ZUR ZUKÜNFTIGEN RELEVANZ VON CARE DRAIN UND CARE GAIN AUS MALAWI

Migration in der Lebensplanung junger hochqualifizierter Krankenpflegender

Christiane Voßemer

CIM Paper Series Nr. 5 | Oktober 2013

Centrum für internationale Migration und Entwicklung
eine Arbeitsgemeinschaft aus giz und

Im Auftrag des BMZ
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Zukunftsentwickler.
Wir machen Zukunft.
Machen Sie mit.

IMPRESSUM

CIM PAPER SERIES

In den CIM Paper Series haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Möglichkeit, ihre Erkenntnisse und Ergebnisse rund um das Thema „Migration und Entwicklung" zu publizieren. Damit will CIM relevante Forschungsergebnisse und Diskussionsbeiträge einer größeren Öffentlichkeit zugänglich machen und den Bogen in die tägliche Praxis der internationalen Zusammenarbeit zu schlagen. Denn nur durch fundierte theoretische Grundlagen kann das Thema Migration und Entwicklung auch im Alltag gelingen.

Kommentare von Leserinnen und Lesern sind herzlich willkommen und an folgende E-Mail-Adresse zu richten: returning-experts@cimonline.de

HERAUSGEBER

Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)
Mendelssohnstr. 75-77
60325 Frankfurt am Main

Tel.: +49 (0) 69 719121-153
Fax: +49 (0) 69 719121-81
E-Mail: returning-experts@cimonline.de
Internet: www.cimonline.de

AUTORIN

Christiane Voßemer (Dipl.-Soziologin), Universitätsassistentin an der Universität Wien, Institut für Internationale Entwicklung

VERANTWORTLICH

Dr. Uwe Kievelitz

BILDNACHWEIS

Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)

LAYOUT

Schumacher. Visuelle Kommunikation
www.schumacher-visuell.de

DRUCK

Lasertype GmbH
www.lasertype24.de

ERSCHEINUNGSJAHR, ERSCHEINUNGSORT

2013, Frankfurt am Main

VERWENDUNGSHINWEIS

© 2013 | Alle Rechte vorbehalten.

Kein Auszug dieser Publikation darf in irgendeiner Form ohne die schriftliche Erlaubnis des Centrums für internationale Migration und Entwicklung (CIM) verwertet oder reproduziert werden.

ABKÜRZUNGEN

CIM	Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)
DFID	Department for International Development
EHP	Essential Health Package (kostenlose Primärversorgung)
EHRP	Emergency Human Resources Programme
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (jetzt GIZ)
IO	Internationale Organisation
KCN	Kamuzu College of Nursing
MGHP	Malawi German Health Programme
MoH	Ministry of Health
NGO	Non-governmental Organisation
NMCM	Nurses and Midwives Council of Malawi
NSO	National Statistical Office Malawi
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
P(x)F	Anonymisierte (und nummerierte) Abkürzung für weibliche Forschungsteilnehmende
P(x)M	Anonymisierte (und nummerierte) Abkürzung für männliche Forschungsteilnehmende
RoM	Republic of Malawi
UK	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
UNIMA	University of Malawi
VSO	Volunteer Services Overseas
WHO	World Health Organization
WS(x)	Forschungsworkshop (nummeriert)

