universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Partizipation und Projektmanagement – kompatibler als gedacht?

Empirische Untersuchung zur Partizipation
in einem NGO-Gesundheitsprojekt in El Salvador

Verfasserin

Sarah Stephanie Weimann

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 390
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung
Betreuerin:	Dr. Elisabeth Ringhofer

Danksagung

Agradezco ampliamente

a las trabajadoras de la Pastoral de la Salud,

sin su ayuda y disposición este trabajo no hubiera sido possible.

Muchas Gracias!

Kurzfassung

In der Theorie wird sie immer kritischer betrachtet, in der Praxis immer selbstverständlicher umgesetzt: Die Partizipation der lokalen Instanzen im Projektmanagement von EZA Projekten. Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Ziel die Aussagen von TheoretikerInnen anhand des Fallbeispiels eines EZA Projektes der katholischen NGO MISEREOR in El Salvador zu überprüfen. Neben der Ausprägung von Partizipation in der Praxis wird untersucht, welchen Einfluss die Machtverhältnisse zwischen den im Projektmanagement involvierten AkteurInnen und die Anwendung von Managementtools auf die Umsetzung von Partizipation haben. Zur vergleichenden Literaturanalyse der theoretischen Diskussion zu Partizipation in Verbindung mit Projektmanagement wird Primär- und Sekundärliteratur der letzten 30 Jahre herangezogen. Die empirischen Daten wurden während eines Forschungsaufenthaltes durch die anhand der Methoden der teilnehmenden Beobachtung, der halboffenen Interviewführung und durch eine Analyse projektinterner Dokumente erhoben. Verarbeitet wurden die Daten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

Im untersuchten Projekt erweist es sich als äußerst wichtig zwischen der Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation zu unterscheiden. Partizipation der Zielgruppe wie auch der Partnerorganisation war in allen Phasen des Projektmanagements gegeben, wenn auch in unterschiedlich starker Ausformung. Die Vorwürfe an die Geberinstanzen, dass diese die Projekte zu sehr auf ihre eigenen Interessen ausrichten und zuschneiden, können nicht bestätigt werden. Die Instanz, welche die meiste Macht ausübt, ist stattdessen die Partnerorganisation. Deren Machtausübung wirkt sich negativ auf die Partizipation der Zielgruppe aus. Die verwendeten Managementtools werden von den Projektinstanzen als flexibler wahrgenommen als sie in der Theorie beschrieben werden. Während sich ihre Anwendung auf die Partizipation bzw. das Empowerment der Partnerorganisation als positiv herausstellt, können in Bezug auf die Partizipation der Zielgruppe negative Auswirkungen festgestellt werden. In den Machtverhältnissen wie auch den angewandten Managementtools lassen sich also Widersprüche zur Partizipation der Zielgruppe, nicht aber der Partnerorganisation erkennen. Im Gesamtkontext der allgemein sehr stark ausgeprägten Partizipation der lokalen Instanzen wird aber deutlich, dass die Auswirkungen von Machtanwendung und Managementtools auf die tatsächlich vorliegende Gesamtpartizipation des Projektes gering sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Partizipation in der Theorie 7

2.1. Einführung in die Partizipation 7

2.1.1. Genese 8

2.1.2. Popularität von Partizipation 11

2.2. Partizipationsverständnisse 13

2.2.1. Typologien 13

2.2.2. Partizipation ist nicht gleich Partizipation 16

2.2.3. Definitionen von Partizipation 17

2.2.4. Partizipationsverständnis der vorliegenden Arbeit 19

2.3. Partizipation kritisch betrachtet 20

2.4. Partizipation im NGO Projektmanagement 22

2.4.1. NGOs in der EZA 23

2.4.2. Partizipation als Kernkompetenz der NGOs 25

2.4.3. Partnerschaften und damit verbundene Machtgefälle und Schwierigkeiten 26

2.4.4. Auswirkungen des Partizipationsbestrebens auf das konventionelle NGO Projektmanagement 28

2.4.4.1. Verwendete Tools im NGO Projektmanagement 28

2.4.4.2. Geforderter Wandel an das NGO Projektmanagement 30

2.4.4.3. NGOs im Interessenszwiespalt 32

2.5. Alles eine Frage der Macht? 35

3. Gesundheitsdienst für die Armen – San Salvador, El Salvador 37

3.1. Das Gesundheitssystem in El Salvador 37

3.1.1. Gesundheitsreform 38

3.1.2. Häufigste Krankheiten 40

3.2. Projektkonzeption 40

3.2.1. Einführung in das untersuchte Projekt 40

3.2.2. Genese des Projektes 42

3.2.3. Aktuelles Projekt 2012 - 2014 42

3.2.4. Ausbildung der neuen ACPS 44

3.2.5. Arbeit der Komitees in den Gemeinden 45

4. Forschungsfragen 47

5. Forschungsergebnisse 51

5.1. Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation 51

5.1.1. Partizipation der Zielgruppe 51

5.1.1.1. Zielgruppenverständnisse 51

5.1.1.2. Kontaktaufnahme zwischen Zielgruppe und Partnerorganisation 53
5.1.1.3. Vorliegende Partizipationsverständnisse....54
5.1.1.4. Partizipation der Zielgruppe im Projekt 56
5.1.1.5. Empowerment der Zielgruppen....58
5.1.1.6. Wirkungskontrolle....61
5.1.2. Partizipation der Partnerorganisation 64
5.1.2.1. Die Partnerschaft von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral 65
5.1.2.2. Partizipation des Gesundheitspastorals im Projekt....67
5.1.2.3. Wirkungskontrolle....68
5.2. Vorliegende Machtverhältnisse und Projektmanagementtools....69
5.2.1. Beziehungen und Machtpotentiale der Instanzen....70
5.2.1.1. Beziehungen und Machtpotentiale der vier Kerninstanzen 70
5.2.1.2. Fünfte Instanz – die potentielle Macht der Kirche 75
5.2.2. Angewandtes Projektmanagement 78
5.2.2.1. Verwendete Projektmanagementtools und Methoden....79
5.2.2.2. Flexibilität des Projektmanagements....81

6. Analyse.... 83
6.1. Beantwortung der 1. Forschungsfrage 83
6.1.1. Definitionen und Verständnisse von Partizipation, Empowerment und Partnerschaft 83
6.1.2. Welche Partizipation liegt vor und in welchen Aspekten weist sie noch Mängel auf?....84
6.1.3. Trifft die Partizipationskritik auf das untersuchte Projekt zu? 90
6.2. Analyse zur angewandten Macht und verwendeten Managementtools – Beantwortung der 2. Forschungsfrage 92
6.2.1. Machtausübung der fünf Projektinstanzen 92
6.2.1.1. Ausgeübte Macht der vier Kerninstanzen....93
6.2.1.2. Die Machtausübung der Kirche....99
6.2.1.3. Whose reality counts?....105
6.2.2. Beurteilung der angewandten Managementtools 106
6.2.3. Tatsächlicher Einfluss der Machtverhältnisse und Managementtools....110

7. Fazit 113
7.1. Beantwortung der Forschnungsfragen 113
7.2. Ausblick....115
7.3. Abschließende Reflektion der Autorin....116

Literaturverzeichnis....118

Interviewverzeichnis.... 124

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.... 125

Anhang

1. Einleitung

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts leisten die Industriestaaten ‚Entwicklungshilfe', um zur Verbesserung der Situation der so genannten ‚Entwicklungsländer' beizutragen. Der große Erfolg ist jedoch ausgeblieben und die Entwicklungszusammenarbeit ist weiterhin auf der Suche nach dem fehlenden Schlüssel zum Erfolg.

Manche glauben diesen im Konzept der ‚Partizipation' gefunden zu haben. Diese wird als Gegenstück zum bis dato weit verbreiteten Top-Down Ansatz angesehen. Diesem Ansatz wird vorgeworfen, dass EntwicklungsexpertInnen aus dem so genannten globalen Norden vorgefertigte Projekte designen und durchführen, ohne die lokalen Realitäten und Bedürfnisse der Zielgruppe zu kennen. Partizipation wird hingegen mit dem Bottom-Up Ansatz in Verbindung gebracht. Die Interessen der Betroffenen stehen an erster Stelle, um sicher zu gehen, dass nicht an den Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei geplant wird. Basierend auf der Annahme, dass betroffene Personen selber am besten wissen, was sie am notwendigsten brauchen und am besten die Situation vor Ort kennen, werden Menschen in die Entwicklung, Planung und Durchführung der sie betreffenden Projekte einbezogen und bekommen Verantwortung für die Projekte übertragen. Die Aufgabe der PartnerInnen, zum Beispiel der NGOs, sollte sich dabei auf die Rolle als ‚VermittlerInnen' reduzieren, die das Funding den lokalen Instanzen zugänglich machen und ansonsten nur eine unterstützende Funktion übernehmen. Jedoch geben sich viele Geber-NGOs mit dieser eingeschränkten Rolle nicht gerne zufrieden. Es wird ihnen, wie auch den finanzierenden Körperschaften, vorgeworfen, sich zu sehr ins Projektmanagement und die Projektziele einzumischen. Des Weiteren wird kritisiert, dass die von ihnen angewandten starren Projektmanagementtools im Widerspruch zum offenen Prozess der Partizipation stehen.

In diesem Kontext soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden **wie weit sich der partizipative Gestaltungsspielraum der Zielgruppe und der Partnerorganisation im untersuchten Projekt erstreckt** um anschließend zu analysieren, **in wie weit die**

angewandten Managementtools sowie die Machtverhältnise zwischen den AktuerInnen die Partizipation im Projekt beeinflussen.

Die Aussagen der TheoretikerInnen werden durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und kategorisiert, um sie anschließend anhand des Fallbeispiels eines Gesundheitsprojektes der deutschen NGO MISEREOR in El Salvador zu überprüfen und die Forschungsfragen zu beantworten. Ziel der Arbeit ist es, anhand der Erhebungen aus dem Praxisbeispiel Stellung zu den in der Theorie angesprochenen Aspekten zu nehmen.

Inhaltliche Struktur

In **Kapitel 2** wird die theoretische Diskussion zur Partizipation in der Entwicklungszusammenarbeit aufgezeigt. Nach einer kurzen historischen Einführung und der Erklärung, warum Partizipation so populär wurde, wird genauer auf verschiedene Partizipationsverständnisse eingegangen und jeweils eine eigene Definition zu den Begriffen Partizipation, Empowerment und Partnerschaft gegeben. Kritikpunkte der Theorie zu Partizipation in der Praxis werden aufgezeigt, um anschließend genauer auf das Zusammenspiel von Partizipation und angewandtem Projektmanagement einzugehen. Ein Fokus liegt auf der spezifischen Rolle von NGOs in der Entwicklungszusammenarbeit und deren Projektmanagement. Die Partnerschaft von Geber- und Partnerorganisation und damit in Verbindung gebrachte Machtgefälle und Schwierigkeiten werden offen gelegt. Des Weiteren wird angeführt, welche Auswirkungen das Partizipationsbestreben auf das konventionelle NGO-Projektmanagement hat, bzw. welche Forderungen die Theorie an das NGO-Projektmanagement und die angewandten *tools* stellt, damit diese mit der Partizipation der lokalen Instanzen kompatibel sind. Abschließend wird die Frage der Macht angesprochen. Die Machtstellung der Instanzen und deren Machtausübung spielt bei jedem Entwicklungsprojekt, wie auch in der Entwicklungszusammenarbeit und -politik im Allgemeinen, eine entscheidende Rolle.

Kapitel 3 widmet sich der Präsentation des untersuchten Projektes ‚Gesundheitsdienst für die Armen' im Erzbistum San Salvador. Zunächst wird auf das Gesundheitssystem und die aktuelle Gesundheitsreform in El Salvador eingegangen. Anschließend wird eine Einführung in das untersuchte NGO Projekt gegeben. In dessen Rahmen werden lokale

‚GesundheitshelferInnen' ausgebildet. Nach einer kurzen Übersicht über die historische Entwicklung und die Projektziele, wird ein Einblick in die Ausbildung der ‚GesundheitshelferInnen' sowie ihre Arbeit in den Gemeinden gegeben.

Basierend auf der Partizipationsdiskussion in der Theorie werden in **Kapitel 4** die Forschungsfragen gestellt und es wird genauer dargelegt, welche Themenbereiche bzw. offenen Fragen durch diese beantwortet werden sollen. Des Weiteren wird an diese Stelle genauer auf die empirische Datenerhebung eingegangen.

In **Kapitel 5** werden die Ergebnisse des Forschungsaufenthaltes sowie der Dokumentenrecherche vorgestellt. Die vorliegenden Partizipationsverständnisse werden präsentiert und die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation illustriert. Anschließend werden die Machtpotentiale der verschiedenen AkteurInnen sowie die angewandten Projektmanagementtools und deren Flexibilität beschrieben.

Schließlich folgt dann in **Kapitel 6** die Analyse der Daten aus den Forschungsergebnissen. Die einzelnen Aspekte der Forschungsfragen werden ausführlich beantwortet.

Im **7. Kapitel** wird das Fazit der Arbeit gezogen. Die Forschungsfragen werden zusammengefasst beantwortet und auf Basis der Forschungsergebnisse wird ein Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten, die auf der Grundlage dieser Arbeit ansetzen, gegeben. Die Arbeit endet mit einer Reflektion über den Lernprozess der Autorin während des Verfassens dieser Arbeit.

Methodik

Die Beantwortung der Forschungsfragen setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen. Verarbeitet und analysiert werden die theoretischen wie auch empirischen Daten anhand der **qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring**, welche zunächst kurz vorgestellt wird, um anschließend genauer auf das angewandte Verfahren in der vorliegenden Arbeit einzugehen.

Mit einer Inhaltsanalyse wird bereits fertiges sprachliches Material (aufgezeichnete Kommunikation) methodisch ausgewertet. Sie ist ein systematischer Ansatz und unterliegt entsprechenden Regeln, welche den Analyseprozess nachvollziehbar machen sollen. Um zu entschieden, was aus dem erhobenen bzw. zur Verfügung stehenden Material herausinterpretierbar ist, muss zunächst eine Analyse dieses Ausgangsmaterials stattfinden. Diese Analyse umfasst drei Schritte: Die Festlegung des Materials, die Analyse der Entstehungssituation und die Beschreibung der formalen Charakteristika des Materials (vgl. Mayring 2010: S.52f.). Als nächsten Schritt rät Mayring eine spezifische Forschungsfrage an das Material zu stellen, um zu wissen auf welche Aspekte das Material analysiert werden soll. Ein grundlegender Punkt bei qualitativen Inhaltsanalysen ist die Festlegung von ‚Kategoriesystemen'. Diese werden „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt" (Mayring 2007: S.56) und im Laufe der Analyse revidiert und überarbeitet (Feedbackschleifen). Es handelt sich entsprechend um eine Analyse, in der sich Daten und Forschungsfragen gegenseitig adaptieren. Nach Mayring gibt es drei Grundformen der Interpretation des Materials: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung.

In dieser Arbeit werden die qualitativen Techniken der Zusammenfassung und Strukturierung angewandt. Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse hat zum Ziel, Material so zu reduzieren, „dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben [und] durch Abstraktionen einen überschaubaren Corpus […] schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist" (Mayring 2010: S.65). Diese Methode wird im theoretischen Teil der Arbeit angewandt um darauf basierend induktive Kategorien zu bilden. Die qualitative Technik der inhaltlichen Strukturierung stellte sich darauf aufbauend als die beste für den empirischen Teil heraus. Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist, Material zu bestimmten Themen bzw. Inhaltsbereichen zu extrahieren und zusammenzufassen. Es wird eine Struktur aus dem Material herausgefiltert, welche in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen wird. (Vgl. Mayring 2007: S.82ff.)

Im theoretischen Teil wird anhand einer Literaturanalyse zunächst die Einstellung der TheoretikerInnen zur Partizipation analysiert. Verwendet wird dazu Literatur aus den Jahren

1988 - 2013. Anzumerken ist diesbezüglich, dass es zwar auch aktuelle Literatur zum Thema der Partizipation gibt, die Grundpfeiler aber in den 90er Jahren gesetzt wurden. Entsprechend viele grundlegende Ansätze, Diskussionen und Kritikpunkte zur Partizipation stammen aus dieser Epoche. Basierend auf diesem Material wird eine **induktive Kategorienbildung** durchgeführt. Es wird also theoretisch begründet ein Definitionskriterium festgelegt, das bestimmt welche Aspekte im Material berücksichtigt werden sollen, um dann schrittweise das Material danach durchzuarbeiten (vgl. FQS 2000). Dabei wurden zwei Hauptkategorien herausgearbeitet, welche jeweils in zwei Unterkategorien aufgegliedert sind (siehe Abbildung 1). Die erste Hauptkategorie ist die vorliegende Partizipation. Die Unterkategorien sind die Partizipation der Zielgruppe sowie die Partizipation der Partnerorganisation. Die zweite Hauptkategorie sind Aspekte des NGO Projektmanagements, welche laut der Theorie im Widerspruch zur Partizipation stehen. Die zwei gebildeten Unterkategorien sind die Machtverhältnisse der ProjektakteurInnen und die verwendeten Projektmanagementtools.

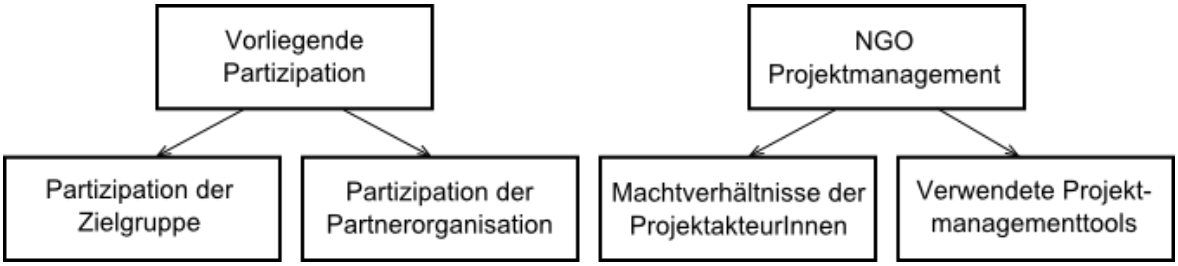

Abbildung 1: Induktive Kategorienbildung; Quelle: Eigene Darstellung

Als nächster Schritt wurden die Forschungsfragen formuliert. Die Forschungsarbeit, bei der die empirischen Daten erhoben wurden, wurde basierend auf den gebildeten Kategorien und den Forschungsfragen durchgeführt. Zur Erhebung wurden die Methoden der teilnehmenden Beobachtung und qualitativen Interviewführung angewandt. Weitere verwendete Daten stammen aus den projektinternen Dokumenten. (Auf die Entstehungssituation und die formalen Charakteristika der erhobenen Daten wird näher im Kapitel 4 eingegangen.) Der hierauf basierende nächste Analyseschritt ist, die theoretisch begründeten Auswertungsaspekte an das empirische Material heranzutragen. Der qualitative Analyseschritt besteht dabei darin, deduktiv gewonnene Kategorien zu Textstellen methodisch abgesichert zuzuordnen (**deduktive Kategorienanwendung**). (Vgl. FQS 2000)

Diese qualitative Inhaltsanalyse hat sich als die sinnvollste Herangehensweise herausgestellt, da sie die Verarbeitung der großen Datenmengen erleichtert und kategorisiert, wobei sicher gestellt wird, dass keine relavanten Daten für die Beantwortung der Forschunsgfragen verloren gehen.

Abschließende Bemerkungen

Vor Beginn der Arbeit soll abschließend auf vier Aspekte aufmerksam gemacht werden.

In der Arbeit wird durchgängig das ‚Binnen-I' angewandt, um darauf aufmerksam zu machen, dass sowohl weibliche wie auch männliche Personen der Gruppe angehören. Wenn die rein männliche oder weibliche Form verwendet wird, so bedeutet dies, dass explizit nur Männer oder Frauen zur angesprochenen Gruppe zählen. Zitate sind in ihrer Originalform beibehalten und nicht nachträglich ‚gegendert'.

Des Weiteren sind in der Arbeit alle Zitate in Originalsprache angeführt. Dies soll die Authenzität des Gesagten wie auch der Dokumente sicherstellen. Die Übersetzungen der spanischen Zitate befinden sich in der jeweiligen Fußnote.

Auch wird darauf hingewiesen, dass das untersuchte Projekt seit mittlerweile 30 Jahren besteht. Im Fokus steht die aktuelle Projektperiode von 2012 bis 2014. Aufgrund der Kontinuität des Projektes und dem Aufeinanderaufbauen der Projektperioden ist es aber nicht durchgängig möglich, sich auf diesen Zeitraum zu beschränken. Zur Bestimmung der vorliegenden Partizipation und der Erreichung von Empowerment stellten sich die älteren Zielgruppen als sehr wertvolle Informationsquellen heraus.

Abschließend soll auf das Verständnis des Begriffes ‚Projektmanagement' hingewiesen werden. Projektmanagement beginnt beim ersten Etablierungsgedanken an das Projekt und zieht sich durch bis zur Evaluierung. Also von der Projektdefinition über die Projektplanung hin zur Projektabwicklung, dessen Dokumentation und Kontrolle sowie das Qualitätsmanagement. Das Management liegt dabei nicht bei einer einzelnen Person oder Instanz, sondern alle Instanzen, die Einfluss auf die Projektdurchführung bzw. -gestaltung nehmen, sind Teil des Managements.

2. Partizipation in der Theorie

Das Ziel von Partizipation ist, dass die Menschen selber über die Ausführung des Projektes entscheiden, dass sie ermächtigt werden aktiv ihr Leben zu gestalten, ihnen Werkzeuge zu geben, um selbstständig die Situation in ihren Gemeinden zu verbessern... und dass sie lernen ihre Rechte von der Politik einzufordern (Estrada 2013b).

Als Grundlage für die anschließende empirische Datenerhebung und deren Analyse ist es zunächst wichtig eine Einführung in das theoretische Konzept der Partizipation in der Entwicklungszusammenarbeit zu geben. Neben der allgemeinen Begriffsklärung geht es darum den Standpunkt von TheoretikerInnen in Bezug auf die Partizipation in NGO Projekten aufzuzeigen und diese Aussagen anschließend anhand eines Praxisbeispiels zu überprüfen.

2.1. Einführung in die Partizipation

Partizipation ist heute integraler und fester Bestandteil der Entwicklungspolitik, wie auch der Entwicklungszusammenarbeit (EZA). Sowohl ökonomisch wie auch auf der sozialen/ethischen Ebene verspricht eine partizipative Entwicklungszusammenarbeit bessere Ergebnisse. In Studien wurde belegt, dass Partizipation einer der entscheidenden Faktoren für erfolgreiche EZA Projekte ist (vgl. z.B. CIDSE 2008: S.16 und Koller 2007: S.238).

Die Prioritäten der Bedürftigen an erste Stelle zu stellen kann sich auf ganze Gesellschaften oder auch einzelne Gruppierungen einer Gesellschaft beziehen, wie zum Beispiel Frauen, Marginalisierte oder von Armut betroffene Menschen (vgl. Chambers 1995b: S.201). Besonders für die Ärmsten der Gesellschaft ist die Partizipation im Entwicklungsprozess ausschlaggebend, um Erfolge zu erzielen. Ihre Situation ist besonders komplex, da viele Projekte an ihnen und ihren speziellen Bedürfnissen vorbei geplant werden (vgl. Howard/Leavy 2013: S.6).

2.1.1. Genese

Auch wenn laut Rahnema schon in den **50er Jahren** das erste Mal darauf verwiesen wurde, dass das Scheitern der Entwicklungszusammenarbeit an der fehlenden Einbeziehung der Zielgruppen liegen könnte, wurde erst ab Mitte der **70er Jahre** seitens entwicklungspolitischer Organisationen eine partizipative Zusammenarbeit gefordert (vgl. Rahmena 1993: S.249 und Toxler 2010: S.21). In ihren Ursprüngen war Partizipation eine alternative Entwicklungsstrategie von BasisaktivistInnen, weit weg vom Mainstream, mit radikalen und systemverändernden Vorstellungen als Ziel. Die sozioökonomischen Strukturen, welche die Armut und damit einhergehende Marginalisierung reproduzieren, galt es zu verändern. Die Abschaffung aller Planungsstrategien, die von oben nach unten durchgesetzt werden, wurde gefordert. (Vgl. Rahnema 1993: S.249f.)

In den **80er Jahren** wurde das Partizipationsbestreben mit konkreten Umsetzungsstrategien und Methoden unterlegt. Diese stellten der Praxis Werkzeuge zur Erleichterung partizipativer Arbeit zur Verfügung. Insgesamt gibt es ca. 30 verschiedene partizipative Ansätze (vgl. Chambers 1995a: S.36). Der meist verbreitete Ansatz ist der Participatory Rural Appraisal (PRA), welcher seinen Ursprung in jener Dekade findet. PRA ist ein Zusammenfluss verschiedener Ideen, Methoden und Traditionen seiner GestalterInnen. Vor allem sein Vorläufer, das Participatory Action Research, so wie auch Paolo Freie mit seiner Pädagogik der Unterdrückten ebneten der Idee den Weg, dass es richtig, wichtig und möglich ist, arme und marginalisierte Menschen über ihre eigene Entwicklung bestimmen zu lassen, ihnen diese Fähigkeiten zuzutrauen, anstatt sie durch außenstehende EntwickungsexpertInnen zu bevormunden (vgl. Chambers 1998: S.280). Robert Chambers, welcher seit den 80er Jahren ein entscheidender Befürworter und Mitgestalter von Partizipation in der Entwicklungszusammenarbeit ist, betitelt diese Grundidee mit dem viel zitierten Slogan „to hand over the stick” (Chambers 1994: S.1254).

PRA bedient sich dabei verschiedene Instrumente und Übungen, welche es der Zielgruppe ermöglichen, an der Analyse, Planung und Implementierung sie betreffender Entwicklungsprojekte teilzuhaben.

> *The essence of PRA is change and reversals – of role, behaviour, relationship and learning. Outsiders do not transfer technology; they share methods which local people can use for their own appraisal, analysis, planning, action, monitoring and evaluation. Outsiders do not impose their reality, they encourage and enable local people to express their own (Chambers 1997: S.103).*

Daraus ableitend wird PRA von manchen AkteurInnen (z.B. vom BMZ) als Möglichkeit verstanden, die „Interessen und Prioritäten der Zielgruppen unmittelbar und unverzerrt zu ermitteln" (Popović 2002: S.7), so dass Externe eine bessere Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppen sowie Zugang zu wichtigem Wissen bekommen (vgl. Popović 2002: S.9). Typische Methoden sind zum Beispiel das Erstellen von Kalendern der Zielgruppe, Transekte mit anschließender Kartierung, Interviews und Karten zu sozialen Strukturen (*social mapping*), sozialen Beziehungen und Entscheidungsprozessen (*decision tree*).

Die Entwicklungszusammenarbeit wird beim Participatory Rural Appraisal zwar ‚auf den Kopf' aber nicht prinzipiell in Frage gestellt. „Stattdessen wird sie von den meisten TheoretikerInnen als ein Instrument gesehen, dessen sich die Unterdrückten nur bemächtigen müssen, um es für ihre eigenen Zwecke einzusetzen – erst durch Partizipation kann die Entwicklungsidee ihre historische Funktion erfüllen" (Rahnema 1993: S.256f).

Seit den **90er Jahren** ist Partizipation im entwicklungspolitischen Mainstream verankert. Partizipation wurde immer populärer und die InhaberInnen der Ursprungsidee mussten mit ansehen, wie ihr Ansatz immer stärker verallgemeinert, schwammiger und teilweise auch zweckentfremdet wurde. Aus den 80er und 90er Jahren stammt die grundlegende Literatur zur Partizipation. Gedanken und Hoffnungen welche noch heute den Partizipationsdiskurs prägen finden hier ihren Ursprung. Mit Ende der 90er Jahren kam es aber schon zu vermehrter Kritik seitens der TheoretikerInnen. Viele bemängelten die Umsetzung von Partizipation in der Praxis und machten auch auf mögliche negative Auswirkungen von ‚Partizipation' aufmerksam. Es wurde in Frage gestellt, ob ‚wahrhaftige' Partizipation in der Praxis überhaupt möglich ist.

Mit Beginn des **neuen Jahrtausends** wurde auf internationaler Ebene und in internationalen Konsenspapieren die Wichtigkeit von Partizipation (bzw. Partnerschaft und Ownership) festgehalten. In den im Jahr 2000 verabschiedeten United Nation Millenium Development Goals[1] fordert Ziel acht ‚eine globale Partnerschaft für Entwicklung'. In der 2005 verabschiedeten ‚Pariser Erklärung über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit'[2] werden als wesentliche Grundvoraussetzungen für eine effektive staatliche Entwicklungszusammenarbeit u.a. ‚Ownership' und ‚Alignment' der Partnerländer angeführt. Mit dem Prinzip von ‚Ownership' (Eigenverantwortung) übernehmen die Partnerländer „eine wirksame Führungsrolle bei ihren Entwicklungspolitiken und -strategien und koordinieren die entwicklungspolitischen Maßnahmen" (OECD 2005: Punkt 14). Unter ‚Alignment' wird eine Partnerausrichtung verstanden. „Die Geber gründen ihre gesamte Unterstützung auf die nationalen Entwicklungsstrategien, -institutionen und -verfahren der Partnerländer" (OECD 2005: Punkt 16). Der Empfängerstaat soll seine eigene Entwicklung gestalten und dabei von den GeberInnen unterstützt werden. Feidieker und Kadel sehen die Prinzipien der Pariser Erklärung „als Meilenstein in der Harmonisierung und Verbesserung der globalen Zusammenarbeit" (Feidieker/Kadel 2007: S.5).

[1] Die MDGs wurden im September 2000 von Staats- und Regierungschefs aus 189 Ländern bei dem bis dahin größten Gipfeltreffen der Vereinten Nationen in New York beschlossen. Die MDGs sind acht Entwicklungsziele, die 2015 erreicht sein sollen, unter anderem die Halbierung der Anzahl der weltweit in Armut lebenden Menschen. Die einzelnen Ziele beziehen sich außerdem auf die Hungerbekämpfung, Bildung für alle Kinder, die Gleichstellung der Geschlechter, die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern, die Bekämpfung von HIV/Aids sowie anderen Krankheiten, ökologische Nachhaltigkeit und eine Entwicklungspartnerschaft zwischen armen und reichen Ländern. (Vgl. Oxfam 2013)

[2] Zwei Jahre nach dem ersten hochrangigen Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit in Rom fand im Frühjahr 2005 eine Folgekonferenz in Paris statt. Mehr als 100 Vertreterinnen und Vertreter von Industrie-, Schwellen- und Entwicklungsländern, von internationalen Entwicklungsorganisationen und aus Wirtschaft und Gesellschaft einigten sich in der ‚Erklärung von Paris' auf fünf Grundprinzipien der wirksamen Zusammenarbeit: Die Eigenverantwortung der Entwicklungsländer soll gestärkt werden (Ownership). Die Geber sollen Institutionen der Kooperationsländer nutzen und ihre Programme an den Strategien und Verfahren der Partner ausrichten (Alignment). Die Geber sollen ihre Programme und Verfahren untereinander abstimmen und harmonisieren (Harmonisation). Die Maßnahmen sollen auf Ergebnisse ausgerichtet sein (Managing for Results). Geber- und Kooperationsländer sollen gemeinsam über ihr entwicklungspolitisches Handeln gegenüber der Öffentlichkeit und den Parlamenten Rechenschaft ablegen (Accountability). (Vgl. BMZ 2013a)

Partizipation wird in der Pariser Erklärung nicht auf der Ebene der Zielgruppe bzw. der Bevölkerung angesetzt, sondern bei der Empfängerregierung. Dies wird seitens der NGOs stark kritisiert.

> *While it is true that greater trust, reliance and coordination between donors and recipient governments are essential to ownership and the creation of a sustainable democracy, it is a mistake to think that these elements of ownership can be discussed in isolation from the other side of equation, namely civil society involvement. […] The PD framework currently views ownership in a manner that is government and donor focused. In doing so it fails to acknowledge, that civil society's pariticipation is not only valuable, it is necessary to achieve ownership (Correl/Steinle 2008: S.9).*

Die Pariser Erklärung war ein wichtiger Schritt. Dass der Paradigmenwechsel in der staatlichen EZA aber nicht innerhalb kürzester Zeit umgesetzt wird, war zu erwarten. Und so wurde in den zwei Folgekonferenzen bzw. deren Erklärungen, der ‚Accra Agenda for Action' (2008) und der ‚Busan Partnership for Effective Development Cooperation' (2011), auf die Umsetzungsschwierigkeiten der Paris Erklärung eingegangen. Während in der ‚Accra Agenda for Action' noch ein konsequenteres Vorgehen im Bezug auf Ownership und wirksame Partnerschaften gefordert wird (vgl. OECD 2008a: S.15f.), rücken diese in der Busan Partnerschaftserklärung schon in den Hintergrund. „There is still a long way to fulfilling the PD and AAA. There is an urgent need to strengthen and deepen the implementation of these commitments going forwards. Unfortunately, the Bpd seems to take these commitments for granted and fails to adequately address the unfinished business of Paris and Accra" (Open Forum for CSO Development Effectiveness 2012: S.3). Der Verlauf der Konferenzen in Bezug auf die Implementierung von Partizipation ist symbolisch für die gesamte Partizipationsdiskussion. Partizipation ist mittlerweile zu einer ‚Selbstverständlichkeit' geworden. Sie wird überall erwähnt aber nicht mehr aktiv gefördert bzw. diskutiert.

2.1.2. Popularität von Partizipation

Dass Partizipation in den 90er Jahren so populär wurde, hat verschiedene Gründe.

Ein essenieller Aspekt für den Ruf nach Partizipation ist ein ethischer. Ihm liegt die bereits erwähnte Idee zugrunde, dass von Armut betroffene Menschen das Recht haben über ihre

eigene Entwicklung zu entscheiden und dazu auch in der Lage sind bzw. ansonsten dazu empowert werden können.

Ein weiterer Grund ist die bereits erwähnte Erkenntnis, dass standardisierte Top-Down Projekte zumeist nicht zu den erwünschten Erfolgen geführten haben. Eine Reihe von internationalen Hilfsorganisationen kam zu der Einsicht, dass viele ihrer Entwicklungsprojekte nur darum gescheitert sind, weil die betroffene Bevölkerung nicht einbezogen wurde (vgl. Rahnema 1993: S.249f.). „Development interventions often fail because they are not tailored to suit local circumstances" (Leavy/Howard 2013: S.17). Es wurde erkannt, dass Partizipation ein wichtiger Faktor, wenn nicht sogar Vorraussetzung für nachhaltige Projekte ist. Das Einbeziehen der Zielgruppe sollte sicherstellen, dass Projekte nicht an den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppe vorbeigeplant und in weiterer Folge von diesen entsprechend nicht genutzt würden. Partizipative Projekte sind spezifisch auf die Zielgruppe auszurichten, so dass sich diese mit dem Projekt identifizieren und den Nutzen erkennen kann. Entsprechend wird das Projekt angenommen und weitergeführt. Des Weiteren kann das lokale Wissen helfen, alle möglichen Problemquellen zu bedenken und gleichzeitig zu Ownership bei der Zielgruppe führen. (Vgl. Leavy/Howard 2013: S.6; 19)

Außerdem stellten internationale Hilfsorganisationen fest, dass Zielgruppenangehörige die Aktivitäten der Projektumsetzung mindestens genauso gut erledigen können, wie bisher extern engagierte Personen und dass durch die Beteiligung der Betroffenen an den Projekten mit – auch in finanzieller Hinsicht – geringerem Aufwand wesentlich mehr erreicht werden konnte (vgl. Rahnema 1993: S.249f.). Daraus ergibt sich auch die Kosteneffektivität, welche (instrumentelle) Partizipation für viele GeberInnen attraktiv macht. Die Einbindung der lokalen Bevölkerung in die Projektumsetzung ermöglicht die Einsparung von Geberkosten (vgl. Chambers 1995: S.31f.). Auch wird partizipativen Projekten eine größere Effizienz und mehr Transparenz zugeschrieben (vgl. Pretty 1995: S.1251).

Das Prinzip der Partizipation versprach viele Vorteile sowohl für die Geberorganisation wie auch die Zielgruppe. So ist Partizipation mit der Zeit zu einem ‚Muss' eines jeden Projektes geworden. „You couldn't do anything without it. You had to mention it everywhere. You couldn't have a workshop without mentioning it. It was compulsory" (Birgegard, Lars-Erik Birgegard zitiert nach Cornwall 2009: S.11).

Mittlerweile sind Projektanträge vom Begriff ‚Partizipation' beherrscht. Um Mittel zu bekommen sind jegliche AkteurInnen der Entwicklungszusammenarbeit quasi gezwungen partizipativ zu arbeiten. Auch jene, die sich nicht mit dem Konzept der Partizipation und den dahinter liegenden Gedanken auseinandersetzen oder eigentlich kein Interesse an Partizipation haben. „Although PRA started as a bold challenge to expert élitism it has become so routinised that many agencies use it uncritically and treat it as a „rubber stamp" to prove their participatory credentials" (Mohan 2001: S.9).

2.2. Partizipationsverständnisse

Entsprechend vorsichtig gilt es mit dem Begriff umzugehen bzw. zu hinterfragen, welches Partizipationsverständnis vorliegt. Einen guten Überblick über die verschiedenen Auffassungen von Partizipation geben die vier Typologien von Sarah White (siehe Tabelle 1).

2.2.1. Typologien

Es gibt keine allgemeingültige Definition von Partizipation. DIE Partizipation gibt es nicht. Viele verschiedene Konzepte und Ansprüche werden unter dem gleichen Begriff zusammengefasst bzw. verwendet. Aufgrund der unterschiedlichen Partizipationsverständnisse entstanden verschiedene Typologien, welche versuchen die Verwendungspraxis in eine schematische Ordnung zu bringen. Die am häufigsten referierten Typologien sind die von Jules Pretty und Sarah White. Im Rahmen dieser Arbeit wird auf die Nomenklatur von White zurückgegriffen.

Art der Partizipation		Kennzeichen
Pretty (1995, 1252)	White (1996, 7-9)	
Manipulativ Passiv Konsultativ	Nominell	Partizipation dient vorwiegend der Legitimation; Mitentscheidung ist nicht möglich; Zustimmung zu vorgefertigten Inhalten; „Pseudo-Partizipation“.
Nutzenorientiert Funktionell	Instrumentell	Partizipation als Eigenleistung (Land, Arbeit, Geld), als Kostenfaktor für die Betroffenen; Mittel, um Projektziele besser zu erreichen, Kosten zu reduzieren und Effizienz zu erhöhen.
Interaktiv	Repräsentativ	Einfluss, gemeinsame Entscheidungsfindung; aktive Mitgestaltung; Übernahme von Verantwortung durch die Betroffenen; Möglichkeit der Eigendynamik über den Projektrahmen hinaus.
Selbstmobilisierend	Transformativ	Eigeninitiative unabhängig von externer Unterstützung; Selbstvertrauen; kollektive Aktion; mögliche Veränderung von Strukturen und Institutionen.

Tabelle 1: Typologien der Partizipation; Quelle: Rachbauer 2010: S.25

Nomenklatur von White

Die Typologie von White unterscheidet vier Arten von Partizipation: Nominell, Instrumentell, Repräsentativ und Transformativ.

Partizipation, die auf **nomineller Ebene** betrieben wird, sieht die Zielgruppe als reine Leistungsempfängerin. Bei dieser Art von Partizipation wird im Vorhinein oft behauptet, dass partizipativ gearbeitet werden wird und im Nachhinein, dass partizipativ gearbeitet wurde. In Wirklichkeit kommt es aber während des gesamten Projektzeitraums zu keiner Partizipation, wenn überhaupt dann zu einer Scheinpartizipation. Die Zielgruppe hat keinen Einfluss auf die Projektausführung und die ProjektleiterInnen möchten ihr diesen auch nicht geben. Bei der nominellen Partizipation steht im Vordergrund, das Image des Projektes durch die Bezeichnung ‚partizipativ’ aufzubessern und es (vor allem vor den FördergeberInnen) zu legitimieren. (Vgl. Chambers 1995a: S.30 und White 1996: S.8)

Die zweite Ebene von Partizpiation, die **instrumentelle**, versteht Partizipation als Mittel zum Zweck. Die Zielgruppe wird auf dieser Ebene als Instrument angesehen. Lokale Arbeitskräfte werden mobilisiert, um Kosten zu reduzieren und somit die Effizienz zu steigern. Partizipation ist für die Zielgruppe ein Kostenfaktor, der sowohl Arbeitszeit als

auch Arbeitskraft kostet. Neben der Kosteneinsparung der GeberInnen wird positiv angeführt, dass durch den Einsatz der Betroffenen die Relevanz und Akzeptanz des Projektes sichergestellt wird. (Vgl. White 1996: S.8 und Rachbauer 2010: S.26) „Participation is in this case instrumental, rather than valued in itself" (White 1996: S.8). Chambers bezeichnet diese Partiziation als „they participate in our project" (Chambers 1995a: S.30).

