsaufgabe der Eltern sei. Doch die reine Nutzung eines Mediums ist längst nicht mit einer mündigen und kompetenten Nutzung gleichzusetzen. Gerade bei viel genutzten Medien wie dem Fernsehen muss eine pädagogische Auseinandersetzung in der Schule stattfinden (vgl. Zaynel 2010: 100-101).

Bei den Ausführungen zur Medienkompetenz der Kinder und Jugendlichen mit Down-Syndrom wird ersichtlich, dass Operationalisierungsschwierigkeiten des Konzepts zu einigen unberücksichtigten Aspekten führen bzw. über die keine Aussage getroffen werden kann. Weiterhin erfordert die Erhebungsmethode der Befragung, dass zum einen befragte Eltern zum Teil Prozesse bewerten müssen, die nicht sichtbar sind, und zum anderen Befragte mit Down-Syndrom ihre eigene Medienkompetenz reflexiv beurteilen müssten, was durch die kognitive Beeinträchtigung erschwert wird.

Umso wichtiger ist an dieser Stelle die Vermittlung von Medienkompetenz für Kinder und Jugendliche mit Behinderung zu nennen. Erst durch einen kompetenten Umgang mit Medien können Menschen mit Behinderung gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben. Im nächsten Kapitel wird beschrieben, inwiefern die Teilhabe an Medien Chancengleichheit herstellen und somit zur Inklusion beitragen kann.

Internetnutzung von Jugendlichen und jungen
Erwachsenen mit Down-Syndrom

Zaynel, N.

2017, XII, 287 S. 26 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17753-9