INHALT

1. EINLEITUNG 6

2. HINTERGRUND 8

2.1 Ausgangssituation in Malawi 9

2.2 Relevanz von Abwanderung und Brain Gain 11

3. FORSCHUNGSDESIGN 13

4. FORSCHUNGSERGEBNISSE 14

4.1 Überblick: Migration in den Lebensentwürfen der Studierenden 14

4.2 Berufliche Weiterbildung und Karriere 16

4.3 Familiäre Einbindung, Partnerschaft und Leben als Single 19

4.4 Selbstverwirklichung, Lebensstil und Status in der Peergruppe 21

4.5 Migration, Brain Gain und sozialer Status 22

4.6 Religion und Migration 23

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse 24

5. ENTWICKLUNGSPOLITISCHE KONSEQUENZEN 25

5.1 Karrierewege und Zukunftsplanung 25

5.2 Erfolgreiche Migrationsprojekte ermöglichen 27

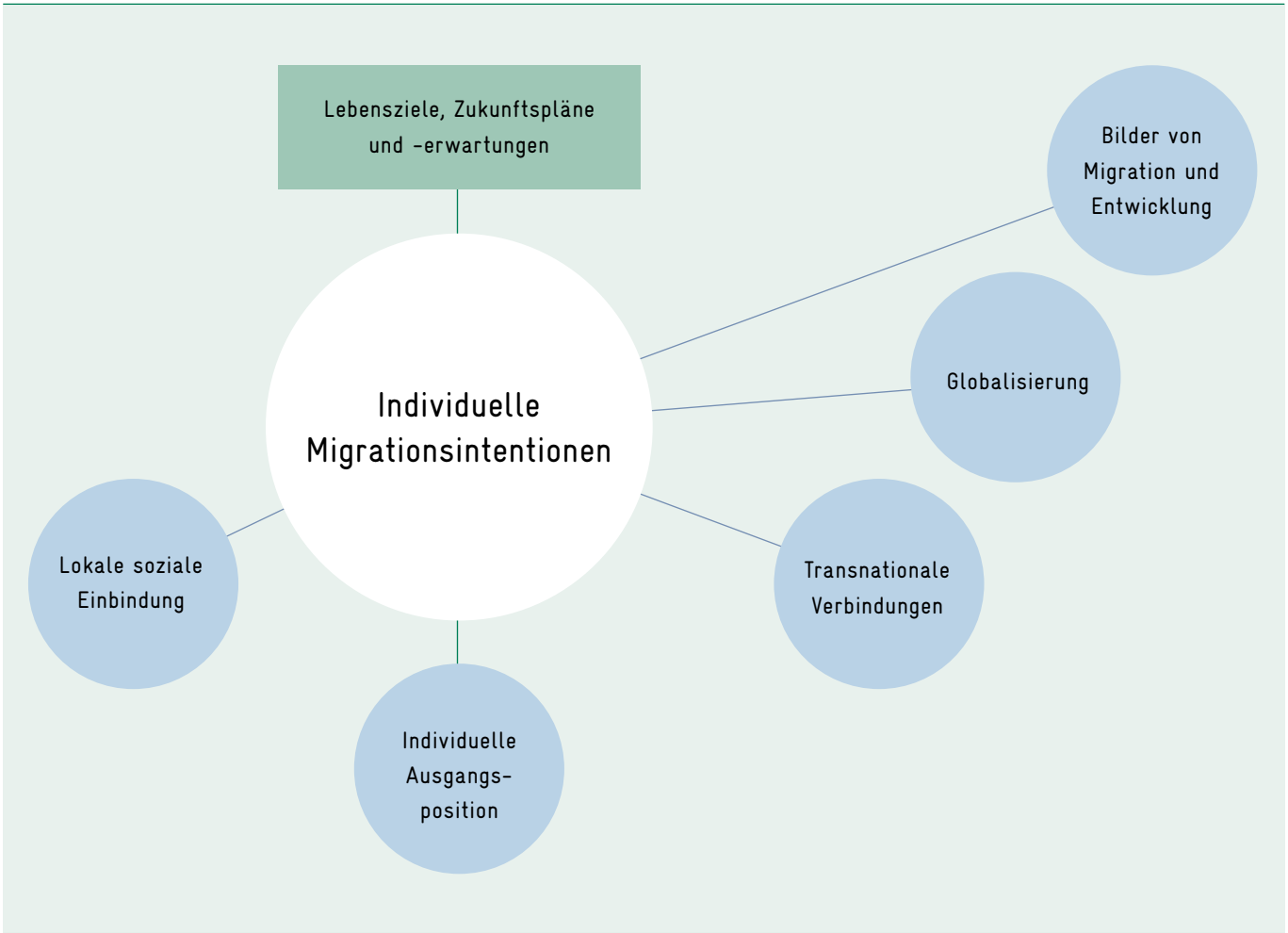
5.3 Migration gestalten 28

ANHANG 30

LITERATURVERZEICHNIS 33

FUSSNOTEN 38

ABSTRACT



Quelle: eigene Graphik.

Die vorliegende qualitative Studie gibt Einblicke in die Lebensplanung junger hochqualifizierter Krankenpfleger_innen aus Malawi. Sie erweitert das biographische Verständnis für ihre Migrationsintentionen und zukünftig relevante Zusammenhänge von Care Drain und Care Gain im malawischen Gesundheitssystem.

Auf Basis der Studienergebnisse und unter Berücksichtigung internationaler Handlungsempfehlungen werden Ansätze formuliert, die zur Stärkung des Brain Gain beitragen und die beruflichen und persönlichen Perspektiven hochqualifizierter Krankenpfleger_innen in Malawi erweitern können.

1. EINLEITUNG

"I don't want to be an average person, I want to be somewhere."
(Student im Interview)

"Our friends are lucky there, they do their things for themselves..."
(Studentin im Interview)

Die im Folgenden vorgestellte Studie beschäftigt sich mit den Migrationsabsichten junger Student_innen der Krankenpflege aus Malawi und ist ein Beitrag zur internationalen Debatte über die Problematik der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften (auch: **Care Drain**) aus Ländern des sogenannten „Globalen Südens" mit desolaten Gesundheitssystemen.

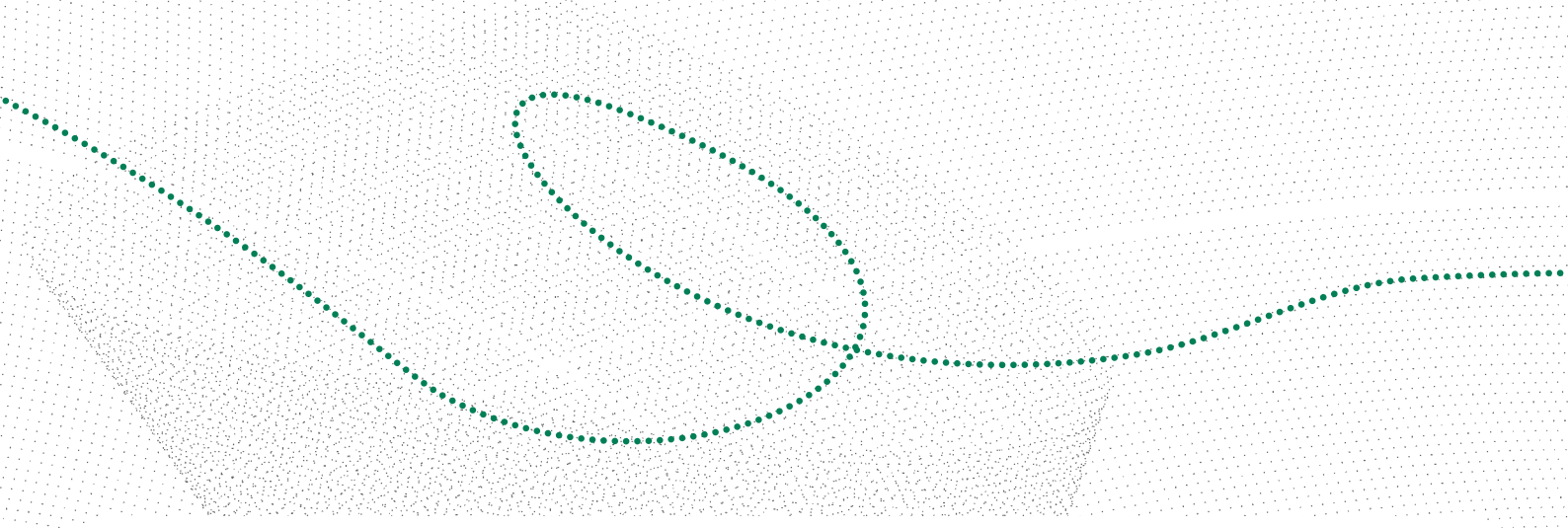
In der qualitativen, biographischen Studie stehen folgende Fragen im Blickpunkt: Inwieweit sind Migrationsabsichten in der Lebensplanung von Krankenpfleger_innen mit Universitätsabschluss von Bedeutung? Welche gesellschaftlichen Erfahrungen mit Migration und welche individuellen Lebenskonzepte und Selbstverständnisse erklären die Bedeutungen von Migration für die Zukunftspläne der jungen Generation hochqualifizierter Pflegekräfte?

Im letzten Teil des Papiers werden ausgehend von den Studienergebnissen Anregungen für eine migrationsbezogene Entwicklungspolitik im Bereich der Krankenpflege gegeben, die die Perspektiven von hochqualifizierten Krankenpfleger_innen im malawischen Gesundheitssystem verbessern und **Brain Gain** durch ihre Migration fördern können.

Bereits seit einigen Jahren wird international eine intensive und kontroverse Debatte über **Brain Drain, Medical Brain Drain und Care Drain geführt**, d.h. die Konsequenzen, die Abwanderung von Fachkräften im Allgemeinen, im Gesundheits- und Pflegesektor im Spezifischen für Herkunftsländer mit sich bringt (u.a. Skeldon 2005; Vinokur 2006; Mills et al. 2008; Mundt 2011). Gleichzeitig fokussieren sich Programme und Studien entwicklungspolitischer Akteur_innen zunehmend darauf, positive Rückwirkungen von Migration auf Entwicklungen im Herkunftsland zu ergründen und zu stärken. Diese werden unter dem Stichwort **Brain Gain** (bzw. **Care Gain** in Bezug auf den Pflegesektor) thematisiert und stellen die Potenziale internationaler Vernetzung und der „Rückflüsse" von innovativem Wissen, Fähigkeiten und Investitionen in die Herkunftsländer heraus. In der **Care Drain**-Debatte wurden insbesondere gesundheitssystemspezifische und ökonomische Faktoren für Migration und Rückkehr von Gesundheitsfachkräften identifiziert. In Bezug auf Malawi stehen dabei insbesondere die prekäre Lebens- und Arbeitssituation von Krankenpfleger_innen, ihre niedrige Entlohnung und hohe Arbeitsbelastung ebenso wie Infektionsrisiken und intransparente Beförderungsstrukturen im Mittelpunkt. Ein Großteil der Literatur bleibt jedoch insofern sehr technisch, als die Migrant_innen ausschließlich im beruflichen Kontext, nicht als Privatpersonen mit individuellen Zukunftsperspektiven, biographischen Hintergründen und sozialen Verpflichtungen betrachtet werden.