Repräsentative Partizipation verlagert den Fokus schließlich auf die Interessen der Bevölkerung in Bezug auf das angestrebte Projekt. Sie sieht die Zielgruppe als Akteurin, gibt ihr eine Stimme und ermöglicht ihr Einfluss auf das Projekt zu nehmen. Die Zielgruppe kann das Projekt aktiv mitgestalten, beteiligt sich an Entscheidungen und übernimmt Verantwortung. Durch ihre Partizipation soll auch die Wahrscheinlichkeit des Aspektes der Nachhaltigkeit erhöht werden. (Vgl. White 1196: S.8)

Transformative Partizipation wird oftmals gleichgesetzt mit Empowerment und versteht Partizipation als ‚Mittel zum Ziel'. Die Zielgruppe wird als Agentin der eigenen Entwicklung angesehen. Sie wird ermächtigt, selber Analysen durchzuführen, Entscheidungen zu treffen und für diese Verantwortung zu übernehmen. Die externe Unterstützung steht im Hintergrund eines selbst bestimmten Prozesses, welcher zu einem gesellschaftlichen Veränderungsprozess und Empowerment führen soll. (Vgl. Rachbauer 2010: S.26) „The idea of participation as empowerment is that the practical experience of being involved in considering options, making decisions, and taking collective action to fight injustice is itself transformative" (White 1996: S.8). Chambers bezeichnet diese Partizipation als „we participate in their project, not they in ours" (Chambers 1995a: S.30).

Partizipation als Mittel wozu?

Letztendlich stellt sich die Frage, ob Partizipation als Werkzeug zur ‚Verbesserung' der EZA angesehen wird oder aber als Mittel zum Wandel der EZA, was grundlegende strukturelle Veränderungen bedeuten würde. Wird Partizipation als **Mittel zum Zweck** (instrumentell) verstanden, so steht die Verbesserung der bisherigen EZA Praxis vor allem mit dem Fokus auf effizientere Planung und kostengünstigere Durchführungen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen AkteurInnen im Zentrum. Wird Partizipation als **Mittel zum Ziel** (transformativ) angesehen, so rücken inkludierende Entscheidungsprozesse und

Veränderungen traditioneller Machtgefüge in den Fokus. Partizipation als Mittel zum Ziel führt zu veränderten Machtpositionen im Entscheidungsprozess und Kontrollverlust. Bisher ausgeschlossene Gruppen gestalten ihre ‚eigene Entwicklung'. (Vgl. Craig/Mayo 1995) Transformative Partizipation ist sehr zeit- und ressourcenintensiv, was zu bedeutenden Zusatzkosten führen kann (vgl. Braithwaite und Meade 2004: S.35). Koller argumentiert jedoch, dass partizipative Entwicklungsstrategien, auch wenn sie auf den ersten Blick kostenintensiver erscheinen, auf Dauer kostengünstiger und rentabler sind, da sie viel nachhaltiger sind und sich als erfolgreicher herausgestellt haben (vgl. Koller 2007: S.238).

2.2.2. Partizipation ist nicht gleich Partizipation

Hinter dem Begriff ‚Partizipation' verbirgt sich bei näherer Betrachtung ein durchaus ambivalentes und problematisches Konzept. Die Bandbreite an möglichen Bedeutungsinhalten ist überraschend groß. Trotz der enormen Unterschiede der verschiedenen Typologiestufen, werden sie alle mit dem gleichen Begriff abgedeckt. Der Begriff Partizipation ist sehr positiv belegt. Entsprechend häufig wird der Begriff auch verwendet. Aber nicht alles, was verspricht partizipativ zu sein, ist auch partizipativ.

Umso wichtiger ist es, dass alle AkteurInnen, die den Partizipationsbegriff verwenden, klar definieren, was sie unter diesem Begriff verstehen. Erst durch die Konkretisierung ist es möglich, Arbeiten im Bezug auf die partizipative Praxis zu diskutieren und auch zu kritisieren. Aber leider verzichten viele AkteurInnen auf die explizite Klärung. Laut Rachbauers Nachforschungen verzichten sowohl die Österreichische und Schweizer Entwicklungszusammenarbeit, wie auch die öffentlichen britischen und US-amerikanischen Entwicklungsagenturen auf eine Stellungsnahme bezüglich des eigenen Partizipationsverständnisses. Auch größere NGOs in Österreich wie zum Beispiel Horizont 3000, Care Österreich oder Hilfswerk Austria verzichten auf eine Definition des Begriffs. (Vgl. Rachbauer 2010: S.29f.)

Ihr Partizipationsverständnis nicht genauer zu definieren gibt Ihnen die Möglichkeit, das Begriffsverständnis je nach Situation auszulegen. (Der Begriff) Partizipation kann dadurch

zum eigenen Nutzen verwendet werden, anstatt Partizipation als ein zu erreichendes Ziel anzusehen.

> *Im modernen Sprachgebrauch werden Stereotype benutzt wie die Legobausteine, mit denen Kinder spielen. Man setzt die Worte nach Belieben zusammen, um die seltsamsten Vorstellungen zu bezeichnen. Solche Begriffe sind inhaltslos, aber sie erfüllen ihren Zweck. Gerade weil sie ohne Kontext erscheinen, sind sie in manipulativer Absicht besonders gut zu gebrauchen – <Partizipation> ist eins dieser Worte (Rahnema 1993: S.248).*

Dies muss nicht immer die Absicht dahinter sein, aber dennoch ist es allgemein zu kritisieren, wenn vor allem von größeren Organisationen und Institutionen kein Standpunkt zum eigenen Verständnis von Partizipation gegeben wird. Entsprechend sollte der Begriff der Partizipation auch nicht verwendet bzw. akzeptiert werden, wenn dieser nicht ausreichend definiert wird.

2.2.3. Definitionen von Partizipation

Der Begriff ‚Partizipation' ist eine Zusammensetzung aus den lateinischen Wörtern ‚pars'= Teil und ‚capere'= nehmen. Partizipation bedeutet also Teilnahme oder Teilhabe an Aktivitäten (vgl. Beckmann 1997: S.4). Teilnahme bzw. Teilhabe kann vieles bedeuten und so ist es nicht verwunderlich, dass der Begriff sehr häufig und für verschiedene Aktivitäten angewendet wird. Um ein wenig Klarheit in die Komplexität des Partizipationsverständnises zu bekommen und auf die Reichweite von Partizipation aufmerksam zu machen, werden an dieser Stelle spezifische Definitionen von Partizipation angeführt aus denen die verschiedenen Perspektiven, Ebenenen und Dimensionen von Partizipation hervorgehen.

Das **deutsche Bundesministerium für Zusammenarbeit** definiert Partizipation wie folgt: „Partizipative Entwicklung wird als ein Prozess definiert, der Menschen aktiv und maßgeblich an allen Entscheidungen beteiligt, die ihr Leben beeinflussen" (BMZ 1999: S.2). Partizipation wird mit der Beteiligung an Entscheidungsprozessen gleichgesetzt. Darauf basierend formuliert die **Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (jetzt GIZ)** drei Dimensionen von Partizipation. Erstens die Prozessbeteiligung, welche die Beteiligung der Zielgruppe auf Projekt- und Programmebene beinhaltet. Zweitens die demokratische Partizipation, welche die Befähigung zur Beteiligung inbesondere von benachteiligten

Bevölkerungsgruppen im Sinne von Empowerment anzielt (vgl. Rachbauer 2010: S.29). Und drittens die systemische und institutionalisierte Partizipation, welche die Verankerung von BürgerInnenbeteiligungen in Rechtsnormen und den Aufbau demokratischer Institutionen im Sinne von ‚Good Governance' zum Ziel hat. (Vgl. Rachbauer 2010: S.29). Also zum einen das geläufige Verständnis von Partizipation auf Projektebene und zum anderen eine Stärkung der Verhandlungsfähigkeiten von benachteiligten Gruppen.

Die Definition der **Weltbank** von Partizipation ist: „Participation is a process through which stakeholders influence and share control over development initiatives and the decisions and resources which affect them" (The Worldbank 1996: S.1). Sie spricht zum einen Partizipation auf der Projektebene an – also die Interaktion zwischen den Durchführenden einer Entwicklungsmaßnahme und den Betroffenen. Die Betroffenen werden in die Entwicklung, Planung, Durchführung und Evaluierung sie betreffender Projekte einbezogen. Zum anderen spricht sie Partizipation auf gesamter bzw. teilgesellschaftlicher Ebene an – also die Beteiligung an Entscheidungsprozessen und den Zugang zu Ressourcen, sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene (vgl. Rachbauer 2010: S.28). Partizipation wird dabei als Prozess verstanden und nicht als einmalige Aktivität (vgl. Rachbauer 2010: S.29). Der Einbezug der Betroffenen auf Projektebene ist jedoch sehr wage formuliert. Es wird weder deutlich, wer wann und in welchem Ausmaß einbezogen wird, noch wird näher darauf eingegangen, in wie weit der Einfluss und die Kontrolle der Betroffenen ausgeweitet wird bzw. ob es überhaupt zu einer Ausweitung kommt (vgl. Cornwall 2002: S.35).

Genauer geht **Freyhold** in seiner Definition auf das ‚wer' und ‚in wie weit' ein. „Partizipation als allgemeine Zielvorstellung von Entwicklungszusammenarbeit bezieht sich auf organisierte Bemühungen, die Kontrolle von bislang benachteiligten und ausgegrenzten sozialen Gruppen über ihre eigenen Lebensbedingungen und Zukunftschancen zu erhöhen" (Freyhold 2002: S.271). Er sagt klar aus, dass das Erhöhen der Kontrolle seitens der Zielgruppe erforderlich ist (wenn auch nicht in welchem Ausmaß) und dass der Fokus auf benachteiligten sozialen Gruppen liegen soll, geht aber nicht geanuer auf die Durchführung, bzw. wie diese Partizipation erreicht wird, ein.

2.2.4. Partizipationsverständnis der vorliegenden Arbeit

Genauso wie eine genaue Definition für Organisationen und Institutionen notwendig oder zumindest wünschenswert ist, so gilt es auch das Partizipationsverständnis der vorliegenden Arbeit klar zu definieren. Hierzu möchte ich mich an den bisher gegebenen Definitionen, Erläuterungen und angesprochenen Typologien orientieren.

In meinem Verständnis ist Partizipation eindeutig als ‚Mittel zum Ziel' zu verstehen. Und auch wenn ich Partizipation als Empowerment für die wünschenswerteste Form halte, so ist die Verwendung des Begriffs ‚Partizipation' in der vorliegenden Arbeit im Bereich der repräsentativen Partizipation einzuordenen. Hierzu habe ich mich aus zwei Gründen entschieden. Zum einen ist das Kriterium ‚Empowerment' sehr schwer zu erheben. In dem mir gegebenen Forschungszeitraum ist es kaum möglich das Empowerment der Zielgruppe, wie auch der Partner-NGO, wissenschaftlich zu evaluieren. Zum anderen möchte ich nicht pessimistisch klingen, aber schon das Erreichen einer repräsentativen Partizipation sehe ich als einen großen Fortschritt an. Dennoch wird im Rahmen der Analyse auch der Aspekt des Empowerments einbezogen. Dieser wird spezifisch als solcher angesprochen, und ist nicht im Begriff ‚Partizipation' eingeschlossen. Daraus ergeben sich folgende Begriffsverständnisse:

<u>Begriffsverständnis Partizipation</u>

Im Kontext des Verständnisses von Partizipation als repräsentativ und als Mittel zum Zweck steht im Fokus die Partizipation auf Prozessebene. Eine vollkommene Partizipation liegt vor, wenn die Beteiligung und der Einbezug sowohl der Zielgruppe wie auch der Partnerorganisation in allen Phasen des Projektmanagements gegeben ist.

<u>Begriffsverständnis Empowerment</u>

Empowerment wird in dieser Arbeit als Ermächtigung von Zielgruppen verstanden, der Prozess der Selbstermächtigung, der den Menschen das Gefühl von Einflusslosigkeit nehmen und ihre Autonomie erhöhen soll. Empowerment wird als erreicht verstanden, wenn die Menschen ihre Interessen (zumindest) auf lokaler Ebene selbstbestimmt und eigenmächtig vertreten.

Begriffsverständnis Parntnerschaft

Unter dem Begriff ‚Partnerschaft', welche die Beziehung von Geber- und Partner-NGO beschreibt, werden die beiden AkeurInnen als gleichberechtige PartnerInnen, die einander auf Augenhöhe begegnen und Vertrauen in die Kompetenzen des/der AndereN haben, verstanden. Die Aufgabenverteilung ist klar definiert und wird vom Gegenüber respektiert. Die Projektdurchführung liegt allein bei dem/der PartnerIn. Die Projektplanung findet gemeinsam statt, wobei die Realität der Partnerorganisation ausschlaggebend ist. Die Rolle der GeberInnen ist vor allem eine vermittelnde zur finanzierenden Körperschaft und darüber hinaus eine unterstützende beim Projektmanagement. Wichtig in einer Partnerschaft ist, dass beide AkteurInnen dasselbe Ziel anstreben.

2.3. Partizipation kritisch betrachtet

Häufig geraten die partizipativen Erhebungsmethoden sowie die Personen die diese durchführen in die Kritik. Während viele kritische Aspekte in diesem Kapitel schon angesprochen wurden, soll hier noch einmal spezifisch auf allgemeine Kritik an partizipativer Entwicklungszusammenarbeit eingegangen werden, welche bisher noch nicht erwähnt wurde.

Gegen die partizipative Arbeit von **WorkshopleiterInnen** gibt es diverse Vorwürfe. So wird beispielsweise kritisiert, dass diese mit jedem Workshop routinierter werden und mit der Routine oft auch ein Muster in die Arbeit der WorkshopleiterInnen kommt. Dies kann zur Einschränkung von Partizipation führen, da die Workshops nicht mehr spezifisch auf jede einzelne Gruppe ausgerichtet werden oder nicht mehr detailliert genug zugehört wird (vgl. Chambers 1995a: S.37ff.). Des Weiteren fragen sich Cooke und Kothari, ob die *facilitators* existierende, legitime Entscheidungsprozesse übergehen und stellen so die Rolle der/des WorkshopleiterIn an sich in Frage. Ist er/sie „nur" als ModeratorIn vor Ort oder aber nimmt er/sie selber Einfluss auf die Dynamik des Prozesses und lenkt diesen? (Vgl. Cooke/Kothari 2004: S.7f. bzw. Korf 2010: S.711) Chambers bemängelt, dass WorkshopleiterInnen (vor allem externe) auch des öfteren in Eile sind und nicht ausreichend Zeit mitbringen, um die Situation ausreichend zu verstehen bzw. der Zielgruppe genug Raum zu geben (vgl. Chambers 1995a: S.37ff.). Shah hinterfragt ganz generell, ob es überhaupt möglich ist

wirklich partizipativ zu arbeiten, wenn die externen Kräfte zum einen zeitgebunden und zum anderen *accountable* für die GeberInnen sind (vgl. Mohan 2001: S.7).

So gilt generell zu fragen: **Wer genau ist die Zielgruppe** bzw. ist es überhaupt möglich eine genaue Gruppe zu definieren? Die Zielgruppe wird in partizipativen Ansätzen oftmals als eine Art natürliche, soziale Einheit verstanden, deren Angehörige alle dieselben Wünsche und Bedürfnisse haben. Cleaver sagt hingegen klar, dass es nicht möglich ist eine unitäre Einheit so zu definieren bzw. einzugrenzen:

> *There is a strong assumption in development that there is one identifiable community in any location and that there is a co-terminosity between natural (resource), social and administrative boundaries […]. The assumed self evidence of 'community' persists in our participatory approaches despite considerable evidence of the overlapping, shifting and subjective nature of 'communities' and the permeability of boundaries (Cleaver 1999: S.603).*

In einer Zielgruppe gibt es meist **gruppeninterne Machtgefälle**. Dies resultiert aus den Menschen, die generell mehr zu sagen haben bzw. generell mehr mitdiskutieren als jene, die eher Außenstehende im Prozess sind. Selbst wenn die Gruppe also partizipativ eingebunden wird, besteht die Gefahr, dass ein kleiner Teil für die Mehrheit spricht oder aber sogar nur ein kleiner Teil der Zielgruppe erreicht wird und nur deren Interessen berücksichtigt werden. Hiermit geht eine große Gefahr einher, die Cooke und Kothari als „Tyrannerei der Gruppe" (Cooke/Kothari 2004: S.7) bezeichnen. Mit der Verlagerung von Ressourcen und Entscheidungen auf die lokale Ebene muss situationsspezifisch darauf geachtet werden, dass die Machtstrukturen eine faire Einbeziehung der Marginalisierten garantieren (vgl. Popovic 2002: S.11). Ist dies nicht der Fall besteht die Gefahr, dass anstatt die Ärmsten zu erreichen, die Machtgefälle innerhalb einer Gruppe nur mehr verstärkt werden, indem die Interessen der bereits ‚Mächtigeren' weiter gestärkt werden. In dem Kontext stellen sich Cooke und Kothari die Frage: „Participation: The new Tyranny?" und definieren Tyrannerei als: „[T]yranny is precisely about the illegitimate and/or unjust uses of power" (Cooke/Kothari 2004b: S.14). Sie unterstellen dies nicht allen partizipativen Prozessen, machen aber mit Nachdruck darauf aufmerksam, dass Partizipation anstatt zur Aufhebung von Ungleichheiten auch zum negativen Gegenteil führen kann (vgl. Kothari 2004a: S.152). Entsprechend sensibel gilt es vorzugehen.

Ein weiterer Kritikpunkt der angeführt wird bezieht sich auf die Äußerungen von Zielgruppen, welche oft sehr genau wissen, was Außenstehende von Ihnen hören möchten. Chambers spricht in diesem Kontext von einer „self sustaining myth", „when uppers are told what lowers think they want to hear" (Chambers 1995a: S.37ff.) White führt an: „That people do not express other interests does not mean that they do not have them. It simply means that they have no confidence that they can be achieved" (White 1996: S.13).

Damit einher geht auch das Problem der **Scheinpartizipation** (nominelle Partizipation**)**. Oft werden Menschen zur Mitwirkung an Vorhaben überredet, die ihnen eigentlich nichts bedeuten (vgl. Rahnema 1993: S.248f.) oder aber sie werden eingeladen am Prozess teilzunehmen, dieser wird als partizipativ bezeichnet und letztendlich wird ihre Meinung überhört.

> *But if they go, what guarantee do they have that their concerns will really be heard? Too many times they have seen their discussions drain away into the sand. The plans are left untouched, but their names remain, like a residue, in the list of "experts" whose opinions the scheme reflects (White 1996: S.6).*

Chambers bezeichnet diese Art von Partizipation als „cosmetic label without substance" (Chambers 1995: S.37ff.)

Es kann festgehalten werden, dass Partizipation ein großes positives Potential aufweist, aber gleichzeitig auch negative Auswirkungen haben kann. Neben der Definition des eigenen Partizipationsverständnisses gilt es darüber hinaus, immer entsprechend sensibel und kritisch mit der Anwendung von Partizipation bzw. partizipativen Methoden umzugehen.

2.4. Partizipation im NGO Projektmanagement

Wie aus dem Titel der Arbeit hervorgeht, soll in dieser Arbeit spezifisch die Begrifflichkeit, Verwendung und Umsetzung von Partizipation im Projektmanagement von NGOs untersucht werden. Nach einer kurzen Einführung in die Rolle von NGOs in Bezug auf Partizipation werden anschließend deren Verhältnis und die damit verbundenen Schwierigkeiten beleuchtet.

2.4.1. NGOs in der EZA

Die Abkürzung ‚NGO' steht für ‚Non-governmental Organisation' (Nichtregierungsorganisation). NGOs sind staats- und regierungsunabhängige Interessenverbände, die von der Gesellschaft gebildet werden und sich in unterschiedlichsten Themenbereichen engagieren. Während manche NGOs vor allem auf die Projektdurchführung ausgerichtet sind, setzten sich andere NGOs auf politischer Ebene mit Kampagnen und gezieltem Lobbyismus für ihr Anliegen ein. Im Prozess der Globalisierung kommt den neuen VertreterInnen einer globalen Zivilgesellschaft eine wichtige Rolle zu. (Vgl. bpb) Es gibt national und international agierende NGOs. In der vorliegenden Arbeit werden unter der Terminologie ‚NGO' alle auf die Verbesserung des Gemeinwohl ausgerichteten Organisationen verstanden, welche eine formalisierte Organisationsstruktur aufweisen, von Staaten unabhängig und international tätig sind (vgl. Toxler 2010: S.20). Der Fokus liegt auf NGOs, welche sich auf die Durchführung von Projekten in der Entwicklungszusammenarbeit fokussieren.

Viele Entwicklungs-NGOs finden ihren Ursprung in den 80er Jahren, einer Dekade, in der sie großen Anklang sowohl bei staatlichen wie auch nichtstaatlichen AkteurInnen gefunden haben. Zurückzuführen ist der Boom vor allem auf die Unzufriedenheit mit offiziellen, staatlichen Hilfsleistungen. NGOs wurde ein Sonderstatus zugesprochen und selbst staatliche Institutionen sahen die Mittelvergabe an NGOs als einen vielversprechenden Alternativweg an (vgl. Rahnema 1993: S.262). Mit der Pariser Erklärung wurde die Rolle der NGOs geschwächt. Die Entwicklungsgelder der Geberländer sollten ausschließlich über „die Kanäle der staatlichen Institutionen in den Empfängerländern eingesetzt werden. [...] Dies bedeutete konsequenterweise auch, dass die Entwicklungsagenturen der Geberländer weder ihre langjährige Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen NGOs fortführen, noch neue Kooperationen mit lokalen NGOs oder der Zivilgesellschaft eingehen durften" (Troxler 2010: S.10). Mit der ‚Accra Agenda for Action' und dem ‚Busan Partnership Agreement' wurde die Rolle von NGOs aber wieder gestärkt (vgl. OECD 2008b und OECD 2011).

Nichtstaatlichkeit kritisch betrachtet

Generell ist bei NGOs zu beachten, dass diese keine staatlichen Instanzen sind. NGOs sind somit immer zu hinterfragen, da sie einem allgemeinen Legitimationsdefizit unterliegen. Die Arbeit vieler NGOs basiert auf der Grundannahme, stellvertretend die Interessen anderer wahrnehmen und vertreten zu können. Dabei werden sie weder von diesen gewählt noch sind sie ihnen Rechenschaft schuldig (vgl. Toxler 2010: S.35). So begründen laut Smith (1990) viele NGOs ihre Legitimation auf religiösen oder moralischen Ansichten. Toxler macht legitimerweise darauf aufmerksam, „dass die Grundannahme, Gutes zu tun, nicht davon entbinden kann, allen Anspruchsgruppen gegenüber rechenschaftspflichtig zu sein" (Troxler 2010: S.29). Zu bedenken gilt in diesem Kontext aber, dass NGOs häufig Minderheiten ‚vertreten', die sonst kein Gehör finden. Dies entschuldigt aber keine nicht vorhandene Rechenschaftspflicht.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass NGOs durch ihre Arbeit negativen Einfluss auf die staatliche Entwicklung haben können. Durch das Erbringen von Basisdienstleistungen, wie auch der Übernahme von staatlichen Aufgaben, können NGOs mit ihrer Arbeit den Aufbau staatlicher Strukturen behindern. Zum einen kann dies die Unterminierung der Autorität des Staates zur Folge haben. Zum anderen kann es dazu führen, dass der Staat seiner Verantwortung entbunden wird. Letzteres bedeutet, dass Staaten seitens der Bevölkerung nicht mehr in die Pflicht genommen werden ihren Aufgaben nachzukommen. (Vgl. Toxler 2010: S.37) Dies ist wohl ein sehr essentieller Kritikpunkt, gleichzeitig aber auch ein sehr schwieriger. Vor allem in Bezug auf grundlegende Aspekte stellt sich oftmals die Frage, ob genug Zeit zur Verfügung steht, um auf ‚den Staat zu warten'. Vor allem angesichts dessen, dass viele lokale wie auch externe Personen den staatlichen Institutionen misstrauen. Umso wichtiger ist, dass die Projekte soweit wie möglich von der Bevölkerung durchgeführt und getragen werden.

Darüber hinaus wird NGOs vorgeworfen, durch ihre Konkurrenzsituation zu anderen NGOs, ihre Arbeit vorrangig auf die Wünsche der finanzierenden Körperschaften auszurichten, anstatt eine effektive und transparente Entwicklungszusammenarbeit zum obersten Ziel zu haben. Von NGOs wird ein vermehrter Informationsaustausch gefordert. Zum einen um die Arbeiten im Empfängerland besser zu koordinieren. Zum anderen um voneinander zu lernen.

So wie sich die Staaten mit der Pariser Erklärung verpflichtet haben effektiver zu arbeiten und mehr miteinander zu kooperieren, so wird auch von NGOs gefordert einen Kodex zur Selbstkontrolle und Rechenschaftslegung zu implementieren. (Vgl. Craig/Porter 1997: S.235, Koller 2007: S.230 und Troxler 2010: S.57f.)

2.4.2. Partizipation als Kernkompetenz der NGOs

INGOs have been described as more flexible, more democratic, less hierarchical, closer to grassroots beneficiaries and with a greater understanding of local needs an indigenous technologies (Agg 2006: S.4).

NGOs haben in Bezug auf Partizipation einen verhältnismäßig guten Ruf. Ihnen wird nachgesagt, dass sie bei der Durchführung von Entwicklungsvorhaben nicht so schwerfällig operieren wie bürokratische Regierungseinrichtungen und die Zielgruppen besser erreichen (vgl. Rahnema 1993: S.262). Sie würden näher mit der Bevölkerung und entsprechend partizipativer arbeiten. Von manchen wird ‚Partizipation' auch als traditionelles, NGOs innewohnendes Charakteristikum angesehen (vgl. Craig/Porter 1997: S.230 und Lane 1995: S.181). Es gibt verschiedene Erklärungen, warum NGOs zugeschrieben wird partizipativer vorzugehen.

Ein entscheidendes Merkmal ist, dass NGOs zumeist aus einer **ethischen Motivation** heraus gegründet werden. Eine Notlage wird erkannt und das oberste Ziel ist es, die Situation der betroffenen Menschen zu verbessern. Daher begründet sich auch die Ansicht, dass NGOs bereits auf *grass roots* Ebene operieren und mit den Bedürftigsten zusammenarbeiten. Darüber hinaus wird NGOs nachgesagt (und sie schreiben sich diese Adjektive auch gerne selber zu), **innovativer und flexibler** zu arbeiten. Zusammen mit der hohen Motivation der MitarbeiterInnen und Freiwilligen ergeben diese Eigenschaften eine Kombination, die es ermöglicht, unkonventionellere und unvorhersagbarere Wege zu gehen. NGOs können sich im Vergleich zu restringierten offiziellen Hilfen mehr trauen und haben somit mehr Möglichkeiten. Auch gelten NGOs als **autonomer und unabhängiger**, da sie keinem politischen Druck unterliegen und daher nicht gezwungen sind, mit korrupten Regierungen oder lokalen Eliten zusammenzuarbeiten. Dies erlaubt es ihnen zielgerichteter zu arbeiten. Es gibt weniger Hürden und Hindernisse, die den Projektverlauf und den Fokus auf die

Bedürfnisse der Bevölkerung negativ beeinflussen. (Vgl. Fisher 1997: S.442ff. und Lane 1995: S.181ff.) Des Weiteren führt Brodhead an, dass NGOs verhältnismäßig kleine, finanziell schwächere AkteurInnen als Staaten sind und ihr Funding schnell an Grenzen stößt. Aufgrund dieser Mangelsituation würde von Anfang an sichergestellt, dass die Bevölkerung maßgebliche Aufgaben übernimmt und einen eigenen Beitrag leistet (vgl. Brodhead 1988: S.6).

Diese Beschreibungen treffen jedoch eher auf die stereotypen NGOs aus den 80er Jahren zu und „were often taken as self-evident and non-controversial, and therefore not analysed to closely" (Agg 2006: S.4). 30 Jahre später muss zumindest in Bezug auf größere NGOs bedacht werden, dass diese fast alle staatlich (teil-)finanziert werden und somit Maßgaben der Entwicklungspolitik unterliegen und an Flexibilität und Selbstbestimmung verlieren. Außerdem ist anzumerken, dass sich große NGOs teilweise auch schon organisationsintern zu bürokratischen Apparaten entwickelt haben, sodass innerhalb der Partner NGO oft mehrere Instanzen auf die Projektgestaltung einwirken, was schlussfolgernd zur Verwässerung der ursprünglichen Interessendefinitionen seitens der Zielgruppen führen kann (vgl. Lane 1995: S.181f.).

2.4.3. Partnerschaften und damit verbundene Machtgefälle und Schwierigkeiten

Bei allen NGO Projekten ist darüber hinaus zu bedenken, dass NGOs nicht als allein stehende Körper operieren. Normalerweise umfasst ein von einer NGO durchgeführtes Entwicklungsprojekt vier Instanzen: Die finanzierende Körperschaft (*funding body*), die NGO im Geberland, eine Partner-NGO im Empfängerland sowie die Zielgruppe. Diese vier Instanzen werden im Verlauf der Arbeit als Kerninstanzen verstanden.

Jede Einheit wirkt auf das Projekt ein, gestaltet es neu und modelliert es für seine eigenen Interessen und Prioritäten um. Durch das Einwirken auf unterschiedlichen Ebenen wird aber die Sicht auf die spezifische Situation und die damit verbundenen Bedürfnisse vor Ort immer unschärfer. Bezüglich der Projektvorschläge arbeitet besonders die finanzierende Körperschaft mit sehr selektiven und neu interpretierenden Maßnahmen, um sicherzugehen,

dass die Projekte ihren übergeordneten Zielen entsprechen (vgl. Craig/Porter 1997: S.234). „Local difference thus gets reduced to simple categories and objectives, often, so it appears, more for the primary benefit of the framing organisation than for the purpose of supporting local initiative and participation“ (Craig/Porter 1997: S.234).

Schwierig in Bezug auf Partizipation ist an dieser Konstellation, dass die Entscheidungen nicht bei der Zielgruppe liegen, sondern die Geber-NGO wie auch die finanzierende Körperschaft die Schlüsselstellen für das Projekt darstellen. „Not only does the northern NGO usually control the bulk of finances, but often it retains de facto veto power over the southern counterparts” (Mohan 2001: S.10). Mohan kommt zu folgendem Schluss: „[F]inancially, intellectually and politically many partnerships are anything but participatory with southern NGOs acting simply as a delivery mechanism for a pre-determined development agenda“ (Mohan 2001: S.10).

Whose reality counts?

Wie aus dem vorherigen Abschnitt hervor geht, liegen unterschiedliche Entwicklungsvorstellungen bezüglich der Maßnahmen, derer es für eine möglichst positive Entwicklung bedarf, vor. Chambers spricht diesbezüglich von unterschiedlichen Realitäten. Externe ExpertInnen und die von Armut betroffenen Menschen erleben und konstruieren die Situation/Realität der Zielgruppe zumeist sehr unterschiedlich. Chambers beschreibt die Realitäten von armen Menschen als viel komplexer, diverser, dynamischer und auch lokaler, als zum Beispiel die eigene Realität der ExpertInnen. Entsprechend schwer ist es auch für Außenstehende, die Situation und die Bedürfnisse vor Ort zu verstehen. Jeder Mensch ist von der eigenen Realität geprägt und es ist nicht möglich, die eigene Konditionierung komplett abzulegen. Entsprechend wird die Einschätzung von Außenstehenden immer eine Entscheidung aus der Distanz sein (und laut Chambers auch immer eine „[which] can be seen to be constructed mainly for our convenience“ (Chambers 1995b: S.179)). Seine ‚Poverty und Livelihoods Untersuchung’ zeigt auf, dass externe Personen und Zielpersonen im selben Projekt sehr unterschiedliche Entwicklungskriterien, -maßstäbe und -ziele ansetzen (vgl. Chambers 1995b: S.173ff.). Dies ist nachvollziehbar, in Anbetracht der unterschiedlichen Kulturen wie auch Lebensvorstellungen der zwei angesprochenen Gruppen. Entsprechend wichtig ist aber die Frage: Whose reality counts? „Is it the reality of

the „uppers“, of those who normally dominate? Or should it be, can it be, increasingly that of „lowers“, those who are normally subordinate“ (Chambers 1998: S.284)?

2.4.4. Auswirkungen des Partizipationsbestrebens auf das konventionelle NGO Projektmanagement

Wie aus den vorherigen Abschnitten hervorgeht ist es keine Selbstverständlichkeit, dass die Realität der lokalen Instanzen die Grundlage der Zusammenarbeit ist. Die Hauptentscheidungsmacht liegt in der Regel nach wie vor bei den Instanzen der Geberländer. Aber die vermehrten Forderungen nach Partizipation haben NGOs dazu ‚gezwungen' mehr auf die Ansprüche von partizipativer Arbeit Rücksicht zu nehmen. Die eigene Arbeit wirklich partizipativ (als Mittel zum Ziel) auszurichten bedeutet jedoch eine große Herausforderung, mit der grundlegende Veränderungen im bisherigen Arbeitsprozess und -umfeld einhergehen.

2.4.4.1. Verwendete Tools im NGO Projektmanagement

Vorformulierte Zielvorstellungen, klare Zeithorizonte, ein planmässiger Mittelabfluss und schematische Abläufe im Sinne einer Logframe Matrix sind die Bedürfnisse des Projektmanagements seitens der GeberInnen. Eines der beliebtesten Planungstools im Projektmanagement der Entwicklungszusammenarbeit ist das ‚Project Cycle Management' (PCM).

Der *Project Cycle* umfasst verschiedene Projektphasen. Angefangen wird mit dem Programming des Projektes und der Identifizierung der Probleme im lokalen Kontext. Darauf folgend wird das Projekt designed und eventuell um Unterstützung angesucht, um das Projekt anschließend zu implementieren und abschließend zu evaluieren. Ziel des PCM ist das Entwicklungsprojekt zu strukturieren. „It serves to provide structure and direction to development activities at the same time as allocating for key objectives and issues to remain in focus" (Biggs/Smith 2003: S.1743). Das PCM wurde mehrmals überholt und an die Bedürfnisse der sich entwickelnden EZA so weit wie möglich angepasst. Ist in der Abbildung 2 noch der ursprüngliche *Project Cycle* zu sehen, so ist in erweiterteren *Project Cycles* die

Chance gegeben auf aktuelle, nicht vorhergesehene Veränderungen zu reagieren. Das Management wird in Kreisform dargestellt, da es sich als lernende Einheit versteht. Ein zentrales Element des PCM ist es, aus der eigenen Erfahrunge zu lernen, um diese bei einem weiterführenden Projekt einfließen zu lassen. (Vgl. Biggs/Smith 2003: S.1743f.)

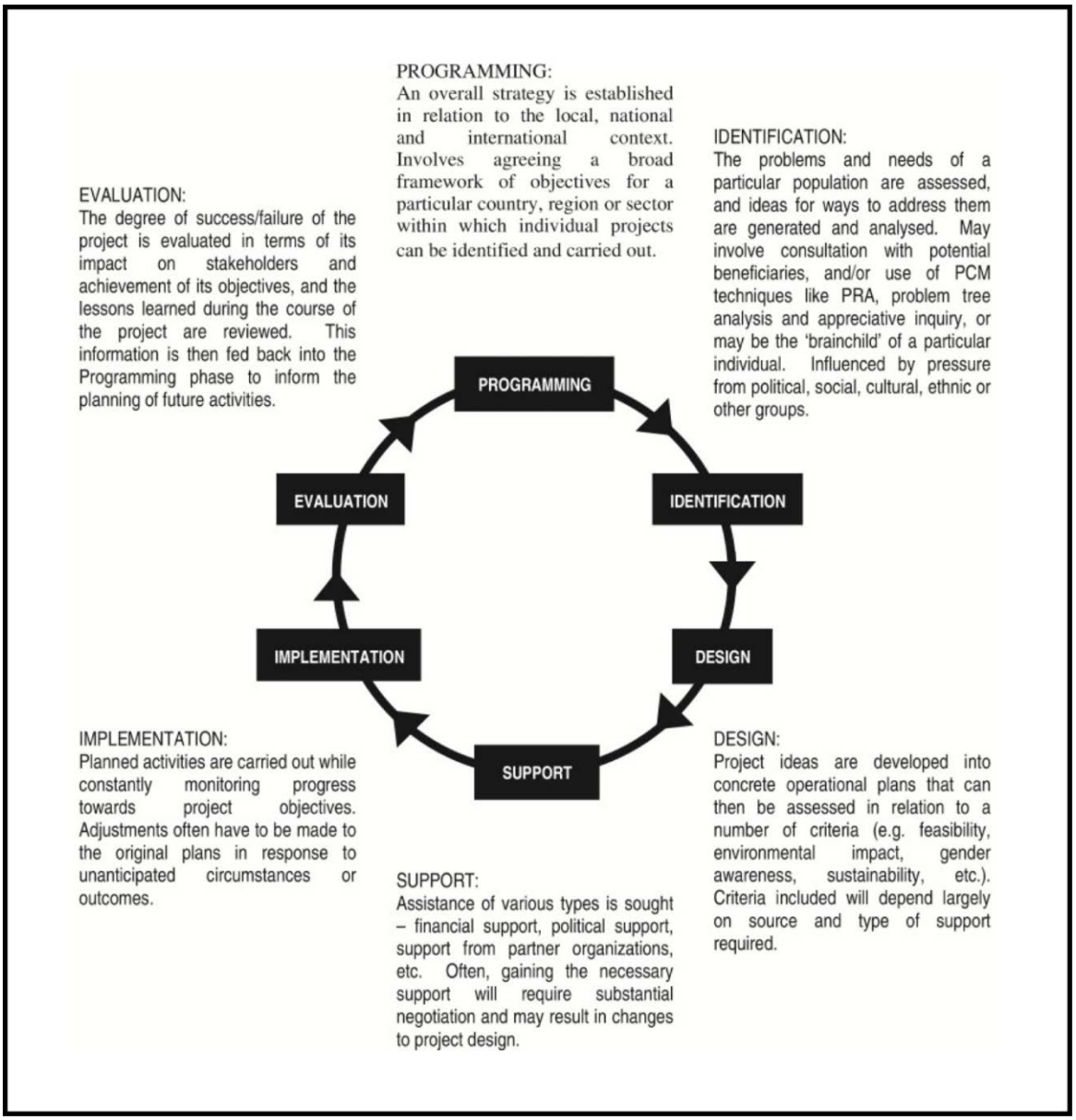

Abbildung 2: Project Cycle Management; Quelle: Biggs/Smith 2003: S.1744

Innerhalb des PCM werden verschiedene *tools* angewendet. Eines der weit verbreitetsten ist der ‚Logical Framework' (Logframe).

> *A logframe summarizes the objectives of a project and the activities designed to achieve them, as well as the critical assumptions that underlie the progression to project goals. It also specifies the indicators to be used to monitor project inputs, outputs, impacts and outcomes. A four- by- four matrix is drawn up which incorporates all this information into a concise and easily understood document (Biggs/Smith 2003: S.1745).*

Während Logframes zu Beginn nur in der Problembestimmung und für das Projektdesgin verwendet wurden, werden sie mittlerweile in allen Phasen des PCM angewendet (vgl. Coles/Evans/Health 1998).

Das PCM sowie der Logframe sind Kontrollmechanismen, welche zur Orientierung während des gesamten Projektes dienen. Sie sind nicht nur für die eigene Arbeit hilfreich, sondern werden auch gerne von den GeldgeberInnen gesehen. Die Verwendung vermittelt den Eindruck von Kontrolle und Struktur im Sinne der durch die Projektdokumente vordefinierten Ziele (vgl. Rachbauer 2010: S.23). Und obwohl die Mechanismen z.B. an die mit Partizipation einhergehenden Bedürfnisse angepasst werden, so sind sie dennoch ein „Korsett mit geringer Flexibilität" (Rachbauer 2010: S.29).

2.4.4.2. Geforderter Wandel an das NGO Projektmanagement

Die Notwendigkeit, vor Beginn eines Projektes Ziele, Aktivitäten, Laufzeit und Budgetmittel zu definieren, widerspricht den geforderten offenen und ungelenkten partizipativen Prozessen. Die unterschiedlichen Realitäten wie auch Vorstellungen von Entwicklung (und wer über diese bestimmt) stellen EntwicklungsexpertInnen vor große Herausforderungen. Um transformierende partizipative Entwicklungszusammenarbeit zu leisten, bedarf es grundlegender struktureller Veränderungen und damit verbundene Einsichten in den Geber-NGOs.