Die vorliegende Studie möchte dazu beitragen, diese Lücke zu schließen, indem die Lebenswege und Pläne von Krankenpfleger_innen im beruflichen, privaten und sozialen Kontext in den Fokus gerückt werden. Diese biographische Betrachtung zeigt, auf welche Weise Migration in den professionellen, familiären, partnerschaftsbezogenen und individuellen Zukunftsplänen von Krankenpfleger_innen verankert ist. Es wird deutlich, wo Migrationsintentionen nicht nur als Folge eines ressourcenarmen Gesundheitssystems, sondern gleichzeitig als Konsequenz der individuellen Selbstbilder und Lebensziele der Studierenden, ihres sozialen Umfelds sowie der gesellschaftlichen Haltungen und Erfahrungen in Bezug auf Migration und des Nexus von Migration und Entwicklung zu verstehen sind. Die Studie greift eine im Hinblick auf Abwanderung besonders zentrale Gruppe von Krankenpfleger_innen heraus – solche mit einer überdurchschnittlichen formalen Qualifizierung durch ein universitäres Bachelorstudium. Sie nimmt eine zukunftsorientierte Perspektive ein, indem sie sich auf Migration in den Zukunftsplänen junger Krankenpflegender konzentriert, die am Anfang ihres Berufslebens stehen und deren berufliche Entscheidungen die zukünftige Personalsituation im Pflegesektor maßgeblich prägen werden.

Die Studienergebnisse basieren auf einer intensiven dreimonatigen Feldforschung am Kamuzu College of Nursing in



Lilongwe zwischen September und Dezember 2010, die ich im Rahmen meiner Diplomforschung und mit der Unterstützung des Malawi German Health Programm (MGHP) und ihres GTZ-Teams durchführte.

Während des Forschungsaufenthalts wurden Forschungsworkshops mit Studierendengruppen sowie biographische Einzelinterviews mit einer Auswahl von Studierenden durchgeführt. In die Analyse der Daten flossen darüber hinaus Erfahrungen aus teilnehmender Beobachtung, persönlichen Gesprächen und Alltagserfahrungen ein, ebenso Einblicke aus der Hospitation in Krankenhäusern und der Sichtung und Besprechung von Migrationsstatistiken des Nurses and Midwives Council of Malawi (NMCM). Insbesondere allen Gesprächspartner_innen aber auch meinen Supervisor_innen im MGHP, am Kamuzu College of Nursing (KCN) und am Institut für Internationale Entwicklung der Universität Wien (IE) möchte ich an dieser Stelle für ihre Beiträge, Rückmeldungen und ihre Unterstützung herzlich danken.

2. HINTERGRUND

Das Thema der Studie, die internationale Migration von Krankenpfleger_innen aus Malawi, ist einerseits als Teil eines globalen Migrationstrends im Bereich der Krankenpflege, andererseits vor dem Hintergrund der Situation des malawischen Gesundheitssystems einzuordnen. Folgende Entwicklungen charakterisieren die globalen Migrationstrends in der Krankenpflege:

Zunächst steht die Migration von Krankenpfleger_innen im Kontext genereller Rahmenbedingungen der Globalisierung von Arbeits- und Ausbildungsmärkten im Allgemeinen, die auch auf den Gesundheitsbereich einwirken. Im letzten Jahrzehnt ist ein wachsender privater Markt von international agierenden Rekrutierungsagenturen entstanden, der sich teilweise auf die globale Anwerbung von Pflegekräften spezialisiert hat. Gleichzeitig werden Ausbildungsinhalte in der Krankenpflege zunehmend durch internationale Standards und Abschlüsse vereinheitlicht, was eine wesentliche Bedingung für die starke internationale Mobilität von Hochqualifizierten, nicht nur im Gesundheitsbereich, darstellt. Parallel zu diesen Prozessen wird über Medien, virtuelle Netzwerke und die private Kommunikation von Migrant_innen mit ihrem sozialen Umfeld im Herkunftsland eine Flut von Nachrichten u.a. über Jobmöglichkeiten und Lebensbedingungen in anderen Ländern geteilt, die Einfluss nimmt auf Bilder über Migration und letztlich auch Migrationsentscheidungen prägen kann.

Zu diesen allgemeinen Entwicklungen kommt eine globale Nachfrage im Bereich der Krankenpflege: **Alternde Gesellschaften im Globalen Norden, Bevölkerungswachstum und hohe Krankheitsaufkommen u.a. durch die AIDS-Epidemie in Ländern des Globalen Südens führen zu einer steigenden globalen Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen.** Da Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und Krankenpflege im Besonderen ihrer Natur nach sehr personalintensiv sind, steigt in der Konsequenz auch der strukturelle Bedarf an Pflegekräften unmittelbar an, mit einer sich öffnenden Schere zum Angebot.

Dies gilt zum einen für OECD-Staaten, in denen ein zunehmendes Pflegeaufkommen für die alternde Bevölkerung auf eine parallele Alterskurve von Krankenpfleger_innen stößt. Hinzu kommt die Schwierigkeit, Pflegefachkräfte langfristig im Beruf zu halten, was u.a. aufgrund von Umstrukturierungen und Einsparungen im Gesundheitssektor auch in wohlhabenden Staaten eine große Herausforderung darstellt (O'Donell et al. 2010). Staaten wie Großbritannien und die USA reagierten auf die Situation zu Beginn der letzten Dekade mit lokalen Einstellungs- und Motivationskampagnen sowie höheren Ausbildungsraten einerseits, einer verstärkten internationalen Anwerbung andererseits (Buerhaus et al. 2005; Buchan 2008). Ein allgemein in OECD-Ländern zu beobachtender Trend zur Kürzung der nationalen Gesundheitsbudgets (OECD 2012) hat in Großbritannien jedoch paradoxerweise seit 2006/07 stark rückläufige Ausbildungszahlen zur Konsequenz, was voraussichtlich eine erneute Zuspitzung des Mangels an Pflegekräften nach sich ziehen wird (Buchan/ Seccombe 2012; Longley, Shaw und Dolan 2007).