„Development must be a process carried out from within" (Lane 1995: S.189). Entwicklung ‚passiert' nicht durch in sich geschlossene Projekte, welche von den NGOs des Nordens designed werden. Dies haben die letzten Dekaden mehr als deutlich gezeigt. Es bedarf eines ganzheitlichen Verständnisses und der Erkenntnis, dass es sich bei Entwicklung um einen

on-going process handelt. Wichtig ist, dass zum Beispiel die Projekte flexibel genug sind, um auf eventuelle Veränderungen zu reagieren. „The world is now highly dynamic – whereas many development interventions have been designed to work in a static environment" (Chambers 2010). Entsprechend essentiell ist es auch den Partner-NGOs mehr Kompetenzen zuzusprechen, ihnen mehr Handlungs- und Entscheidungspielraum zu geben, und sie bei ihrer Arbeit und ihren Zielen zu unterstützen (vgl. Howard 2013: S.6). Es bedarf einer besseren Arbeitsteilung zwischen der Geber- und der Partner-NGO, in der einfachen Form, als dass sich jeder um seine eigenen Angelegenheiten kümmert. Dies bedeutet für die Geber-NGOs sich aus dem aktiven ‚Tun vor Ort' zurückzuziehen. Design, Initiierung und Durchführung sollten allein im Aufgaben- und Machtbereich der Partner-NGOs liegen. Es ist an der Zeit, dass die Geber-NGOs aufhören, sich in Angelegenheiten der Partner-NGOs einzumischen. Diese haben sich schließlich auch aus den Angelegenheiten der GeberInnen herauszuhalten.

New Professionalism

> *The differences between the top-down reductionist definitions and objectives, and poor people's realities present development professionals with challenges (…). The challenges are paradigmatic: to reverse the normal view, to upend perspectives, to see things the other way round, to soften and flatten hierarchy, to adopt downward accountability, to change behaviour, attitude and beliefs. And to identify and implement a new agenda: in sum to define and embrace a new professionalism (Chambers 1995b: S.196).*

Robert Chambers spricht von einer ‚neuen Professionalität', derer es seitens der Geber-NGOs in der EZA bedarf und geht dabei von drei Hauptbereichen aus, die es grundlegend anderes zu betrachten gilt: Er spricht von institutionellen, professionellen wie auch persönlichen Herausforderungen.

Die **institutionelle Herausforderung** für in der EZA tätige Organisationen ist es, ‚lernende Organisationen' zu werden. Projekte sollen als offene Prozesse gesehen werden. Sie können also nicht zeitlich vordefiniert werden und müssen offen für Wandel und Veränderungen sein. So sollten die Projekte auch den Raum schaffen, aus Fehlern zu lernen und die Beteiligten zu empowern. Chambers geht es um den Abbau von Hierarchien. Die Priorität muss auf ein partiziatives Management und eine Dezentralisierung gelegt werden. Weiter

wichtig ist die sensible Zusammenstellung des MitarbeiterInnenteams vor Ort. (Vgl. Chambers 1995b: S.197)

Die **professionelle Herausforderung** für EntwicklungsexpertInnen liegt darin, die eigenen Konzepte, Methoden, Werte und Verhaltensnormen zu überdenken und in weiterer Folge zu überarbeiten. Diese sind laut Chambers im konventionellen Projektmanagement auf unsere eigenen Interessen ausgerichtet. Mit der ‚neuen Professionalität' soll aber die Realität der Zielgruppe an erster Stelle stehen (vgl. Whose Reality counts?). Es gilt diese Erkenntnis auch organisationsintern umzusetzen.

Die dritte Herausforderung ist die **‚persönliche'**. Diese beinhaltet zum einen die Bereitschaft Macht[3] abzugeben und zum anderen das Vertrauen in die Zielpersonen und deren Kapazitäten, dass diese in der Lage sind die eigene Arbeit mindestens genauso gut, wenn nicht sogar besser zu machen. Chambers spricht von der Freude daran, den Zielpersonen die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Entwicklung zu gestalten und sie dabei nur äußerlich zu unterstützen (anstatt sie zu bevormunden). (Vgl. Chambers 1995: S.199) Bei Trainings und Übungen bedarf es einer Umkehr der Wissensvermittlung. Diese sollte nicht mehr nur einseitig stattfinden, sondern alle Beteiligten als Wissensquellen ansehen. Das voneinander und miteinander Lernen sollte im Vordergrund stehen. (Vgl. Chambers 1995a: S.41f.)

Gefordert werden offene Prozesse, deren Gestaltung sich im Laufe des Projektes ergeben. Prozesse, die nicht gänzlich vorhersehbar und planbar sind. Die Bedürfnisse der Zielgruppe sind der grundlegende Baustein, auf den das gesamte Projekt und somit alle mitwirkenden Instanzen ausgerichtet sind.

2.4.4.3. NGOs im Interessenszwiespalt

Die Forderungen, deren Umsetzung es laut vieler ExpertInnen für eine grundlegende partizipative Entwicklungszusammenarbeit bedarf, stehen im Widerspruch zur

[3] Das Machtverständnis der Arbeit orientiert sich an der Machtdefinition von Max Weber: „Macht ist jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzten, gleichviel worauf diese Chance beruht" (Weber 1972: S.28) Macht ist allgegenwärtig und wirkt auf jede denkbare Situation ein. In der Arbeit steht die Macht der Projektinstanzen und deren Verhältnis zueinander im Fokus.

Grundstruktur des etablierten Projektmanagements in der EZA. Partizipation steht in Widerspruch zu den von GeberInnen geliebten Planungstools.

> *The two aims, participation and effective management, are deeply contradictory. Participation means fostering local initiative and control; management often requires meeting certain objectives, many already established long before the project begins, maintaining accountability and central control (Craig/Porter 1997: S.229).*

Möglichkeiten von Partizipation im Rahmen von Entwicklungsprozessen sind dadurch bereits enge Grenzen gesetzt und vor entsprechend großen Herausforderungen sehen sich die projektplanenden Organisationen (vgl. Rachbauer 2010: S.23).

NGOs stehen im Spagat zwischen den Interessen der Zielgruppe und denen der GeberInnen. Zum einen müssen die NGOs *accountable* für mögliche Zielgruppen/lokale NGOs sein und ihnen die reale Möglichkeit geben, die Projekte so zu gestalten und auszuführen, wie es für die Zielgruppe am besten erscheint. Zum anderen müssen die Projekte *accountable* für die finanzierenden Körperschaften sein, welche eben diese gestaltenden Möglichkeiten der Zielgruppe unterminieren, da für sie Effizienz und voraussagbare Ergebnisse die größte Priorität haben. Zusammengefasst wird dieses Problem unter dem Begriff ‚double accountability'. (Vgl. Craig/Porter 1997: S.229)

So stellt sich die allgemeine Frage: Wie reagieren die NGOs auf die aufgezeigten Probleme? Um diesen Spalt zwischen Partizipation und dem konventionellen Projektmanagement zu verkleinern, wurden verschiedene Ansätze erarbeitet. Dazu gezählt werden können zum Beispiel Dezentralisierungsmaßnahmen, PRA Techniken, Erweiterung des Project Cycle Management Tools, Projektpartnerschaften und der Ansatz die Zivilgesellschaft als eine Mittelperson zwischen Bevölkerung und Regierung zu sehen. Diese sollen zum einen die Möglichkeiten von Partizipation im Projektmanagement ausweiten, zum anderen sollen sie die Partizipation gleichzeitig mehr formalisieren, um sie kompatibler zu den Projektmanagementtools zu machen. Laut Craig und Porter basieren all diese Ansätze auf guten Intentionen und der Erkenntnis, dass Partizipation essentiell für ein positives Projektergebnis ist. Aber dennoch glauben sie nicht an ihre Wirkung: „They look participatory from a distance, but at close quarters these measures, we believe, actually do little to tip the balance back towards participation" (Craig/Porter 1997: S.229f.). Laut

Rachbauer gibt es aber neben dem Ansatz Partizipation als Zusatz zum methodischen Instrumentarium zu verstehen, eine weitere Option für NGOs: Verschleierung durch kreative Berichterstattung. Diese lässt der Praxis den nötigen Spielraum und befriedigt gleichzeitig die GeldgeberInnen in ihren Erwartungshaltungen (vgl. Rachbauer 2010: S.24). Craig und Porter sagen hierzu: „The creativity with which development professionals approach the framing of projects in order to get them funded suggests that people are not only well aware of the framing process, but are able to manipulate it too“ (Craig/Porter 1997: S.235f.).

‚Gefahren' wahrhaftiger Partizipation

Transformative, partizipative Entwicklungsprozesse beinhalten das ‚Risiko', dass sich das Projekt in eine andere Richtung entwickelt, als von den GeberInnen vorgesehen. Dies bedeutet möglicherweise, dass die Durchführungsorganisation geschädigt werden kann und daraus folgend deren Tätigkeit eingeschränkt wird. Laut Rachauer würde ein tatsächlich partizipatives Projekt „innerhalb weniger Monate „aus dem Ruder laufen“, sich aus dem vorgefertigten „Logischen Rahmen“ verabschieden und eine Vielzahl von Umwidmungsanträgen nach sich ziehen, was die Diskreditierung der durchführenden Organisation zu Folge hätte, da sie offensichtlich nicht in der Lage ist, Projekte professionell abzuwickeln“ (Rachbauer 2010: S.23f).

Zusammengefasst stehen NGOs in einer schwierigen Ausgangslage bezüglich der Implementierung von Partizipation. Zum einen haben sie den Ruf besonders partizipativ zu arbeiten. Zum anderen sind sie von der finanzierenden Körperschaft abhängig. Dies bringt sie in einen Interessenzwiespalt, da die Macht und die damit verbundene Einflussnahme bzw. die Forderungen der finanzierenden Körperschaft im Widerspruch zur Partizipation der lokalen Instanzen stehen. Darüber wird hinaus wird von den Geber-NGOs eine ‚neue Professionalität' gefordert. Die NGOs sollen ihr eigenes Arbeitsverständnis ändern, Entwicklung als offenen Prozess verstehen und die verwendeten Methoden entsprechend anpassen bzw. abschaffen. Vertrauen in die lokalen Instanzen soll entwickelt und Aufgaben und Verantwortung sollen vermehrt an diese übertragen werden. Die Realität der lokalen Bevölkerung soll die Grundlage jedes Projektes sein.

2.5. Alles eine Frage der Macht?

Ownership by them means non-ownership by us.
Empowerment for them means disempowerment for us (Chambers 1995b: S.197).

Aber selbst wenn die Widersprüche auf der internen Ebene geregelt werden könnten, würde dies nicht zur vollkommenen Partizipation führen. Denn Partizipation ist auch politisch zu betrachten und zu verstehen und zumindest das Verständnis von Partizipation als Empowerment fordert dazu heraus, die bestehenden Machtstrukturen zu verändern (vgl. Lane 1995: S.190). Transformative Partizipation bedeutet Verlust von zentraler Kontrolle und Proliferation der lokalen Diversität. Die Mächtigen möchten ihre Macht aber nicht abgeben und haben Angst davor sie zu verlieren (vgl. Chambers 1995a: S.33).

Beispiele hierfür sind zum Beispiel die USA und Japan, welche beide die Pariser Erklärung unterzeichnet haben und dennoch nicht davon absehen, ihre Hilfe an politische Forderungen zu knüpfen bzw. auf ihre Rolle als ProjektträgerIn zu verzichten (vgl. Toxler 2010: S.14) „In vielen Geberländern [...] fehlt ein klares Bekenntnis der politischen Führung [...] sich konsequent an den Zielen der Pariser Erklärung zu orientieren und die Verantwortung für Gelder und Programme an die Empfängerländer abzutreten" (Toxler 2010: S.14). Selbst einflussreiche Entwicklungsagenturen, die sich selber als BefürworterInnen von Partizipation aussprechen, zeigen sich dagegen resistent, Kontrolle abzugeben (vgl. Mohan 2001: S.4). Sobald den Zentren der Macht etwas als Bedrohung erscheint, versuchen sie laut Rahnema diese zu unterwandern, um potentielle Gefahr von unten in ein weiteres Mittel der Lenkung von oben zu verwandeln. Es ginge darum, die Bedrohung abzuwenden, den Wandel an der Basis in den Griff zu bekommen und sie im Sinne der Herrschaftsinteressen umzulenken (vgl. Rahnema 1993: S.269). Wenn Partizipation bedeutet, dass bisher Ungehörte eine Stimme bekommen, muss laut White damit gerechnet werden, dass es zu Konflikten kommt. Bisherige Machtbeziehungen werden angegriffen und geraten ins Wanken – sowohl auf der Ebene individueller Projekte wie auch auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene. „The absence of conflict in many supposedly "participatory" programs is something that should raise our suspicious. Change hurts" (White 1996: S.15).

Die schwierige Position von Entwicklungsorganisationen wie auch die eingeschränkte Partizipation, obwohl in dieser ein entscheidender Schlüssel zur Verbesserung der EZA gesehen wird, basieren letztendlich beide auf demselben grundlegenden Problem. Dies besteht in den unterschiedlichen Interessen, welche nicht miteinander vereinbar sind, da niemand Macht abgeben möchte. Die große Maschinerie der Entwicklungspolitik hat inoffiziell eigentlich kein Interesse daran Macht abzugeben (auch wenn in Dokumenten immer mehr der Fokus auf gleichberechtigte Partnerschaften gelegt wird). Sie sind nur so weit an der Verbesserung der Situation der Entwicklungsländer interessiert, so lange es für sie nicht unangenehm wird. Für die Entwicklung der Partnerländer bedarf es aber nicht nur auf Projektmanagementebene dieses Wandels. Das Projektmanagement ist nur ein kleiner Ausschnitt, der die Misere des Entwicklungsapparates als Ganzes wiedergibt. Wir geben den Partnerländern in unserer Entwicklungspolitik einen Rahmen vor, in dem sie ‚sich entwickeln' können und sollen. Auf anderen Ebenen, zum Beispiel der wirtschaftlichen, wird hingegen die Hilflosigkeit von Entwicklungsländern ausgenutzt (z.B. Terms of Trade, Schutzzölle und Lohndumping) und wir halten die Länder absichtlich klein, um unseren hohen Lebensstandard weiterhin fortführen zu können (vgl. Langthaler/Obrovsky/Six 2007: S.8). Zur Verbesserung der Situation in armen Ländern bedarf es aber einer Umverteilung, und das auf allen Ebenen.

Entsprechend gilt sowohl für die Partizipation im Projektmanagement als auch die Entwicklungspolitik im Allgemeinen: Entweder es kommt zu Konflikten oder die Partizipation und die Entwicklungszusammenarbeit sind nicht viel mehr als ein *‚cosmetic label'*.

3. Gesundheitsdienst für die Armen – San Salvador, El Salvador

Überprüft werden die Aussagen der TheoretikerInnen anhand des Fallbeispiels eines Gesundheitsprojektes in El Salvador. Entsprechend wird zunächst ein Überblick über die Gesundheitssituation und das Gesundheitssystem in El Salvador gegeben, um anschließend genauer auf die Projektkonzeption einzugehen.

3.1. Das Gesundheitssystem in El Salvador

In El Salvador lebten im Jahr 2012 6,25 Millionen Menschen (vgl. elsv.info). 41% der Bevölkerung lebt im ländlichen Bereich, 59,9% der ländlichen Bevölkerung lebt in extremer Armut (vgl. Pastoral de la Salud 2012d: S.8).

Schlechte Bildung führt oft zur Armut bzw. geht mit Armut einher. Arme und ungebildete Menschen sind nachweislich in der Gruppe, welche am meisten erkrankt. Krankheit führt wiederum aufgrund der Ausgaben und dem Arbeitsausfall zur Verstärkung der Armut. Die arme Bevölkerung ist also am gefährdetsten, hat aber gleichzeitig den schlechtesten Zugang zum Gesundheitssystem. (Vgl. Pastoral de la Salud 2012b: S.4)

Das Gesundheitssystem in El Salvador ist sehr segmentiert und fragmentiert und geprägt durch eine starke Bürokratie. Ein Großteil der Krankenhäuser ist privat und nicht zugänglich für die allgemeine Bevölkerung. Vielen Personen ist aber auch der Zugang zum mangelhaft finanzierten öffentlichen Gesundheitssystem versperrt. Dies hat verschiedene Gründe: die zwei Hauptursachen sind logistischer und finanzieller Herkunft. Während die Gesundheitsversorgung in den urbanen Zentren und besonders in San Salvador für die Bevölkerung gut erreichbar ist, stehen viele Menschen in den ländlichen Gegenden vor dem Problem, dass die Gesundheitsinstitutionen für sie außer Reichweite liegen. In den ländlichen Zonen ist der öffentliche Transport sehr mangelhaft und oft ist der Weg zu Fuß die einzige Option. Aufgrund der damit verbundenen körperlichen Anstrengungen verzichten viele Menschen aber darauf, eineN ArztIn aufzusuchen und bleiben zu Hause.

Wenn die Option besteht, mit einem öffentlichen Transportmittel zur nächsten Gesundheitsstation zu gelangen, gibt es zwei ausschließende finanzielle Faktoren. Viele Menschen, möchten ungern ihr weniges Geld für den Transport ausgegeben. Und selbst wenn sie eine gute Anbindung haben, so sind die medizinischen Behandlungen oft mit Kosten verbunden. Bis ins Jahr 2009 gab es ‚freiwillige (Pflicht-)beiträge' und viele Untersuchungen waren kostenpflichtig. Aufgrund der chronischen Mangelsituation von Medikamenten im nationalen Gesundheitssystem war es privaten Apotheken möglich Medikamente zu Höchstpreisen zu verkaufen. Diese Gesamtsituation führt dazu, dass viele Menschen darauf verzichten zum Arzt zu gehen. Im Jahr 2011 haben laut dem Pastoral de Salud 41,3% der Bevölkerungen ihre Krankheiten nicht professionell untersuchen bzw. behandeln lassen (vgl. Vicaria Episcopal 2011: S.5).

3.1.1. Gesundheitsreform

Die aktuelle Regierung (2009 - 2014), die linke Partei ‚FLMN' unter dem Präsidenten Mauricio Funes, hat die Reform des Gesundheitssystems zu einer ihrer größten Prioritäten erklärt. Die Regierung hat sich zum Ziel gesetzt, den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern und soziale Beeinträchtigungen ‚aufzuheben'. Das Menschenrecht auf Gesundheit soll der gesamten Bevölkerung garantiert werden. „Hasta el presente, el estado salvadoreno no ha contado con una polìtica de salud equitative, eficiente, solidaria y universal que aborde los determinantes sociales de la salud" (Rodríguez 2009: S.6).[4]

Drei Schwerpunkte der Reform sind von Relevanz für das untersuchte Projekt:

1. Förderung der inter- und intrasektoriellen Zusammenarbeit: Es werden Foren etabliert, welche einen partizipativen Raum stellen, in dem nach Lösungen für die Gesundheitsprobleme gesucht wird.
2. Die Weiterbildung des medizinischen Personalwesens in Bezug auf einen wertschätzenderen Umgang mit den PatientInnen.

[4] „Bis zum jetzigen Zeitpunkt hatte der el salvadoreanische Staat noch keine Gesundheitspolitik, welche gerecht, effizient, solidarisch und universell ist und die sozialen Determinanten von Gesundheit einschließt."

3. Die Entwicklung eines integrierten und integralen Gesundheitsnetzes.[5]

(Vgl. Ministerio de Salud 2013: S.5)

Auf letztgenannten Schwerpunkt möchte ich an dieser Stelle genauer eingehen, er ist der Hauptpfeiler der Reform und hat zum Ziel, den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern. Dem Gesundheitsministerium ist es ein großes Anliegen, die medizinischen Dienstleistungen zur (ländlichen) Bevölkerung zu bringen.

Ziel ist es, die ‚Atención Primaria de Salud'[6] (APS) auch in den ländlichen Gemeinden sicherzustellen. Hierzu wurden Gesundheitsteams zusammengestellt, los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos), welche ein- bis zweimal im Monat in die Dorfgemeinden kommen und die Menschen vor Ort medizinisch betreuen. Das Team besteht aus einem/r ÄrztIn, einer/em KrankenpflegerIn und einer zusätzlichen Hilfskraft. Ziel der Reform ist es, ein Eco für jeweils 600 Familien zur Verfügung zu stellen. Unterstützt werden die Ecos des Weiteren von GesundheitspromotorInnen. Auf 200 Familien kommt ein/e GesundheitspromotorIn. Deren Aufgabe ist die regelmäßige Durchführung von Kontrollen, zum Beispiel bezüglich der Impfversorgung oder der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen schwangerer Frauen. Auch die Präventionsarbeit zur Vermeidung von Krankheiten fällt in ihren Aufgabenbereich. Darüber hinaus haben sie viele bürokratische Formalitäten zu erledigen.

Vier Jahre nach Einführung der Gesundheitsreform gibt es 517 Ecos. Dies bedeutet, dass für ca. 150.000 Personen, welche zuvor keinen Zugang zur Gesundheit hatten, dieser Zugang sichergestellt wurde (vgl. Ministerio de Salud 2013: S.10ff.). Das Ziel, bis 2014 allen Menschen den Zugang zum Gesundheitssystem sicherzustellen, wird nicht erreicht werden, die Ecos werden aber seitens der Bevölkerung stark begrüßt. Bemängelt wird jedoch, dass sie nur sehr selten kommen, während sich die Krankheiten nicht an den Terminplan der Ecos halten (vgl. Montoya Taquillo).

[5] Desarrollo de redes integrales e integradas de servicio de salud – RIISS
[6] Erste Gesundheitsversorgung

3.1.2. Häufigste Krankheiten

Die fünf häufigsten Todesursachen in El Salvador sind Herzinfarkte, Lungenentzündungen, Niereninsuffizienz, Blutvergiftungen und Traumata. Kinder sind besonders von Fieber, Durchfall und Lungenentzündungen betroffen, Erwachsene von chronischen Krankheiten, Grippe sowie Arbeits- und Verkehrsunfällen.

Die HIV- und AIDS-Rate ist seit dem Jahr 2008 um knapp 20% gesunken. Vor allem die Anzahl der AIDS-Erkrankungen konnte um 10% reduziert werden. Insgesamt wurden von 1984 bis 2012 mehr als 28.000 HIV positive Personen registriert. Dies entspricht weniger als 0,5% der Bevölkerung. Auf jede infizierte Frau kommen 1.66 infizierte Männer. (Vgl. Gutíerrez 2013c: S.25ff.)

Ein Großteil der Krankheiten ist auf den Lebensstil der Bevölkerung zurückzuführen. Stress, schlechte Luft und schlechtes Wasser, mangelhafte Ernährung und die Verwendung von Chemikalien sind nur einige Aspekte, die sich auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Umso wichtiger ist es, diesen Krankheiten weitest möglich entgegen zu wirken und nicht erst dann aktiv zu werden, wenn der Krankheitsfall eingetreten ist. Einen entsprechenden Fokus setzt die Gesundheitsreform auf die Promoción de la Salud (Förderung bzw. Beibehaltung der Gesundheit) und die Prävention von Krankheiten (vgl. Rodríguez 2009: S.6).

3.2. Projektkonzeption

Basierend auf den Kenntnissen zum El Salvadoreanischen Gesundheitssystem wird in diesem Abschnitt das untersuchte Projekt vorgestellt.

3.2.1. Einführung in das untersuchte Projekt

Beim untersuchten Projekt handelt es sich um ein Gesundheitsprojekt des Erzbistum San Salvador. Das Projekt operiert im Bereich der Krankheitsprävention und Gesundheitspromotion. Lokale Gemeindemitglieder werden zu ‚Agentes Communitarios de

la Pastoral de la Salud' (ACPS), also GesundheitshelferInnen bzw. -promotorInnen ausgebildet, um zusammen mit ihren Komitees die Gesundheitssituation vor Ort zu verbessern.

Das Projekt beruht auf einer 30-jährigen Zusammenarbeit mit dem bischöflichen Hilfswerk MISEREOR. Die operative Projektdurchführung liegt beim Gesundheitspastoral des Erzbistums, welches im Verlauf der Arbeit als Partner-NGO verstanden wird. Offizieller Projektträger ist aber das ‚Vicaria Episcopal de Promoción Humana-Caritas de la Arquidiócesis de San Salvador'[7]. Finanziert wird das Projekt durch die katholische Geber-NGO MISEREOR, welche (u.a.) vom deutschen Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und dessen Kirchenfund (KZE) gefördert bzw. unterstützt wird. Bei der Zielgruppe wird zwischen der direkten und indirekten Zielgruppe unterschieden (siehe Abbildung 3). Das aktuelle Projekt trägt den Namen ‚Promoción y Organisación de la salud como un derecho humano en nuevas Parroquias de la Arquidiócesis'[8] und ist für den Zeitraum Januar 2012 - Dezember 2014 angesetzt. Übersetzt ins Deutsche wird das Projekt verkürzt ‚Gesundheitsdienst für die Armen genannt'. Da das Gesundheitspastoral eine Instanz der katholischen Kirche ist, basiert seine Arbeit auf kirchlichen Strukturen wie auch christlichen Grundsätzen. Die Zentrale des Gesundheitspastorals befindet sich in San Salvador. Operiert wird aber in den drei Departments San Salvador, La Libertad und Cuscatlán.

Abbildung 3:Instanzen des untersuchten Projektes; Quelle: Eigene Darstellung

[7] Bischöfliches Sozialvikariat – Caritas der Erzdiözese San Salvador
[8] Promotion und Organisation der Gesundheit als Menschenrecht in neuen Gemeinden der Erzdiözese

3.2.2. Genese des Projektes

Das Gesundheitspastoral wurde im Jahr 1983 im Kontext des Bürgerkrieges von katholischen Nonnen verschiedener Kongregationen gegründet. Im Jahr 1983 lag der Fokus darauf, mangelhaft ausgestatteten Kliniken, vor allem bei der Besorgung und der Vergabe von Medikamenten, zu helfen. Schon 1984 wurde die Arbeit auf den operativen Gesundheitsbereich ausgeweitet. Ab diesem Zeitpunkt wurde direkt mit der Bevölkerung zusammengearbeitet, das Gesundheitspastoral stellte die ersten MitarbeiterInnen an und die ersten ACPS wurden ausgebildet. Das Einsatzgebiet waren Regionen, in denen es keinerlei medizinische Unterstützung gab: „No habia instituciones, no habia nada y eran zonas desprovista total, sin acceso, sin atención“ (Polanco 2013a).[9] In dieser Phase war die Prävention zwar auch schon Teil der Arbeit, ein Fokus lag aber vor allem auf der Behandlung von Kranken und deren Erstversorgung. Eine entsprechend zielgerichtete und intensive medizinische Ausbildung erhielten die ACPS.

Bis zum Friedensvertrag im Jahr 1992 hatte sich das MitarbeiterInnenteam des Gesundheitspastorals auf 16 Personen ausgeweitet. Von 2001 bis 2011 wurden keine neuen ACPS ausgebildet und das Team verkleinerte sich auf sechs Personen. Der Fokus der Arbeit in dieser Periode lag auf der besseren und spezifischeren Ausbildung der bereits tätigen ACPS. (Vgl. Polanco 2013a) „MISEREOR nos ha ido pidiendo saltos cualitativos […]. Es una secuencia, cada proyecto debe ser coherente con el anterior y así continuar para seguir creciendo” (Estrada 2013a).[10] Dieser Schwerpunkt, welcher bis 2011 das Projekt geprägt hat, wurde mit Beginn der neuen Projektphase verändert.

3.2.3. Aktuelles Projekt 2012 - 2014

Das aktuelle Projekt trägt den Namen ‚Promoción y organización de la Salud como un derecho humano a nuevas parroquias de la Arquidiócesis’. Es ist für den Zeitraum Januar 2012 - Dezember 2014 angesetzt und hat drei Ziele:

[9] „Es gab keine Instituationen, es gab nix. Die Regionen waren komplett mittelos, ohne Zugang, ohne Beachtung.“

[10] MISEREOR fordert mit jedem Projekt eine Verbesserung der Arbeit. […] Die Projekte basieren aufeinander, jedes Projekt muss zusammenhängend mit dem vorherigen sein und das Ziel ist zu wachsen.“

Projektziele

Das **übergeordnete Ziel** des aktuellen Projektes ist: Generar procesos participativos a la población, que tiendan a la transformación de la realidad, para mejorar las condiciones de vida a través de la implementación de acciones de incidencia, educación, prevención y promoción de la salud.[11]

Dieses wird in drei spezifische Ziele untergliedert:[12]

Ziel 1: Desarrollar procesos de formación y capacitación a nuevos agentes que brinden herramientas técnicas y metodológicas para la atención de grupos.[13]

Ziel 2: La oranización de la pastoral de salud a nivel comunitario, parroquial y arquidiocesano contribuye a la identificación de alternativas de solución a la problemática de salud existente y a la defensa y promoción al derecho de salud.[14]

Ziel 3: Contribuir a la prevencion del VIH/SIDA, promovociendo el cambio de comportamiento con énfasis en jóvenes y mujeres, en nuevas parroquias de la Arquidiócesis.[15] (Vgl. Vicaria Episcopal 2011: S.11ff.)

Erstmals stehen die Prävention von Krankheiten und die Promotion der Gesundheit im Vordergrund und die operativen Hilfsleistungen geraten in den Hintergrund. Der Schwerpunktwandel betrifft sowohl die Arbeit der ‚neuen' ACPS, welche im Rahmen des neuen Projektes ausgebildet wurden, wie auch die Arbeit der ‚älteren' ACPS.

---

[11] Partizipative Prozesse der Bevölkerung tragen durch Einflussnahme, Bildung, Gesundheitsprävention und –förderung zur Verbesserung der Lebensbedingungen bei.

[12] Bezüglich der Indikatoren, Strategie und Aktionen siehe Anhang

[13] Die Aus- und Weiterbildung neuer GesundheitspromotorInnen stellt die nötigen technischen und methodischen Instrumente für die Betreuung von gefährdeten Gruppen zur Verfügung.

[14] Die Organisation des Gesundheitspastorals auf Gemeindeebene, Pfarrebene und auf Niveau der Erzdiözese trägt zur Identifizierung alternativer Lösungen für die bestehenden Gesundheitsprobleme und zur Förderung und Verteidigung des Rechtes auf Gesundheit bei.

[15] Zur HIV-/AIDS-Prävention wird durch Aktivitäten zur Förderung von Verhaltensänderungen, insbesondere bei Jugendlichen und Frauen, beigetragen.

3.2.4. Ausbildung der neuen ACPS

Die Arbeit mit den neuen ACPS hat im April 2012 begonnen. Die Ausbildung dauert ein Jahr. Alle zwei Wochen findet eine eintägige Schulung statt. Die Ausbildung umfasst drei Module.

Modul 1 dauert insgesamt 8 Stunden und ist eine Art Einführung in die Arbeit des Gesundheitspastorals. Das Pastoral und die Gesundheitsrealität in El Salvador werden vorgestellt.
Modul 2 vermittelt Werkzeuge und Methoden zu den Schwerpunkten Organisation und Führungsrolle der ACPS in ihrer Gemeinschaft. Planungs- und Diagnostiktools werden in insgesamt 36 Modulstunden vermittelt.
Modul 3 ist das Gesundheitsmodul, in denen die ACPS Kurse zu Themen wie Erste Hilfe, HIV und AIDS, Umwelt, Ernährung und Krankenpflege von alten Personen erhalten. Es ist das längste Modul und umfasst insgesamt 56 Kursstunden. (Vgl. Gutíerrez 2013: S.34ff.)

Während der Ausbildungsphase der ACPS findet gleichzeitig die Phase der Organisation auf Gemeindeebene und die damit verbundene Komiteegründung statt, sodass die Arbeit mit der Gemeinde[16] schon mit Ende der Ausbildung beginnen kann. Ein Komitee setzt sich aus ca. 15-25 Personen zusammen, die gemeinsam als Team in ihrer Gemeinde tätig werden. In jedem Team befinden sich ca. drei ausgebildete ACPS, die ihr Wissen an das Komitee weiter vermitteln und zumeist Führungspositionen einnehmen. Im zweiten und dritten Jahr werden die Komitees noch intensiv von den Mitarbeiterinnen des Pastorals begleitet. Arbeitspläne für das kommende Jahr werden gemeinsam erstellt, Materialien und Wissen zur Verfügung gestellt. Sollten aufgrund der Gemeinderealitäten weitere Ausbildungsworkshops notwendig sein, werden diese von den Mitarbeiterinnen vor Ort durchgeführt.

Die Komitees treffen sich jede zweite Wochen. Bei jedem zweiten Treffen ist eine Mitarbeiterin anwesend. Die Aktionen werden bereits in dieser Phase selbstständig geplant und eigenständig durchgeführt. Mit Ende 2014 sollen die ACPS und ihre Komitees in der

[16] Der Begriff Gemeinde wird im Kontext der Arbeit als die Dorfgemeinschaft verstanden. Der Begriff bezieht sich also nicht ausdrücklich auf die kirchliche Gemeinde, sondern involviert auch alle nicht katholischen Personen, die Teil der lokalen Gesellschaft sind.

Lage sein selbstständig weiterarbeiten zu können, ohne auf die Hilfe der Mitarbeiterinnen des Pastorals angewiesen zu sein.

Abbildung 4: ACPS beim HIV Weiterbildungsworkshop; Quelle: Eigene Aufnahme

Die ‚alten' ACPS und ihre Komitees, welche schon vor 2012 in ihren Gemeinden als GesundheitshelferInnen tätig waren, arbeiten mittlerweile sehr selbstständig. Es besteht aber nach wie vor ein regelmäßiger Kontakt zum Gesundheitspastoral, vor allem bezüglich der Koordination der Zonen. Ziel ist es die alten ACPS mit den neuen zu vereinen und ein diözesanes Gesundheitsnetz zu etablieren. Dies soll die Nachhaltigkeit des Projektes sicherstellen.

3.2.5. Arbeit der Komitees in den Gemeinden

Die Arbeit der ACPS wie auch der Komiteemitglieder findet auf rein freiwilliger Basis statt, sie bekommen keinen Lohn vom Gesundheitspastoral. Aufgabe der Komitees ist es Aktivitäten in den Gemeinden zu entwickeln, die die Prävention von Krankheiten sowie die Gesundheitsförderung zum Ziel haben. Ein grundlegender Pfeiler ihrer Arbeit sind Vorträge zu Themen wie zum Beispiel HIV Prävention, Promotion eines gesunden Lebensstils, Prävention von Dengue, Umgang mit der Umwelt oder die Gesundheitsvorsorge von Kindern und Schwangeren. Die Vortragsthemen variieren von Gemeinde zu Gemeinde,

jenachdem welchen Thematiken die größte Relevanz beigemessen wird. Ein weiterer Aspekt ist die Durchführung von Kampagnen wie zum Beispiel die Organisation einer Reinigungskampagne, an der so viele BewohnerInnen wie möglich teilnehmen sollen.

Und auch wenn nicht mehr der primäre Fokus auf der Behandlung von kranken Personen liegt, so sind die ACPS dennoch oft die erste Anlaufstelle für erkrankte BewohnerInnen. Sie sind darin geschult Krankheiten zu erkennen und die Personen gegebenenfalls an entsprechende Institutionen weiterzuleiten. Auch übernehmen viele Komiteemitglieder Arbeiten wie zum Beispiel Kranken- oder Altenpflege.

Neben den operativen Aufgaben im direkten Kontakt mit der indirekten Zielgruppe liegt es auch im Aufgabenbereich des Komitees, die Dorfgemeinschaft im Gesundheitsbereich zu organisieren und zu koordinieren sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verwalten. Darüber hinaus nehmen ein bis zwei Delegierte der Komitees an lokalen Foren teil. Zum einen handelt es sich dabei um eine Interessensvertretung auf politischer Ebene, zum anderen bieten die Foren einen Raum für die strategische Planung und Koordination mit anderen Instanzen, die auf lokaler Ebene tätig sind.

4. Forschungsfragen

Bevor die erhobenen Ergebnisse dargelegt werden, um sie anschließend zu analysieren, soll an dieser Stelle noch einmal spezifisch auf die Forschungsfragen eingegangen werden, welche an die Daten gestellt werden. Basierend auf der vorliegenden theoretischen Dikussion zur Partizipation in EZA Projekten von NGOs ist der Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit anhand eines Projektbeispiels zu untersuchen, in wie weit der Partizipationsgedanke in der Praxis umgesetzt wird und ob die angesprochenen Widersprüche von Projektmanagement und Partizipation in der Praxis bestätigt werden. Zur genauen Konkretisierung des Forschungsschwerpunktes wurden zwei Forschungsfragen formuliert, welche anhand der empirischen Forschung beantwortet werden sollen.

Forschungsfrage 1:

Wie weit erstreckt sich der partizipative Gestaltungsspielraum der Zielgruppe und der Partnerorganisation im untersuchten Projekt?

Im Rahmen dieser Frage soll analysiert werden, welche Instanzen in welchem Ausmaß an der Projektgestaltung teilhaben. Es wird untersucht, welche unterschiedlichen Partizipationsgrade seitens der Zielgruppe und Partner-NGO vorliegen und welche Partizipationsverständnisse die verschiedenen AkteurInnen aufweisen. Des Weiteren wird überprüft, ob die Rhetorik aus den Projektdokumenten in der Praxis umgesetzt wird.

Darauf aufbauend wird die zweite Forschunsgfrage gestellt.

Forschungsfrage 2:

In wie weit beeinflussen die angewandten Managementtools sowie die Machtverhältnisse zwischen den AkteurInnen die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation?

Im Kontext dieser Forschunsfrage wird die Beziehung der einzelnen Instanzen zueinander analysiert und untersucht, welche Machtpotentiale vorliegen und in wie weit diese ausgeübt werden. Des Weiteren wird erforscht, welche Managementtools im Projekt angewendet

werden. Basierend auf diesen Ergebnissen werden die Auswirkungen der Managementtools sowie die Einflussnahme der AkteurInnen auf die vorliegende Partizipation analysiert. Die Frage, ob diese wie von der Theorie behauptet, die Partizipation im untersuchten Projekt erschweren, wird beantwortet.

Datenerhebung

An dieser Stelle soll des Weiteren genauer auf die empirische Datenerhebung, deren Entstehungssituation und die formalen Charakteristika des Materials eingegangen werden.

Die erhobenen Projektinformationen basieren auf Projektberichten, teilnehmender Beobachtung und Interviews. Letztere wurden während meines sechswöchigen Forschungsaufenthaltes in San Salvador, der Hauptstadt von El Salvador, durchgeführt. Fünf Wochen lang arbeitete ich mit den fünf Kolleginnen des Gesundheitspastorals zusammen und wohnte auch bei einer von ihnen. Sie waren sehr offen, gaben mir Einblick in alle Dokumente und ich durfte an allen bürointernen Besprechungen wie auch Treffen mit der Zielgruppe teilnehmen. In den letzten zwei Wochen wurde eine externe Evaluierung seitens MISEREORs durchgeführt, mit dem Fokus auf die Projektjahre 2005-2008. Dafür wurden diverse Treffen mit der alten Zielgruppe ins Leben gerufen, welche sehr nützlich für die Erhebung meiner Daten waren. Entsprechend viele Informationen in Bezug auf die Zielgruppe und die Partner-NGO wurden durch die Methodik der **teilnehmenden (offenen) Beobachtung**[17] erhoben.

Darüber hinaus führte ich im Rahmen meines Forschungsaufenthaltes **15 qualitative halbstrukturierte und offene Interviews**[18]. Die Interviews wurden mit dem Diktiergerät aufgezeichnet und daraufhin am Computer transkribiert. Alle Interviews wurden auf freiwilliger Basis durchgeführt.

Sechs Interviews habe ich mit den **Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals** geführt. In diesen ging es vor allem darum, Informationen zur Arbeit der Mitarbeiterinnen, deren Einstellung und die Zusammenarbeit mit MISEREOR zu erheben. Die Mitarbeiterinnen

[17] Zur genauen Beschreibung der Methodik siehe Ebster/Stalzer 2008: S.199
[18] Zur genauen Beschreibung der Methodik siehe Ebster/Stalzer 2008: S.188ff.

hatten großes Vertrauen zu mir, waren sehr hilfsbereit und haben offen über ihre Arbeit berichtet und auch Stellung bezogen. Die Interviews dauerten im Schnitt 30-60 Minuten.

Fünf Interviews habe ich mit der **direkten Zielgruppe des Vorläuferprojektes** geführt. Dies ist eine vergleichsweise hohe Zahl, die sich aber anhand dessen erklären lässt, dass es sich um unterschiedliche Interviewfragen handelte. Zwei Personen wurden grundlegend zu ihrer Arbeit befragt. Im Prozess des Forschungsaufenthaltes kamen des Weiteren neue Aspekte auf, die mit den ersten beiden Interviews nicht abgedeckt waren. Entsprechend wurden drei zusätzliche Personen zu den neuen Fragen interviewt. Die externen Evaluatorinnen haben darüber hinaus zwei Gruppendiskussionen mit der alten, direkten Zielgruppe durchgeführt. Generell war es eher schwierig Vertrauen zu dieser Zielgruppe aufzubauen, da ich nur ca. zwei Stunden mit den Menschen verbracht habe. Die diversen teilnehmenden Beobachtungen aus den Versammlungen stellen aber eine gute Ergänzung zu den Interviews dar.

Mit der **direkten Zielgruppe des aktuellen Projektes** habe ich zwei Interviews geführt, eines davon war ein Gruppeninterview mit drei Personen. Die Befragungen wurden während eines zweitägigen Workshops durchgeführt, in welchem ich mich gut in die Gruppe integrieren und ihr Vertrauen gewinnen konnte. Diese Interviews wurden handschriftlich dokumentiert.

Das Gesundheitspastoral arbeitet generell nicht direkt mit der **indirekten Zielgruppe** zusammen. Entsprechend schwer war es mit dieser in Kontakt zu treten. Da die neuen ACPS im Juli 2013 erst angefangen haben mit der neuen indirekten Zielgruppe zusammen zu arbeiten, dienen diese aufgrund von nicht vorhandener Erfahrungen noch nicht als Informationsquelle. Zu meinem Glück wurde aber auf Wunsch der Evaluatorinnen ein Treffen mit einer alten indirekten Zielgruppe arrangiert. Dort hatte ich die Möglichkeit zwei kurze Interviews zu führen und durch die teilnehmende Beobachtung mehr über ihre Erfahrungen mit dem Projekt herauszufinden.

Generell ist die Datengenerierung in Bezug auf die indirekte Zielgruppe aber mangelhaft. Dasselbe gilt in Bezug auf das Miterleben von Tätigkeiten der ACPS in ihren Komitees wie auch im Kontakt mit der indirekten Zielgruppe. Diese beiden Aspekte fielen mir schon

während des Forschungsaufenthaltes auf, aufgrund der prekären Sicherheitslage war ich aber an den Arbeitsplan der Mitarbeiterinnen gebunden und konnte mich aus genanntem Grund nicht eigenständig auf den Weg machen.

Nach dem Forschungsaufenthalt konnte ich abschließend ein persönliches **Interview mit der Projektreferentin von MISEREOR** führen. Dieses Interview wurde ebenfalls handschriftlich dokumentiert.

Die dritte angewendete Datenerhebungsmethode ist die **Inhaltsanalyse von Projektdokumenten**. Während ich bezüglich der Arbeiten und Einstellungen von MISEREOR nur auf offizielle Dokumente zugreifen konnte, hatte ich beim Gesundheitspastoral freien Zugang zu den internen Dokumenten.

Verarbeitet und analysiert wurden die Daten anhand der Kategorien, die auf Grundlage der theoretischen Diskussion gebildet wurden. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erwies sich als sehr wertvoll. Aufgrund der Kategorien, die an die Daten herangetragen wurden, war es mir möglich mit einer großen Datenmenge und verschiedenen Arten von Materialen zu arbeiten und diese zu vergleichen.

5. Forschungsergebnisse

Inhalt dieses Kapitels ist die Darstellung aller relevanten Rechercheergebnisse aus dem Forschungsaufenthalt wie auch aus den Projekt- und Organisationsdokumenten, um auf dieser Basis anschließend die Forschungsfragen analysieren und beantworten zu können. Die Ergebnisse sind gegliedert nach ihrer inhaltlichen Relevanz für die Beantwortung der zwei Forschungsfragen. In Kapitel 5.1 werden alle Informationen zur späteren Beantwortung der ersten Forschungsfrage gegeben. In Kapitel 5.2 werden die notwendigen (bzw. fehlenden) Informationen zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage gegeben.

5.1. Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation

Innerhalb der Abschnitte von diesem Unterkapitel wird jeweils erst auf die Aussagen von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral in ihren Dokumenten eingegangen, und danach ein Einblick in die Ergebnisse der erhobenen Daten während meines Forschungsaufenthaltes gegeben. Dies ermöglicht einen späteren Vergleich der Repräsentation der Organisationen nach außen mit der tatsächlich vorliegenden Partizipation.

5.1.1. Partizipation der Zielgruppe

In diesem Abschnitt wird die Partizipation der direkten und indirekten Zielgruppe dokumentiert. Die Forschungsergebnisse zum Zielgruppenverständnis bzw. der Definition der Zielgruppe im Projekt werden festgehalten. Des Weiteren wird darauf eingegangen, wie ausgeprägt die Partizipation der Zielgruppen ist, ob ein Empowerment der Zielgruppen angestrebt wird und welche Einstellung die Zielgruppen zum Projekt hat.

5.1.1.1. Zielgruppenverständnisse

Zielgruppenverständnis in den Dokumenten

MISEREOR führt allgemein an, dass ihre Zielgruppen die „Ärmsten der Armen“ sind, unabhängig von Religion, Staatsangehörigkeit, Geschlecht etc. Die Angehörigen werden

rein nach sozialen Kriterien ‚definiert' (vgl. MISEREOR 2013a). Eine spezifische Beschreibung der Zielgruppe des untersuchten Projektes gibt es seitens MISEREOR nicht.

Laut Projektantrag des Gesundheitspastorals umfasst die direkte Zielgruppe des untersuchten Projekts die vom Gesundheitspastoral ausgebildeten ACPS, ihre Komiteemitglieder und die Familienmitglieder. Insgesamt 8375 Personen werden als direkte Zielgruppe angeführt. Eine Begründung, warum genau diese Personen zur direkten Zielgruppe gerechnet werden, wird nicht angeführt.

Zielgruppenverständnis in der Praxis

Von den Mitarbeiterinnen wie auch der MISEREOR Projektreferentin werden in der operativen Projektdurchführung nur die Menschen, mit denen das Gesundheitspastoral direkt zusammenarbeitet, als direkte Zielgruppe verstanden. „Entonces los directos son los voluntarios, que salgan que se capaciten. Ellos son los beneficiarios directos. Ya los indirectos serían a quienes ellos les van a dar los temas, van a hacer todo, ya son las communidades" (Polanco 2013b).[19] Als direkte Zielgruppe werden also nur die vom Gesundheitspastoral ausgebildeten ACPS verstanden. Somit reduziert sich die direkte Zielgruppe mit dem neuen Zielgruppenverständnis auf 150 angestrebte Personen, von denen 136 die Ausbildung absolviert haben.

Zielgruppenverständnis der vorliegenden Arbeit

In der Arbeit wird das in der Praxis verwendete Zielgruppenverständnis übernommen. Die direkte Zielgruppe sind also die ACPS, die vom Gesundheitspastoral ausgebildet werden. Als indirekte Zielgruppe werden alle Menschen, die vom Wissen und der Arbeit der ACPS profitieren, verstanden. Dies umfasst also auch die Komiteemitglieder und die Familien der GesundheitshelferInnen. Besonders schwer ist die Abgrenzung zwischen den ACPS und den Komiteemitgliedern, da diese beide die Bildungsarbeit vor Ort durchführen und mit der Gemeinde zusammenarbeiten. Letztendlich ausschlaggebend ist aber der Kontakt zum Gesundheitspastoral und die damit verbundene Ausbildung. Bei der Darstellung der Forschungsergebnisse wie auch der Analyse wird somit zwischen der direkten und indirekten Zielgruppe unterschieden. Wird verallgemeinernd von ‚der Zielgruppe'

[19] „Die direkte Zielgruppe sind also die Freiwilligen, welche die Arbeit ausführen und die Ausbildung erhalten. Die indirekte Zielgruppe sind diejenigen, die an den Vorträgen teilnehmen, also die Gemeinde."

gesprochen, umfasst dieses Verständnis sowohl die indirekte wie auch die direkte Zielgruppe.

5.1.1.2. Kontaktaufnahme zwischen Zielgruppe und Partnerorganisation

Auswahl der Zielgruppe laut den Dokumenten

Weder in MISEREOR Dokumenten noch in den Dokumenten des Gesundheitspastorals werden Aussagen zum Findungsprozess von Partnerorganisation und Zielgruppe gemacht.

Auswahl der Zielgruppe in der Praxis

Das Gesundheitspastoral ist in drei Departments tätig und tritt in diesen aktiv an die Gemeindepriester heran und fragt sie, ob sie Interesse an dem Projekt hätten. Es sind nicht die Gemeinden, die auf das Gesundheitspastoral zukommen, sondern das Gesundheitspastoral geht auf die Gemeinden zu. Die Gemeinden werden dabei nicht nach dem Kriterium ausgewählt, welche die bedürftigsten indirekten Zielgruppen haben, maßgeblicher ist die Reaktion und das Interesse des Gemeindepriesters. Die Zielgruppe hat kein Mitspracherecht.

Die Informationen über das Projekt werden vom Priester an den lokalen Kirchenvorstand weitergeleitet, der wiederum die Gemeindemitglieder über das Projekt und die Ausbildung zum ACPS informiert. Er entscheidet auch, ob die BewerberInnen zuverlässig und in der Lage sind, die Arbeit auszuüben und leitet sie an das Gesundheitspastoral weiter. Kriterien, die das Gesundheitspastoral an die ACPS (also die direkte Zielgruppe) stellt, sind gute Schreib- und Lesefähigkeiten sowie Volljährigkeit, Ausnahmen werden aber gemacht. Ein weiteres indirektes Kriterium sind die finanziellen Mittel der ACPS. Die Ausbildung findet Gemeinde übergreifend statt und auch die Arbeit in den Gemeinden geht oft mit Transportkosten einher, welche nicht vom Gesundheitspastoral getragen werden. Das Gesundheitspastoral vertraut den Empfehlungen des lokalen Kirchenvorstands und führt keine weiteren ‚Verfahren' durch, um heraus zu finden, ob die interessierten Personen ‚geeignet' sind.

5.1.1.3. Vorliegende Partizipationsverständnisse

Partizipationsverständnis in den Dokumenten

Es gibt keine offizielle Definition von MISEREOR bezüglich ihres Verständnisses vom Begriff ‚Partizipation'. In ihren Dokumenten werden zwar viele partizipative Aspekte und Ansichten angesprochen, diese werden aber nicht (bzw. nur sehr selten) unter dem Begriff ‚Partizipation' angeführt. Eine indirekte Aussage zur Partizipation der Zielgruppe ist zum Beispiel folgende:

> *Am besten gelingt gewünschte Veränderung immer dann, wenn sie vom System selbst gesteuert wird, d.h., wenn ein System selbst definiert, welche Veränderung es erreichen möchte, selbst die voraussichtlich erfolgreichen Maßnahmen dafür identifiziert und plant, selbst beobachtet und überprüft, welche Veränderungen tatsächlich stattfinden und darüber entscheidet, wie darauf zu reagieren ist. […] Die Rolle des von außen Kommenden (z.B. einer Entwicklungsorganisation) ist dann nicht mehr eine Intervention durchzuführen, sondern Anstoß zu geben und ein System im Veränderungsprozess zu unterstützen (MISEREOR 2006: S.5f.).*

Aus solchen indirekten Aussagen, die auf das Verständnis von Partizipation schließen lassen, kann geschlussfolgert werden, dass MISEREOR seine Entwicklungsphilosophie im Sinne der repräsentativen und transformativen Partizipation versteht, aber auf die Verwendung des Begriffes ‚Partizipation' keinen gezielten Fokus setzt.

Auch im Projektantrag des Gesundheitspastorals wird die Partizipation der Zielgruppe eher nebensächlich erwähnt. Es wird als wichtig angesehen Menschen die technischen Werkzeuge zu geben und Methoden zu lehren, dass diese aktiv ihre eigene Entwicklung gestalten können. Des Weiteren ist die Rede davon, dass die Selbstorganisation (und damit einhergehend die Beteiligung der BewohnerInnen) gestärkt werden soll, sodass diese Einfluss auf die lokale Politik nehmen und für ihre eigenen Interessen einstehen können. Am direktesten wird die Partizipation im Oberziel angesprochen: Partizipative Prozesse der Bevölkerung tragen durch Einflussnahme, Bildung, Gesundheitsprävention und –förderung zur Verbesserung der Lebensbedingungen bei. (Vgl. Vicaria Episcopal 2011: S.11)

Partizipationsverständnisse in der Praxis

Vier Personen der **direkten Zielgruppe** wurden bezüglich ihres Verständnisses des Begriffes/Konzeptes ‚Partizipation' befragt. ‚Partizipation' wurde dabei schlicht mit dem Wort ‚teilnehmen' übersetzt. Wobei es sich um keine Übersetzung handelt, da ‚Partizipation'

auf Spanisch das geläufige Wort für ‚an etwas teilnehmen' ist, welches im Alltag entsprechend häufig verwendet wird. Keiner der Personen war das Partizipationsverständnis der Entwicklungszusammenarbeit geläufig. Eine Person hat Partizipation darüber hinaus mit dem Bewusstwerden der lokalen Situation in Verbindung gebracht (vgl. Constanza 2013). Die indirekte Zielgruppe wurde nicht bezüglich ihres Partizipationsverständnisses befragt.

Auch die Mitarbeiterinnen des **Gesundheitspastorals** haben weder eine allgemeine Schulung zum Konzept der ‚Partizipation' in der Entwicklungszusammenarbeit erhalten noch sind sie mit der damit einhergehenden Diskussion vertraut. Entsprechend unterschiedliche Vorstellungen von Partizipation liegen vor. Wobei die Mitarbeiterinnen zwar unterschiedliche Schwerpunkte beim Verständnis von Partizipation setzen, einander aber nicht widersprechen. Das Mitarbeiterinnenteam verbindet Partizipation mit dem Aktivwerden der Zielgruppe, sie sollen ihre eigene Entwicklung selbst in die Hand nehmen und zu dieser ermächtigt werden. Partizipation bedeutet entsprechend nicht nur zu reden, sondern auch aktiv zu werden, also die Situation zu erkennen, Entscheidungen zu treffen und entsprechend zu handeln. (Vgl. Estrada 2013b und Polanco 2013b) Als Ziel von Partizipation wird von Tejada die Erhöhung der Lebensqualität, durch die verbesserte Selbstorganisation der Gemeinschaften, angegeben (vgl. Tejada 2013). Das Partizipationsverständis des Gesundheitspastorals ist somit im repräsentativen und vor allem auch transformativen Bereich anzuordnen.

Die Projektleiterin von **MISEREOR** warnt bei der Bitte um eine Definition des Begriffes ‚Partizipation', dass es sich um einen Mainstream Begriff handelt, dem unterschiedlichste Bedeutungen zugrunde liegen. Sie geht näher auf das Verständnis von Partizipation als Protagonismus der Zielgruppe ein, möchte aber keine genaue Definition geben und beschreibt stattdessen die Partizipation der Zielgruppe in den eigenen Projekten. Die Zielgruppe solle in allen Phasen der Projektarbeit möglichst stark einbezogen werden und sollte die Ausgangslage des Projektes darstellen: „Die Leute vor Ort sagen was das Problem ist und wie sie es ändern wollen" (Projektreferentin MISEREOR 2013). Ihr Partizipations-verständnis wäre somit im repräsentativen Bereich einzuordnen.

5.1.1.4. Partizipation der Zielgruppe im Projekt

Zur Beantwortung dieser Frage wird sich an den sechs Schritten des Project Cycle Management orientiert:

1. *Programming* des Projektes
2. Identifizierung der Probleme im lokalen Kontext
3. Design der genauen Zielsetzungen und den damit verbundenen Projektinhalten
4. *Support Seeking* (sowohl finanziell, wie auch materiell und politisch)
5. Implementierung der Aktivitäten
6. Evaluierung

(Vgl. Biggs/Smith 2003: S.1743f.)

Untersucht wird die Partizipation der direkten und indirekten Zielgruppe in den einzelnen Schritten. Unterschieden wird dabei zwischen der Partizipation auf lokaler Ebene (Projekt in der eigenen Gemeinde) und der Partizipation auf Gesamtprojektebene (welches vom Gesundheitspastoral koordiniert und von MISEREOR unterzeichnet wird).

Aussage der Dokumente zur vorliegenden Partizipation der Zielgruppe

Das Partizipationsverständnis laut den Dokumenten von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral wurde bereits anhand des Abschnitts zum Partizipationsverständnis illustriert. Darüber hinaus gibt es keine weiteren Aussagen zur operativen Partizipation der Zielgruppe im untersuchten Projekt.

Partizipation der Zielgruppe in der Praxis

Die indirekte Zielgruppe hat keinen direkten Einfluss auf das Gesamtprojekt. Sie steht nicht in Kontakt zum Gesundheitspastoral, stattdessen sind die Komitees ihre direkten AnsprechspartnerInnen. Bei diesen können sie Wünsche und Meinungen äußern. Somit haben sie eventuell Einfluss auf die Projektgestaltung in der eigenen Gemeinde aber keinen auf das Gesamtprojekt. In keiner der Projektphasen werden sie spezifisch in die Projektgestaltung einbezogen, weder auf lokaler noch auf Gesamtprojektebene. Ausnahme war hierbei die Evaluierung der externen Evaluatorinnen im Juli 2013. Diese haben gezielt um ein Treffen mit einer indirekten Zielgruppe gebeten und im entsprechenden Treffen

zusammen mit der indirekten Zielgruppe eine SWOT Analyse[20] durchgeführt. Laut den Evaluatorinnen wurde des Weiteren geschaut, ob die indirekte Zielgruppe durch das Projekt erreicht wird und welche Verbesserungsvorschläge sie für die Zukunft haben. Die normalerweise nicht vorhandene Partizipation der indirekten Zielgruppe wird relativiert durch die Ansicht, dass die ACPS durch ihre Angehörigkeit zur Dorfgemeinschaft gleichzeitig selber Teil der indirekten Zielgruppe sind und somit die Interessen der indirekten Zielgruppe bekannt sind und immer einbezogen würden (vgl. Guitiérrez 2013b).

Die direkte Zielgruppe legt den eigenen Arbeitsplan und somit die Vortragsthemen und Aktivitäten auf **lokaler Ebene** selber fest. Hierbei werden sie vom Gesundheitspastoral lediglich unterstützt. „Nosotros jugamos un papel de asesoría tecnica, no tanto de ir a ejecutar las actividades. Cuando nosotros nos reunimos con los voluntarios es para revisar los planes de trabajo, para orientarles, proporcionarle material si lo necesitan pero no ir a hacerlo nosotros mismos sino que lo hagan ellos" (Estrada 2013a).[21] Die direkte Zielgruppe entscheidet selbst, in welchen Bereichen es ihnen am sinnvollsten erscheint, mit der Gemeinde zu arbeiten. Das Projektdesign basiert auf der Identifizierung der lokalen Probleme und Bedürfnisse, welche zum Beispiel durch das Gemeindemapping erhoben werden Auch kümmern sie sich selbstständig um materielle Unterstützung seitens der Stadtverwaltung, zum Beispiel in dem diese ihnen Getränke und Räumlichkeiten für Vorträge und Workshops zur Verfügung stellen. Die Durchführung des Projektes/der Aktivitäten (Implementierung) liegt allein bei den ACPS und ihren Komitees. Sind diese nicht motiviert oder nicht am Projekt interessiert, findet entsprechend keine Projektdurchführung statt. Die Zielgruppe dokumentiert ihre Arbeit und am Ende des Jahres wird gemeinsam mit dem Gesundheitspastoral geschaut, welche Ziele erreicht wurden und wie sie sich noch verbessern können bzw. wo sie Zukunftschancen sehen. Diese Evaluierungen fließen in den Arbeitsplan wie auch die Fortbildungen der ACPS und ihrer Komitees ein. „Siempre tenemos la participación de ellos. Nos interesa para que ellos vayan viendo lo que quieren hacer y cómo lo quieren hacer" (Polanco 2013b).[22]

---

[20] SWOT steht für Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threads

[21] „Wir übernehmen eine technische Beratungsrolle und weniger die Ausführung der Aktivitäten. Wenn wir uns mit den Freiwilligen treffen geht es darum die Arbeitspläne zu überprüfen, ihnen Orientierung und wenn notwendig Materialien zu geben. Es geht nicht darum, dass wir kommen und die Arbeit machen, das liegt bei ihnen."

[22] „Die Partizipation von ihnen [der Zielgruppe] ist immer gegeben. Für uns ist wichtig, dass sie immer schauen was sie tun möchten und wie sie es umsetzten können."

Auf **Gesamtprojektebene** spiegeln die ACPS den Mitarbeitrinnen des Gesundheitspastoral die Realität der Projekte wieder und formen somit deren Projektverständnis (Identifikation). Sie werden vom Gesundheitspastoral spezifisch bei der Erstellung von neuen Projektanträgen zu Rate gezogen (Design). „En la formulación del proyecto les pedimos insumos, nosotros la hacemos, pero no desde el escritorio, sino en las comunidades, en los grupos y después nos reunimos“ (Polanco 2013b).[23] Die direkte Zielgruppe dient aber eher als Informationsquelle, als dass sie in die strategische Planung einbezogen wird. So haben sie zum Beispiel auch kein Mitspracherecht bei der Budgetverwendung. Die ACPS partizipieren des Weiteren an den Evaluierungen des Gesamtprojektes. Da aber nicht alle ACPS zur Evaluierung ausgewählt werden, haben nicht alle ACPS denselben Einfluss auf das Projektmanagement des Gesamtprojektes.

5.1.1.5. Empowerment der Zielgruppen

Wie bereits bei meiner Definition von Partizipation und Empowerment angeführt, ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, das Empowerment der Zielgruppe wissenschaftlich zu erheben. Da aber, wie in diesem Abschnitt deutlich wird, sowohl MISEREOR wie auch das Gesundheitspastoral das Empowerment der Zielgruppe anstreben, kann das Projekt nur dann ganzheitlich analysiert und verstanden werden, wenn der Aspekt des Empowerments ebenfalls berücksichtigt wird. Entsprechend werden an dieser Stelle Aussagen zum Empowerment der Zielgruppe gemacht, welche aber nur als persönliche Einschätzung bzw. als grobe Tendenzen verstanden werden können!

<u>Empowerment in den Dokumenten</u>
Auch bezüglich ihres Empowermentverständnisses gibt MISEREOR keine genaue Definition. Beim Lesen ihrer Grundsätze und ihrem Verständnis von Entwicklung wird aber deutlich, dass ein Empowerment der Zielgruppe angestrebt wird:

[23] „Bei der Formulierung eines Projektes holen wir uns Input von ihnen. Wir formulieren das Projekt, aber nicht vom Schreibtisch aus, sondern in den Gemeinden, in den Gruppen und danach setzten wir Mitarbeiterinnen uns zusammen“

> *MISEREOR setzt auf die Kraft, die Fähigkeit und den Mut der Armen: Den Menschen die Möglichkeit geben, sich selbst zu helfen, aufzustehen, den ersten Schritt zu tun. Das ist das wirksamste Mittel gegen Armut. MISEREORS langjährige Erfahrung beweist das. […] Daher zielen alle MISEREOR-Projekte immer darauf, die Eigeninitiative und Selbsthilfekräfte der Menschen zu stärken (MISEREOR 2013a).*

In Bezug auf das untersuchte Projekt gibt es keine spezifischen Aussagen seitens der offiziellen Dokumente MISEREORs. Die Mitarbeiterin Estrada sagt über MISEREOR: „Es que ellos eso es lo que más han exigido, el empoderamiento de la gente“ (Estrada 2013a).[24]

Auch im Antrag des aktuellen Projektes wird vom Gesundheitspastoral nicht explizit das Empowerment der Zielgruppe angesprochen. Die Ziele, die erreicht werden sollen, sind die verbesserten Kenntnisse und Skills der direkten Zielgruppe wie auch die Verbesserung der lokalen Organisation, dass diese aktiv auf die Entwicklung der Gesundheitssituation in ihrer Gemeinde Einfluss nehmen können. „[P]or ello la importancia de proporcionarles a las personas las herramientas técnicas y metodológicas para que se conviertan en sujetos activos de sus propios procesos.“ (Vicaria Episcopal 2011: S.2)[25]. Es geht also deutlich aus dem Projektproposal hervor, dass das Empowerment der Zielgruppe zur eigenen Selbsthilfe das angestrebte Ziel ist. Aber auch die Aktivität der indirekten Zielgruppe soll gefördert werden: „[P]orque aún existe una gran brecha en concientizar a nuestra población sobre la importancia de su participación en el cumplimiento de este derecho fundamental que es la Salud” (Vicaria Episcopal 2011: S.6).[26]

Empowerment in der Praxis

Ein Empowerment der indirekten Zielgruppe ist kein direkt ausgesprochenes Ziel des Projektes. Die Arbeit der direkten Zielgruppe mit der indirekten zielt aber letztendlich auf die Wissensvermittlung im Gesundheitsbereich sowie die Aufklärung ihrer Rechte ab. Dies soll die Zielgruppe dazu ermächtigen ihre Gesundheitssituation selber in die Hand zu nehmen. Dieses Empowerment basiert auf den neu erworbenen Kenntnissen, welche es der indirekten Zielgruppe ermöglichen, besser auf ihre Gesundheit zu achten und Krankheiten

[24] „Was MISEREOR am meisten von uns gefordert hat ist das Empowerment der Menschen.“

[25] „Deshalb ist es so wichtig den Personen die techischen Werkzeuge und Methoden zu vermitteln, dass diese zu aktiven Subjekten ihres eigenen Prozesses werden.“

[26] „Denn noch immer exisitiert ein großer Spalt darin unserer Bevölkerung zu verdeutlichen wie wichtig ihre Teilhabe bei der Umsetztung dieses grundlegenden Rechtes der Gesundheit ist.“

zu vermeiden. Ob dieses Empowerment tatsächlich stattfindet und den Menschen das Gefühl der Machtlosigkeit gegen die Gesundheitssituation genommen wird, ist anhand der Forschungsergebnisse dieser Arbeit aber nicht zu beantworten.

Ein klares Ziel des Projektes ist das Empowerment der direkten Zielgruppe, so dass diese selbstständig die Verbesserung ihrer lokalen Gesundheitssituation voran trägt. „Enseñarles a hacerlo, eso creo que es lo principal para que ellos se quedan haciendolo" (Polanco 2013b).[27] Die Bildung, die die ACPS erhalten, ermöglicht es ihnen, genauer den komplexen Gesundheitskontext zu verstehen und entsprechend zu handeln. Sie bekommen in der Ausbildung Werkzeuge und Methoden vermittelt und eine verbesserte Organisation der lokalen Gemeinschaft wird angestrebt. Letztendlich soll die Zielgruppe *empowered* werden, ihre eigene gesundheitliche Situation selbst in die Hand zu nehmen und zu verbessern. Des Weiteren wird sie auch über ihre Rechte aufgeklärt und dazu aufgefordert, diese auf Stadtebene zu vertreten und von der Politik einzufordern. Dies ist das Empowerment, welches letztendlich in allen ACPS erreicht werden soll. Im Bezug auf die ACPS aus Vorgängerprojekten kann der Erfolg bestätigt werden. Diese sind mittlerweile in der Lage selbstständig ihre Arbeit durchzuführen.

Darüber hinaus liegt ein weiterer Fokus des aktuellen Projektes auf dem Empowerment der Frauen. Vor allem im HIV Workshop, in dem nur mit weiblichen ACPS gearbeitet wurde, konnten hierzu viele Informationen erhoben werden. In Bezug auf das Empowerment von Frauen steht im Mittelpunkt, dass diese sich gleichwertig zu den Männern fühlen und Selbstvertrauen bekommen. Diese Erkenntnisse werden zum einen durch die Workshops hervorgerufen, zum anderen durch ihre Arbeit als ACPS. Sie bekommen eine Ausbildung und damit Skills vermittelt, was viel bedeutet, da viele Frauen einen niedrigeren Bildungsabschluss als Männer haben.

Eine weitere angestrebte Form des Empowerments ist die Teilnahme an politischen Foren, in denen die lokalen Interessen vertreten werden sollen. Von den Komitees werden zwei Personen ausgewählt, die an diesen Foren teilnehmen (entsprechend bezieht sich diese Form des Empowerments nur auf eine kleine Gruppe der ACPS bzw. der Komiteemitglieder). Die

[27] „Ihnen zu zeigen wie es geht, dass ist meiner Meinung nach das wichtigste, dass sie selber weitermachen".

VertreterInnen nehmen einmal im Monat an einem thematischen Rundtisch und einem intersektoriellen Forum teil. In dem Forum geht es um die intersektoriale Zusammenarbeit, beim thematischen Rundtisch um die lokale Gesundheitssituation. Auf lokaler Ebene wird geschaut, wo Probleme bestehen und welche anderen Organisationen im selben Bereich tätig sind. Zum einen soll die Arbeit besser koordiniert werden, zum anderen werden gemeinsame Forderungen an die Politik gestellt. (Vgl. Estrada 2013a) „Es importante por la razón de que ahí se pueden unir esfuerzos con otras instituciones para abordar un problema específico de salud, se pueden establecer las coordinaciones, se puede lograr el apoyo de otras instituciones y poder tener un mayor impacto, un major resultado de las actividades que se desarrollen" (Estrada 2013a).[28]

5.1.1.6. Wirkungskontrolle

Unter dem Aspekt der Wirkungskontrolle soll zum einen die Einstellung der Zielgruppe zum Projekt festgehalten werden, zum anderen wird überprüft ob das Projekt den Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht. In den Projektdokumenten wird weder auf die Durchführung einer Wirkungskontrolle noch auf mögliche Ergebnisse Bezug genommen. Anhand der teilnehmenden Beobachtungen wie auch der Interviews war es aber möglich, ausreichend Daten zu generieren.

Zur Einstellung der **indirekten Zielgruppe** zum Projekt konnten nur in einer Gemeinde direkte Daten gesammelt werden. Zur Verfügung stand hierzu die indirekte Zielgruppe der Gemeinde ‚Rosario de Mora', welche seit mehr als zehn Jahren am Projekt teilnimmt. Sie hat sich auf Nachfrage durchwegs positiv zum Projekt geäußert. Wenn es aber näher ins Detail ging, welche Vorteile sie genau durch das Projekt erfahren habe, wurde oft auf materielle Hilfen Bezug genommen, welche im Vorläuferprojekt gegeben wurde, im neuen Projekt aber in den Hintergrund geraten ist.

[28] „Es ist wichtig, da in diesem Raum Kräfte vereint werden können um spezifische Gesundheitsprobleme in Angriff zu nehmen. Eine verbesserte Koordination wird etabliert und die Hilfe anderer Institutionen kann gewonnen werden. Dadurch haben wir einen größeren Einfluss und bessere Ergebnisse bei den durchgeführten Aktivitäten."

> *Proyectos de nutrición, ayudas de zapatos para los niños, ropa y cuando hubo el desastre de la tormenta del 2011 en noviembre también fue lo primero que nos ayudaron en todas las formas nos ayudan y ha habido un gran cambio […] porque ellos ayudan en todas formas no sólo en salud sino realmente en todas formas (Ponce Urquilla 2013).*[29]

Keine befragte Person der indirekten Zielgruppe hat von sich aus die positiven Effekte und Nützlichkeit der Präventions- und Gesundheitspromotionsarbeiten angesprochen. Bei der Frage nach ihren größten Wünschen bzw. Bedürfnissen in Bezug auf die Gesundheitssituation ihrer Gemeinschaft wurde durchgängig eine regelmäßige medizinische Versorgung vor Ort gefordert. Die Gemeinde Rosario de Mora wird bisher nicht von den Ecos betreut.

Bezüglich der Motivation der indirekten Zielgruppe, an den Angeboten (in diesem Fall Reinigungskampagnen des Dorfes) der Komitees teilzunehmen, sagen die ACPS folgendes: „Quizas el trabajo lo llevamos en mayor medida los que somos el Comité y algunas personas que nos apoyan pero no toda la comunidad está dispuesta o con interés a que la comunidad esté limpia“ (Cabreza/Luzman 2013).[30] Auch hängt die Beteiligung der DorfbewohnerInnen in manchen Fällen von ihrer Religion ab. Während diese in vielen Gemeinden völlig nebensächlich ist (vgl. Tejada 2013), sagt Luzman: „A mí, en mi comunidad me pasó eso que cuando yo voy a dar una charla y yo voy a convocar, a invitar a las personas que son de otras sectas que no son católicos, ellos dicen que no porque va a ser en la Iglesia Católica“ (Cabreza/Luzman 2013).[31] Dies scheint aber eher ein Ausnahmefall zu sein, der vor allem in kleineren Dorfgemeinschaften nur sehr selten vorkommt. Die Arbeit der Komitees wird also durchwegs positiv aufgenommen, aber nicht immer durch die aktive Teilnahme der indirekten Zielgruppe unterstützt.

Der neue Fokus des Projektes auf der Prävention von Krankheiten und der Promotion der Gesundheit entspricht zumeist nicht den primären Wünschen/Bedürfnissen der indirekten

[29] „Ernährungsprojekte, Schuhe für die Kinder, Kleidung und nach dem großen Gewitter im November 2011 waren sie auch die ersten, die uns auf jegliche Weise geholfen haben. Sie helfen und es gab große Veränderungen […] denn sie helfen in allen Formen und nicht nur bei Gesundheitsangelegenheiten.“

[30] „Die Arbeit wird meistens vom Komitee und einigen Personen die helfen durchgeführt. Aber nicht alle aus der Gemeinschaft sind gewillt oder haben Interesse daran, dass die Gemeinde sauber ist.“

[31] „Mir ist es in meiner Gemeinde passiert, dass ich auch Personen anderer Religionen zu den Vorträgen eingeladen habe und diese die Einladung ablehnten, mit der Begründung, dass die Vorträge in der katholischen Kirche stattfinden.“

Zielgruppe. Aber er wird von der Bevölkerung laut der ACPS angenommen: „Pues la gente lo está retomando de buena manera porque hoy ya no esperan a que los niños se enfermen para curarlos, para llevarlos, para ir corriendo con ellos a la unidad verdad sino que mejor están previniendo la enfermedad“ (Cabreza/Luzman 2013).[32]

Abbildung 5: Reunion mit der indirekten Zielgruppe in Rosario de Mora; Quelle: Eigene Aufnahme

Die **direkte Zielgruppe** ist sehr angetan von dem Projekt. Sie äußern sich durchweg positiv und vermitteln diese Euphorie auch durch ihre Körpergestik. Ihre Einstellung spiegelt sich auch in ihrer Motivation wider, welche letztendlich die Ausgangsbasis für den Erfolg des Projektes ist. Ein Großteil von ihnen ist sehr motiviert und sieht in ihrer Arbeit die Chance, sich positiv in die Gemeinschaft einzubringen „se siente satisfactorio poder ayudar a los demás“ (Cabreza/Luzman 2013).[33] Sie bekommen keine Entlohnung für ihre Arbeit, stattdessen müssen sie sogar noch selber für die Transportkosten aufkommen und genügend Zeit für die Arbeit im Komitee finden. Das alles hindert sie nicht daran ihre Arbeit

[32] „Die Leute nehmen es gut auf. Heute warten sie nicht mehr darauf, dass die Kinder krank werden um dann zur Gesundheitsstation zu laufen, sondern versuchen Krankheiten vorzubeugen.“

[33] „Es fühlt sich gut an und macht zufrieden, anderen zu helfen.“

weiterzuführen. Generell verschreiben sich die ACPS und ihre Komiteemitglieder jahrelang der Arbeit. Die häufigsten Gründe, die Arbeit niederzulegen sind Krankheit, eine bezahlte Arbeit und fehlende finanzielle Mittel. Nur sehr wenige beenden ihre Tätitgkeit als ACPS aufgrund von fehlendem Interesse oder Überzeugung der Sinnhaftigkeit des Projektes. Die Partizipation der Zielgruppe kann grundlegend als positives Feedback verstanden werden. Würden sie das Projekt in Frage stellen, würde es wohl zu mehr ‚Austritten' kommen.

Bei der Frage nach Verbesserungsvorschlägen zum Projekt werden vor allem der Mangel an Geld für Transport und Materialien sowie die fehlende Unterstützung seitens der Kirche und anderer Institutionen angeführt. Einige wünschen sich noch mehr Weiterbildungen und führen an, dass ihre Komitees zu klein seien, um allen Aufgaben nachzukommen. Der Großteil der Wünsche richtet sich auf die bessere Ausführung der eigenen Arbeit. Die Inhalte und die Veränderung des Schwerpunktes des Projektes in den letzten Jahren wurden nicht in Frage gestellt. Bei genauerer Nachfrage bezüglich der Meinung zum neuen Fokus der Arbeit bilden sich zwei Gruppen heraus. Während alle ACPS zumindest oberflächlich überzeugt sind und verstehen, wieso es zu den Änderungen gekommen ist, ‚trauern' jene, in deren Dorfgemeinschaften noch keine Ecos ‚angekommen' sind, der operativen Arbeit aber nach und halten diese nach wie vor für sinnvoll.

> *Si, si era mejor porque en la comunidad en la casa de la salud teníamos algunos medicamentos que nosotros manejábamos entonces si a las horas de la noche nos llegaban a la casa pues nosotros inmediamente íbamos ahí verdad, pero imagínese, hoy no teniendo nada, venir hasta el pueblo a deshoras de la noche significa un riesgo más todo el tiempo que nos lleva ahora (Arevalo 2013).*

Jene, deren Gemeinden von den Ecos erreicht werden, deren vorherige Arbeit also durch die Ecos übernommen wurde, sehen die neue Thematik als wichtige ergänzende Komponente an und sind sehr zufrieden mit dem Schwerpunktwandel.

5.1.2. Partizipation der Partnerorganisation

Nachdem die Partizipation der Zielgruppe beleuchtet wurde geht es in diesem Abschnitt um die Partizipation des Gesundheitspastorals, welches von MISEREOR als Partnerorganisation bezeichnet wird. Es wird festgestellt, welches Verständnis die Instanzen vom Begriff ‚Partnerschaft' haben, was dies in Bezug auf die Partizipation der Partnerorganisation

bedeutet und wie die Beziehung der PartnerInnen zueinander ist. Des Weiteren wird die Einstellung der Mitarbeiterinnen vom Gesundheitspastoral zum Projekt aufgezeichnet.

5.1.2.1. Die Partnerschaft von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral

Partnerschaftsverständnis in den Dokumenten

Basierend auf dem Verständnis von MISEREOR, dass Entwicklung ein Prozess des sozialen Wandels ist, der von den Betroffenen selbst gestaltet und reflektiert wird, ist ein spezifisches Charakteristika von ihnen, dass sie keine Entwicklungsprojekte selber durchführen, sondern stattdessen die Arbeit von eigenständigen Partnerorganisationen unterstützen (vgl. MISEREOR 2006: S.3). „MISEREOR arbeitet mit unabhängigen Partnerorganisationen im Süden zusammen und schätzt diese als gleichberechtigte Partner. MISEREOR nimmt ihre Belange ernst und bemüht sich, Partnerschaft so zu gestalten, dass die Partner in ihrer eigenen Weiterentwicklung unterstützt werden“ (MISEREOR 2010: S.4). Zu einer Zusammenarbeit bzw. Förderung der Partnerprojekte kann es nur in den Bereichen kommen, in denen die Ziele beider Seiten übereinstimmen. Als wesentliche Charakteristika dieser Begegnung sieht MISEREOR die Begegnung auf Augenhöhe. Es sei wichtig, dass es beide Seiten schaffen „ihre Interessen und Erwartungen, ihre Erfahrungen, Ideen und Strategien wie auch ihre Verpflichtung gegenüber dem anderen klar und ausreichend einzubringen“ (MISEREOR 2006: S.6). Entsprechend bedürfe es für eine gute Partnerschaft mehr als nur technisch-fachlicher Kompetenzen, nämlich zum Beispiel auch Empathie und Verstehen, Toleranz und Respekt und die Einsicht, dass es nicht möglich ist, die Wirklichkeit des anderen komplett zu begreifen (vgl. MISEREOR 2006: S.6). Die Partnerorganisation ist in Bezug auf die Projektausführung laut MISEREOR federführend: „Die Partnerorganisationen formulieren ihre Ziele aufgrund ihres eigenen Entwicklungsverständnisses, ihrer spezifischen Erfahrung vor Ort und ihrer Zusammenarbeit mit Zielgruppen, die sie durch ihre Arbeit unterstützen wollen“ (MISEREOR 2006: S.6). „So ist sicher gestellt, dass die kulturellen, politischen und strukturellen Verhältnisse vor Ort bei der Projektarbeit berücksichtigt werden“ (MISEREOR 2013a). Aussagen seitens der Dokumente des Gesundheitpastorals zum partnerschaftlichen Verhältnis gibt es nicht.