Vor diesem Hintergrund spielt Zuwanderung von Krankenpfleger_innen in den Gesundheitsplanungen zahlreicher Staaten, so bspw. in den USA, Kanada und Australien, bereits seit einigen Jahren eine zunehmend essentielle Rolle. In vielen europäischen Staaten, darunter Großbritannien und Deutschland, machen im Ausland ausgebildete Pflegekräfte einen erheblichen Anteil am gesamten Pflegepersonal aus, insbesondere in den jüngeren Jahrgängen (OECD 2008). In Deutschland läuft zurzeit ein Pilotprogramm zur Anwerbung von Krankenpfleger_innen aus Vietnam an (BMWI 2012; GIZ o.J), wobei Vietnam zu den von einem starken Personalmangel im Pflegebereich betroffenen Ländern des Globalen Südens zählt (Kanchanachitra et al. 2011).

Angesichts dieser zunehmenden internationalen Nachfrage und der neuen Möglichkeiten der Mobilität stehen insbesondere Staaten mit niedrigen Gesundheits- und Bildungsbudgets, schwerer Krankheitsbelastung und unattraktiven Arbeits- und Entlohnungsbedingungen vor großen Schwierigkeiten, eine ausreichende Zahl an Gesundheitsfachkräften auszubilden, einzustellen und im Dienst zu halten. Bereits in den 80er Jahren waren viele Länder des Globalen Südens gezwungen ihre Gesundheitsbudgets aufgrund von Auslandsschulden und Strukturanpassungsprogrammen drastisch zu reduzieren (Cheru 2002; Israr et al. 2000). In Malawi sind

Verschuldung, Geberabhängigkeit und wirtschaftliche Krisen auch aktuell wichtige Hintergründe eines relativ niedrigen und instabilen Gesundheitsbudgets mit stark schwankenden und konstant zu niedrigen Ausbildungszahlen (s. Tambulasi 2011; Ruckert/Lanbonté 2012; IRIN 2011).

Projektionen von Scheffler et al. in 2009 für das Jahr 2015 erwarten innerhalb Subsahara-Afrikas einen Mangel an Krankenpfleger_innen und Hebammen in allen Staaten außer Gabun und Angola; ein besonders schwerwiegender Mangel wird u.a. für Madagaskar, Mozambique und Gambia erwartet. Auch in Malawi müsste sich die Anzahl der Krankenpflegenden von 2009 bis 2015 mehr als verdoppeln, um dem Bedarf gerecht zu werden. Wohlhabendere Länder und regionale Zentren können ihren Fachkräftemangel häufig zumindest teilweise durch „nachrückende" Zuwanderung aus ärmeren Staaten in der Region ausgleichen (sog. Kettenmigration). Malawi befindet sich hingegen in einer Patt-Situation: Es gehört zu den Ländern am „Ende der Zuwanderungskette", da es den bestehenden (wenn auch unzureichenden) Daten zufolge nicht von nennenswerter dauerhafter Zuwanderung profitiert.

Diese Problematik, zu der Länder des Globalen Nordens durch die Anwerbung von Gesundheitspersonal aktiv beitragen, hat eine internationale entwicklungspolitische Debatte über die Verantwortung von Ziel- und Herkunftsländern, ethische Leitlinien für die Anwerbung aus Entwicklungsländern mit akutem Fachkräftemangel und die Rechte von Migrant_innen in Gesundheitsberufen ausgelöst (s. WHA 2010). In Großbritannien und Südafrika wurden entsprechende Politiken eingeführt.[1] Vor diesem Hintergrund wurde auch die Frage nach Faktoren für Abwanderung und Rückkehr von Gesundheitsfachkräften in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen Forschungen diskutiert. Eine Auswertung ausgewählter Studien im Hinblick auf bekannte Migrationsfaktoren wurde als theoretischer Hintergrund für die vorliegende Studie berücksichtigt. Eine tabellarische Übersicht zentraler Faktoren findet sich im Anhang (Tab. 1).

2.1 Ausgangssituation in Malawi

Der **Human Development Index** (HDI) zählt den kleinen Binnenstaat Malawi in Subsahara-Afrika (s. Abb. 1) zu den am wenigsten entwickelten Ländern der Welt (Rang 170 von 186 im HDI 2012 [UNDP 2013]). Während die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen ist (zuletzt 54,8 Jahre), besteht weiterhin eine eklatante Ungleichheit im Zugang zu Gesundheit und Bildung sowie eine hohe Einkommensarmut (>70%). Die Verbesserung des Zugangs zu adäquaten Gesundheitsdienstleistungen ist daher ein wichtiges entwicklungspolitisches Ziel im Gesundheitsbereich und wurde durch die Einführung eines **Essential Health Package** (EHP)[2] vorangetrieben, unterstützt u.a. durch das MGHP. Die nationale Gesundheitsstrategie 2011 – 2016 (MoH 2011a) stellt eine Verbesserung der Erreichbarkeit und Qualität der EHP-Gesundheitsdienstleistungen in den Mittelpunkt und legt darüber hinaus einen allgemeinen Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten. Gleichzeitig steht die staatliche Gesundheitsfinanzierung unter dem Druck von Wirtschaftskrise, Sparpolitik und Geberabhängigkeit, weshalb die Umsetzung der Strategie unter unsicheren Vorzeichen steht (ibid.) und kürzlich sogar eine Wiedereinführung der privaten Zuzahlung zu allen öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen angekündigt wurde (Nyasa Times 2013).

Abbildung 1: Malawi: Geographische Lage

(Ezilon 2013)[4]

Für die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele sind die Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitspersonal gleichermaßen entscheidende Hürden: Müller et al. (2011) identifizieren in ihrer aktuellen Evaluation des EHP, dass der gravierende Mangel an qualifiziertem Personal die Möglichkeiten zur flächendeckenden Umsetzung der Services und insbesondere zur Basisversorgung der armen und ländlichen Bevölkerung stark einschränkt (ibid.). Auch in Gesundheitsverwaltung und Ausbildung bestehen seit Jahren eklatante Vakanzen (RoM et al. 2007). 2010 war nur ein Drittel der Arbeitsplätze in der Krankenpflege besetzt (MoH 2011b).

Hinter diesem Problem steht eine Vielzahl struktureller Gründe: Zum einen führen zu geringe und stark schwankende Ausbildungszahlen in der Krankenpflege zu einem chronischen Defizit. Der aktuelle Operationsplan der Regierung (ibid.) geht davon aus, dass bis 2016 die Ausbildungszahlen von 1.139 auf 2.278 erhöht und hierzu 265 Lehrerende zusätzlich eingestellt werden müssten, um bis 2024 eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften für die wachsende Bevölkerung zur Verfügung stellen zu können. Zum anderen scheiden immer mehr Pflegekräfte vorzeitig aus dem Beruf aus, aufgrund von Erkrankung und frühem Versterben, aber auch in zunehmendem Maße aufgrund von Resignation (RoM et al 2007). Zahlreiche Studien (AHWO 2009; Mangham 2007; Muula/Maseko 2006; Manafa et al. 2009) zeigen die vielfältigen Gründe für die hohe Unzufriedenheit von Gesundheitspersonal und die niedrige Verbleibsquote bis zum Rentenalter, darunter insbesondere:

- Hohe Arbeitsbelastung und unbezahlte zusätzliche Schichten (nicht selten ist ein_e Krankenpfleger_in für 70 – 100 Patienten zuständig)
- Mangel an notwendigen Ressourcen (Elektrizität, Wasser, Medikamente und medizinische Hilfsmittel), verbunden mit Infektionsrisiken und frustrierenden Behandlungsergebnissen
- Niedrige Entlohnung und Barrieren in Personalentwicklung und Beförderungspraxis, weshalb Gesundheitsfachkräfte häufig von Nebeneinkünften abhängen, um ihren Bedarf zu decken (Muula/Maseko 2006).

Vor dem Hintergrund dieser belastenden Gesamtsituation entscheiden sich Krankenpfleger_innen zunehmend für den Wechsel in andere Berufsfelder. Hinzu kommt, dass sich innerhalb der Berufsgruppe Personal unterschiedlicher Ausbildungs- und Qualifikationsgrade wiederfindet, das im Land sehr ungleich verteilt ist: **Community Health Nurses** (eine Art Pflegehelfer_innen) mit einjährigem Training, die als Konsequenz des Personalmangels eingestellt wurden, **Diploma Nurses** oder **Nursing Technicians** mit dreijähriger Ausbildung und **Degree Nurses** oder **Nursing Officers** mit vierjährigem Studium und international anerkanntem Universitätsabschluss

(BA) (Kurzbeschreibung s. Anhang: Tab. 2). Aufgrund der attraktiveren Lebens- und Arbeitsbedingungen in zentralen und Distriktkrankenhäusern bzw. Städten finden sich **Degree Nurses** ebenso wie Ärzte nur zu geringen Anteilen in ländlichen Regionen, wo Hilfskrankenpfleger_innen und **Nursing Technicians** oft auf sich alleine gestellt sind (Müller et al. 2011).

Gut ausgebildete Krankenpfleger_innen werden nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der zentralen Gesundheitspolitik und –administration nachgefragt, wo ebenfalls ein erheblicher Teil der Stellen unbesetzt ist (RoM et al. 2007). Darüber hinaus sind in den letzten Jahrzehnten in Form von Nichtregierungs- und internationalen Organisationen neue, finanziell attraktivere Arbeitgeberinstitutionen für qualifizierte Gesundheitsfachkräfte im Land entstanden, die eine Konkurrenz für den staatlichen Gesundheitssektor bilden. Im Zuge einer restriktiveren Migrationspolitik Großbritanniens (s. 2.2) stellen einige Studien einen Trend zur Verlagerung von internationaler hin zu einer Abwanderung in andere Berufsfelder und internationale Organisationen fest, was in Malawi als internal migration problematisiert wird (Mkwinda-Nyasulu/ Chilemba 2007; Grigulis 2011). Internationale entwicklungspolitische Organisationen im Gesundheitsbereich nehmen in diesem Kontext eine ambivalente Rolle ein: Während sie mit ihren Programmen den Folgen des Personalmangels für die Gesundheitsversorgung entgegenwirken, waren 66% ihrer 253 Mitarbeitenden 2007 aus dem öffentlichen System abgeworbene Gesundheitsfachkräfte (Kadzandira 2007).

Das Gesundheitsministerium arbeitet bereits seit einigen Jahren an politischen Antworten auf die Ursachen des Fachkräftemangels im Bereich Ausbildung und Personalbindung. So implementierte es in intensiver Zusammenarbeit mit den Gebern des **Health SWAP**[4] von 2004 bis 2010 ein umfangreiches **Emergency Human Resources Programme** (EHRP). Evaluationen des Programms haben ergeben, dass materielle Anreize wie Aufstockungen des Gehalts und Sachleistungen, aber auch berufsbegleitendes Training und ein verbessertes Personalmanagement auf Ebene des Ministeriums Verbesserungen u.a. in der Bindung von Krankenpfleger_innen erreichen können (O'Neil et al. 2010; Palmer 2006).[5]

Das öffentliche Gesundheitswesen verfügt jedoch auch über Ressourcen gegenüber anderen Arbeitgebern: So führen viele Krankenpfleger_innen an, dass sie aufgrund der besseren Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im öffentlichen Sektor diesen als Arbeitsplatz bevorzugen (Mangham 2007). Diese Priorität ist unter Berücksichtigung der sozialen Nachfrage und Exklusivität von Bildung in Malawi zu verstehen: Bereits auf Ebene der Sekundarbildung erfasst das staatliche Bildungssystem nur einen Bruchteil der Bevölkerung (8% Nettoschulbesuchsquoten); weitere 20% der Primarschulabgänger besuchen qualitativ schlechtere und teurere private Sekundarschulen, was die hohe Nachfrage und den zusätzlichen Bedarf an Schulbildung anzeigt (Chimombo 2009; Kadzamira 2003).[6]

2.2 Relevanz von Abwanderung und Brain Gain

Auch die internationale Migration malawischer Krankenpfleger_innen wird im letzten Jahrzehnt als wichtige Ursache des Fachkräftemangels und Konsequenz der Auswirkungen des Fachkräftemangels (steigendes Arbeitsaufkommen pro Person, längere Schichten etc.) betrachtet.[7]

Solide Aussagen über das Ausmaß der stattfindenden Abwanderung von Krankenpfleger_innen zu treffen ist angesichts der unvollständigen und widersprüchlichen Datenlage kaum möglich. Bestehende Statistiken tendieren dazu, Migrationszahlen zu überschätzen, während die Zahl der Rückkehrenden nicht erhoben wird, aber – Alltagserfahrungen entsprechend – eine wichtige Rolle spielt, sowohl im Pflegedienst als auch in Lehr- und Führungspositionen des Gesundheits- und Pflegewesens.[8] Ein Abgleich der verfügbaren Quellen für das Hauptzielland Großbritannien ergibt insgesamt kein klares Bild, verzeichnet aber eine Spitze der Migration zwischen 2000 und 2005, gefolgt von einem deutlichen, anhaltenden Rückgang (Voßemer 2012). Neben Großbritannien sind Südafrika und die USA die wichtigsten Zielländer, für die beim NMCM um Bestätigungen angesucht wurde.[9]

Die einzige gesundheitspolitische Maßnahme mit direktem Bezug zu Migration ist ein sogenanntes **Bonding**-System, dass

ein Abwandern direkt nach dem Studium unterbinden soll. Danach ist, wer mit staatlichem Stipendium studiert hat, offiziell verpflichtet fünf Jahre im öffentlichen Gesundheitssystem abzuleisten. De facto gibt es jedoch bislang keine administrativen Strukturen, die dies nachverfolgen und ggf. eine Rückforderung des Stipendiums durchsetzen könnten (Tambulasi/Chasukwa 2011). Das Management internationaler Migration war nicht explizit Gegenstand des EHRP, dennoch wird in den Evaluationen des Programms ein direkter Zusammenhang zwischen diesem Rückgang und den verbesserten Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für Krankenpfleger_innen nahegelegt (O'Neil et al. 2010; WHO 2008; Palmer 2006).