Partnerschaftsverhältnis in der Praxis

Das untersuchte Projekt wird wie in den Dokumenten beschrieben selbstständig von einer unabhängigen Partnerorganisation durchgeführt. Wie genau die beiden PartnerInnen miteinander interagieren, ist schwer zu beurteilen, da ich nicht in den direkten Kontakt zwischen den beiden PartnerInnen eingebunden war. Aus den Interviews wie auch der allgemeinen Einstellung der MitarbeiterInnen gegenüber MISEREOR habe ich aber das Gefühl bekommen, dass sie sich auf Augenhöhe begegnen und die von ihnen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit angegebenen Werte gelebt werden. Meine erste Anfrage, mit der Bitte das Projekt im Rahmen meiner Diplomarbeit zu untersuchen habe ich an die Projektverantwortliche in Deutschland gerichtet. Diese hat mich aber direkt darauf hingewiesen, dass dies nicht in ihrem Entscheidungsrahmen liegen würde, sondern ich mich direkt an die PartnerIn vor Ort wenden müsse.

Die Mitarbeiterinnen fühlen sich und ihre Arbeit von MISEREOR wertgeschätzt. „Si creemos que MISEREOR ha tenido confianza y credibilidad en nosotros. [...], le hemos demostrado que podemos hacer las acciones responsablemente y por eso nos sigue apoyando“ (Estrada 2013a).[34] Sie haben keine Angst vor möglichen Evaluierungen und suchen gezielt den Kontakt zu MISEREOR (wenn diese zum Beispiel aufgrund anderer Projekte vor Ort sind) (vgl. Polanco 2013a). Die Mitarbeiterinnen schätzen an ihrer Kooperation mit MISEREOR, dass ihnen viele Handlungsfreiheiten gegeben werden. „[MISEREOR] ha sido muy respetuosa de lo que nosotros decimos, porque ellos no dicen que hacer sino que somos nosotros“ (Polanco 2013b).[35] Dies ermögliche es, den Fokus auf die Arbeit und deren bestmögliche Ausführung zu legen (vgl. Polanco 2013a). Das Gesundheitspastoral ist sehr um die Zufriedenstellung von MISEREOR bemüht. Sie sind sich darüber bewusst, dass MISEREOR sich auch dazu entscheiden kann den Projektvorschlag nicht zu unterschreiben und sind entsprechend bestrebt, alle formalen Forderungen in den Antrag einzubauen wie auch eine auf das Proposal ausgerichtete erfolgreiche Arbeit zu leisten (vgl. Estrada 2013a).

[34] „Wir glauben, dass MISEREOR in uns Vertrauen hat und an uns glaubt. […] wir haben gezeigt, dass wir die Aktionen verantwortlich durchführen können und deswegen unterstützen sie uns weiterhin.“

[35] „MISEREOR ist sehr respektvoll gegenüber dem was wir sagen, denn sie sagen uns nicht was wir tun sollen, sondern das machen wir.“

5.1.2.2. Partizipation des Gesundheitspastorals im Projekt

Partizipation laut den Dokumenten

Wie genau die Aufgabenaufteilung in einer Partnerschaft ausschaut wird von MISEREOR nicht angesprochen. Diese sind mehr aus dem Partnerschaftsverständnis herauszulesen. Dieses sagt aus, dass die eigenständigen Partnerorganisationen ihre Ziele selber formulieren und somit für die Projektentwicklung wie auch -durchführung die Hauptverantwortlichen sind. „Ein bewusstes Planen, Beobachten und Auswerten der Arbeit und ihrer Wirkung sind wichtige Bausteine für die partnerschaftliche Kommunikation. Wenn die Partner im Süden MISEREOR vermitteln können, wie sie Entwicklung verstehen und auf welche Weise ihre Projektarbeit dazu beitragen soll, dann kann MISEREOR dies mit vollziehen und auch eigene Überlegungen und Erwartungen in den Prozess einbringen“ (MISEREOR 2006). Seine eigene Rolle sieht MISEREOR darin, die Fähigkeiten der PartnerInnen zu fördern und zu stärken (vgl. CIDSE/MISEREOR 2008: S.15). Spezifisch in Bezug auf das untersuchte Projekt gibt es weder von MISEREOR noch vom Gesundheitspastoral Dokumente, die auf die Aufgabenverteilung eingehen.

Partizipation des Gesundheitspastorals in der Praxis

Die Verantwortung für das gesamte Projektmanagement liegt beim Gesundheitspastoral. Das Projekt wurde von lokalen Personen ins Leben gerufen. Die *overall strategy* wurde von Anfang an vom Gesundheitspastoral festgelegt und das hat sich auch nicht mit der Funding Zusage von MISEREOR verändert. So wurde auch beim aktuellen Projekt der Schwerpunktwandel, wie auch die Ausweitung des Projektes auf 15 neue Gemeinden vom Gesundheitspastoral beschlossen. Das Gesundheitspastoral identifiziert die Probleme im lokalen Kontext in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe. Darauf basierend werden von den Mitarbeiterinnen die Ziele wie auch die Inhalte und einzelnen Schritte des Gesamtprojektes designed. Das Gesundheitspastoral bestimmt selber über die Ausmaße und die Inhalte der Ziele des Projektes. Auch bestimmen sie selbstständig die Indikatoren, anhand deren das Projektmonitoring möglich wird. Die verwendete dem Logframe ähnelnde Methode wird vom Gesundheitspastoral selbstständig zur Projektplanung angewandt. Sollten neben den Geldern von MISEREOR weitere benötigt werden, liegt es im Aufgabenbereich vom Gesundheitspastoral bei anderen Organisationen und staatlichen Institutionen um Unterstützung anzufragen (*support seeking*). Auch die Implementierung der Aktivitäten ist

ihre Aufgabe, diese wird auf lokaler Ebene aber vollständig an die ACPS und ihre Komitees abgetreten. Auf Gesamtprojektebene, also zum Beispiel der Durchführung der Bildungsmaßnahmen der ACPS, liegt die Durchführung der Aktivitäten im Aufgabenbereich des Gesundheitspastorals. Das (partizipative) Monitoring wird vom Gesundheitspastoral geleitet und basiert auf den erhobenen Informationen der ACPS und ihren Komittees. Die meisten Evaluierungen werden von lokalen, projektexternen EvaluatorInnen durchgeführt. Es handelt sich nicht um partizipative Evaluierungen, aber sie sind so ausgerichtet, dass die Mitarbeiterinnen (wie auch die Zielgruppe) im Evaluierungsprozess selber ihre Stärken und Schwächen reflektieren und aus den Erkenntnissen heraus neue Perspektiven und Aktivitäten entwickeln. Die Resultate werden gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen diskutiert und von diesen bestätigt, bevor sie an MISEREOR weitergeleitet werden. (Vgl. Estrada 2013b und Polanco 2013a)

5.1.2.3. Wirkungskontrolle

Die Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals sind grundlegend sehr vom Projekt überzeugt. Dies spiegelt sich auch in ihrer hohen Arbeitsmotivation wieder. Viele Komitees haben nur am Wochenende für die jede zweite Woche stattfindenden Treffen Zeit und so heißt es für viele Mitarbeiterinnen pro Komitee einmal im Monat am Samstag zu ihnen hinaus zu fahren. In Zeiten, in denen es viel zu tun gibt, werden viele Überstunden geschrieben, die nicht ausbezahlt werden. Polanco ist stolz auf ihr Team und deren Arbeitsmoral, da die Projektdurchführung nach striktem Stundenplan nicht möglich wäre. „Hay mucha disponibilidad de parte del equipo“ (Estrada 2013a).[36] Sie sind auch durchgängig vom Schwerpunktwandel, welcher mit Beginn des neuen Projektes eingeleitet wurde, überzeugt. Außerdem können sie aus ihrer eigenen Arbeit viel für sich selber mitnehmen. Estrada führt an, dass sie durch die Arbeit eine Menge für sich als Person dazulernen und völlig neue Themen angehen durfte, die ihr jetzt sehr am Herzen liegen. Sie hat das Gefühl mit ihrer Arbeit nachhaltig zur Verbesserung der Situation von El Salvador beitragen zu können (Estrada 2013). Positiv auf die Motivation der Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals wirkt sich des Weiteren aus, dass alle in die Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen werden und die Entscheidungen nicht allein von der

[36] „Es gibt eine große Einsatzbereitschaft seitens des Teams.“

Projektkoordinatorin getroffen werden. Das Projekt liegt den Mitarbeiterinnen sehr am Herzen und sie möchten es auf jeden Fall fortführen.

Abbildung 6: Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals; Quelle: Eigene Aufnahme

5.2. Vorliegende Machtverhältnisse und Projektmanagementtools

In diesem Abschnitt werden alle noch ausstehenden aber relevanten Informationen zur späteren Beantwortung der Forschungsfrage „In wie weit beeinflussen die angewandten Managmenttools sowie die Machtverhältnisse zwischen den AkteurInnen die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation" gegeben. Entsprechend wird zunächst die vorliegende Macht der Kerninstanzen wie auch der Kirche festgehalten und ihre Beziehung zueinander beschrieben, um anschließend die verwendeten Projektmanagementtools vorzustellen.

5.2.1. Beziehungen und Machtpotentiale der Instanzen

5.2.1.1. Beziehungen und Machtpotentiale der vier Kerninstanzen

BMZ – MISEREOR

Bevor näher auf die Beziehung und das Machtverhältnis von BMZ und MISEREOR eingegangen wird, wird an dieser Stelle noch kurz das BMZ als finanzierende Körperschaft vorgestellt.

Seit 1964 existiert zwischen der Bundesregierung und der katholischen Kirche eine entwicklungspolitische Zusammenarbeit. Für deren Umsetzung wurde die katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (KZE) gegründet. Die Geschäfte der KZE werden vollständig von MISEREOR wahrgenommen (vgl. MISEREOR 2013a). Das untersuchte Projekt wird zu 74,1% aus Geldern des BMZ und zu 25,9% aus Geldern von MISEREOR finanziert. Der Beitrag von MISEREOR setzt sich aus Spendengeldern und direkten Zuwendungen durch die Kirche zusammen. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013) Aufgrund der ¾ Finanzierung des BMZ wird der Fokus auf dem BMZ als finanzierender Körperschaft liegen.

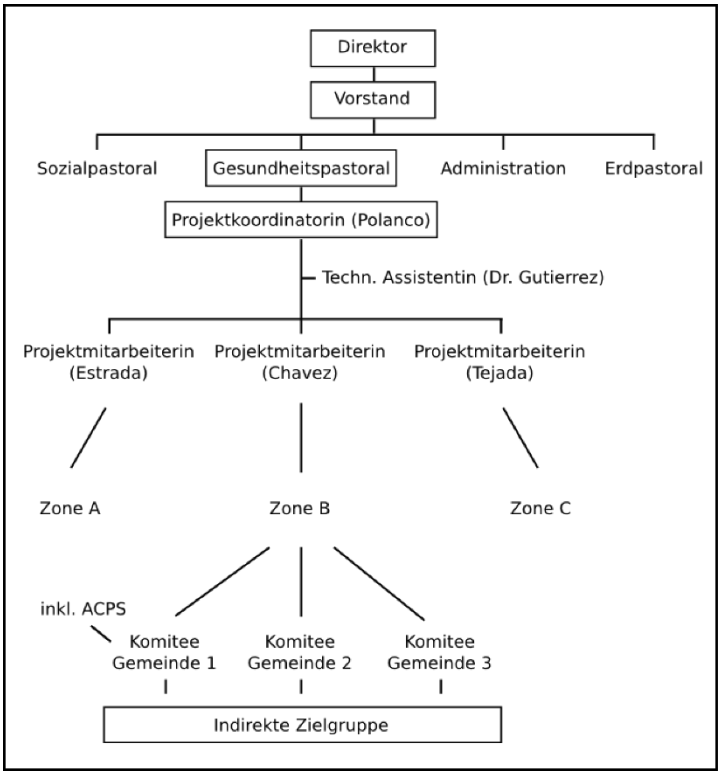

Abbildung 7: Übersicht der lokalen Instanzen; Quelle: Eigene Darstellung

Das erzbistümliche Sozialvikariat San Salvador wird vom Direktor geleitet, welcher dem Erzbischof unterstellt ist. Das Gesundheitspastoral ist eine Abteilung des Vikariats. Die Projekt- bzw. Abteilungsleitung liegt bei Margarita Polanco, welche von vier weiteren Mitarbeiterinnen unterstützt wird. Diese sind verschiedenen Zonen zugeteilt, in denen jeweils fünf lokale Projekte auf Gemeindeebene durchgeführt werden. Pro Gemeinde gibt es ein Komitee (inklusive der ACPS), welche mit der indirekten Zielgruppe zusammenarbeiten.

Das BMZ sagt bezüglich der Vergabe der Mittel, dass diese weder politischen Auflagen unterliegen noch missionarischen Charakter fördern. Darüber hinaus liege die Auswahl der Projekte bei der kirchlichen Zentralstelle (vgl. BMZ 2013b). MISEREOR unterliegt einem globalen Bewilligungsverfahren, dies bedeutet, dass alle Projekte zusammen bei der KZE eingereicht werden. Von der KZE wird MISEREOR eine Summe zugesprochen und anschließend werden die davon finanzierten Projekte dem BMZ vorgestellt und von diesen genehmigt. Darüber hinaus ist MISEREOR dem BMZ gegenüber rechenschaftspflichtig und muss Erklärungen über die Verwendung der Gelder abgeben. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013) Auch wenn das BMZ MISEREOR recht wenige Vorgaben macht, so sind die Machtverhältnisse dennoch klar. 50% der gesamten Gelder von MISEREOR werden seitens des BMZ durch den KZE Fund gestellt. Sollte dieses seine Förderung einstellen, ist MISEREOR nicht mehr in der Lage einen Großteil der Projekte weiterzuführen. Ein entsprechendes Interesse hat MISEREOR an der Zufriedenstellung des BMZ. Sollte dieses – stellvertreten durch die KZE – mit dem untersuchten Projekt nicht einverstanden sein, besteht die potentielle Gefahr, dass die Förderung verweigert wird und das Projekt nicht allein von MISEREOR getragen werden kann und somit eingestellt werden muss. Laut der Projektreferentin beschränken sich die Vorgaben des BMZ auf die formellen Anforderungen der eingereichten Projekte, wie zum Beispiel Formulierung von Zielen und Indikatoren (seitens der Partnerorganisation) sowie einer Evaluierung zur Ist-/Soll-Situation. Dieselben Maßstäbe setzt MISEREOR aber auch bei Projekten an, die aus eigenen Mitteln finanziert werden.

Allgemein ist laut der Projektreferentin das BMZ der Auffassung, „dass Kirchen an andere Zielgruppen kommen als staatliche Einrichtungen und deswegen Zusprüche zu weniger Kontrollen geben“ (Projektreferentin MISEREOR 2013). Das BMZ gibt auf seiner Homepage diesbezüglich folgende Stellungnahme:

> *Kirchliche Entwicklungszusammenarbeit erfolgt unterhalb der staatlichen Ebene. Sie ist durch ihre besondere Nähe zu den Ärmsten der Armen gekennzeichnet. Oft sind die Kirchen mit ihren weltweiten Verbindungen und Fachkräften direkt vor Ort die einzige Möglichkeit, auf die Basis bezogene, den Grundbedürfnissen der Menschen dienende Entwicklungsansätze zu fördern (BMZ 2013).*

Das BMZ spricht der kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit eine wichtige Rolle zu und scheint ein großes Vertrauen in die ausführenden Organisationen zu haben. MISEREOR –

bzw. die MISEREOR repräsentierende Projektreferentin – äußert sich ausschließlich positiv in Bezug auf das BMZ und den KZE Fund, geht aber nicht näher auf die ‚persönliche' Beziehung ein.

MISEREOR – Gesundheitspastoral

Auf die Beziehung zwischen MISEREOR und dem Gesundheitspastoral wird an dieser Stelle nicht mehr genauer eingegangen werden, da sie schon ausführlich unter dem Aspekt der Partnerschaft beleuchtet wurde.[37] Kurz zusammengefasst stehen die beiden in einem positiven und vertrauten Verhältnis zueinander. MISEREOR stellt wenige Forderungen an das Gesundheitspastoral und lässt diesem einen großen Freiraum in der Ausübung ihrer Arbeit. Das, was MISEREOR vom Gesundheitsministerium fordert (v.a. formelle Anforderungen), wird vom Gesundheitspastoral weitestmöglich umgesetzt.

Das Machtverhältnis von MISEREOR und Gesundheistpastoral ähnelt dem von BMZ und MISEREOR. Das Gesundheitspastoral ist auf die Finanzierung von MISEREOR angewiesen. MISEREOR ist der/die einzigE GeberIn, welche/r das Projekt in den letzten Jahren durchgängig gefördert hat und kommt des Weiteren für den Großteil der Finanzierung auf. Diese Abhängigkeit besteht aber vor allem im Bezug auf die Löhne der MitarbeiterInnen des Gesundheitspastorals. In dem Moment, wo das Projekt von Personen geleitet werden würde, die hierfür keine Entlohnung bekämen, wäre es auch ohne die Finanzierung MISEREORs durchführbar. Allerdings nur im eingeschränkten Rahmen, da es zum Beispiel zur Koordination des Gesamtprojektes eines Autos bedarf, welches entsprechende Kosten mit sich bringt. Die lokalen Projekte, welche generell von unbezahlten Freiwilligen durchgeführt werden, könnten weitergeführt werden. Allerdings würden diese wahrscheinlich aufgrund ausbleibender Weiterbildungsworkshops mit der Zeit an Qualität verlieren. Vor allem aufgrund des Interesses an einem bezahlten Arbeitsplatz ist es also für die Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastoral von großer Relevanz, die Finanzierung von MISEREOR beizubehalten.

[37] Bezüglich genauerer Infos siehe Abschnitt 5.1.2

Gesundheitspastoral – Zielgruppe

Zur direkten Zielgruppe (in diesem Fall verstanden als ACPS und ihre Komitees) gibt es vor allem am Anfang des Projektes eine sehr enge Beziehung. Die älteren Komitees pflegen nach wie vor einen regelmäßigen aber viel selteneren Kontakt zum Gesundheitspastoral. Die Beobachtungen haben ergeben, dass es sich um eine respektvolle Begegnung handelt, welche aber unterschwellig nicht auf Augenhöhe stattfindet. Wenn Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals bei den Treffen der Komitees anwesend sind, übernehmen sie oft eine moderierende Rolle und es scheint, als ob viele Komiteemitglieder die Meinung und Ansichten der Mitarbeiterinnen als wertvoller betrachten als ihre eigenen. Die Mitarbeiterinnen sind aber immer als Ansprechsperson für sie da und haben großen Respekt vor der freiwilligen Arbeit der ACPS und ihren Komitees, sowie vor deren großer Motivation. Auf die Aufgabenverteilung zwischen dem Gesundheitspastoral und den Zielgruppen sowie deren Partizipation im Projektmanagement wird an dieser Stelle nicht mehr genauer eingegangen.[38] Die indirekte Zielgruppe steht in keiner direkten Beziehung zum Gesundheitspastoral.

Die ACPS sind lokale VertreterInnen des Gesundheitspastorals was ihnen ihre Arbeit aufgrund des Ansehens des Pastorals in der Gemeinde erleichtert. Des Weiteren dient das Gesundheitspastoral der direkten Zielgruppe als Informationsquelle. Nach Abschluss der Ausbildung bekommen die ACPS durch das Gesundheitspastoral weiterhin Zugang zu Materialien und Weiterbildungen. Abgesehen von diesen Aspekten sind die ACPS in den lokalen Projekten (nach ihrer Ausbildung) aber unabhängig von ihm. Aufgrund der Selbständigkeit sowie der Nicht-Bezahlung der ACPS hat das Gesundheitspastoral gegenüber den Freiwilligen kein Drohpotential bzw. keine direkte Macht, es ist sogar von der Arbeit der ACPS abhängig. Sollten diese geschlossen ihre Arbeit niederlegen würde dies höchstwahrscheinlich zu einer Einstellung des Projektes führen. Im Bezug auf das Gesamtprojekt ist die Zielgruppe dem Gesundheitspastoral in ihrer Entscheidungs- bzw. Einflussmacht unterstellt. Aber auch hier gilt, dass wenn die Zielgruppe geschlossen eine andere Meinung vertritt, sich das Gesundheitspastoral ihnen beugen muss.

[38] Bezüglich genauerer Infos siehe Abschnitte 5.1.1.2 und 5.1.2.2

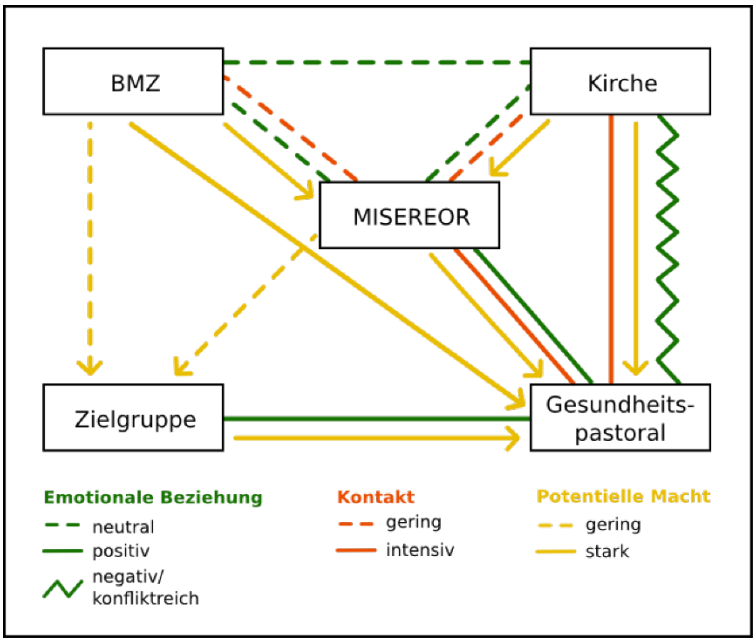

Abbildung 8: Beziehung, Kontakt und Machtpotential; Quelle: Eigene Darstellung

Neben den drei angeführten Beziehungen gibt es keine weiteren direkten Beziehungen zwischen den Kerninstanzen. Weder nimmt das BMZ direkten Kontakt zum Gesundheitspastoral auf, noch tritt MISEREOR in direkten Kontakt mit der Zielgruppe. Dies passiert nur bei Projektbesuchen vor Ort nach Absprache mit dem Gesundheitspastoral. (Auf die fünfte Instanz, die katholische Kirche, wird im folgenden Unterkapitel genauer eingegangen.) In Bezug auf die finanzierende Körperschaft, die Geber-NGO und die Partner-NGO liegen die typischen Machtverhältnisse vor. Rechenschaft wird nur der nächsthöheren Instanz abgelegt. Die finanzierende Körperschaft sitzt am längsten Hebel. Das Machtpotential des BMZ gegenüber MISEREOR ist auch auf das Gesundheitspastoral übertragbar. Des Weiteren hängt das Bestehen des Gesundheitspastorals von der Unterstützung MISEREORs ab. Die drei Instanzen stehen zwar ‚hierarchisch' über der Zielgruppe, diese ist aber die einzige Instanz die auch ohne die Finanzierung vom BMZ ihre Arbeit (wenn auch eingeschränkt) fortführen könnte.

Beziehung zu anderen NGOs

Bezüglich der Beziehung der Instanzen zu anderen AkteurInnen wird an dieser Stelle noch kurz auf die Kooperation von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral mit anderen NGOs eingegangen, dessen Datendarlegung es für die Analyse in Kapitel 6 bedarf.

MISEREOR ist Mitglied in diversen Netzwerken, deren Ziel eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit ist. Eine verbesserte Koordination bzw. ein vermehrter Informationsaustausch zur Verbesserung der EZA wird nicht angesprochen. Bezüglich der Offenlegung von Projektevaluierungen nimmt MISEREOR folgenden Standpunkt ein:

> *MISEREOR ist es mit Blick auf konkrete Qualitätsverbesserungen in einzelnen Projekten vor allem wichtig, ein möglicht umfassendes und offenes Lernen für die betroffene Organisation zu ermöglichen. Dazu brauchen Organisationen [...] einen geschützten Raum, d.h. sie wissen, dass die Ergebnisse des Prozesses nicht eins zu eins an die Öffentlichkeit gelangen. Deshalb veröffentlicht MISEREOR die Evaluierungsberichte von Einzelprojektevaluierungen nicht regulär (MISEREOR 2010: S.18).*

Das Gesundheitspastoral beteiligt sich durch die Teilnahme an Foren und *roundtables* aktiv an einer besseren Koordination der Aktivitäten vor Ort. Des Weiteren arbeiten sie eng mit den GesundheitspromotorInnen zusammen, wodurch Parallelstrukturen zum Staat vermieden werden. Außerhalb des Projektes kommt es aber zu keiner Datenoffenlegung oder dem Erfahrungsaustausch mit anderen Organisationen.

5.2.1.2. Fünfte Instanz – die potentielle Macht der Kirche

Kirchliche Wurzeln von Geber- und Partner-NGO

MISEREOR ist ein Hilfswerk der katholischen Kirche Deutschland. Die Organisation ist aus einem Spendenaufruf im Jahr 1958 entstanden. Das Motto der überaus erfolgreichen Fastenaktion war das Bibelwort „Misereor super turbam“, was so viel bedeutet wie ‚Ich habe Mitleid mit den Menschen’. Die Idee der Aktion war (und ist), dass sich Christen für mehr Gerechtigkeit und Solidarität in der Welt einsetzten. (Vgl. Frauenberg 2013) Gegen Hunger und Krankheiten in der Welt sollte durch Werke der Barmherzigkeit angegangen werden. Diese Grundidee ist noch heute ausschlaggebend für die MISEREOR Projekte (vgl. MISEREOR 2013).

Auch das Gesundheitspastoral findet seine Wurzeln in der katholischen Kirche. Es ist Teil des Vikariats des Erzbistum und im Gegensatz zu MISEREOR somit auch eine direkte Instanz der Kirche. Das eigene Selbstverständnis vom Gesundheitspastoral ist: „La acción evangelizadora de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar defender y celebrar la vida, haciendo presente la misión liberadora y salvadora de Jesús en el mundo de la salud“ (CELAM 2010: S.65ff.).[39] Ziel ihrer Arbeit ist: „Evangelizar con renovado espíritu misionero el mundo de la salud, en una opción preferencial por los probres y enfermos,

[39] Die evangelisierende Aktion mit der Verpflichtung das Leben zu fördern, schützen, verteidigen und zu feiern. Die Präsenzmachung der befreienden und rettenden Mission von Jesus in der Welt der Gesundheit.

participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria al servicio de la vida“ (CELAM 2010: S.65ff.).[40] Die Mission des Pastorals basiert auf drei Dimensionen:

- Der solidarischen (Begleitung von Kranken)
- der gemeinschaftlichen (die Arbeit in der Gemeinschaft, also die Gesundheitspromotion wie auch Prävention von Krankheiten)
- und der politisch-institutionellen (Teilnahme an politischen Foren, in denen die Gesundheitspolitik geformt wird).

(Vgl. Guitiérrez 2013a)

Potentieller Einfluss der Kirche auf Inhalte des Projektes

Sowohl MISEREOR als auch das Gesundheitspastoral basieren ihre Arbeit auf christlichen Grundwerten. Für beide ist die Religion die grundlegende Motivation, aber kein ausschließendes Kriterium gegenüber den Menschen, mit denen sie zusammenarbeiten. Neben der Angabe, dass die Kirche auch bei nicht kirchlichen Projekten bezüglich der Genehmigung der Projekt zu konsultieren ist, wurde seitens MISEREOR keine weiteren Aussagen zur inhaltlichen Ausrichtung der Projekte an die kirchliche Glaubenslehre gemacht bzw. ob die Kirche in Deutschland generelle Forderungen an die Projekte von MISEREOR stellt bzw. stellen darf. Da das Gesundheitspastoral eine direkte Instanz der Kirche San Salvador ist, hat es seine Arbeit auf die Grundsätze der katholischen Weltkirche auszurichten. Der ‚Guia Pastoral de la Iglesia’ ist das leitende Grundsatzdokument des Gesundheitspastorals. Es wird auch vom ‚Sombrilla de la Iglesia’ (Kirchenschirm) gesprochen, unter dem das Gesundheitspastoral steht und in dessen Kontext das Projekt durchgeführt wird. Die Arbeit und ihre Workshops sind thematisch immer an die Auffassungen der Kirche angepasst. Das Wissen, das den ACPS vermittelt wird, wird durch Bibelzitate gestützt. Zu Beginn jedes Treffens wird mit der Zielgruppe gebetet. Nur Personen katholischen Glaubens kommen als MitarbeiterInnen des Gesundheitspastorals in Frage.

[40] Die Evangelisierung der Welt der Gesundheit mit erneuertem missionarischem Geist. Mit Präferenz für die Armen und Kranken durch die Teilhabe an der Etablierung einer gerechten und solidarischen Gesellschaft und als Antwort an das Leben.

Potentielle Macht der Kirche auf das Projekt aufgrund der vorliegenden Hierarchie

Fast alle Projekte von MISEREOR werden über die lokalen Kirchen in den Partnerländern abgewickelt. Wenn die PartnerInnen vor Ort nicht der Kirche angehören und die Projekte rein durch Spenden finanziert werden, müssen sowohl der Bischof in Deutschland wie auch der Bischof im Partnerland ihre Bestätigung geben. MISEREOR ist also von der Zustimmung der kirchlichen Instanzen zum Projekt abhängig.

Auf Ebene des Erzbistums San Salvador ist die Genehmigung des Direktors einzuholen. Bei dem Wunsch der Initiierung des Projektes in einer neuen Zielgemeinde muss außerdem der lokale Priester das Projekt genehmigen. Das Gesundheitspastoral ist nur eine Instanz des Sozialvikariats des Erzbistums San Salvador und keine eigenständige juristische Person. Entsprechend sind alle Anträge vom Direktor zu unterzeichnen, welcher die Projektanträge auch an den Erzbischof weiterleitet und seine Genehmigung einholt. Das Gesundheitspastoral ist der Kirchenleitung (also dem Direktor wie auch dem Erzbischof) unterstellt (siehe Tabelle 2). Wenn diese das Projekt einstellen möchten, können sie dies ohne Zustimmung des Gesundheitspastorals tun. Das Budget des Gesundheitspastorals wird über die Administration des Vikariats geleitet und Genehmigungen sind von dieser Instanz einzuholen (Zum Beispiel die Benutzung der projekteigenen Autos, Benzingeld, etc.). (Vgl. Polanco 2013b) Die leitenden Direktoren des erzbistümlichen Vikariats sind Priester. Dies ist die grundlegende Voraussetzung für den Direktionsposten. In den letzten 1,5 Jahren hat es drei verschiedene Direktoren gegeben.

Projektebene	**Kirchlicher Vorgesetzter** (des Gesundheitspastorals)	**Einflussbereich des Vorgesetzten**
Gesamtprojekt	Direktor des erzbistümlichen Vikariats San Salvador (von dem das Gesundheitspastoral eine Abteilung ist)	Zur Durchführung des Gesamtprojektes braucht es die Zustimmung des Direktors. Auch während des laufenden Projektes nimmt er Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung des Projektes. >Nimmt keinen Einfluss auf die lokalen Projekte
Lokales Projekt	Priester der lokalen Zielgemeinde	Zur Durchführung des lokalen Projektes braucht es die Zustimmung des ansässigen Priesters >Nach Zustimmung zum Projekt hat dieser keinen weiteren Einfluss auf das Projekt

Tabelle 2: Kirchliche Vorgesetzte des Gesundheitspastorals; Quelle: Eigene Darstellung

Beziehung von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral zur Kirche

Das Gesundheitspastoral und das Erzbistum stehen in keinem positiven Verhältnis zueinander und es liegt keine Vertrauensbasis vor. Das Gesundheitspastoral ist dem Direktor gegenüber sehr skeptisch und misstrauisch, auch haben sie in der aktuellen Situation Angst vor möglichen Entscheidungen seinerseits: „[A]horita nos sentimos un poco inseguras" (Estrada 2013a). Keine Mitarbeiterin äußert sich positiv über ihn. Estrada beschreibt ihn als Hindernis (vgl. Estrada 2013b). Der Direktor wird generell also eher als eine Gefahr als ein *support* für das Gesundheitspastoral wahrgenommen, weswegen auch der Wunsch formuliert wurde das Projekt außerhalb der kirchlichen Hierarchien weiterzuführen. Der aktuelle Direktor des erzbistümlichen Vikariats ist seit Juni 2013 im Amt. Das Gesundheitspastoral hatte bis jetzt keinen näheren Kontakt zu ihm, was aber an einem Desinteresse des Direktors liegt. Die Projektreferentin MISEREORs gilt als Vertrauensperson seitens der Mitarbeiterinnen, die bei der Projektreferentin versuchen Zuflucht zu finden. MISEREOR bezieht aber keine Stellung, sondern bleibt neutrale Instanz. (Vgl. Polanco 2013b)

MISEREOR pflegt ein persönliches Verhältnis zum Erzbistum San Salvador. Wenn VertreterInnen auf Projektbesuch sind, treffen sie sich mit dem Direktor und wenn möglich auch dem Erzbischof. Dabei handelt es sich aber um diplomatische Treffen. (Vgl. Estrada 2013b). Zur Beziehung MISEREORs zur deutschen Kirche konnte kein genauer Einblick gewonnen werden. Es scheint sich um ein neutrales Verhältnis zu handeln.

5.2.2. Angewandtes Projektmanagement

Abschließend werden an dieser Stelle die im Projekt angewandten Managementtools festgehalten und es wird auf die Meinungen der AkteurInnen bezüglich deren Flexibilität eingegangen.

5.2.2.1. Verwendete Projektmanagementtools und Methoden

In der Organisationsstruktur von MISEREOR gibt es Personal, das sich spezifisch mit methodischen Fragen auseinander setzt und darüber hinaus Arbeitsgruppen (sogenannte Themenhäuser), die sich mit verschiedenen Thematiken bzw. Methoden zum Beispiel im Bezug auf Partizipation beschäftigen. Generell gibt es immer wieder Fortbildungen für die MitarbeiterInnen und es gibt auch eine ‚allgemeine Unruhe' unter den MitarbeiterInnen bezüglich der Richtigkeit sowie Optimierung ihrer Arbeit. Des Weiteren gib es Forderungen von außen an das Projektmanagement, welche fremdgesteuert sind. Die Projektreferentin warnt aber vor zu viel Aufruhr, da es mittlerweile viele sehr ähnliche Methoden gibt, die jeweils nur einen anderen Namen tragen. Für MISEREOR sei es wichtiger, dass der Fokus immer bei den PartnerInnen bleibt. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013) Seit 2010 wird seitens MISEREOR und BMZ durchwegs die Festlegung von Zielen sowie verbindlichen Indikatoren gefordert. Zwei Projektplanungstools werden von MISEREOR akzeptiert. Zum einen eine Methodik, die sich am Logframe orientiert, zum anderen das ‚Outcome Mapping'. Dieses sei zwar partizipativer, aber für die Partnerorganisationen schwieriger zu erlernen und wird auch nicht im untersuchten Projekt verwendet (vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013). Beide tools werden eingesetzt, um Struktur in ein Projekt zubringen, sowie das Projektziel aufzuzeigen als auch darüber hinaus Reflektionen zu ermöglichen. Gleichzeitig dienen sie der Nachvollziehbarkeit des Projektes und der Rechenschaft gegenüber dem BMZ (vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013). Bezüglich der Techniken zur Verkleinerung des Zwiespalts, also dem Formalisieren der Partizipation und dem Anpassen der Managementtools an die Partizipation, gibt es keine innovativen Ansätze seitens MISEREOR. Insgesamt werden aber verhältnismäßig wenige Planungsmethoden verwendet, die dann eher in abgeschwächter Form durchgeführt werden.

Sowohl das **Project Cycle Management** wie auch eine **Logframe-ähnliche Methode** können im Projektmanagement der Partnerorganisation erkannt werden, werden aber nicht als solche benannt. Bereits in den letzten drei Jahren hat das Gesundheitspastoral für jeden Projektantrag Daten zusammengefasst, die in Richtung des Logframes gehen. So werden die Ziele, die Indikatoren und die zu deren Erreichung geplanten Aktivitäten angeführt, wenn auch nicht in einer schematischen Tabelle. Ausgerichtet ist der ‚Logframe' dabei auf die Projektlaufzeit von drei Jahren, es werden aber keine *Milestones* für bestimmte Perioden

gesetzt. Der Anstoß zur Verwendung der *tools* wurde durch MISEREOR gegeben. Die Arbeit des Gesundheitpastorals richtet sich stark auf den erstellten ‚Logframe' aus. Er dient ihnen zur Orientierung und als grundlegende Arbeitsgrundlage: „Ellos nos apoyan para que cumplamos con esos objectivos entonces a eso obedece,… la meta nuestra es cumplir con los objectivos planteados en el proyecto" (Estrada 2013a).[41] Vor allem bezüglich der formellen Aspekte der Indikatoren wie auch deren *monitoring* bekommt das Gesundheitspastoral oft Feedback von MISEREOR, in dem Verbesserungen gefordert werden (vgl. Polanco 2013b). Dies liegt darin begründet, dass in den vergangenen Jahren die Indikatoren wie auch Ziele sich oft als nicht messbar herausgestellt haben. Des Weiteren wurde von MISEREOR der Wandel angeregt, anstatt der quantitativen Durchführung von Aktivitäten die erreichte Wirkung zu messen. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013)

Das Gesundheitspastoral verfasst jährlich einen ‚**narrativen Jahresbericht**'. In diesem geht es um die Darlegung des derzeitigen Projektfortschritts sowie um ein Update bezüglich der Situation in El Salvador. Das Monitoring liegt vollständig im Verantwortungsbereich der Partnerorganisation, welche diesbezüglich in Kontakt mit der Zielgruppe steht. Es handelt sich also um ein **partizipatives Monitoring**[42]. Das Monitoring der lokalen Projekte liegt bei der direkten Zielgruppe und deren Komitees. Diese erfassen die Menge sowohl aller stattgefundenen Aktivitäten als auch die der TeilnehmerInnen.

Zur Erhebung von relevanten Informationen für das Projektdesign wie auch die -durchführung werden im Rahmen von **partizipativen Planungsworkshops** mit der direkten Zielgruppe partizipative *tools* verwendet. Zwei Mitarbeiterinnen haben an einer Fortbildung zu partizipativen Methoden teilgenommen. Eine beschriebene Methode der Mitarbeiterinnen ist das **Mapping** der Zielgemeinde. Die ACPS zeichnen eine Karte von ihrer Gemeinde und markieren auf ihr alle projektrelevanten Punkte. Die Erkenntnisse der Kartierung fließen in die operative Arbeit der ACPS und ihrer Komitees ein. (Vgl. Gutiérrez 2013b) Eine weitere, oft angewandte Methode nennt sich ‚**ver, juzgar y actuar**'. Zunächst wird die Situation der

[41] „Sie unterstützen uns, dass wir es schaffen die Ziele zu erreichen, darauf ist unsere Arbeit ausgerichtet…unser Ziel ist es die geplanten Ziele des Projektes zu erfüllen."

[42] Beim partizipativen Monitoring geht es darum, dass die Zielgruppe bzw. die lokalen Instanzen den Projektverlauf überwachen. Die Zielgruppe erlebt den Prozess mit, kann ihn nachvollziehen, kennt das Ziel und kann somit den Projektverlauf beurteilen. Beim partizipativen Monitoring wird von der Zielgruppe entschieden, wie bzw. anhand welcher Indikatoren der Prozess beaufsichtigt und beurteilt wird.

Gemeinde von den ACPS analysiert. Dann wird über die Erkenntnisse gemeinsam reflektiert um anschließend situationsverändernde Arbeitsschritte festzulegen und durchzuführen (vgl. Polanco 2013b). Darüber hinaus erstellen die Komitees mit Unterstützung einer Mitarbeiterin jährlich ihren eigenen **lokalen Arbeitsplan**, in dem sie ihre Ziele und geplanten Aktivitäten festlegen. Halbjährlich bis jährlich evaluieren die Komitees zusammen mit einer Mitarbeiterin, in wie weit die zu Jahresbeginn selbst gesteckten Ziele erreicht wurden. Auf Gemeindebene wird hier aber keine spezifische Methode angewandt. Die Evaluierungen des Gesamtprojektes werden hauptsächlich von MISEREOR bzw. dieses stellvertretend von externen EvaluatorInnen durchgeführt. MISEREOR arbeitet nur mit externen EvaluatorInnen zusammen, stellt aber spezifische Anforderungen an die durchgeführten Evaluierungen. Die Evaluierungen sind **konventionelle Evaluierungen**, welche durch partizipative *tools* ergänzt werden. In Zusammenarbeit mit der direkten Zielgruppe wurden eine **Stakeholder[43]- und eine SWOT-Analyse** durchgeführt. Letztere wurde auch spezifisch zur personellen Struktur des Gesundheitspastorals mit den Mitarbeiterinnen erstellt. Darüber hinaus wurden mit diesen **Interviews** geführt.