Auch wenn es Anhaltspunkte für diesen Zusammenhang gibt, sind äußere Faktoren, die eine sehr wichtige Rolle für die Bewertung der Tendenzen spielen, hier nicht berücksichtigt. So korreliert der Einbruch der Statistiken zeitlich nicht nur mit dem EHRP, sondern in erster Linie mit einer drastischen Wende in der Zuwanderungspolitik Großbritanniens für Krankenpfleger_innen. Diese Wende beinhaltete ein Anwerbeverbot, restriktivere Visabestimmungen und ein zeitaufwendiges Vorbereitungs- und Aufnahmeprogramm für die Einstellung im staatlichen Gesundheitswesen (Connell/Buchan 2011; Buchan 2008; Buchan/McPake 2007).

Während der Rückgang von den malawischen Behörden tendenziell als langfristige Entwarnung aufgefasst wurde, weist die allgemeine Migrationsforschung auf die Fluktuation von Migrationsströmen und die globalen Verflechtungen von Arbeitsmigration hin. Diese führen in der Regel dazu, dass politische Restriktion für bestimmte Migrationsformen und Ziele Verschiebungen in den Korridoren und der Art und Weise zu migrieren nach sich ziehen, ohne die Migration zum Erliegen zu bringen (Bach 2003; Crush et al. 2005; Kingma 2007). Mit Blick auf Erfahrungen in einem ähnlichen Kontext in Uganda (Nguyen et al. 2008[10]) und angesichts des hohen Migrationspotenzials, einer globalen Nachfrage sowie etablierter Communities – auch außerhalb Großbritanniens (Clemens/Petterson 2008) – erscheint eine Verschiebung der Migrationsströme malawischer Krankenpfleger_innen durchaus wahrscheinlich.[11]

Insbesondere die gut ausgebildeten und für die Gesundheitsdienste zentralen **Degree Nurses**, die von Staat und Entwicklungszusammenarbeit in den letzten Jahren über umfassende Stipendien und stark erhöhte Ausbildungszahlen besonders gefördert wurden[12], stehen allgemein in dem Ruf sich stärker gen Ausland zu orientieren und sind mit international anerkannten Qualifikationen ausgestattet. Diese eröffnen ihnen auf dem globalen Arbeitsmarkt höhere Chancen[13]. Die geringe Anzahl von Masterstudienplätzen für Gesundheitsberufe in Malawi sowie die kostspielige Struktur des Studienganges führen dazu, dass Bachelorabsolvent_innen im Land nur schwer Zugang zu akademischer Weiterbildung finden und Karriere im Gesundheitsbereich seit Generationen eng mit Migration verknüpft ist (Grigulis 2011; Voßemer 2012).

Frühere Studien haben darüber hinaus Anhaltspunkte dafür geliefert, dass mit der Präsidialära Bingu wa Mutharikas 2004 – 2011 ein Generationswechsel in Bezug auf Berufsverständnis und berufliche Motivationen in der Krankenpflege stattgefunden hat, weshalb im Folgenden auch von einer „neuen Generation" in der Krankenpflege gesprochen wird. Konkret beschreiben die Autor_innen vor dem Hintergrund einer stärkeren Konkurrenz auf dem malawischen Arbeitsmarkt und eines zunehmenden Anteils von Männern im Pflegeberuf, dass die Motivation zur Berufswahl bei jungen Krankenpfleger_innen stärker in den Bereichen Jobsicherheit, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten sowie Migrationsperspektiven liege als in einer originären Motivation zur Pflegetätigkeit (Grigulis 2011; Grigulis et al. 2009).[14] **Dieser Trend stellt in Frage, ob Migration in der Krankenpflege zukünftig tatsächlich kein oder vielmehr ein größeres Thema werden könnte.**

3. FORSCHUNGSDESIGN

Im Mittelpunkt der Studie stehen junge **Degree Nurses** bzw. Studierende der Krankenpflege am Ende des Bachelors und kurz vor Beginn der offiziellen „Pflichtjahre". Diese Gruppe wurde nicht nur mit Blick auf ihre wichtige Rolle für die Krankenpflege und das Gesundheitssystem ausgewählt, sondern auch, da vorherige Studien ihr ein besonders großes Migrationspotenzial zuschreiben. Für die Feldforschung wurde eine qualitative Datenerhebung gewählt, in der mit einer relativ kleinen Gruppe von Studierenden intensiv und über unterschiedliche Zugänge Daten gesammelt wurden, die einen Einblick in die persönlichen Lebensplanungen der Studierenden, ihre Ansichten über Migration, ihre persönlichen Hintergründe und konkreten Migrationsprojekte bieten.

Dieser Zugang bietet die Möglichkeit explorativ und induktiv zu arbeiten, d.h. durch die intensive Auseinandersetzung mit den komplexen Zusammenhängen auf einer individuellen, mikrosoziologischen Ebene ein tieferes Verständnis für das Phänomen Migration in der Krankenpflege aus der Sicht der Migrierenden zu gewinnen. Da ein Großteil der Literatur zum Thema den Schwerpunkt auf die Analyse von Makrostrukturen des Gesundheitssystems legt, wird angenommen, dass der biographische Mikrozugang die bestehenden Konzepte sinnvoll ergänzen kann.

Zur Strukturierung der Forschung wurde die **Grounded Theory** Methodologie (Glaser/Strauss 2008; Strauss/Corbin 1990) verwendet. Diese schließt ein enges Ineinandergreifen von Erhebungs- und Analyseprozess sowie einen offenen, empirisch fundierten Prozess der Generierung und Überprüfung von Konzepten ein.[15] Ich möchte darauf hinweisen, dass die Studie dennoch durch meine subjektive Wahrnehmung, meine Interpretationen und Bewertungen geprägt ist, was ich nach Möglichkeiten in der Analyse berücksichtigt habe. Aus den Daten können keine gesicherten Trends abgeleitet werden, da weder mit repräsentativen Untersuchungsgruppen noch quantifizierbaren Einheiten gearbeitet wurde.