5.2.2.2. Flexibilität des Projektmanagements

Da die lokale Arbeit auf die spezifische Situation der Dorfgemeinschaften angepasst wird weist sie generell eine große Flexibilität in thematischer Hinsicht auf. Auch zeitlich sind die Projekte vor Ort sehr flexibel. Zu Beginn des Jahres wird zwar ein Arbeitsplan festgelegt, sollte sich aber zum Beispiel unerwartet eine Krankheit ausbreiten wird der Arbeitsplan sofort entsprechend angepasst. Finanziell gibt es keine Flexibilität, da den Komitees generell kein Budget zur Verfügung steht. Sie haben also nicht die Möglichkeit selbstständig auf sich verbreitende Krankheiten z.B. in Form von Impfmaßnahmen zu reagieren.

Auch wenn anhand der Verwendung des *Logframes* im Proposal und Vertrag eindeutige Ziele und zu erreichende Indikatoren festgelegt sind, so ist es laut der Projektreferentin von MISEREOR kein Problem Ziele (auf Gesamtprojektebene) nachträglich zu ändern oder auch nachzutragen. Es komme relativ häufig zu Veränderungen während der Projektlaufzeit.

[43] Die Stakeholdernalyse dient zur Visualisierung der für das Projekt releventan AkteurInnen und der Charakterisierung der Beziehung zwischen den AkteurInnen und ihrer Vernetzung.

Häufig würden sogar nur vorläufige Projektanträge eingereicht, um eine durchgehende Finanzierung zu garantieren, welche dann im Laufe des Projektes angepasst werden. Neue Maßstäbe, die zur Unterstützung des Zieles gesetzt werden, können dabei von der Projektstelle selber unterschrieben werden. Sollte ein komplett neues Ziel dazu genommen werden, bedarf es der Unterschrift der Zentralstelle, wobei es sich aber eher um eine Formalität handelt; es gibt so gut wie keine Rückläufe. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013) MISEREOR schließt Verträge mit ProjektpartnerInnen über maximal drei Jahre ab. Dies wird damit begründet, dass es verwaltungstechnisch notwendig und mit Blick auf die Zielerreichung auch oft hilfreich sei (vgl. MISEREOR 2010: S.4). Generell werden aber langfristige Partnerschaften angestrebt, so dass die Verträge immer wieder erneuert werden und die Projekte an die aktuelle Situation angepasst werden können (vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013).

Sollte es zu einer Katastrophe oder einer anderen völlig veränderten Situation kommen, wird in der Regel die normale Arbeit nieder gelegt und dort mitgearbeitet, wo es am notwendigsten erscheint. Dadurch, dass das Budget des Gesundheitspastorals größtenteils für die Löhne der Mitarbeiterinnen verwendet wird, gibt es in diesem Bereich nur eine sehr geringe Flexibilität. In der Regel gibt es bei Notfällen aber zusätzliche ungebundene Gelder seitens der GeberInnen. Die Mitarbeiterinnen haben generell das Gefühl, dass MISEREOR sehr offen und flexibel ist und sehen keine Einschränkung im Projekt aufgrund von fehlender Flexibilität (seitens MISEREOR) (vgl. Polanco 2013a).

6. Analyse

Nachdem die Forschungsergebnisse zusammengetragen sind und die Partizipationsdiskussion in der Theorie dargelegt ist, gilt es nun zu analysieren in wie weit die Aussagen der Theorie mit den Erkenntnissen des untersuchten Projektes übereinstimmen.

6.1. Beantwortung der 1. Forschungsfrage

„Wie weit erstreckt sich der partizipative Gestaltungsspielraum der Zielgruppe und der Partnerorganisation im untersuchten Projekt?“ In diesem Unterkapitel werden alle relevanten Aspekte analysiert bzw. diskutiert um diese Frage zu beantworten. Im Mittelpunkt stehen dabei die Partizipation und das Empowerment der Zielgruppe.

6.1.1. Definitionen und Verständnisse von Partizipation, Empowerment und Partnerschaft

MISEREOR verwendet weder den Begriff ‚Partizipation’ noch den Begriff ‚Empowerment’. Partizipation der lokalen Instanzen wird zwar beschrieben, aber nicht als solche benannt. Selbes gilt in Bezug auf den Begriff ‚Empowerment’, auf die Beschreibung der entsprechenden (*empowering*) Arbeitsweise wird seitens MISEREOR aber Wert gelegt. Das Interessante ist, dass MISEREOR die eigene Arbeit in den Dokumenten mit den Begriffen nicht ‚schmückt’, in der Praxis aber sehr partizipativ und empowernd arbeitet! Entgegen dem theoretischen Vorwurf, dass viele Organisationen mit den Begriffen Partizipation und Empowerment ‚um sich werfen’, während die wirkliche Projektumsetzung wenig Partizipation aufweist, ‚geht MISEREOR genau umgekehrt vor. Der Vorwurf wird also vom untersuchten Projekt widerlegt. Auch der Aspekt, dass MISEREOR keine Definition zum Verständnis der Organisation von Partizipation (und Empowerment) gibt, ist in diesem Kontext nicht zu kritisieren. Einer Organisation, die Mainstream Begriffe nicht verwendet, kann nicht zum Vorwurf gemacht werden, dass sie diese nicht definiert. Umso präsenter ist aber die Verwendung des Begriffes ‚Partnerschaft’. Dieser wird zwar nicht

explizit definiert, das Partnerschaftsverständnis von MISEREOR ist aufgrund vieler Aussagen und Stellungnahmen aber unmissverständlich. Ihr Verständnis weist dabei viele Aspekte auf, die auch den Begriffen Partizipation und Empowerment zugeordnet werden können.

Seitens der Dokumente des **Gesundheitspastorals** gibt es ebenfalls keine Stellungsnahmen zu den drei Begriffen. Dies ist nicht überraschend, da es sich durchgängig um interne Dokumente handelt. Auch beim Gesundheitspastoral ist aufgrund der Nichtverwendung der Begriffe die fehlende Definition derselben nicht zu kritisieren. Das Partizipationsverständnis der Mitarbeiterinnen des Pastorals bezieht sich bei genauerer Analyse interessanterweise nur auf die Partizipation der direkten Zielgruppe in den lokalen Projekten. Die Partizipation der Zielgruppe in Bezug auf das Gesamtprojekt wird nicht direkt angesprochen. Auch wird nicht von der eigenen Partizipation in der Zusammenarbeit mit MISEREOR gesprochen. Spannend war in der Praxis des Gesundheitspastorals auch, dass das Pastoral nicht mit der entwicklungspolitischen Partizipationsdiskussion vertraut ist, ihre Projekte auf lokaler Ebene aber zu 100% auf die Partizipation/das Empowerment der Zielgruppe ausgerichtet sind. Ihr Partizipationsverständnis bezieht sich allein auf die direkte Zielgruppe in den lokalen Projekten.

Anzumerken sind weiters die sehr ähnlichen Partizipations- und Empowermentverständnisse vom Gesundheitspastoral und MISEREOR, ohne dass es diesbezüglich direkte Kommunikation gegeben hat. In Bezug auf ihr Verständnis von Partnerschaft macht das Gesundheitspastoral weder in den Dokumenten noch in der Praxis Aussagen. Der Begriff Partnerschaft scheint für sie nicht zu existieren.

6.1.2. Welche Partizipation liegt vor und in welchen Aspekten weist sie noch Mängel auf?

Partizipation des Gesundheitspastorals

Das in den Dokumenten beschriebene Partnerschaftsverhältnis wird durch das untersuchte Projekt bestätigt. MISEREOR gibt wirklich nur Anstöße und unterstützt bei der Projektplanung bzw. der Zielsetzung. Es gibt keine Entscheidungen, die ohne das

Gesundheitspastoral getroffen werden. Auch bei der Budgetplanung werden sie eingebunden, auch wenn letztendlich MISEREOR über die endgültige Förderung entscheidet. Die Projektdurchführung liegt zu 100% beim Gesundheitspastoral. MISEREOR ermöglicht dem Gesundheitspastoral eine vorbildliche Partizipation.

Partizipation der Zielgruppe

Auch bezüglich der Partizipation der Zielgruppe stimmen die Aussagen der Dokumente mit den Erkenntnissen aus der Praxis überein.

Dass die indirekte Zielgruppe nicht direkt in die Projektplanung einbezogen wird und nur in der Form partizipiert, als dass sie am Workshop teilnimmt, ist wahrscheinlich ‚normal', auch unter dem Aspekt, dass auf die indirekte Zielgruppe und deren Partizipation nicht explizit in der Theorie eingegangen wird. Der nicht vorhandene Kontakt seitens des Gesundheitspastorals zeigte sich auch deutlich in meiner Schwierigkeit, mit der indirekten Zielgruppe in Kontakt zu treten. Spannend ist aber der Aspekt, dass letztendlich ein Empowerment in der indirekten Zielgruppe erreicht werden soll, ohne dass diese aktiv im Projekt involviert ist. (Was aber letztendlich durch die Bildungsarbeit, die geleistet wird, um ein neues Gesundheitsbewusstsein hervorzurufen, erklärt werden kann.)

Die Partizipation der direkten Zielgruppe in den lokalen Projekten ist sehr gut ausgeprägt. Die Arbeit wird letztlich allein von der Zielgruppe durchgeführt und geplant. Auch wird die Zielgruppe *empowered* im lokalen Kontext selber aktiv zu werden. In Bezug auf das Projektmanagement des gesamten Projektes ist die Partizipation der direkten Zielgruppe jedoch von niedrigerer Relevanz und weniger ausgeprägt. Sie beschränkt sich lediglich auf einige VertreterInnen der direkten Zielgruppe, welche an Treffen zur Evaluierung und Erstellung neuer Ziele teilnehmen. Zu diesen treffen werden ca. 30 ACPS eingeladen, um ihre Meinungen zu äußern und Vorschläge einzubringen. Dabei dienen die ACPS hauptsächlich als Informationsquelle und werden nicht als Gleichberechtigte in Bezug auf die endgültigen Entscheidungen angesehen. Diese liegen letztendlich bei den Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals.

In Bezug auf die Zielgruppe liegt seitens des Gesundheitspastorals kein Kontakt auf Augenhöhe vor. Es gibt zwar eine regelmäßige Kommunikation mit den ACPS und ihren

Komitees, jedoch wird wohl weder ausreichend nach den Wünschen der ACPS in Bezug auf das Gesamtprojekt gefragt noch werden ihre Wünsche ausreichend einbezogen. „[P]or que realmente cuando hacemos un proyecto asi sólo es los que sabemos que la gente nos ha dicho, pero nosotros lo hacemos“ (Estrada 2013b).[44] Ein Beispiel hierzu ist der Schwerpunktwandel des Projektes. Bei der Planung und Zielsetzung des aktuellen Projektes wurde die direkte Zielgruppe nicht mit eingebunden, mit der Begründung, dass es diese noch nicht gab. Basierend auf dem Wissen, dass dieser Schwerpunktwandel auch in den schon früher etablierten Projekten durchgeführt wird, gab es zum damaligen Zeitpunkt aber entsprechend schon eine erfahrene direkte Zielgruppe, die in den Prozess mit einbezogen hätten werden sollen. Das aus dem Nicht-Einbezug der direkten Zielgruppe resultierende Ergebnis ist, dass die ACPS der vorhergehenden Projekte, die nicht durch die Ecos betreut werden, dem Wandel eher negativ gegenüber stehen. Wäre der Schwerpunktwandel mit ihnen diskutiert worden, hätte man vielleicht Zwischenlösungen finden können, wie zum Beispiel, dass der Wandel nur in den Gemeinden mit Ecos eingeleitet wird. Die lokale Zielgruppe nicht ausreichend auf Gesamtprojektebene einzubeziehen ist in der Form als negativ zu bewerten, als dass auf dieser Ebene die Grundausrichtung des Projektes festgelegt wird, welche auch Einfluss auf die lokalen Projekte hat. Vor allem in der Zeit, in der die ACPS noch von den Mitarbeiterinnen begleitet werden, wird der Arbeitsplan relativ strikt darauf ausgerichtet, den drei gesetzten Zielen des Gesamtprojektes nachzukommen, auf die die (neue) Zielgruppe jedoch keinen Einfluss hatte, da diese bereits vor der Zusammenarbeit mit ihnen festgelegt wurden.

Vor allem in der Arbeit des Gesundheitspastorals gibt es also noch Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Partizipation der Zielgruppe. Dies soll aber nicht die grundlegend sehr positive und vorhandene Partizipation der direkten Zielgruppe überschatten.

Mängel bei der Auswahl der Zielgruppe

Viel Kritik gibt es auch betreffend der ‚Auswahl’ der Zielgruppe. Die Auswahl der Zielgruppe steht schon an sich in Widerspruch zur Partizipation. Am partizipativsten, in der Form als dass das Projekt den Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht, wäre

[44] „Wenn wir ein Projekt planen, wissen wir nur was die Leute uns gesagt haben, aber wir machen es.“

es, wenn sich interessierte Zielgruppen bezüglich einer möglichen Kooperation an das Gesundheitspastoral wenden würden. Des Weiteren ist negativ anzumerken, dass die Zielgruppe bezüglich ihres Interesses an dem Projekt nicht befragt wurde. Alleine entscheidende Instanz über die Initiierung eines lokalen Projektes ist der örtliche Priester.

Auch gibt es Kriterien, die einzelne Personen von der Ausbildung zum/zur ACPS abhalten. Zum Beispiel der **finanzielle Hintergrund**. Menschen, die für die Transportkosten, die durch ihre Mitarbeit im Projekt anfallen, nicht aufkommen können, sind vom Projekt ausgeschlossen. Viele ACPS wünschen sich eine finanzielle Unterstützung seitens des Gesundheitspastorals. „Me da pena decir eso pero alguna verdad es que a veces no tenemos ni dónde agarrar para los pasajes" (Reunión de Coordinadores 2013).[45] Dieses sagt aber, es habe nicht die notwendigen budgetären Mittel. MISEREOR führt die Nicht-Übernahme der Transportkosten hingegen als Aspekt der Nachhaltigkeit an. „Wenn wir während des Projektes die Transportkosten übernehmen stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit mit Abschluss des Projektes. Sind die Freiwilligen nach wie vor in der Lage ihre Tätigkeit auszuüben, wenn sie nicht die Mittel haben den Transport zu zahlen" (Projektreferentin MISEREOR 2013)?

Auch sind die geforderten **Lese- und Schreibkenntnisse** ein ausschließendes aber nachvollziehbares Kriterium, da es sich um Bildungsarbeit beim Aufgabenbereich der ACPS handelt.

Des Weiteren sind **Frauen mit Kindern** benachteiligt, da es nicht erwünscht ist diese zu den Workshops mitzubringen. Dies schlägt sich allerdings nicht direkt in dem Frauen/Männer Verhältnis der ACPS nieder. Das könnte zum einen daran liegen, dass wenige weibliche ACPS kleine Kinder haben und zum anderen, dass die familiären Strukturen dieses Defizit des Projektes ausgleichen können.

Aufgrund der Ausrichtung des Projektes wie auch des guten Rufes in der Gemeinde, dessen es bedarf, um für den Job des ACPS als geeignet erklärt zu werden, sind **Nicht-Katholiken** von der direkten Zielgruppe ausgeschlossen bzw. haben einen erschwerten Zugang. Diesen

[45] „Es ist mir peinlich das zu sagen, aber manchmal fehlt es uns an finanziellen Mitteln und wir können nicht mals den Transport bezahlen."

Aspekt möchte das Gesundheitspastoral aber nicht ändern. Zum einen, da ihnen aufgrund der kirchlichen Strukturen die Hände gebunden sind. Zum anderen, da sich der Kirche verbundene Personen als nachhaltiger herausgestellt haben, da sie ihrer Arbeit länger nachgehen als Personen ohne oder einer anderen Religion. „Hemos visto que la mayoria de gente que no tenía un vínculo con la parroquia es la gente que se ha alejado. […] no se quedan tanto tiempo como la gente de pastoral…ellos continúan el trabajo" (Guitiérrez 2013b).[46] Der Glaube ist die Motivation vieler ACPS, ihr Wunsch Gutes zu tun und dafür später belohnt zu werden. „Por ejemplo San Mateo 25:40 en adelante nos va a decir que lo que hicimos por alguien será reconocido y lo que dejamos de hacer será sentenciado" (Montoya Taquillo 2013).[47]

Auch wenn MISEREOR sagt, dass die Zielgruppe nicht von der Religion abhängig gemacht wird, so trifft dies im untersuchten Projekt nur auf die indirekte aber nicht auf die direkte Zielgruppe zu. Allgemein führen die Auswahlkriterien zu einer Stärkung derjenigen in der Gemeinde, die schon vorher leitende Funktionen übernommen haben und über ausreichend Zeit, Geld und Bildung verfügen. In Anbetracht dessen, dass die Ausbildung der ACPS letztendlich aber allen Mitgliedern der Gemeinschaften helfen soll, ist durch die Auswahlkriterien zumindest zu hoffen, dass diese zu einer besseren und kontinuierlichen Arbeit mit der indirekten Zielgruppe führen.

Die allgemeinen Zielgruppen von MISEREOR sind zwar die „Ärmsten der Armen". Die Projektreferentin ist sich aber bewusst, dass die ‚Ärmsten der Armen' zu diesem Projekt keinen Zugang haben. Dies liegt daran, dass MISEREOR als wichtigstes Instrument die ‚Hilfe zur Selbsthilfe' sieht. „Dass Menschen zu dieser fähig sind, braucht es aber grundlegender Fähigkeiten, welche die Ärmsten der Armen oft nicht aufweisen" (Projektreferentin MISEREOR 2013). So weist die Projektleiterin von selber darauf hin, dass hier ein Widerspruch besteht zwischen der Philosophie und der Zielgruppe von MISEREOR.

[46] „Wir haben festgestellt, dass die Mehrheit der Personen die keine Verbindung zur Kirche hatte, sich vom Projekt entfernt hat. [...] Sie arbeiten kürzer mit als die Gemeindemitglieder…diese führen ihre Arbeit fort."

[47] „Zum Beispiel Mattheus 25:40 sagt aus, dass die Taten, die wir für jemanden vollbracht haben, uns angerechnet werden und wir für dass, was wir unterlassen haben zu tun, gestraft werden."

Empowerment

Dass auch die **indirekte Zielgruppe** empowert werden soll, ist erst mit dem aktuellen Projekt, also seit 2012, der Fall und entsprechend können noch keine Aussagen zum tatsächlichen Empowerment der indirekten Zielgruppe getroffen werden. Allgemein ist aber eher zu bezweifeln, dass es wirklich zum Empowerment kommt, da einzelne Personen nur durch vereinzelte Workshops erreicht werden. Zur Verteidigung ist aber anzumerken, dass das Empowerment der indirekten Zielgruppe kein offiziell erklärtes Ziel des Gesundheitspastorals ist.

Auf das Empowerment der **direkten Zielgruppe** ist durch die schon länger am Projekt teilnehmenden ACPS zu schließen. Diese führen die Projekte mittlerweile eigenständig durch und nehmen aktiv an politischen Foren teil. Zumindest das Empowerment in Bezug auf die eigenständige, lokale Projektleitung scheint erreicht.

Das Empowerment der weiblichen ACPS ist kein explizit erklärtes Ziel, spielt aber eine wichtige Rolle für die Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals. HIV-Prävention ist zwar das offizielle Oberthema, innerhalb dieser Weiterbildung nimmt der Wert der Frau aber eine essentielle Rolle ein. Maria Eva Castillo erzählt, dass sie immer im Gesundheitsbereich arbeiten wollte, sie aber nur bis zur 4. Klasse in die Schule gehen durfte. Jetzt hat sie endlich die Chance, sich im Gesundheitsbereich zu bilden und ihren Mitmenschen dadurch zu helfen (vgl. Castillo/De Grespo/Gonzales 2013). Viele weibliche ACPS beschreiben eine große persönliche Veränderung seitdem sie im Prozess sind. Sie führen an, dass sie sich als Frauen wertvoller fühlen als vorher und sich jetzt generell mehr trauen, an Diskussionen und Aktivitäten teilzuhaben. „Nos motiva seguir adelante y está bien para nuestro autoestima" (Castillo/De Grespo/Gonzales 2013).[48] Die Partizipation stecke an und sie ‚partizipieren' jetzt auch in anderen Räumen. Die Frauen verlassen nach eigenen Angaben vermehrt das Haus und nehmen aktiv an der Gesellschaft und ihrer Formung teil. „[L]a la mayoria de mujeres están despertando, porque muchas de las que antes se dejaban dominar y hasta humillar hoy ya no lo permiten" (Luzman 2013).[49] Auch wenn die Frauen die Workshops

[48] „Wir sind motiviert weiterzumachen und es ist gut für unser Selbstbewusstsein."
[49] „Die Mehrheit der Frauen erwacht. Die, die sich von den Männern zu sehr haben dominieren lassen, lassen dies jetzt nicht mehr zu."

sehr motiviert verlassen und vor allem die schon länger aktiven, weiblichen ACPS von einem größeren Selbstbewusstsein sprechen, so ist dieses Empowerment in der Zusammenarbeit der ACPS untereinander nicht direkt erkennbar. In den Treffen sind nach wie vor die Männer wortführend. Bei den gemeindeübergreifenden Leadertreffen gibt es eine eindeutige Mehrheit der Männer, wo doch eigentlich zwei von drei der ACPS weiblich sind. Auch verweilen die Frauen daheim im selben Aufgabenbereich. Sie haben es zwar geschafft ihrer Tätigkeit als ACPS nachzukommen, und sich damit verbundene Freiräume bzw. Erlaubnisse seitens der Männer erkämpft, aber dennoch bleiben sie allein verantwortlich für Haushalt und Kinder. An der traditionellen Aufgabenverteilung hat sich nur nach Angaben sehr weniger ACPS nachhaltig etwas geändert.

Ein so tief greifender Wandel braucht wahrscheinlich auch Zeit aber es scheint, dass durch die Arbeit des Gesundheitspastorals ein Anstoß in die Richtung gegeben wird. Ob ein Empowerment wirklich erreicht wird, kann wissenschaftlich allerdings nicht belegt werden. Dem Ziel von MISEREOR ‚Hilfe zur Selbsthilfe' zu leisten, wird aber auf jeden Fall nachgekommen. Die Selbstständigkeit der Personen/Gemeinden wird durch das Projekt eindeutig gefördert.

6.1.3. Trifft die Partizipationskritik auf das untersuchte Projekt zu?

Die geübte Kritik der TheoretikerInnen zur Partizipation scheint sich eher auf Projekte zu beziehen, die materielle Hilfe leisten und zum ersten Mal durchgeführt werden. In Bezug auf rurale Bildungsarbeit sind die Kritikpunkt teilweise anzupassen.

Dies gilt zum Beispiel im Hinblick auf die **Kritik an den WorkshopleiterInnen** und deren/ihrer Durchführung von Workshops. Es wird kritisiert, dass die Arbeit der LeiterInnen mit jedem Workshop routinierter und somit weniger partizipativ wird. Was die Ausbildungsworkshops der ACPS angeht ist dies aber eher schwer zu beurteilen, da es sich um Bildungsworkshops handelt, die generell mehr auf die Wissensvermittlung als auf Partizipation ausgerichtet sind. Bei den Workshops, die die ACPS in ihren Gemeinden durchführen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zur Routine kommt. Aber auch hier liegt der Fokus auf der Wissensvermittlung und weniger auf der Erhebung der Bedürfnisse

und Wünsche der indirekten Zielgruppe. Es werden auch spezifisch Treffen zur Evaluierung einberufen. Diese finden aber seltener und sehr themenspezifisch statt, so dass die Wahrscheinlichkeit von Routine geringer ist. Gefährlicher sind die bereits vorliegenden Vorstellungen der Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals. Hier stellt sich die Frage, ob sie nur als Moderatorinnen vor Ort sind oder auch Einfluss auf die Dynamik des Prozesses und damit verbunden die Inhalte nehmen. Sie nehmen nicht immer nur die Moderationsrolle ein, sondern machen in den Treffen mit den Komitees auch Arbeitsvorschläge, die von den Komiteemitgliedern als ‚verpflichtend' wahrgenommen werden.

In Bezug auf die durchgeführten Evaluierungen der zwei externen *consultants* trifft die Kritik, dass die Moderationen teilweise sehr richtungsführend sind, zu. Während meiner Teilnahme an den Evaluierungsworkshops entstand der Eindruck, dass das Ergebnis, welches die Evaluatorinnen hören wollten, nur mehr von den Zielgruppen auszusprechen war. Sie selbst haben Zukunftsvorschläge gemacht, anstatt die Zielgruppen diese selber entwickeln zu lassen. Auch der Aspekt, dass die WorkshopsleiterInnen nicht ausreichend Zeit mitbringen, trifft zu. Es gab insgesamt einen sehr engen Zeitplan und in den Treffen mit der Zielgruppe keinen Raum für nicht geplante Themen bzw. auch keine Zeit um eine Vertrauensbasis zu schaffen. So lag der Fokus rein auf den Evaluierungsinteressen und nicht auf der ganzheitlichen Befragung der Wünsche, Bedürfnisse und Erfahrungen. Vor allem in Bezug auf die externen Evaluatorinnen ist dieser Kritikpunkt berechtigt.

Ein weiterer Aspekt, der seitens der Theorie kritisch angemerkt wurde, ist die starre **Festlegung der Zielgruppe**, welche die Zielgruppe als unitäre Einheit ansieht. Die Zielgruppendefinition des untersuchten Projektes ist recht locker und flexibel in der Form, als dass sie sich in den Dokumenten und der Praxis unterscheidet, dies aber keine Relevanz auf die Ausführung der Arbeit hat. Auch ist zwischen der direkten und indirekten Zielgruppe keine klare Grenze zu ziehen. Daran stört sich aber niemand. Es scheint mehr, als hätte es einer genauen Definition für den Antrag bedurft, welche danach aber nicht mehr von Relevanz war.

Auch wird davor gewarnt, dass durch Partizipation der Zielgruppe **interne Machtgefälle** verstärkt werden können. Dieser Aspekt hat sich bestätigt. Es werden gezielt Personen zu ACPS ausgebildet, welche schon zuvor Leadershipfunktionen übernommen haben.

Empowert werden Personen, die größtenteils bereits bei Projektbeginn durch ihre Position in der Gemeinde einflussreicher waren. In Bezug auf das spezifische Empowerment von Frauen sowie dem Aspekt, dass zwei von drei der ACPS weiblich sind, wird gleichzeitig aber den internen Machtgefällen entgegen gewirkt.

Eine große Gefahr, die mit der angeblichen Partizipation der Zielgruppe einhergeht, ist die **Scheinpartizipation**. Innerhalb des Projektes gibt es diesbezüglich keinerlei Hinweise. Die Gefahr besteht hingegen bei der Teilnahme an politischen Foren. Es ist fragwürdig, in wie weit die Ergebnisse der Foren Einfluss auf die Politik haben.

Die angeführte Kritik trifft zusammengefasst also nicht grundlegend aufs Projekt zu. Eine neutralere Rolle der WorkshopleiterInnen würde aber zu einem verstärkten Bennenen der eigenen Interessen und Ideen seitens der Zielgruppe führen. Dasselbe gilt bezüglich der zu knappen Zeit der externen EvaluatorInnen. Außerdem ist als kritisch anzusehen, dass die internen Machtgefälle gestärkt werden. Zwar nicht auf ökonomischer Basis aber in Form vom Empowerment der Personen, die auch schon vorher entscheidende Rollen in der Gemeinde übernommen haben.

6.2. Analyse zur angewandten Macht und verwendeten Managementtools – Beantwortung der 2. Forschungsfrage

6.2.1. Machtausübung der fünf Projektinstanzen

In diesem Abschnitt wird die Ausübung der Machtstellung der Instanzen analysiert. Außerdem wird darauf eingegangen, ob MISEREOR in einem Interessenzwiespalt zwischen den lokalen Einheiten und dem BMZ steht und wessen Realität bzw. Einschätzung des Projektes für dieses ausschlaggebend ist. Es wird beantwortet, ob MISEREOR den Anforderungen des ‚New Professionalism' entspricht und ob die Zuschreibung von ‚Partizipation als Kernkompetenz von NGOs' auf MISEREOR zutrifft.

6.2.1.1. Ausgeübte Macht der vier Kerninstanzen

Die Theorie sagt aus, dass die Projekte vor allem durch die Interessen der finanzierenden Körperschaft wie auch der Geber-NGO geprägt sind und die Partner-NGO lediglich als ‚*delivery mechanism*' für die vorbestimmte Arbeit (im untersuchten Fall) von MISEREOR und dem BMZ fungieren würde. Diese Aussage wird eindeutig in der Praxis widerlegt. Das Gesundheitspastoral ist die klare Schlüsselstelle des Projektes. Dies bezieht sich nicht nur auf dessen Durchführung, sondern vor allem auf die Entscheidungen, die getroffen werden.

Der finanzierenden Körperschaft wird des Weiteren vorgeworfen mit sehr selektiven Maßnahmen den Projektvorschlägen gegenüber zu stehen. Auch dies konnte eindeutig widerlegt werden. Das BMZ steht in keinem direkten Kontakt zu MISEREOR und deren Projekten. Die Mittel werden komplett über den KZE Fund abgewickelt. Laut der interviewten MISEREOR Mitarbeiterin handelt es sich um ein unkompliziertes Bewilligungsverfahren (im Vergleich zu anderen Bewilligungsverfahren, denen andern NGOs gegenüber der finanzierenden Körperschaft sich unterziehen). In der Regel werden alle von MISEREOR eingereichten Projekte ohne Abänderungen finanziert. Das Vertrauen und die wenigen Richtlinien münden in vielen Freiheiten von MISEREOR bzw. in keinen Einschränkungen seitens des BMZ bei der Projektdurchführung. Die Projektreferentin sagt diesbezüglich: „Wir dürfen die Richtlinien selber festlegen und die Projekte selber bestimmen" (Projektreferentin MISEREOR 2013).

MISEREOR und BMZ haben zwar die Machtstellung wie in der Theorie beschrieben, diese wird von Ihnen aber nicht ausgeübt! Entsprechend stimmt auch der Vorwurf nicht, dass jede Einheit auf das Projekt einwirkt, es neu gestaltet und auf seine eigenen Interessen und Prioritäten ummodeliert (vgl. Craig/Porter 1997: S.234). Die einzigen Instanzen, die direkten Einfluss auf das Projektmanagement nehmen sind das Gesundheitspastoral und MISEREOR. Weder die Zielgruppe (was nicht als positiv anzusehen ist) noch das BMZ bzw. der KZE Fund haben Mitspracherechte bezüglich der letztendlichen Projektausführung und Zielsetzung. Entsprechend kommt es fast nicht zur ‚Verwässerung' der ursprünglichen Projektziele, vor allem, da MISEREOR fast nur Forderungen an formelle Aspekte stellt. Die Freiheiten, die vom BMZ und MISEREOR ausgehen, sind eine gute Ausgangslage für die Partizipation der Zielgruppe vor Ort und grundlegend für die Projektverantwortung seitens

des Gesundheitspostorals. Anstatt negativen Einfluss auf die Partizipation im Projekt zu nehmen, stellen sich finanzierende Körperschaft und Geber NGO als die grundlegenden Stützen der Partizipation im untersuchten Projekt heraus.

Das Gesundheitspastoral hat keine tatsächliche Macht, positioniert sich aber in einer Scheinmachtposition gegenüber der Zielgruppe. Für die Zielgruppe stellen sie die vermittelnde Instanz zu MISEREOR, der Geldquelle des Projektes dar. Dadurch, dass aber nur ein kleiner Anteil der Gelder in die operative Arbeit der direkten Zielgruppe fließt, wäre der Kontaktabbruch zu MISEREOR nicht so dramatisch, wie sich die Zielgruppe diesen wahrscheinlich vorstellt. Die Qualität der Arbeit würde leiden, die Arbeit der Komitees ist aber nicht grundlegend vom Gesundheitspastoral und MISEREOR abhängig. Umso auffälliger ist es, dass die Zielgruppe den eingeschränkten Einfluss aus das Gesamtprojekt akzeptiert und es stellt sich die Frage, warum die Zielgruppe in dieser unterwürfigen Position verweilt.

Zum einen sind sie sich ihrer potentiellen Machtstellung wahrscheinlich gar nicht bewusst. Es macht den Eindruck, als ob der Gedanke ‚wir brauchen Hilfe von außen' noch tief in den Menschen verankert ist. Die Abhängigkeit von externen Geldern scheint eine dem Projekt inherente Wirklichkeit zu sein. Aber sollte diese Erkenntnis, dass dies nicht der Fall ist, nicht eben gerade durch das Empowerment der Zielgruppe erreicht werden? Es scheint, als würde die Zielgruppe ‚nur' in Bezug auf staatliche Partizipation und lokale Organisation *empowered* werden. Die Machtstrukturen innerhalb des eigenen Projektes werden hingegen nicht hinterfragt. Das ein Empowerment der Zielgruppe absichtlich seitens des Gesundheitspastorals unterdrückt wird, wage ich auszuschließen. Aus dem Zusammenleben und den Interviews mit ihnen ist deutlich hervorgegangen, dass ihnen das Wohlergehen der Zielgruppen das größte Anliegen ist. Ich denke, dass es vor allem an einer fehlenden Reflektion der Mitarbeiterinnen liegt, sich in einer Machtposition zu fühlen und diese auszuüben. Zum anderen hat die Zielgruppe vielleicht auch gar nicht das Bedürfnis, ihre Macht auszuüben. Grundlegend hat sich bei der Wirkungskontrolle herausgestellt, dass die ACPS mit dem Projekt zufrieden sind. Angesichts dessen, dass es aber schon Aspekte gibt, die sie gerne ändern würden, handelt es sich wahrscheinlich um eine Vermischung der beiden angeführten Gründe.

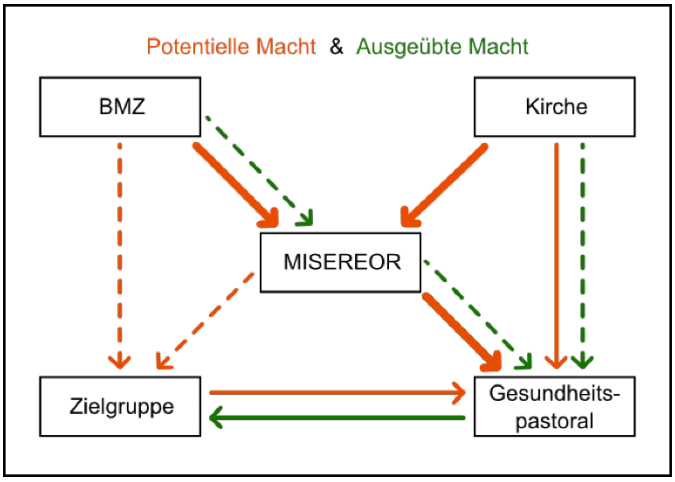

Abbildung 9: Potentielle und ausgeübte Macht; Quelle: Eigene Darstellung

Es kann also grundlegend festgehalten werden, das BMZ, MISEREOR und die direkte Zielgruppe ihre potentielle Macht nicht bzw. nur sehr eingeschränkt ausüben. Das Gesundheitspastoral hingegen übt Macht über die Zielgruppe aus, obwohl dies im Widerspruch zu ihrer eigentlichen Machtposition steht.

Double Accountability

Auch der *Double Accountability* Zwiespalt hält sich entsprechend in Grenzen. Die Projektreferentin spricht zwar davon, dass der Konflikt durchaus gegeben ist, bezieht sich dabei aber auf die Zusammenarbeit mit Basisorganisationen. Bei diesen existiere oft ein anderes Arbeitsverständnis, so dass sich Indikatorenerstellungen und das Monitoring oft als herausfordernd darstellen. In diesem Fall müsse man schauen, wie man Basisorganisation und finanzierende Körperschaft auf eine Ebene bekommt. Das sei zwar mit Aufwand verbunden, aber in den meisten Fällen machbar (vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013) „Wir sind sehr offen, das ermöglicht uns eine breitere Arbeit. Das ist sehr schön bei uns“ (Projektreferentin MISEREOR 2013). Der Interessenszwiespalt besteht also bezüglich der formalen Anforderungen und weniger in der praktischen, inhaltlichen Projektgestaltung. In Bezug auf das untersuchte Projekt wurde von keinem Interessenszwiespalt gesprochen bzw. ein solcher war nicht zu erkennen. Die Partnerorganisation hat schon bevor diese seitens des BMZ verpflichtend wurden mit den Planungs- und Evaluierungsmethoden gearbeitet und sieht keine Einschränkungen in diesen Vorgaben.

New Professionalism – Relevanz der Forderungen

In der Theorie wird von den Geber-NGOs gefordert, Entwicklung als *on-going process* zu verstehen und den PartnerInnen mehr Kompetenzen zuzusprechen. Die geforderte

Aufgabenverteilung wird im untersuchten Projekt von MISEREOR erfüllt und ein entsprechendes Entwicklungsverständnis liegt vor.

Bezüglich der von Chambers geforderten ‚neuen Professionalität' ist anzuführen, dass diese mittlerweile nicht mehr als neu zu verstehen ist. Zum einen, da die Forderungen über 15 Jahre alt sind, zum anderen, da die Forderungen in der (untersuchten) Praxis durchwegs erfüllt werden. Den **institutionellen Herausforderungen** wird MISEREOR gerecht. Sie sind offen für Veränderungen und Wandel, fördern eine dezentralisierte Arbeit und haben das Empowerment der Beteiligten zum Ziel. Auch steht die Realität der lokalen Bevölkerung für MISEREOR im Mittelpunkt, mit der Erkenntnis, dass es ihnen nie möglich sein wird, die genaue Situation vor Ort zu verstehen. Diese **professionellen Herausforderungen** gibt es eher noch für das Gesundheitspastoral in Bezug auf die Zielgruppe zu meistern. Auch die **persönlichen Herausforderungen**, also die Bereitschaft Macht abzugeben und Vertrauen in die (Kompetenzen der) Zielgruppe zu haben, wurden von MISEREOR erfolgreich umgesetzt. Der geforderte Wandel Chambers an das Projektmanagement ist in Bezug auf das untersuchte Projekt also nicht von Relevanz.

Does change hurt?

Die Schlussfolgerung der Machtdiskussion im 2. Kapitel der Arbeit ist, dass es zu Konflikten zwischen den Geber- und den lokalen Instanzen kommt oder Partizipation nicht viel mehr als ein *‚cosmetic label'* ist. White sagt, dass Wandel weh tut. Chambers spricht davon, dass Mächtige ihre Macht nicht freiwillig abgeben. Im untersuchten Projekt ist die Partizipation mehr als nur ein *‚cosmetic label'*. Aber die Erreichung dieser basiert weder auf Konflikten noch hat sie einer beteiligten Instanz ‚weh getan'. Haben sich die TheoretikerInnen geirrt und unterstellen den machtinhabenden Instanzen von EZA-Projekten nicht gerechtfertigte, negativ besetzte Eigenschaften?

Diesbezüglich ist anzuführen, dass BMZ und MISEREOR ihre Machtstellung nicht abgegeben haben, sondern die Instanzen nur auf die Ausübung ihrer potentiellen Macht verzichten. Wieso sie dies im Vergleich zu anderen AkteurInnen tun, in der Annahme, dass die Aussagen der TheoretikerInnen berechtigt sind, erkläre ich mir mit den nicht vorhandenen eigenen, persönlichen Interessen, die es im Projekt zu befriedigen gibt. Das

BMZ stellt MISEREOR die Gelder ungebunden zur Verfügung. Sein einziges Interesse ist eventuell eine gute Beziehung zur Kirche, die durch die Bereitstellung der finanziellen Mittel gefördert wird. Neben einer kirchenkonformen Abwicklung der Projekte ist auch die EZA von MISEREOR interessensfrei. Da das Gesundheitspastoral und die Zielgruppe selber im Kirchenkontext tätig sind, besteht kein Interessenkonflikt bezüglich dieser Einschränkung. Entsprechend haben die lokalen Instanzen freie Hand in der Projektgestaltung, solange dieses den allen Instanzen übergestelltem Ziel, der Verbesserung der Situation der Zielgemeinde vor Ort, entspricht. Hierdurch ist eine einwandfreie Grundlage für ein partizipatives Projekt gegeben – welches niemandem ‚weh tut'. Partizipation bzw. damit einhergehende mögliche Projektumänderungen stellen also keine Gefahr für die Geberinstanzen dar, da es keine eigenen Interessen gibt, die bei der eventuellen Projektumgestaltung betroffen wären.

Partizipation als Kernkompetenz von NGOs?

Diese Frage lässt sich natürlich nicht im Allgemeinen beantworten. Aussagen lassen sich nur spezifisch auf das untersuchte Projekt treffen, wobei sich die Partnerorganisation nicht als NGO sondern als Instanz der Kirche versteht.