Im Rahmen der dreimonatigen Feldforschung fanden in erster Linie Workshops und Interviews am **Kamuzu College of Nursing** in Lilongwe, dem Hauptstudienort für **Degree Nurses** statt, ergänzt durch verschiedene Expertengespräche und teilnehmende Beobachtung am College, in Gesundheitseinrichtungen sowie bei relevanten Veranstaltungen. Insgesamt führte ich 5 Fokusgruppen-Workshops mit 35 Studierenden sowie 10 vertiefende qualitative Interviews mit einer Auswahl dieser Studierenden durch.[16]

Das Geschlechterverhältnis der Studierenden des Jahrgangs (F:M = 2/3:1/3) spiegelte sich in der Gesamtheit der Teilnehmenden in etwa wider. Ihr Alter lag bei 21 – 25 Jahren; sowohl Studierende aus dem ländlichen als auch aus dem kleinstädtischen und urbanen Raum, aus großen wie kleinen Familien und mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen waren vertreten.[17] Niemand war verheiratet oder hatte Kinder, wobei mehr als 2/3 angaben, verlobt oder in einer Beziehung zu sein; etwas weniger als 1/3 bezeichneten sich als Singles. Die große Mehrheit der Teilnehmenden hatte Sekundarschulen mit vergleichsweise hohem Bildungsniveau besucht, die mit hohen Schulgeldern belegt sind (kirchliche und private Schulen) oder überdurchschnittliche Leistungen am Ende der Primarschule erfordern (staatliche Schulen). Während in Malawi allgemein und insbesondere für Mädchen der Zugang zu diesen Sekundarschulen statistisch eindeutig einen hohen sozioökonomischen Status der Familie voraussetzt (Lewin/Sayed 2005; World Bank 2004), ergab sich im Gespräch mit den Studierenden ein sehr vielschichtiges Bild ihrer familiären Situation.[18]

4. FORSCHUNGSERGEBNISSE

4.1 Überblick: Migration in den Lebensentwürfen der Studierenden

Die individuellen Lebensgeschichten und Sichtweisen auf Migration, die ersichtlich wurden, weisen Brüche und Ambivalenzen auf und lassen eine große Diversität von Themen und Vorstellungen erkennen (s. Voßemer 2012), welche hier nur teilweise thematisiert werden können.[19]

Die Interviews wurden zunächst daraufhin ausgewertet und analysiert, welche Bereiche der Zukunftspläne als **„biographische Orientierungen"** nach Keddi (2008) identifiziert werden können, das heißt als Lebensprojekte, denen die Studierenden eine prioritäre Bedeutung einräumen und die als strukturierende und längerfristig handlungsleitende Orientierungen für zukünftige Lebensentscheidungen betrachtet werden können. Tabelle 3 fasst diese „biographischen Orientierungen" der Studierenden anhand von 6 Lebensbereichen zusammen, die sich in den individuellen Lebensentwürfen in unterschiedlichen Konstellationen und Gewichtungen wiederfinden ließen.

Die Migrationsprojekte der Studierenden lassen sich, mit den Worten der Studierenden, in erster Linie als Migration-to-study Projekte charakterisieren, in deren Mittelpunkt die professionelle Weiterqualifizierung durch ein Masterstudium steht. Hinter diesem bei allen Studierenden zentralen Element der Migrationsprojekte stehen komplexe, individuell variierende, aber wiederkehrende Formen der Einbindung von Migration in ihre Lebensprojekte. Tabelle 3 gibt einen ersten Überblick über Bedeutungen und Rollen von Migration, die sich in der Analyse den verschiedenen Lebensbereichen zuordnen ließen und auf die in den folgenden Unterkapiteln genauer eingegangen wird. Wie die Auflistung zeigt, spielt Migration in den Lebensentwürfen eine vielfältige und in mehreren Bereichen zentrale Rolle. Dennoch sieht die überwiegende Anzahl der Studierenden Migration als Übergangsritual: In den meisten Zukunftsplanungen schließt an eine Sequenz der Migration eine Sequenz der erfolgreichen, abgesicherten Rückkehr nach Malawi und in Schlüsselpositionen des dortigen Gesundheitssystems an. Die temporären Migrationsprojekte sind also biographisch auf das übergeordnete Ziel eines besseren Lebens in Malawi ausgerichtet.

Bei interviewten Frauen, die langfristige Migration in Betracht zogen, standen genderbezogene Zweifel an einer erfolgreichen Rückkehr im Mittelpunkt; bei einem Studenten, der langfristige Migration nicht ausschloss, stand ein Abwägen beruflicher und finanzieller Möglichkeiten im westlichen Ausland und in Malawi im Vordergrund.

Zur analytischen Einordnung der biographischen Funktionen von Migration beziehe ich mich im Folgenden auf die von Pierre Bourdieu (1986) beschriebenen Kapitalformen – kulturelles, soziales, ökonomisches und symbolisches Kapital – deren Besitz für die gesellschaftliche Position von Individuen und ihre Möglichkeiten des sozialen Aufstiegs entscheidend ist.[20] Diese Kapitale spielen indirekt in den Lebensentwürfen und Migrationsabsichten der interviewten Studierenden eine wichtige Rolle, da sie Ansprüche erheben, mit Hilfe von Migration als „Übergangsritual" ihre gesellschaftliche Position in Malawi grundlegend zu verbessern: **„Kulturelles Kapital"** im Sinne einer höheren akademischen Ausbildung und anerkannten Berufspraxis, **„soziales Kapital"** durch einen veränderten sozialen Status in Malawi, **„ökonomisches Kapital"** durch das Verfügen über eigene Ersparnisse und Investitionen und letztlich **„symbolisches Kapital"**, das sich aus der positiven Konnotation von Migration mit Privilegien, Erfolg, Modernität und Entwicklung ergibt und insbesondere im Kontext der Migration Hochqualifizierter zentral ist. Der Anspruch der Studierenden, über Migration die unterschiedlichen Kapitale für ihr zukünftiges Leben anzusammeln, stützt sich auf ehrgeizige akademische und auf sozialen Aufstieg ausgerichtete Selbstkonzepte und Visionen. Diese fanden in den Interviews Ausdruck in Selbstbeschreibungen wie **„ambitious"** und **„hard-working"** sowie Lebenszielen wie **„not to become an average person"**, **„to aim high in life"** und **„to make a change in nursing"** – bezogen auf akademische und berufliche Karriere, aber auch auf Selbstverwirklichung und soziale Stellung.

Neben dem Streben nach gesellschaftlichem Aufstieg ist die Komponente „Selbstverwirklichung durch Migration" zentral in den individuellen Migrationsprojekten. Diese zeigt sich in den allgemeinen Lebensentwürfen im deutlichen Einfordern von eigenen Entscheidungsspielräumen, beruflichen wie persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie von Genderge-

rechtigkeit bei Frauen. Darüber hinaus bringen einige Studierende eine starke Orientierung an globalisierten westlichen Lebensstilen und Lifestyles zum Ausdruck, die für sie mit der Zugehörigkeit zur globalen Elite der Hochqualifizierten sowie zur lokalen akademischen Peergruppe in Verbindung stehen und mit Selbstverwirklichung assoziiert werden. Die Migrationsintentionen erscheinen in diesem Kontext als eine Art **„life politics"** (Giddens 1991; 1995), durch die Lebensstilentscheidungen zum Ausdruck der Teilhabe an globalem Fortschritt werden.[21]