Das Projekt wurde tatsächlich aus einer ethischen Motivation heraus von lokalen Personen gegründet. Eine Notlage wurde erkannt und das wichtigste Ziel war, den Menschen zu helfen. Auch ist die Arbeit der Komitees recht flexibel in Bezug auf die Reaktion plötzlich auftretender Krankheitsfälle. Dass die Arbeit innovativer ist, kann allerdings nicht konkret bestätigt werden. Das Projekt basiert nahezu komplett auf der hohen Motivation der Mitarbeiterinnen, vor allem aber auch der Freiwilligen. Ohne ihr Engagement wäre die Durchführung des Projektes nicht möglich. Denn es trifft auch auf MISEREOR und das Gesundheitspastoral zu, dass diese ein verhältnismäßig beschränktes Funding haben und sie somit sicherstellen müssen, dass die Bevölkerung ihren Beitrag leistet und Aufgaben übernimmt. Eine Anstellung aller ACPS wäre finanziell nicht möglich.

Des Weiteren wurde bezüglich der partizipativen Kernkompetenzen von NGOs angeführt, dass sie autonomer und unabhängiger seien, da sie keinem politischen Druck unterliegen und nicht gezwungen sind mit Regierungen und lokalen Eliten zusammenzuarbeiten. Dies

stimmt nur teilweise. Sie unterliegen zwar keinem politischen Druck, dafür wird aber ihre Autonomie und Unabhängigkeit von der Kirche eingeschränkt und sie sind gezwungen, mit den lokalen Kirchen-vorständen zusammenzuarbeiten. Und auch als NGO bzw. Instanz der Kirche unterliegen sie den Gesetzen. Zum Beispiel hatte die Verschärfung des Medizingesetzes Auswirkungen auf ihre Arbeit.

In Bezug auf die Veränderung der NGOs in den letzten 30 Jahren ist anzuführen, dass MISEREOR zwar staatlich finanziert wird, aber dennoch sehr wenigen Vorgaben unterliegt, welche keine politische oder inhaltliche Relevanz haben. MISEREOR kann also nach wie vor relativ unabhängig von der staatlichen Entwicklungspolitik agieren. Ob es sich bei MISEREOR um einen ‚großen, bürokratischen Apparat' handelt ist schwer zu beurteilen. In Bezug auf das untersuchte Projekt macht es aber nicht den Eindruck, als ob verschiedene Instanzen innerhalb MISEREORs auf das Projekt einwirken und es somit zu einer Verwässerung der ursprünglichen Interessen der Zielgruppe kommt.

Nichtstaatlichkeit kritisch betrachtet

NGOs werden vor allem bezüglich ihres Legitimationsdefizites kritisiert und auch das untersuchte Projekt bestätigt diese Kritik. Das Projekt basiert auf seinen christlichen Grundsätzen und weder das Gesundheitspastoral noch MISEREOR legen der Zielgruppe gegenüber Rechenschaft ab bzw. gedenken dies in Zukunft zu ändern. Rechenschaft wird nur in einseitiger Richtung der nächst höheren Instanz geliefert.

Des Weiteren wird der Arbeit von NGOs nachgesagt, dass diese teilweise die Aufgaben des Staates übernehmen und den Staat somit unterminieren bzw. es zu Parallelstrukturen kommt. Dieser Kritikpunkt trifft auf die Arbeit des Gesundheitspastorals und der Zielgruppen definitiv nicht zu. Der mit 2012 eingeleitete Schwerpunktwandel des Projektes ist komplett auf die staatliche Veränderung im Gesundheitsbereich ausgerichtet und orientiert sich an der Gesundheitsreform. Ihr früherer Aufgabenbereich wurde von den Ecos übernommen. Seitdem konzentrieren sie sich auf eine komplementäre, unterstützende Arbeit zu den staatlichen Strukturen.

Bezüglich einer verbesserten Kooperation mit anderen NGOs und der Veröffentlichung von Evaluierungen ist MISEREOR sehr zurückhaltend. Mit der Begründung, dass vor allem das organisationsinterne Lernen wichtig ist und möglich sein soll, werden Evaluierungsberichte nicht (bzw. nur verkürzt) veröffentlicht. Die Nicht-Veröffentlichung ist somit ein Schutz um intern offen kommunizieren können. In einer großen Organisation wie MISEREOR kann aufgrund der großen Anzahl an Projekten schon organisationsintern viel gelernt werden. Gleichzeitig stellt die Nicht-Veröffentlichung einen Rahmen, um experimenteller und auch partizipativer zu Arbeiten, da das Nicht-Erreichen zuvor genannter Ziele wenig negative Auswirkungen hat. In Anbetracht der Angst von Rückgängen der Funding- bzw. Spendengelder ist diese Begründung verständlich. Jedoch erklärt diese Angst nicht, warum es nicht möglich ist, auch NGO Netzwerke bezüglich der Offenlegung von Daten zu gründen bzw. den Kooperationsbereich der bereit exisitierenden Verbände auch auf diesen Aspekt auszuweiten. So wären die detaillierten Daten vor der ‚Öffentlichkeit' geschützt und denjenigen zugänglich, die hierdurch die Qualtität der Entwicklungszusammenarbeit steigern können. Des Weiteren befindet sich MISEOR vom Fundingbackground in einer verhältnismäßig sicheren Lage und sollte sich entsprechend bezüglich der Datenoffenlegung mehr trauen und eine Vorreiterrolle übernehmen. Es kann also geschlussfolgert werden, dass für MISEREOR das eigene ‚Überleben' Vorrang vor der Verbesserung der EZA hat.

6.2.1.2. Die Machtausübung der Kirche

Hierarchische Machtausübung der Kirche

Laut Projektreferentin handelt es sich bei der Absegnung der Projekte seitens der deutschen Kirche um einen formalen Akt. Laut ihr wird von der deutschen Kirche keinerlei Macht ausgeübt, geschweige denn Einfluss genommen. Sie spricht auch von den Freiheiten MISEREORs' gegenüber der Kirche. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013)

Die Einflussnahme der Kirche im Partnerland ist hingegen geben, wobei die Machtausübung stark von den EntscheidungsträgerInnen abhängt. Diese Schlüsselinstanzen sind der Direktor des Vikariats, der Erzbischof sowie die lokalen Priester. Diese haben die Macht, über die Etablierung des Projektes auf lokaler wie auch Gesamtebene zu entscheiden. Auf Priesterebene gibt es grundlegend drei verschiedene Einstellungen gegenüber der Initiierung

lokaler Projekte. Manche interessieren sich für das Projekt und sagen ‚ja'. Andere stimmen dem Projekt zu ohne genau zu wissen, um was es eigentlich geht. Es gibt aber auch viele Priester, die das Projekt ablehnen. Wenn der Priester das Projekt verweigert, gibt es keine Möglichkeit der Projektimplementierung. (Vgl. Estrada 2013b) Bezüglich der Einflussnahme des Direktors lässt sich keine verallgemeinernde Aussage machen, da diese Position in den letzten Jahren von unterschiedlichen Personen ausgeübt wurde, welche ein unterschiedliches Interesse am Projekt hatten. Vom aktuellen Direktor, welcher allerdings erst seit Juni 2013 im Amt ist, wurde bis zum Abschluss der Forschungsarbeiten kein Interesse am Projekt gezeigt.

Entscheidungsträger können nur Personen sein, die die Priesterweihe erhalten haben, dagegen aber nicht über eine Ausbildung im Sozial- oder Managementbereich verfügen. Das stellt das Gesundheitspastoral vor zwei Schwierigkeiten. Zum einen sind sie einer Person unterstellt, der sie nicht zutrauen den sozialen Kontext der Projekte zu verstehen: „Cada vez los problemas soiales son más complejos, son más complicados y hay que ser más estratégico para resolverlos, pero para eso necesitaríamos un arzobispo como Monseñor Romero[50] que fue capaz de tanto ante los problemas socíales" (Estrada 2013b).[51] Zum anderen haben diese Personen oft kein Interesse an den Projekten. „Ellos no conocen nada y a demás que no conocen dan la impresión que no les interesa" (Estrada 2013b).[52] Und dennoch treffen diese Personen grundlegende Entscheidungen. So wird zum Beispiel derzeit die Sozialarbeit der Kirche aufgrund der Entscheidungen des Direktors abgebaut, obwohl die Kirche in El Salvador allgemeinen Zuwachs erfährt. Viele Pastorale werden auf Befehl von oben geschlossen, ohne dass der Direktor (laut der Mitarbeiterinnen) wirklich versteht, worum es in den Projekten geht und welche Folge der Abbau für die betroffenen Menschen hat. Er stellt also aufgrund seiner Ahnungslosigkeit eine Gefahr für das untersuchte Projekt dar. Auch in diesem sollen Löhne gekürzt und Stellen abgebaut werden. Einen ähnlichen Einfluss haben die Priester auf die Etablierung der Projekte in ihren Gemeinden. Ohne ausreichende Kenntnisse über das Projekt werden diese von manchen Priestern abgelehnt (vgl. Estrada

[50] Erzbischof von San Salvador, der sich für die Rechte der Armen einsetzte. Im Rahmen des aufkeimenden Bürgerkrieges wurde er 1980 vom Milität getötet.(Vgl. Meier/Straßner 2009)

[51] „Die sozialen Probleme werden immer komplexer und komplizierter und man muss immer strategischer vorgehen um diese zu lösen. Aber hierfür bedarf es einen Erzbischof wie Monseñor Romero, welcher sehr fähig war im Bezug auf die sozialen Probleme."

[52] „Sie kennen sich nicht aus und machen auch nicht den Eindruck, als ob es sie interessieren würde."

2013b). Das Gesundheitspastoral sieht sich durch die Abhängigkeit der Zusage der Kirchenoberhäupter einer starken Willkür ausgesetzt. Personen, die sich mit dem Projekt nicht ausreichend auseinandersetzen, entscheiden über dessen lokale Etablierung.

Des Weiteren gibt es viele Uneinigkeiten, bei denen das Gesundheitspastoral letztendlich am kürzeren Hebel sitzt. So hat der Direktor in einem Fall das neue Projektauto für sich beansprucht und das Gesundheitspastoral konnte nichts dagegen tun, da das Auto der Kirche gehört, auch wenn es von MISEREOR spezifisch für das Projekt angeschafft wurde.

Das Gesundheitspastoral möchte den kirchlichen Hierarchien entgehen indem sie das Projekt eigenständig machen wollen.

> *[E]star siempre dentro de la Iglesia no permite alcanzar una organizsación con personería jurídica, que permita la organización, la gestión directamente para sus propios, eso sí limita mucho. […] estamos tratando de hacer una organización, pero es que debería ser una organización fuera de la Iglesia...estar bajo la sombrilla de la Iglesia no permite avanzar en un desarollo de la persona para que ellos mismos hagan lo que quieren hacer cómo Pastoral de Salud (Polanco 2013b).*[53]

Sie wollen den vielen Richtlinien entfliehen, da diese die Entwicklung des Projektes und der MitarbeiterInnen einschränken.

Es kann also festgehalten werden, dass das Projekt Machthierarchien unterliegt, die bei Interesse des Direktors ohne Rücksicht auf Meinung des Gesundheitspastorals ausgespielt werden. Das Projekt basiert auf kirchlichen Strukturen und entsprechend abhängig ist die Initiierung der lokalen Projekte von den örtlichen Priestern. Diese haben die Entscheidungsmacht und treffen sowohl positive wie auch negative Entscheidungen, welchen sich das Pastoral zu beugen hat.

[53] „Teil der Kirche zu sein erlaubt es uns nicht eine juristisch eigenständige Organisation zu sein, dadurch sind die Organisation und das Management eingeschränkt, was unsere Arbeit limitiert. […] Wir versuchen eine Organisation zu gründen, diese müsste aber außerhalb der kirchlichen Strukturen sein….dem Kirchenschirm unterstellt zu sein unterdrückt die Entwicklung der Personen und ihre Selbstständigkeit."

Inhaltliche Beeinflussung seitens der Kirche

Neben den Personen sind es aber auch die kirchlichen Richtlinien, die Einfluss auf das Projekt haben. „A veces lo que interfiere son los lineamientos de la Iglesia, el hecho de que a veces pues si tenemos que actuar que estamos a dentro de la sombrilla de la Iglesia y que a veces nos encontramos con algunas limitantes" (Estrada 2013a).[54] Dies trifft zum Beispiel auf die HIV Workshops zu, in denen nur mit der Kirche vereinbares Wissen vermittelt wird. Die Direktion beeinflusst die inhaltliche Gestaltung des Projektes, vor allem aber spezifisch der Bildungsaktivitäten. Die Mitarbeiterinnen wurden vom alten Direktor regelmässig daran erinnert, ja vorsichtig mit der Thematik umzugehen. Es scheint, als ob die Kirche Angst hat, sich in den HIV-Bildungsbereich zu begeben. Gleichzeitig ist es ihnen positiv anzurechnen, dass sie sich diesem Thema nicht völlig verschliessen. Des Weiteren ist es schon zu Umformulierungen von Aktivitäten gekommen, da der Direktor der Ansicht war, dass Wörter wie zum Beispiel ‚participacion ciudana' oder ‚taller de organización comunitaria' politisch missinterpretiert werden könnten (vgl. Polanco 2013b).

Viele Kirchenväter scheinen realitätsfremd, indem sie sich auf kirchliche Ansätze versteifen. Für sie stehen im Vergleich zu den projektdurchführenden Personen andere Interessen im Vordergrund. Von einziger Relevanz ist für sie die Einhaltung der Lehren der Weltkirche. Die Meinung der MitarbeiterInnen des Gesundheitspastorals spielt für sie keine Rolle. Diese Einstellung wirkt sich aus Sicht des Gesundheitspastorals negativ auf die Projektdurchführung aus. Sie empfinden, dass ihre Arbeit durch die kirchlichen Strukturen und Vorgaben erschwert wird. Solange sie sich aber unmissverständlich an die kirchlichen Vorschriften halten, kommt es eigentlich zu keinen Interventionen. Die ausgeübte Macht bezieht sich also vor allem auf die Bewahrung der Glaubenslehre.

Zusammenfassend hat die Analyse ergeben, dass die Kirche einen viel stärkeren Einfluss auf das Projekt ausübt als MISEREOR oder das BMZ. Sobald die Arbeit des Gesundheitspastorals ihnen nicht korrekt erscheint, nehmen sie Einfluss auf das Projekt. Sie nutzen ihre Machtposition, obwohl sie sich in der Thematik nicht auskennen und

[54] „Das was manchmal stört ist der Umriss der Kirche, dass wir uns bestimmt verhalten müssen, da wir dem Kirchenschirm unterstellt sind und manchmal stoßen wir dabei auf Limitierungen."

normalerweise kein größeres Interesse am Projekt aufweisen. Bisher wurde die potentielle Macht aber nur bezüglich kleinerer Aspekte innerhalb des Projektes und nicht auf das Projekt in seinem Bestehen als ganzes, ausgeübt.

Vor- und Nachteile der Kirche

Mit dem kirchlichen Kontext gehen sowohl Vor- wie auch Nachteile einher. Generell ist es der Kirche wichtig, **unpolitisch** zu bleiben. Keine politische Stellung zu beziehen hat den Vorteil eine neutrale Instanz zu bleiben. Der Nachteil, vor allem in Bezug auf die Partizipation ist, dass viele der Foren und Gremien wie auch Demonstrationen eine politische Ausrichtung haben und somit die Teilnahme als Instanz der Kirche nicht immer oder nur eingeschränkt möglich ist.

Ein weiterer Aspekt ist die **sensible Themenauswahl bzw. -bearbeitung** zum Beispiel in den HIV Workshops. Aufgrund der Einschränkungen der kirchlichen Glaubenslehre ist nicht immer eine ganzheitliche Behandlung der Themen möglich. „[P]or ejemplo en el trabajo de salud reproductiva nosotros tenemos que cuidarnos mucho“ (Gutiérrez 2013b).[55] Bezüglich des Aspektes, dass die direkte Zielgruppe aus gläubigen Menschen besteht, erscheint mir diese Ausrichtung als sehr passend, da sie genau auf die Interessen der Zielgruppe ausgerichtet ist und diese bei ihrem Glauben (und damit einhergehenden Mythen bezüglich HIV und AIDS) ansetzen. Viele würden sich dem Thema aufgrund der Inkompatibilität mit ihrem Glauben eventuell verschließen. „Así la gente como es su cultura también prefieren eso“ (Gutiérrez 2013b).[56] Die Mitarbeiterinnen kennen die Zielgruppe sehr genau und wissen, wo sie thematisch ansetzen müssen, um sie zu erreichen und die Inhalte verdaulich zu gestalten. Gleichzeitig stellt diese Ausrichtung aber auch Einschränkungen dar, zum Beispiel für junge Menschen, die sie aufgrund des eingeschränkten Workshopinhalts nicht erreichen können. So wurde bei einem der Workshops gezielt die Vorstellung des Kondoms gefordert: „[E]sas cipotas tenían mucho interés en el uso del condon y yo le vine a contar a Margarita: Fijese que tuvimos que darlo, era demasiada la insistencia” (Estrada 2013b).[57]

[55] „Zum Beispiel im Bereich der reproduktiven Gesundheit müssen wir sehr vorsichtig sein.“
[56] „Es ist die Kultur der Leute und sie selber bevorzugen es so.“
[57] „Die jugendlichen Mädchen hatten großes Interesse an der Verwendung vom Kondom, als ich zurück war habe ich Margarita erzählt, dass wir das Thema besprechen mussten, da der Nachdruck der Mädchen einfach zu groß war.“

Diesen Personen wird meiner Meinung nach wichtiges Wissen aufgrund der Vorgaben der Kirche vorenthalten. Zumal sie nicht informiert werden, dass die Kirche manche Aspekte gezielt nicht behandelt.

Darüber hinaus wird von den Mitarbeiterinnen angeführt, dass die Menschen aufgrund des kirchlichen Hintergrundes allgemein mehr **Vertrauen in das Projekt** haben. „[A]nte los ojos de los demás o de otras instituciones, de la gente cierta credibilidad y confianza […] Ahi no nos van a mentir, no nos van a engañar“ (Estrada 2013b).[58] Der Kirche wird allgemein ein großer Respekt entgegen gebracht, was sich sehr positiv auf die Etablierung wie auch das Netzwerken mit anderen Projekten auswirkt. Durch die Angehörigkeit zur Kirche ist es somit leichter für das Gesundheitspastoral, Zugang zu den Menschen zu bekommen und diese zu erreichen, da die Menschen ein Grundvertrauen in sie haben. Der Ruf bzw. die ‚Bekanntheit' der Kirche ist also vorteilhaft für eine schnellere Etablierung des Projektes. Gleichzeitig ist hier aber auch zu bedenken, dass die kirchliche Ausrichtung bei Nicht-KatholikInnen vielleicht kein Misstrauen ausübt aber auf diese ausschließend wirkt und sie sich eben aufgrund der religiösen Ausrichtung vom Projekt distanzieren.

Ein weiterer bipolarer Aspekt der bereits ausführlich angesprochen wurde, sind **die kirchlichen Strukturen**, in denen das Gesundheitspastoral seine Arbeit ausführt. Diese bringen zum einen die Hierarchie mit sich, welcher sich das Gesundheitspastoral unterzuordnen hat und entsprechend immer eingeschränkt in seinem Handeln sein wird. Zum anderen basieren sie ihre Arbeit auf bereits etablierten Strukturen bzw. einem bereits existierenden Netzwerk, welche diese wie oben angeführt erheblich erleichtern.

Der fürs Projekt wohl wichtigste Aspekt ist die große **Motivation der Freiwilligen** wie auch der MitarbeiterInnen. Den Freiwilligen wird aufgrund ihres kirchlichen Glaubens eine größere Motivation wie auch Ausdauer in ihrer Arbeit zugeschrieben. Selbes gilt für die Mitarbeiterinnen, welche eine hohe Motivation und eine große Einsatzbereitschaft aufweisen. Bei einem Großteil der ACPS basiert wie bereits erwähnt die Arbeitsmotivation auf ihrem Glauben. Er motiviert sie Gutes zu tun und solidarisch zu sein. Ohne die

[58] „Von unseren Mitmenschen und anderen Institutionen bekommen wir aufgrund unseres kirchlichen Hintergrundes mehr Vertrauen und Glaubwürdigkeit entgegen gebracht. [...] Sie gehen davon aus, dass sie bei uns nicht belogen und betrogen werden.“

Motivation, unbezahlte Arbeit zu leisten, wäre das Projekt. zumindest mit dem derzeitigen Budget, nicht durchführbar. Die Motivation der ACPS ist der Grundpfeiler des Projektes. Wie von den Mitarbeiterinnen festgestellt wurde, bleiben die gläubigen ACPS und Komiteemitglieder dem Projekt am längsten treu. Durch den Glauben ist also erst die Nachhaltigkeit und Kontinuität des Projektes gegeben.

So viele negative Aspekte über die Kirche geäußert wurden, so sind die positiven nicht zu vergessen. Auch wenn die Kirche interveniert und die Arbeit des Gesundheitspastorals erschwert, so ist diese Arbeit wahrscheinlich nur durch die Angehörigkeit zur Kirche in der bestehenden Form ausführbar. Ohne die Kirchenzugehörigkeit wäre es wahrscheinlich schwieriger das Projekt so leicht zu expandieren und so viele freiwillige Personen zu finden, die ihrer Arbeit viele Jahre nachkommen.

6.2.1.3. Whose reality counts?

Entsprechend kann auch jetzt in Bezug auf das untersuchte Projekt Chambers Frage ‚Whose reality counts?' beantwortet werden.

MISEREOR geht davon aus, dass eine gewünschte Veränderung am besten gelingt, wenn sie vom System selbst gesteuert wird und erkennt an, dass die Wirklichkeit des anderen nur begrenzt begreifbar ist (vgl. MISEREOR 2006: S.5f.). Basierend auf diesen Angaben kann daraus geschlossen werden, dass MISEREOR bei der Realität der betroffenen Bevölkerung ansetzt. Dies konnte anhand der Beobachtungen im Projekt bestätigt werden. Ausschlaggebend ist die Realität der lokalen Bevölkerung. Die lokale Bevölkerung ist aber zu trennen in die Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals und die Zielgruppe. Wie schon in der Diskussion um die Partizipation bei der Festlegung der Projektziele deutlich geworden ist, hält das Gesundheitspastoral die entscheidenden Zügel in der Hand – ist ihre Projektrealität die ausschlaggebende. Die Mitarbeiterinnen sind aber Externe der direkten Zielgruppe und haben somit eine andere Lebensrealität als diese.
Der Einfluss der Kirche (vertreten durch den Direktor), die diesen auf das Gesundheitspastoral ausübt, ist auch in diesem Aspekt nicht zu vernachlässigen. Selbst wenn die Realtität des Gesundheitspastoral die ausschlaggebende ist, so ist sie dies nur wenn der

Direktor des Vikariats und der Erzbischof mit den Vorschlägen des Gesundheitspastorals einverstanden sind.

Rachauer führt an, dass jedes wirklich partizipative Projekt nach ein paar Monaten aus dem Ruder laufen muss". Dass Partizipation aus Perspektive der Geberinstanzen eine Gefahr für das Projekt darstellen könnte, kann wie oben angeführt nicht bestätigt werden. Dennoch ist die Frage zu stellen, in wie weit sich das Projekt verändern würde, wenn die Realität der Zielgruppe die ausschlaggebende wäre und ob diese Partizipation eine Gefahr für das Gesundheitspastoral darstellen würde. Würde die direkte Zielgruppe die Ziele des Projektes festlegen, wären diese in den Gemeinden, die nicht von den Ecos betreut werden, wahrscheinlich operativer ausgerichtet als die aktuellen. Dürften sie auch über die Verwendung des Projektbudgets bestimmen, würde hier sicher eine starke Umverteilung stattfinden. Aus der Perspektive der Zielgruppe sind die Löhne der Mitarbeiterinnen sehr hoch. Sie würden diese wahrscheinlich kürzen und die Gelder vermehrt für Materialen, Transport wie auch Medikamente ausgeben. Für einen eigenen Lohn würde das freiwerdene Geld nicht ausreichen, jedoch könnten zumindest die durch die Arbeit entstehenden Kosten der Komitees gedeckt wären. Die letztgenannten Aussagen basieren auf meinen eigenen Einschätzungen. Mein Verhältnis zur Zielgruppe war nicht eng genug, um einen wirklichen Einblick in ihre Sichtweisen und Einstellungen zu bekommen. Unter dem Aspekt der finanziellen Umverteilung wäre eine stärkere Partizipation schlussfolgernd aber eine Gefahr für die Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals in der Form, als dass ihre Löhne höchstwahrscheinlich gekürzt werden würden. Da sie aber ihren inhaltlichen Vorgaben entsprechen, hätte eine veränderte Ausrichtung des Projektes wahrscheinlich keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit MISEREOR.

6.2.2. Beurteilung der angewandten Managementtools

Beurteilung der angewandten Planungstools

Der Vorwurf der Theorie an das Projektmanagement der GeberInnen ist, dass dieses auf vorformulierte Zeitvorstellungen, klare Zeithorizonte und einen planmäßigen Mittelabfluss

ausgerichtet ist, welche im Widerspruch zur Partizipation stehen, da diese nicht vorhersagbar und planbar ist.

Im untersuchten Projekt gibt es dahingehend vorformulierte Zeitvorstellungen, dass die Projektverträge auf drei Jahre abgeschlossen werden, und in dieser Zeit die gesetzten Ziele erreicht werden sollen. Insgesamt läuft das Projekt aber seit 30 Jahren und ein **Projekt Cycle Management** hat in der Form stattgefunden, dass das Projekt alle drei Jahre aktualisiert und an die neuen Zielsetzungen angepasst wurde. Die Theorie bemängelt, dass mit Beginn des Projektes dessen Verlauf festgelegt wird. Auch dies stimmt in Bezug auf das untersuchte Projekt. Allerdings ist seitens MISEREOR die gängige Möglichkeit gegeben, Projektziele noch nachträglich abzuändern. Der Kritik, dass es sich um ein ‚Korsett mit geringer Flexibilität' handelt, kann also widersprochen werden. Die kurzen Verträge und die Ausrichtung von MISEREOR auf die Förderung von langjährigen Partnerschaften sowie die Möglichkeit einer nachträglichen Zieländerung wirken sich positiv auf die Flexibilität des Projektes aus. Insgesamt ist MISEREOR bezüglich der Veränderung von Projekten sehr flexibel. Das ist eventuell auch auf ihre Freiheiten gegenüber dem BMZ und darauf, dass sie keine ‚eigenen' Interessen haben, die es vor Ort zu vertreten gilt, zurückzuführen. Des Weiteren ist die Nicht-Offenlegung der Projektevaluierungen ein Aspekt, der es erlaubt, Wandel in den Projekten durchzuführen, ohne unprofessionell zu wirken.

Auch wird der **Logframe** von der Theorie negativ als ‚Kontrollmechanismus' bezeichnet. Die Praxis bestätigt, dass es sich beim ‚Logframe' um ein Instrument handelt, welches zur Kontrolle der Erreichung der Ziele dient, sieht dies aber als sehr positiv an. Estrada beschreibt, dass die verwendete Methodik ihnen wertvolle Orientierung bezüglich der Erreichung der Ziele und Indikatoren gibt (vgl. Estrada 2013b). Anzumerken ist in dem Kontext allerdings, dass der ‚Logframe' wie schon angeführt in einer verkürzten Version verwendet wird. Logframes, die genaue Zeithorizonte vorgeben, sind eventuell einschränkender in der Form, dass die GeberInnen die Partnerorganisation vermehrt unter Druck setzten können. Die MISEREOR Projektreferentin spricht davon, dass sich die *tools* in den letzten Jahren stark verbessert hätten und sieht keinen Widerspruch in ihnen zu Partizipation (vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013). Die Projektkoordinatorin des

Gesundheitspastorals meint diesbezüglich: „Pues si lo vemos fríamente, es verdad que no es correcto … pero yo siento que los procesos se pueden adaptar“ (Polanco 2013b).[59]

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Partnerorganisation sich durch die Verwendung der Planungstools nicht eingeschränkt fühlt, sondern diese vor allem als wertvolle Hilfe wahrnimmt. Und dies ist laut MISEREOR auch mindestens ein genauso großes Ziel der Methoden wie die Überprüfung des Projektes seitens der GeberInnen. So wird zum Beispiel als Ziel des ‚narrativen Jahresberichtes' angegeben, dass diese Methoden dazu dienen, aus Fehlern zu lernen und gestärkt in die Zukunft zu schauen. Es gibt keine spezifischen Vorgaben, welche Ziele bzw. Indikatoren nach einem oder zwei Jahren erreicht sein müssen. (Vgl. Projektreferentin MISEREOR 2013). Die Methoden sollen der Partnerorganisation zur Verbesserung der eigenen Arbeit dienen. Sind sie reine Vorgaben seitens der GeberInnen und von den PartnerInnen wird kein Nutzen in der Verwendung dieser Methoden gesehen, so ist es MISEREOR ein Anliegen, diesen PartnerInnen entgegen zu kommen. Die Projektreferentin betonte, dass es für sie wichtig sei, den Fokus weiter auf die Partnerländer zu richten anstatt sich in Methoden zu verstricken. So gibt es zum Beispiel Partnerorganisation denen die Verwendung der *tools* sehr schwer fällt. In diesen Fällen wird geschaut, wie man die Interessen beider annähern kann: „Wir arbeiten mit vielen zusammen, die bei anderen durchs Raster fallen“ (Projektreferentin MISEREOR 2013). Hinzuzufügen ist, dass der Logframe seitens der Partnerorganisation erstellt wird. Es sind also nicht die GeberInnen, die diesen anfertigen, sodass die Partnerorganisation nur mehr die ausführende Instanz ist. Seitens des Gesundheitspastorals wurde das Erlernen der Methoden auch als Empowerment verstanden. Sie verwenden diese jetzt auch auf anderen Ebenen.

MISEREOR verwendet insgesamt nur wenige Methoden. Diese entsprechen nicht komplett den in der Theorie beschriebenen Methoden, sondern werden in vereinfachter Form angewandt. Bezüglich der Theorie ist zu kritisieren, dass diese die Planungstools in Bezug auf Partizipation aus einem sehr einseitigen Licht betrachtet. In der Praxis werden viele positive Aspekte mit den Methoden verbunden, welche sich auch positiv auf die Partizipation im Projekt auswirken können.

[59] „Wenn wir es so direkt betrachten, stimmt es dass es nicht korrekt ist….aber ich denke, dass die Prozesse sich adaptieren.“

Angewandte ‚partizipative' Methoden

Neben den Planungstools werden im Projekt des Weiteren in der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe sogenannte ‚Partizipative Methoden' angewandt. Stellvertretend werde ich genauer auf die drei im Projekt angewandten Methoden der Gemeindekartierung (Mapping), des partizipativen Monitorings und des Evaluierungsinstrument der SWOT-Analyse eingehen.

Das angewandte **Gemeindemapping** ermöglicht es den Zielgruppen, ihnen vorhanden Informatinen anschaulich darzustellen und daraus Erkenntnisse für die eigene operative Arbeit zu ziehen. Die Erstellung liegt allein bei der Zielgruppe, seitens des Gesundheitspastorals wird kein Einfluss genommen. Beim **partizipativen Monitoring** ist die Zielgruppe auf Gesamtprojektebene(!) zwar durch das Monitoring in ihrer eigenen Gemeinde eingebunden, es gibt aber keinen Zugang zu Informationen bzw. eine transparente Übersicht bezüglich der Fortschritte des gesamten Projektes. Die Rolle der Zielgruppe ist also wieder nur die der Informationsquelle und das Gesundheitspastoral hat als einziges einen Gesamtüberblick über den Projektverlauf. Auch wird die Zielgruppe nicht in die Indikatorenbestimmung einbezogen. Die Durchführung der **SWOT-Analyse** der externen Evaluatorinnen ist beispielhaft dafür, wie partizipative Methoden für eigene Zwecke missbraucht werden können. Die Zielgruppe wurde zweigeteilt und jeweils bei der Erstellung der Analyse von einer Evaluatorin betreut. Während eine Moderatorin eine neutrale, moderierende Funktion übernommen hat, hat die andere sich aktiv in den Prozess eingebracht, ihre eigenen Ideen und Vorstellungen geäußert und die Zielgruppe so manipuliert. Es wurden fast nur Vorschläge notiert, die mit den eigenen Vorstellungen übereinstimmten, die anderen wurden in manipulativer Weise zur Diskussion gestellt. Besonders spannend war, dass diese Evaluatorin auch in der mit den Mitarbeiterinnen durchgeführten SWOT-Analyse selbes versucht hat. Die Mitarbeiterinnen wehrten sich und fochten unberechtigte Einwände seitens der Evaluatorin an. Während es sich bei der ersten SWOT Analyse Beobachtung um reine Scheinpartizipation gehandelt hat, wird anhand der zweiten durchgeführten SWOT Analyse deutlich, dass sich die Mitarbeiterinnen als gleichberechtigte Partnerinnen ansehen und für ihre Meinungen und Einschätzung einstehen, anstatt diskussionlos zu übernehmen, was ‚MISEREOR' (stellvertreten durch die Evaluatorinnen) ihnen ‚vorschlägt'.

Die Verwendung von partizipativen Methoden lässt also nicht automatisch auf die Partizipation der Zielgruppe schließen. Die Kritik seitens der Theorie und die geforderte Sensibilität bei der Anwendung der Methoden sind äußerst berechtigt.

Abbildung 10: Diskussion von ACPSs bei der Erstellung einer Stakeholderanalyse; Quelle: Eigene Aufnahme

6.2.3. Tatsächlicher Einfluss der Machtverhältnisse und Managementtools

Nach der Analyse der Ergebnisse wird an dieser Stelle darauf aufbauend die Forschungsfrage **„In wie weit beeinflussen die angewandten Managementtools sowie die Machtverhältnisse zwischen den AkteurInnen die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation?“** beantwortet.

Auswirkungen der Machtausübung der vier Kerninstanzen auf die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation

Das BMZ hat die letztendliche Macht über MISEREOR wie auch das Gesundheitspastoral, macht sich diese aber in keiner Weise zu Gute. Die Macht vom BMZ wirkt sich also nicht negativ auf die Partizipation von Zielgruppe und Partnerorganisation aus.

MISEREOR ist in einer Machtposition gegenüber dem Gesundheitspastoral, nimmt diese aber nur sehr eingeschränkt wahr, in der Form, als dass Forderungen an die Formalitäten des Projektes und Verbesserungen diesbezüglich gestellt werden. Die Partizipation des Gesundheitspastorals ist hierdurch aber nicht eingeschränkt. Die vorgegebene Verwendung der Planungstools wird von ihnen positiv und nicht als einschränkend wahrgenommen. Eher empfinden sie das Erlernen der Planungsmethoden als *empowering*, da sich diese auch in anderen Bereichen als nützlich erweisen konnten. Vor einigen Jahren hat MISEREOR des Weiteren postuliert, dass das Empowerment der Menschen mehr Wichtigkeit erlangen sollte. Die Einflussnahme MISEREORs in Bezug auf die Partizipation der Zielgruppe ist also als partizipationsfördernd zu bewerten.

Die ‚Macht' des Gesundheitspastorals wirkt sich negativ auf die Partizipation der Zielgruppe im Gesamtprojekt aus. Die Meinungen und Einschätzungen der Zielgruppe haben einen geringeren Wert als die der Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals. Dies führt zum einen dazu, dass die Zielgruppe nicht konsequent in alle Planungen und Entscheidungen einbezogen wird. Zum anderen wird die letztendliche Entscheidung vom Gesundheitspastoral getroffen. Auf lokaler Ebene wird keine Macht ausgeübt, was aber daran liegen könnte, dass sich die Zielgruppe den vorgegebenen Zielen nicht widersetzt.

Die Zielgruppe hingegen übt keine Macht aus, obwohl diese zu einer größeren Partizipation ihrer selbst im Projekt führen würde. Auf lokaler Ebene liegt bereits ihre vollwertige Partizipation vor – abgesehen davon, dass die neuen Zielgruppen ihre Arbeit auf Ziele ausrichten, die nicht von ihnen mitbestimmt wurden – aber auf der Gesamtprojektebene könnten sie durch eine verstärkte Machtausübung einen größeren und entscheidenderen Einbezug erreichen.

Auswirkungen der Machtausübung der Kirche auf die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation

Bezüglich der Machtausübung der **Kirche in Deutschland** können keine Aussagen getroffen werden. Abgesehen von der Bewilligung des Projektes wie auch der möglichen Einstellung des Projektes, haben **die lokalen Kirchen in El Salvador** – stellvertreten durch den Priester –.kein Machtpotential in Bezug auf das laufende lokale Projekt in ihrer Gemeinde. Nachdem

die Projekte bewilligt sind und die Zielgruppe aktiv wird, gibt es also keine direkte Machtausübung, mit der die Zielgruppe konfrontiert ist. Manche Zielgruppen wünschen sich zwar eine größere Unterstützung seitens der lokalen Kirchen, ihre Partizipation wird durch diese aber weder eingeschränkt noch gefördert. Abgesehen davon, dass bestimme Themenbereiche nicht ‚vollständig' behandelt werden dürfen, nimmt auch das **Erzbistum San Salvador nur sehr wenig** Einfluss auf die Partizipation des Gesundheitspastorals. Stattdessen verweigert das Erzbistum dem Gesundheitspastoral aber dessen Empowerment. Das Gesundheitspastoral wird gezielt klein gehalten und ihm wird keine Entscheidungsmacht übertragen. Dies beruht nicht auf einer Missgunst gegenüber dem Pastoral, sondern ist Norm in der kirchlichen Struktur. Entsprechend möchte sich das Gesundheitspastoral auch eigenständig machen.

Die Macht der Kirche (vertreten durch den Direktor) steht somit nicht direkt im Widerspruch zur Partizipation. Ihr Einfluss auf Ebene des Erzbistums (also gegenüber dem Gesundheitspastoral) ist eher nervenaufreibend, als dass der Arbeit Steine in den Weg gelegt werden. Durch eine Einstellung des Projektes könnte aber die gesamte Arbeit des Gesundheitspastorals auf Beschluss des Direktors beendet werden.

Managementtools als partizipationsverhindernd?

Das Gesundheitspastoral gestaltet den ‚Logframe' selbst und kann Veränderungen der Projektziele bei MISEREOR beantragen. Sie haben die *tools* schon verwendet bevor sie dazu verpflichtet waren. Laut Selbstauskunft wird ihre Arbeit durch die Verwendung der tools nicht eingeschränkt sondern bereichert. Die Kennnis der Anwendung der Methoden wird als empowernd verstanden.

Die Partizipation der Zielgruppe wird durch die Planungstools hingegen eher negativ beeinflusst. Die vorgegebenen Ziele grenzen die Partizipation dahingehend ein, dass sich die neue Zielgruppe an diesen zu orientieren hat, ohne diese selber mitbestimmt zu haben, zumal es nicht im direkten Einflussbereich liegt, eine Veränderung der Ziele zu beantragen. Die Anwendung partizipativer Methoden kann sich je nach Durchführung positiv oder negativ auf die Partizipation der Zielgruppe auswirken.

7. Fazit

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen, basierend auf den Forschungsergebnissen und der Analyse, zusammengefasst beantwortet. Des Weiteren wird ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungen zur Partizipation im Projektmanagement gegeben. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einer Reflektion über meinen Lernprozess während des Verfassens der Arbeit.

7.1. Beantwortung der Forschnungsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen in wie weit der Partizipationsgedanke in der Praxis umgesetzt wird und ob bestimmte Aspekte des Projektmanagements einen negativen Einfluss auf dessen Umsetzung haben. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen einer zusammenfassende Inhaltsanalyse (nach Phillip Mayring), basierend auf der wissenschaftlichen Literatur von TheoretikerInnen, eine induktive Kategorienbildung durchgeführt. Mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse und der in diesem Rahmen durchgeführten deduktiven Kategorienanwendung, wurden die Aussagen der TheoretikerInnen anhand des Fallbeispiels eines Gesundheitsprojektes von der NGO MISEREOR in El Salvador überprüft.

„Wie weit erstreckt sich der partizipative Gestaltungsspielraum der Zielgruppe und der Partnerorganisation im untersuchten Projekt?

Bezüglich dieser Fragestellung ergab sich, dass der Begriff ‚Partizipation' von MISEREOR und dem Gesundheitspastoral zwar nicht verwendet wird, ihre Arbeit in der Praxis sich aber als äußert partizipativ herausstellte. Dabei hat es sich als wichtig erwiesen zwischen der Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation zu unterscheiden, da hier große Unterschiede vorliegen können. Von MISEREOR und BMZ werden alle Grundlagen zur Partizipation der Zielgruppe wie auch der Partnerorganisation gestellt. Die Partizipation des Gesundheitspastorals spiegelt die gute Projektpartnerschaft zwischen dem Gesundheitspastoral und MISEREOR wider. Die Partizipation der direkten Zielgruppe auf

der lokalen Projektebene ist vorbildlich. Lediglich die Partizipation der direkten Zielgruppe am Projektmanagement des gesamten Projektes hat deutliches Verbesserungspotential. Zwar findet auch auf dieser Ebene Partizipation statt, jedoch nur im eingeschränkten Sinne. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Partizipation der Zielgruppe wie auch der Partnerorganisation sehr stark ausgeprägt und von äußerster Relevanz für das Projekt sind.

„In wie weit beeinflussen die angewandten Managementtools sowie die Machtverhältnisse zwischen den AkteurInnen die Partizipation der Zielgruppe und der Partnerorganisation?“

Die Machtstellungen von BMZ und MISEREOR haben keine negative Auswirkung auf die Partizipation im untersuchten Projekt. Die Vorwürfe der Theorie bezüglich der Machtausübung der finanzierenden Körperschaft treffen nicht zu. Eine Einmischung der Geberinstanzen in das Projektmanagement, um die eigenen Interessen zu vertreten, konnte nicht festgestellt werden. Das Gesundheitspastoral ist die Schlüsselinstanz, bei ihm liegt das Management des Projektes. Es hat zwar nur eine ‚Scheinmacht', deren Ausübung sich aber negativ auf die Partizipation der Zielgruppe auswirkt. Die Zielgruppe hat die potentielle Macht, eine stärkere Partizipation einzufordern, ihr Empowerment reicht aber nicht weit genug um sich entsprechend gegenüber dem Gesundheitspastoral zu positionieren. Die negativen Auswirkungen der Machtausübung des Gesundheitspastorals sind höchstwahrscheinlich auf die fehlende Sensibilisierung der eigenen Mitarbeiterinnen im Bereich von Partizipation und Empowerment zurückzuführen. In Widerspruch zur Theorie hat also nicht die Machtausübung der Geberinstanzen den größten Einfluss auf die Partizipation der Zielgruppe, sondern die der Partnerorganisation. Die Machtausübung der Kirche erschwert den Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals zwar ihre Arbeit, hat aber keinen Einfluss auf die Partizipation der lokalen Instanzen. Hingegen wird das Empowerment des Gesundheitspastorals von der Kirche vollständig unterminiert.

Allgemein wird von MISEREOR nur die Anwendung von wenigen Managementtools gefordert, welche von der Partnerorganisation als bereichernd und nicht als einengend wahrgenommen werden. Die Partizipation der Zielgruppe wird durch die Verwendung einer Logframe ähnlichen Methode eingeschränkt. Die Anwendung partizipativer Methoden führt

nicht automatisch zu einer Partizipation der Zielgruppe, die dem Partizipationsverständnis der vorliegenden Arbeit entspricht.

Es kann zusammengefasst werden, dass die ausgeübte Macht und die Anwendung von Managementtools eine negative Auswirkung auf die Partizipation der Zielgruppe nicht aber auf die der Partnerorganisation haben. Im Gesamtkontext der allgemein sehr großen Partizipation von Zielgruppe und Partnerorganisation wird aber deutlich, dass die Auswirkungen von Macht und Managementtools auf die tatsächlich vorliegende Gesamtpartizipation des Projektes sehr gering sind.

7.2. Ausblick

Die überwiegende Zahl der in der Entwicklungszusammenarbeit tätigen NGOs gibt an, partizipativ zu arbeiten. Ohne das Partizipationsverständnis der Organisationen zu kennen ist es aber schwierig Rückschlüsse auf die damit einhergehende veränderte Aufgabenaufteilung und Machtausübung zu schließen. Da mir zu wenig Einblick in die Arbeit verschiedener NGOs vorliegt, kann keine fundierte Aussage getroffen werden, ob MISEREOR im Partizipations- und Entwicklungsverständnis dem *Mainstream e*ntspricht und die Forschungsergebnisse somit repräsentativ sind in Bezug auf Partizipation in EZA Projekten von NGOs. Ich persönlich glaube aber, dass die Freiheiten der Partnerorganisation (wie auch der Geberorganisation) im untersuchten Projekt verhältnismäßig groß sind. Es scheint außergewöhnlich, dass die Geberinstanzen sowohl keine persönlichen Interessen haben, die es im Projekt zu befriedigen gilt als auch so gut wie vollständig auf die Ausübung ihrer Macht verzichten (können), da sie von der Wichtigkeit der Partizipation der lokalen Instanzen überzeugt sind.

Für an diese Arbeit anknüpfende Forschungen, ergeben sich dadurch diverse Forschungsfragen. Zunächst stellt sich die Frage, ob meine Einschätzungen bezüglich der Repräsentation der Forschungserkenntnisse auch wissenschaftlich belegt bzw. widerlegt werden können. Handelt es sich um ein Ausnahmeprojekt oder führen die meisten NGO ihre Projekte mittlerweile auf einer vergleichbar partizipativen Ebene durch und die Theorie ist schlicht veraltet? Des Weiteren wäre es spannend genauer zu untersuchen, in wie weit

sich staatliche Projekte von ‚privaten' Projekten unterscheiden, in der Annahme, dass bei staatlichen Projekten mehr politische Interessen zu vertreten sind und somit die finanzierende Körperschaft wahrscheinlich einen größeren Einfluss auf die Projektziele nimmt. Außerdem wäre es interessant genauer zu erforschen, ob auch in anderen Projekten die Partizipation der Zielgruppe negativ durch die Partnerorganisation beeinflusst wird und welche Ursachen dem zugrunde liegen. Haben die Partnerorganisationen stärkere Interessen als bisher von den TheoretikerInnen wahrgenommen, oder aber liegt allgemein eine nicht ausreichende Sensibilisierung der Partnerorganisationen in Bezug auf partizipatives Projektmanagement vor?

7.3. Abschließende Reflektion der Autorin

Abschließend möchte ich die LeserInnen an meinem Entwicklungsprozess während des Verfassens meiner Diplomarbeit teilhaben lassen.

Für mich war es sehr wichtig im Rahmen meiner Diplomarbeit eine praxisnahe Forschung durchzuführen. Zum einen, da mir eine Feldforschung spannender und interessanter erschien als die Lektüre wissenschaftlicher Texte. Zum anderen halte ich die wissenschaftliche Theorie für sehr wichtig, aber nur wenn sie in Bezug zur Praxis steht, da in dieser die EZA durchgeführt wird. Entsprechend war es für mich substanziell, durch meine Diplomarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der EZA in der Praxis zu leisten.

Während ich voller Optimismus angefangen habe zu studieren, wurde meine Einstellung gegenüber der Entwicklungszusammenarbeit in Laufe des Studiums immer kritischer und vor allem auch pessimistischer. Auch die Literaturrecherche im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte keinen Optimismus in mir hervorrufen. Selbst die Partizipation, mit der ich viel Hoffnung verband, war in der Theorie ein Misserfolg. Umso überraschter und auch erleichterter war ich, während meines Forschungsaufenthaltes feststellen zu dürfen, dass es um die Entwicklungszusammenarbeit längst nicht so schlecht steht, wie es oft in den theoretischen Diskussionen dargestellt wird. Ich war sehr erfreut, dass sich nur ein Teil der Aussagen der TheoretikerInnen im untersuchten Projekt bewahrheitet hat und selbst die bestätigten Aspekte keinen so großen negativen Einfluss auf die Partizipation des Projektes

hatten. Das untersuchte Projekt war viel fortschrittlicher als auch nur im Ansatz erwartet. Natürlich gibt es noch Verbesserungspotentiale und entsprechend wichtig ist auch die weitere Forschung. Bewusst geworden ist mir aber die große Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. Aus dieser Feststellung konnte ich persönlich die wichtige Erkenntnis mitnehmen, nicht zu schnell zu urteilen, sondern mir möglichst ein eigenes Bild zu machen. Mich also zunächst durch wissenschaftliche Literatur zu sensibilisieren, um anschließend mit einer offenen Einstellung in die Praxis zu gehen und meine eigene Beurteilung zu finden. Auch wenn wir in der Universität fast nur mit (kritischer) Literatur arbeiten, welche von TheoretikerInnen geschrieben ist, bedeutet dies nicht, dass diese ein so starkes Gewicht bei der Meinungsbildung der Studierenden bekommen sollte. Hier wäre meiner Meinung nach ein stärkterer Praxisbezug im Sinne von Theorieüberprüfung wünschenswert. Das Verfassen der Diplomarbeit hat mich wieder auf einen guten Mittelweg zwischen Theorie und Praxis gebracht und mir meinen Optimismus in Bezug auf meine zukünftige Arbeit im Feld der praktischen EZA zurückgegeben.

Literaturverzeichnis

Agg, Catherine/United Nations Research Instiute for Social Development (2006): *Trends in Government Support for Non-Governmental Organizations.* Is the „golden age“ of the NGO behind us? United Nationals Research Institute for Social Development, Genf.

Aguilar, Jaime Nelson (2013): *Los Consejos Locales de Salud. Construyendo la participación social en salud.* Ministerio de Salud El Salvador, San Salvador.

Beckmann, Gabriele (1997): *Partizipation in der Entwicklungszusammenarbeit.* Mode, Methode oder politische Vision? Lit Verlag, Hamburg.

Biggs, Stephen/Smith, Sally (2003): *A Paradox of Learning in Project Cycle Management and the Role of Organizational Culture.* In: World Development, Vol. 31, No.10, S.1743-1757.

BMZ (1999): *Übersektorales Konzept: Partizipative Entwicklungszusammenarbeit.* BMZ Konzepte Nr. 102. Partizipationskonzept. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), Bonn.
URL http://www.bmz.de/de/service/infothek/index.html
[Zugriff: 22.08.2013]

BMZ (2013a): *Die Erklärung von Paris.*
URL http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/ziele/ziele/parisagenda/paris/index.html [Zugriff: 24.07.2013]

BMZ (2013b): *Akteure der bilateralen Zusammenarbeit: Kirchen.*
URL http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/wege/bilaterale_ez/akteure_ez/kirchen/index.html
[Zugriff: 19.08.2013]

Braithwaite, Mary/Meade, Stephanie (2004): *Poverty Relevance of Infrastructure Projects and Approaches of Donors.* Background Documents for 2nd DAC InfraPoor Workshop. Berlin.

Brodhead, T. (1988): *Bridges of Hope?* The North South Institute, Ottawa.

Bundeszentrale für politische Bildung (o.J.): NGOs.
URL
http://web.archive.org/web/20100210122806/http://www.bpb.de/themen/G1PDEE,0,0,Nichtstaatliche_Organisationen_.html
[Zugriff: 13.06.2013]

CIDSE/Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V. (2008): *Entwicklungshilfe: Kompensation für Unrecht oder Instrument für Gerechtigkeit?* CIDSE-Arbeitspapier zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit. CIDSE/Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V., Brüssel/Aachen.

Chambers, Robert (1994): *Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience.*
In: World Development, Vol. 22, Nr. 9. Institute of Development Studies, Brighton. S.1253-1268.

Chambers, Robert (1995a): *Paradigm shifts and the practice of participatory research and development.* In: Nelson, Nici/Wright, Susan: Power and Participatory Development. Theory and Practice. Intermediate Technology Publications, London, S.30-42.

Chambers, Robert (1995b): *Poverty and livelihoods: whose reality counts?* In: Environment and Urbanization, Vol. 7. Institute of Development Studies, Brighton. S.173-204.

Chambers, Robert (1997): *Whose reality Counts?* Putting the first last. Intermediate Technology Publications, London.

Chambers, Robert (1998): *Beyond "Whose Reality Counts?"* New Methods We Now Need? In: Studies in Cultures, Organizations and Society, Vol. 4. S. 279-301.

Chambers, Robert (2010): *Paradigms, Poverty and Adaptive Pluralism*. IDS Working Paper 344. University of Sussex, Brighton.

Cleaver, Frances (1999): *Paradoxes of participation: questioning participatory approaches to development.* In: Journal of International Development, Juni 1999, Volume 11, Issue 4. S.597-612.

Coles, Anne/Evans, Phil/Heath, Charlotte (1998): *Impact assessment, process projects and output-to-purpose reviews:* work in progress in the Department of International Development (DFID). In: Mosse, David/Farrington, John/Rew, Alan: Development as a process: concepts and methods for working with complexity. Routledge, London/New York. S.84-96.

Consejo Espiscopal Latinoamericano (CELAM) (2010): *Discipulos Misioneros en el mundo de la Salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caríbe.* CELAM, Bogota.

Cooke, Bill/Kothari, Uma (2004a): *Participation: The New Tyranny?* Zed Books, London/New York.

Cooke, Bill/Kothari, Uma (2004b): *The case for participation as Tyranny.* In: Cooke, Bill/Kothari, Uma: Participation: The New Tyranny? Zed Books, London/New York. S.1-15.

Cooke, Bill (2004): *The Social Psychological Limits of Participation?* In: Cooke, Bill/Kothari, Uma (2004): Participation: The New Tyranny? Zed Books, London/New York. S.102-121.

Cornwall, Andrea (2002): Beneficiary, Consumer, Citizen: Perspectives on Participation for Poverty Reduction. Stockholm: SIDA Studies No.2
URL www.pnet.ids.ac.uk/docs/Other/beneficiary%20consumer%20citizens_cornwall.pdf
[Zugriff: 30.09.2013]

Cornwall, Andrea (2009): *Changing Ideals in a Donor Organisation: "Participation" in Sida.* IDS Working Paper 317. Unversity of Sussex, Brighton.

Correll, Denis/Steinle, Aurora (2008): *Can Aid be Effective without Civil Society?* The Paris Declaration, Accra Agenda for Action and Beyond. International Council on Social Welfare, Utrecht.

Craig, David/Porter, Doug (1997): *Framing Participation: development projects, professionals, and organisations.* In: Development in Practice, Vol. 7, Nr. 3, Oxfam GB.

Craig, Gary/Mayo, Marjorie (1995): *Community Participation and Empowerment: The Human face of Structural Adjustment or Tools for Democratic Transformation?* In: Craig, Gary/Mayo, Marjorie: Community Empowerment: A Reader to Participation and Development. Zed Books, London, S.1-11.

Ebster, Claus/Stalzer, Lieselotte (2008): *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler.* Facultas.wuv Universitätsverlag, Wien.

Elsv.info (2013): Poblacion de El Salvador en el 2013.
URL http://www.elsv.info/poblacion-de-el-salvador-en-el-2013
[Zugriff: 25.07.2013]

Feidieker, Thomas/Kadel, Jost (2007): *Die Rolle der Zivilgesellschaftlichen Organisationen bei der Umsetzung der Paris Declaration on Aid Effectiveness.* In: VENRO (Hrsg.): 2015 im Gespräch: Paris Deklaration, Armutsbekämpfung, Partizipation – passt das zusammen? Venro, Bonn, S.5-11.

Fisher, William (1997): *Doing Good? The Politics and Antipolitics of NGO Practices*. In: Annual Review of Anthropology, Vol. 26, S.439-464.

Frauenberg, Anja von (2008): *Mit Zorn und Zärtlichkeit. 50 Jahre Hilfe für die Ärmsten der Armen.*
URL http://www.viva.de/film.php?op=tv&what=show&Artikel_ID=90024
[Zugriff: 15.08.2013]

Freyhold, Michaela von (2002): *Partizipation als Leitvorstellung von Nicht-Regierungsorganisationen und die Kritik daran.* Peripherie: Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt, Jg. 22, Nr. 87, Köln, S.271-292.

Gezelius, H./Millwood, D. (1988): *NGOs in Development and Participation in Practice: an initial Enquiry*. In: PPP Working Paper Nr.3, University of Stockholm, Stockholm.

Gutíerrez, Fatima (2013c): *Realidad de Salud y Pastoral de la Salud. San Salvador.*

Henkel, Heiko/Stirrat, Roderick (2004): *Participation as Spiritual Duty; Empowerment as Secular Subjection.* In: Cooke, Bill/Kothari, Uma (2004): Participation: The new Tyranny? Zed Books, London/New York, S.168-184.

Hussein, Karim (1995): *Participatory Ideology and practical Development*: agency control in a fisheries project, Kariba Lake. In: Nelson, Nici/Wright, Susan (1995): Power and Participatory Development. Theory and Practice. Intermediate Technology Publications, London, S.170-180.

Jerve, Alf Morten/Hansen, Annette Skovsted (2008): *Introduction: Conceptualising Ownership in Aid Relations.* In: Alf Morten Jerve, Yasutami Shimomura, Annette Skovsted Hansen (Hrgs.): Aid relationships in Asia. Exploring ownershipin Japanese and Nordic aid. Palgrave Macmillan, S.3-21.

Jordan, Lisa/van Tuijl, Peter (2006): *NGO Accountability. Politics, Principles and Innovations.* Earthscan, London.

Koch, Dirk-Jan (2008): *A Paris Declaration for International NGOs?* OECD Developement Center, Policiy Insight No. 73, Radbound University, Nijmegen.

Koller, Franziska (2007): *Entwicklungszusammenarbeit und Ethik, eine Evaluation*. Das Beispiel eines Dezentralisierungsprogramms in Burkina Faso. Haupt Verlag, Bern.

Korf, Benedikt (2010): *The Geography of Participation*. In: Third World Quarterly, Vol. 31, Nr. 5, Routledge, London. S.709-720.

Lane, Jaqueline (1995): *Non-governmental organizations and participatory development: the concept in theory versus the concept in practice.* In: Nelson, Nici/Wright, Susan (1995): Power and Participatory Development. Theory and practice. Intermediate Technology Publications, London, S.181-191.

Langthaler, Margarita/Obrovsky, Michael/Six, Clemens (2007): *Die Pariser Erklärung und ihre bisherige Umsetzung.* (Irr-) Wege zu mehr Wirksamkeit in der EZA. ÖFSE, Working Paper 17, Wien.

Leavy, Jennifer/Howard, Joanna/et al (2013): *What Matters Most? Evidence from 84 Participatory Studies with those living with extreme poverty and marginalisation.* IDS University of Sussex, Brighton.

Mayring, Philipp (2000): *Qualitative Inhaltsanalyse.* Forum Qualitative Sozialforschung, Volume 1, No. 2, Art. 20.
URL http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383
[Zugriff 26.09.2013]

Mayring, Philipp (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse.* Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse.* Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Meier, Johannes/Straßner, Veit (2009): *Kirche und Katholizismus seit 1945.* Band 6. Lateinamerika und Karibik. Ferdinand Schöningh, Paderborn/München/Wien/Zürich.

Ministerio de Salud (2013): *La Reforma de Salud en El Salvador. Modelo de Provisión de los Servicios de Salud: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.* Ministerio de Salud El Salvador, San Salvador.

MISEREOR (2010): *Evaluierung in der partnerschaftlichen Entwicklungszusammenarbeit von MISEREOR.* MISEREOR, Aachen.

MISEREOR (2006): *Das Wirkungsverständnis von MISEREOR.* Positionspapier. MISEREOR, Aachen.

MISEREOR (2013a): Homepage MISEREOR Ihr Hilswerk.
URL http://www.misereor.de
[Zugriff 15.08.2013]

MISEREOR (2013b): *Die Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe.*
URL http://www.misereor.de/ueber-uns/katholische-zentralstelle-fuer-entwicklungshilfe.html
[Zugriff: 19.08.2013]

Mohan, Giles (2001): *Participatory Development.* In: Desai, Vandana/Potter, Rob (2001): The Arnold companion to development studies. Hodder, London. S.1-11; 49-54.

Nelson, Nici/Wright, Susan (1995): Power and Participatory Development. *Theory and Practice.* Intermediate Technology Publications, London.

OECD (2005): *Paris Declaration on Aid Effectiveness.*
URL http://www.oecd.org/dac/effectiveness/35023537.pdf
[Zugriff: 13.07.2013]

OECD (2008a): *Accra Agenda for Action.*
URL http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/AAA-4-SEPTEMBER-FINAL-16h00.pdf
[Zugriff: 14.07.2013]

OECD (2008b): *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action.*
URL http://www.oecd.org/development/effectiveness/34428351.pdf
[Zugriff: 15.07.2013]

OECD (2011): *Busan Partnership for Effective Development Co-Operation.*
URL http://www.oecd.org/dac/effectiveness/49650173.pdf
[Zugriff: 11.07.2013]

Open Forum for CSO Development Effectiveness (2012): An Assessment of the Busan Partnership for Effective Development Cooperation: From a civil society perspective.
URL http://cso-effectiveness.org/IMG/pdf/cso_analysis_of_bpd_public__en.pdf
[Zugriff: 14.07.2013]

Oxfam Deutschland (o.J.): Die Milleniumsziele – erklärt in zwei Minuten
URL http://www.oxfam.de/informieren/millenniumsziele
[Zugriff: 24.07.2013]

Pastoral de la Salud (2012a): *Atención Primaria en Salud 2012. Escuela de formación de Agentes del Pastoral de la Salud.* San Salvador.

Pastoral de la Salud (2012b): *Modulo 1: Fundamentación Pastoral y Realidad de Salud. La realidad de salud en El Salvador.* San Salvador.

Pastoral de la Salud (2012c): *Promoción de la Salud.* San Salvador.

Pastoral de la Salud (2012d): *Realidad de Salud. Modulo 1.* San Salvador.

Pastoral de la Salud (2013): *Informe Técnico. PROYECTO: Promoción y Organziación de la salud como un derecho humano en nuevas Parroquias de la Arquidiócesis*. 216-001-1074 ZG. Periodo Enero a Diciembre 2012. Arquidiócesis de San Salvador, San Salvador.

Popović, Christina (2002): *Partizipation in der Entwicklungszusammenarbeit.* Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Referat: Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit, Bonn.
URL http://www.bmz.de/de/service/infothek/index.html
[Zugriff: 19.08.2013]

Pretty, Jules N. (1995): *Participatory Learning for Sustainable Agriculture*. In: World Development, Vol. 23, Nr. 8, Elsevier Science Ltd, London. S.1247-1263.

Rachbauer, Dieter (2010): *Partizipation und Empowerment. Legitimationsrhetorik und Veränderungspotential entwicklungspolitischer Schlüsselbegriffe.* Dissertation. Südwind Verlag, Wien.
URL http://www.oefse.at/Downloads/publikationen/foren/Forum46.pdf
[Zugriff: 29.09.2013]

Rahnema, Majid (1993): *Partizipation.* In: Sachs, Wolfgang: Wie im Westen so auf Erden. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg. S.248-271.

Rodríguez, María Isabel (2009): *Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud del Nuevo Gobierno 2009-2014.* Ministerio de Salud, San Salvador.

Smith, Dee (2011): *El VIH de las Iglesias: Repuestas desde las Comunidades de Fe*. Guatemala.

Smith, Brian H. (1990): *More Than Altruism: The Politics of Private Foreign Aid.* Princeton University Press, Princeton.

Troxler, Roman (2010): *Partnerausrichtung in der NGO-Entwicklungszusammenarbeit.* Eine Analyse aufgrund der 'Paris Declaration on Aid Effectiveness'. Masterarbeit, Universität St. Gallen, St. Gallen.

United Nations Development Programme (1993): *Human Development Report.* Oxford University Press, Oxford.

Vicaria Episcopal de Promoción Humana-Caritas Departamento de Pastoral de la Salud (2011): *Promoción yorganización de la Salud como un derecho humana a nuevas parroquias de la Arquidiócesis 2012 a 2014.* Arquidiócesis de San Salvador, San Salvador.

Vicaria Episcopal de Promoción Humana-Caritas de la Arquidiócesis de San Salvador (2013): *Informe Técnico del Proyecto: Promoción y Organización de la salud como un derecho humano en nuevas Parroquias de la Arquidiócesis 216-001-1074 ZG*. Periodo Enero a Diciembre de 2012. Arquidiócesis de San Salvador, San Salvador.

Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. rev. Auflage. Mohr, Tübingen.

White, Sarah C. (1996): *Depoliticising development: the uses and abuses of participation.* In: Development in Practice. Vol. 6, Nr. 1. Oxfam, UK and Ireland. S.6-15.

World Bank (1996): *The World Bank Participation Source Book.* World Bank, Washington D.C.

Interviewverzeichnis

Arevalo, Ricardo (alte, direkte Zielgruppe), persönliches Interview am 25.07.2013, Chiltiupan.

Cabreza, Ana Leticía/Luzman, Blanca Estrela (alte, direkte Zielgruppe), persönliches Interview am 17.07.2013, San Salvador.

Castillo, Eva Maria/De Grespo, Ana Cecilia/Gonsalez v. de Díaz, Maria Isabel (neue direkte Zielgruppe), persönliches Interview am 13.07.2013, San Salvador.

Constanza, Maria Lucia (neue, direkte Zielgruppe), persönliches Interview am 25.07.2013, Chiltiupan.

Estrada, Clelia (Mitarbeiterin Gesundheitspastoral), persönliches Interview am 16.07.2013(a), San Salvador (Forum Politico y ZA Misereor).

Estrada, Clelia, persönliches Interview am 26.07.2013(b), San Salvador.

Ferández, Blanca Lucia/Perez de Aguilar, Carmen (indirekte Zielgruppe), persönliches Interview am 19.07.2013, Rosario de Mora.

Fuentes, Patricio (direkte, alte Zielgruppe), persönliches Interview am 25.07.2013, Chilitiupan.

Guitiérrez, Fatima (Mitarbeiterin Gesundheitspastoral), Mitschnitt zur Vorstellung des Pastoral de la Salud am 16.07.2013(a), San Salvador.

Gutiérrez, Fátima, persönliches Interviews am 17.07.2013(b), San Salvador.

Montoya Taquillo, Valentin (direkte, alte Zielgruppe), persönliches Interview am 17.07.2013, San Salvador.

Monzanares, Rosa Elvira (direkte, alte Zielgruppe), persönliches Interview am 25.07.2013, Chiltiupan.

Polanco, Margarita (Leiterin des Gesundheitspastorals), persönliches Interview am 17.07.2013(a), San Salvador.

Polanco, Margarita, persönliches Interview am 26.07.2013(b), San Salvador.

Ponce Urquilla, José (indirekte Zielgruppe), persönliches Interview am 19.07.2013, Rosario de Mora.

Projektreferentin MISEREOR, persönliches Interview am 20.08.2013, Aachen.

Reunión de Coordinadores, Mitschnitt eines Leadertreffens am 25.07.2013, Chilitiupan.

Tejada, Mercedes (Mitarbeiterin des Gesundheitspastorals), persönliches Interview am 25.07.2013, San Salvador.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Induktive Kategorienbildung; Quelle: Eigene Darstellung 5
Abbildung 2: Project Cycle Management; Quelle: Biggs/Smith 2003: S.1744 29
Abbildung 3:Instanzen des untersuchten Projektes; Quelle: Eigene Darstellung 41
Abbildung 4: ACPS beim HIV Weiterbildungsworkshop; Quelle: Eigene Aufnahme 45
Abbildung 5: Reunion mit der indirekten Zielgruppe in Rosario de Mora; Quelle: Eigene Aufnahme 63
Abbildung 6: Mitarbeiterinnen des Gesundheitspastorals; Quelle: Eigene Aufnahme 69
Abbildung 7: Übersicht der lokalen Instanzen; Quelle: Eigene Darstellung 70
Abbildung 8: Beziehung, Kontakt und Machtpotential; Quelle: Eigene Darstellung 74
Abbildung 10: Potentielle und ausgeübte Macht; Quelle: Eigene Darstellung..... 95
Abbildung 11: Diskussion von ACPSs bei der Erstellung einer Stakeholderanalyse; Quelle: Eigene Aufnahme 110

Tabelle 1: Typologien der Partizipation; Quelle: Rachbauer 2010: S.25 14
Tabelle 2: Kirchliche Vorgesetzte des Gesundheitspastorals; Quelle: Eigene Darstellung. 77

Anhang

Anhang A: Ziele, erwartete Effekte und Indikatoren des aktuellen Projektes

OBJETIVO GENERAL Generar procesos participativos de la población, que tiendan a la transformación de la realidad, para mejorar las condiciones de vida a través de la implementación de acciones de incidencia, educación, prevención y promoción de la salud.		
Objectivos Especificos	**Efectos Esperados**	**Indicatores**
<u>Objetivo1.</u> Desarrollar procesos de formación y capacitación a nuevos agentes que brinde herramientas técnicas y metodológicas para la atención de grupos	**1.1.** Red de voluntarios de pastoral de la salud con capacidades técnicas y conocimientos prácticos en salud comunitaria. **1.2.** Voluntarios de pastoral de la salud aplicando conocimientos a nivel familiar, comunitario y parroquial. **1.3.** Voluntarios des pastoral de la salud con capacidades de liderazgo en la conducción de procesos de salud comunitaria.	150 Voluntarios de 15 parroquias capacitados en salud comunitaria. 90% de los voluntarios capacitados aplicando sus conocimientos a nivel parroquial y/o comunitario. 50% de los voluntarios con capacidades de liderazgo conduciendo sus procesos a nivel parroquial y/o comunitario.
<u>Objetivo2.</u> La organización de la pastoral de salud a nivel comunitario, parroquial y arquidiocesano contribuye a la identificación de alternativas de solución a la problemática de salud existente y a la defensa y promoción del derecho a la salud	**2.1** Estructuras organizativas de pastoral de la salud conduciendo sus procesos en forma planificada y conocimiento de su realidad parroquial y/o comunitaria. **2.2** Red Arquidiocesana de Agentes Comunitarios de pastoral de la salud con estructura organizativa interna definida y plan estratégico. **2.3-** Estructuras organizativas de la pastoral de la salud participando en esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales, coordinando acciones a nivel local.	75% de las parroquias cuentan con equipo coordinador parroquial de salud trabajando en base a un plan basado en las realidades y necesidades de las comunidades. 60% de los equipos coordinadores parroquiales y zonales integrados en la red Arquidiocesana. Al menos 6 espacios de coordinación establecidos (mesas locales de salud o intersectoriales).

	2.4 Equipos coordinadores existentes, apoyando la organización de la Pastoral de la salud en nuevas parroquias.	Al menos 50% de los Equipos coordinadores zonales apoyando la organización de la pastoral de la salud en procesos interparroquiales.
<u>Obejetivo3.</u> **Contribuir a la prevención del VIH sida, promoviendo el cambio de comportamiento con énfasis en jóvenes y mujeres, en nuevas parroquias de la Arquidiócesis**	**3.1** (Quince) parroquias incorporan el componente de VIH en su trabajo pastoral con énfasis en la población joven, adolecente y mujeres en edad fértil. **3.2** 500 Mujeres en edad fértil informadas en el componente de VIH con énfasis en la vulnerabilidad de la mujer, 45 de ellas participando en equipos interparroquiales de facilitadoras. **3.3.** 1500 jóvenes de centros escolares y grupos de pastoral juvenil informados sobre la prevención de VIH, 60 de ellos participando en equipos interparroquiales facilitadores de procesos de VIH con especialidad en jóvenes adolecentes.	Quince parroquias incorporan el componente de VIH. 500 mujeres de las 15 parroquias informadas en VIH 3 equipos de mujeres formados a nivel interparroquial para facilitar procesos en VIH con mujeres. 4 equipos de jóvenes formados a nivel interparrroquial para facilitar procesos de VIH con jóvenes.

Anhang B: Ausschnitt aus einem Interview

Interview mit der Projektleiterin Margarita Polanco am 26.07.2013 in San Salvador bezüglich der Partizipation im Projekt

(...)
Weimann: Hablando de la participación, ¿Qué es lo bueno del trabajo en el pastoral de la salud?

Polanco: Yo creo que hablando de participación, lo bueno, es que… digamos, en el trabajo, no lo hacemos solas, como equipo no lo solo ponemos o trabajamos lo que nosotros creemos, si no que para trabajar algo, partimos de lo que la gente piensa, entonces tratamos de ir ajustándonos, A lo que la gente nos va diciendo, que, a veces no es exacto, exacto, pero si se acerca mucho, pero si siempre tenemos… digamos, la participación de ellos nos interesa, para que ellos vayan viendo lo que quieren hacer y como lo quieren hacer, porque el fin último, es que ellos hagan las cosas que nosotros no les vamos a hacer. Entonces, enseñarles a hacerlo, eso creo que es lo principal para que ellos se queden haciendolo, entonces desde ahí, vamos tomando la participación de ellos e incluso también, digamos, en la formulación de un proyecto les pedimos insumos, nosotros lo hacemos, pero no desde el escritorio, si no que en las comunidades, en los grupos y después nos reunimos.
(...)

Weimann: Para usted, ¿Qué significa el término “participación”? ¿Cuál es su definición?

Margarita: Bueno, el término participación, creo, tiene que ver con “hacer las cosas”, hacer las cosas directamente, claro, la participación en acción, ¿verdad? No solo en decir, “ahorita aquí, dígame, ¿Qué quiere?” si no también en la toma de decisión. Ahí podemos tomar los tres principios que nosotros tenemos en cuanto a la Pastoral, que es, el análisis, la reflexión, la participación y la acción; ver, juzgar y actuar, entonces en eso creo que así en síntesis, la participación de las personas.

Weimann: Ustedes como el equipo aquí, ¿Han recibido una formación sobre el trabajo participativo? O ¿lo hicieron ustedes mismas como su propio plan?

Polanco: Mire, la verdad es que, quizás en este momento, han sido menos las oportunidades de capacitación que se han dado al personal y creo que a lo mejor es algo que debemos de tomar en cuenta, capacitar más al personal. Pero cuando usted dice lo que aplicamos, si tuvimos algunas personas, la oportunidad de capacitarnos en ciertas áreas, y por ejemplo, hubieron metodologías, pero no en éste momento, si no anteriormente. (...)

Weimann: Si, porque a mí el trabajo que ustedes hacen, me parece muy participativo, pero yo me pregunto, ¿cómo lo aprendieron? ¿Leyendo o nada más haciéndolo?

Polanco: Leyendo, porque mire, esto de la metodología, es viejo. La metodología de educación popular… entonces, cuando yo vine aquí, cuando era joven, ahí yo tuve la posibilidad de estar en capacitaciones. Pero vamos aprendiendo también de la práctica, de la experiencia y vamos mejorando. Incluso las planificaciones, los “paquetes” que nosotros les llamamos, eso lo hemos aprendiendo en la misma práctica, o sea que, hemos aprendido haciendo, leyendo y tal vez teniendo alguna actividad, entonces, uno mira cosas, y ya trata de aplicarlas.

Weimann: ¿Y en eso cual es la parte de MISEREOR, como que rol tienen ellos en que el trabajo que ustedes hacen sea tan participativo? ¿les da lineamientos?

Polanco: No fíjese que yo creo que MISEREOR ha sido una de las agencias, en este caso no es mala, ya que es católica y esto es lo que nos ha dado libertad. Ha sido muy respetuosa de lo que nosotros decimos, porque ellos no nos dicen que hacer, sino que somos nosotras decimos. Entonces nosotros podemos decir, y claro ellos nos pueden sugerir y todo, pero solo lo fundamental. Como decía ellos son muy respetuosos, incluso nosotros… ¡vaya! Hace unos años hubo un cambio, desde que nació la Pastoral de la Salud, fue una época en la que hicimos un alto y se hicieron unos cambios, los cuales están en el documento que aún no encuentro. Entonces, con eso ahí, vimos la necesidad de capacitar el personal, de retroalimentar, de reforzar en temas como de salud, como también metodológicos y tuvimos un apoyo de MISEREOR, pero nosotros lo planteamos, necesitábamos capacitar el personal, entonces MISEREOR ahí nos apoyó, nos aprobó y todo ese año tuvimos gente de Misereor para regularnos. Uno venia de México, venían y se quedaban como dos o tres semanas con nosotros, nos capacitaban líneas, es por eso que Misereor deja así la participación en nosotros.

Weimann: Yo tengo una parte teorica en mi trabajo, y en la teoria ellos se quejan de métodos como Logframe, ¿Usted sabe que es eso? Así como ustedes ponen los objetivos indicadores, es como nosotros le llamaos Logframe. Es una metodología de planear proyectos. En la teoría están criticando que es difícil unir estas metodologías con la participación ya que dejan poca flexibilidad. ¿Usted qué piensa de eso?

Polanco: Pues si lo vemos así fríamente, es verdad qque no es correcto...pero yo siento que los procesos se pueden adaptar. Yo no sé si es la dinámica que a veces tenemos de formular los proyectos, pero si uno esta dentro de todo esta… digamos, dinámica con la gente, va viendo por lo menos algunas cosas, pero ahí si podríamos decir que no es como decirle directamente sino que es indirectamente y por qué yo siento que los procesos se pueden alargar o adaptar, y porque en este caso la gestión la hacemos institucional. Ahora si nosotros hacemos una gestión más a nivel, por ejemplo a la idea de nosotros, es que hagamos una gestión a nivel de las zonas, entonces ahí va a ser una dinámica diferente, porque se va a construir directamente con ellos, entonces, estamos dando pasos y creo que ese es un paso que debemos de acelerar a estas alturas. Es lo que pienso, porque realmente cuando hacemos un proyecto así, solo es de los que sabemos que la gente nos ha dicho, y nosotros lo hacemos, entonces puede tener esa limitante. Pero si es una gestión institucional, aunque así se cambiara también la dinámica o las líneas de hacer esta gestión.

(...)

Anhang C: Abstract English

The theoretical discourse becomes more critical while its implementation in the field becomes more self-evident: The participation of local actors in the project management of development projects. The objective of the paper at hand is to verify statements of theorists by means of analyzing a case study from the field, namely a development project by the catholic NGO MISEREOR in El Salvador. The study questions the characteristics of participation in the survey, and reviews the influence of management tools and power relations -of the involved actors- on the degree of participation in the chosen project. Primary and secondary literature was used for the comparative analysis of literature. Empirical data was collected during the study in El Salvador.

It turned out that the distinction between the partner organisation and the target group is essential for the analysis of the participation in the reviewed project. The participation of both groups was given throughout all phases of the project management, however in different form. The widespread allegations that the donors influence projects according to their own interests and for their own benefit could not be confirmed. The entity which executed the most power was the local partner organisation. Its exercise of power had a negative impact on the participation of the target group. The utilized management tools have been described as more flexible by the actors than by the analyzed theorists. Although the used management tools had a positive influence on the participation and empowerment of the partner organisation, their appliance had negative effects on the participation of the target group. This research demonstrates that the power relations and management tools conflict with the participation of the target group whereas they have no negative influence of the participation of the partner organisation. In the overall context of the generally very high participation of the local entities it becomes explicit that the actual impact of exercised power and used management tools is rather small.

Sarah Stephanie Weimann

CURRICULUM VITAE

Ausbildung

10/2008- 12/2013	Diplomstudium Internationale Entwicklung an der Universität Wien, Österreich
1998- 2007	Abitur 2007 am Gymnasium Schloß Neuhaus, Deutschland

Berufserfahrung

10/2012- aktuell — Projektmitarbeiterin youngCaritas Wien, Österreich
- Veranstaltungsmanagement
- Sensibilisierungsworkshops in Schulen

07/2010- 09/2010 — Praktikum AIESEC Université de Lomé, Togo
- Etablierung eines Ökotourismusprojektes
- Nachforschungen in und Kontaktaufnahme mit Zielgemeinden

Ehrenamtliche Tätigkeiten mit Bezug zum Studium

01/2008- 05/2008 — Freiwillige Mitarbeit DIF Hogar Miravalle Guadalajara, Mexiko
- Englisch- und Computerlehrerin im Kinder- und Jugendheim Miravalle

11/2007- aktuell — Leitung Stipendienprogramm „Mariposa“, Deutschland/ El Salvador
- Patenschaftsprojekt in Lourdes, El Salvador mit dem 40 Kindern und Jugendlichen die schulische Ausbildung ermöglicht wird

07/2007- 12/2007 — Freiwillige Mitarbeit im Hospital Publico El Progreso, Honduras
- Mitarbeiterin in der Verwaltung des öffentlichen Krankenhauses
- Einblick in die Praxis der verschiedenen Stationsbereiche

06/2007- 12/2007 — Freiwillige Mitarbeit im Centro de Nutricion El Progreso, Honduras
- Betreuerin im Unternährtenheim für Kinder im Alter von 0- 10 Jahren

Auslandsaufenthalte

07/2013- 08/2013	6 wöchiger Forschungsaufenthalt in San Salvador, El Salvador
10/2011- 02/2012	5 monatiger Auslandsaufenthalt in Asien und Südamerika
07/2010- 09/2010	3 monatiges Praktikum in der Tourismusbranche in Lomé, Togo
07/2009- 08/2009	2 Monate beruflicher Aufenthalt in Toronto, Kanada
01/2008- 06/2008	6 Monate Entwicklungszusammenarbeit in Guadalajara, Mexiko
06/2007- 12/2007	6 Monate Entwicklungszusammenarbeit in El Progreso, Honduras
08/2004- 06/2005	12. Klasse Analy High School, Kalifornien, USA

Sprachkompetenzen

Deutsch	Muttersprache
Englisch	fließend
Spanisch	fließend
Französisch	Grundkenntnisse