Tabelle 3: Zukunftsplanung und Migration nach Lebensbereichen

Lebensbereich **Rolle von Migration**	**Zentrale Schritte und Orientierungen der Zukunftsplanung**
Berufliche Weiterentwicklung und Karriere	Durchgängig: Höherer **Studienabschluss** (mindestens Master, mehrfach PhD) Durchgängig: Anstellung in einem **wertschätzenden Arbeitsumfeld** in einer verantwortungsvollen Position und unter Arbeitsumständen, die zufriedenstellende Behandlungserfolge ermöglichen Überwiegend: Möglichkeiten zu professioneller Weiterbildung und Karriereentwicklung schaffen; meist: Ziel einer Anstellung in Führungspositionen des Gesundheitssektors (insb. Ministerium, medizinische Universität, NGOs, Gesundheitsverwaltung)
Migration als berufliches Kapital	Zugang zu höheren Studien; Ausweg aus der "Karrierefalle"; Zugang zu Arbeits- und Fortbildungsumfeldern, die qualitativ sehr hochwertige und erfolgreiche Pflege ermöglichen
Familiäre Einbindung/ Beziehung zur Herkunftsfamilie	Durchgängig: guter Kontakt mit/hoher **Respekt** seitens der Familie Überwiegend: eigenen **Beitrag zum Wohlergehen** des Familienverbands leisten (oft: ökonomischer Beitrag; teilweise (insb. Frauen): Pflege von Angehörigen und/oder Verantwortung/Vorbildfunktion für jüngere Familienmitglieder)
Migration sichert soziales Kapital und ökonomisches Kapital	Migration stärkt Vereinbarkeit von individueller Lebensplanung und sozialen Erwartungen der Herkunftsfamilie: Einerseits ist es ein Weg, familiären Erwartungen und Funktionen in der Familie zu entsprechen, ohne dabei Lebensziele auf individueller und Kernfamilienebene aufzugeben; andererseits ist Migration Thema familiärer Aushandlung über Verpflichtungen und Freiheiten
Partnerschaft, Elternschaft und Leben als Single	Überwiegend: **Heirat, Familiengründung** und glückliches Zusammenleben als Familie zentraler Zukunftswunsch In Ausnahmen: Glückliches, **unabhängiges Leben als alleinstehende Person (Frau)**, zusammen mit oder getrennt von der Herkunftsfamilie
Migration sichert soziales Kapital und ökonomisches Kapital	Migration stärkt Vereinbarkeit von individueller Lebensplanung und sozialen Erwartungen in der Partnerschaft: Kompatibilität von Familie und Weiterbildung; sozioökonomische Unabhängigkeit und Sicherheit der Kernfamilie; Weg, andere Partnerschaftsformen zu leben oder sozialem Stigma als Single zu entgehen
Selbstverwirklichung, Lebensstil und Status in der Peergruppe	Überwiegend: **Selbstverwirklichung**, persönliche Reife und **Ownership** in Bezug auf Lebensplanung und Lebensstil; Spielräume schaffen, an modernen und globalisierten Lebensstilen der Hochqualifizierten (Peergruppe) zu partizipieren Teilweise: **Individuelle Unabhängigkeit** der Lebensplanung (Lebensstil, Lebensstandard; Lebensraum)
Migration als Lebensstil-, Lifestyle- und "life politics"-Veränderung	Pluralität von Lebensstilen erleben; Selbsterfahrung/Verwirklichung durch Ausprobieren/Leben westlicher, individualisierter Lifestyles und Identitäten; über Wahl globalisierter Lebensstile wird biographische und gesellschaftliche Innovation eingefordert/angeregt

Sozialer und sozioökonomischer Status	Überwiegend: den eigenen **sozioökonomischen Status** deutlich heben Häufig: Einen **gesellschaftlichen Beitrag**, einen „Beitrag zur Entwicklung" Malawis leisten und/oder eigene **Investitionen** in Malawi tätigen, i.d.R. in Verbindung damit, eine gesellschaftlich **hochangesehene Person** zu werden; eigenen Status innerhalb der akademischen Peergruppe und malawischen Bildungselite absichern/ausbauen
Migration als 'Brain Gain', ökonomisches und symbolisches Kapital	Absicherung der sozioökonomischen Stellung über individuelle oder paarbezogene Ersparnisse; symbolische Aufwertung der sozialen Stellung über Migration/Mobilität, die innerhalb der Bildungselite und allgemein gesellschaftlich mit Privilegien und Entwicklung assoziiert wird
Religiöse Orientierung	Durchgängig: Eigenes Leben wird von „Gott" **religiös geleitet** und soll religiösen Leitlinien entsprechen Häufig (insb. bei **Frauen**): **Krankenpflege** als Weg, „Gott zu dienen" Teilweise: spirituelle Reife erlangen; religiöse Werte weitergeben
Religion unterstützt symbolisches Kapital und Legitimität von Migration	Legitimität von Migration über religiösen Auftrag (care for all humans alike); Ausübung der Religion ist Bedingung für Migration; Transnationale Strukturen und individualistische, migrationsbejahende religiöse Lehren können symbolisches Kapital von Migration stärken

Das berufliche Lebensprojekt erhält besonders viel Raum und wird auch mit Bezug auf weitere Lebensbereiche thematisiert, da die Studierenden es anderen Lebensprojekten tendenziell überordnen oder diese so ausrichten, dass sie mit den beruflichen und akademischen Zielen vereinbar zu sein scheinen. Besonders deutlich wird dies in Gegenüberstellung von beruflichem und partnerschaftsbezogenem Lebensprojekt: Obwohl alle Teilnehmenden bereits mehrere Jahre über dem durchschnittlichen Heiratsalter lagen und ganz überwiegend die Gründung einer eigenen Familie als eines der essentiellen Lebensprojekte und eine der zentralen gesellschaftlichen Erwartungen betrachteten, war keine_r von ihnen verheiratet oder hatte Kinder. In mehreren Fällen, bei Frauen wie Männern, wurde angestrebt, erst nach Abschluss des Masters eine Familie zu gründen.[22]

Akademische Ausbildung und Karriere werden ebenfalls über professionelle Selbstverwirklichung im Sinne individueller beruflicher Vorlieben gestellt: Ein Großteil der Studierenden, insbesondere der Frauen, stellte persönliche Berufswünsche zurück, als ihnen ein Studienplatz in der Krankenpflege angeboten wurde. Für männliche Studierende, deren Eintritt in das Studium in der Regel mit der (unerfüllten) Hoffnung auf eine Wechseloption ins Medizinstudium einherging, wird der Pflegeberuf meist als unangenehmer Umweg zu einer Karriere im Gesundheitsmanagement betrachtet, die ein entsprechender Master eröffnen soll. Auch persönliche Freiheiten, bspw. Zeit zur Ausübung der Religion sowie soziale und ökonomische Verpflichtungen gegenüber entfernt wohnenden Familienangehörigen, wurden bewusst zurückgestellt, um das Ziel einer akademischen Ausbildung zu erreichen. Für die nähere Zukunft steht daher das Ziel, den eigenen akademischen Status durch einen Master oder sogar PhD-Titel zu erhöhen, im Mittelpunkt der Pläne und Sorgen nahezu aller Interviewten. Es wurde von allen teilnehmenden Studierenden als wichtiges zukünftiges Ziel angeführt.

4.2 Berufliche Weiterbildung und Karriere

"[…] you get developed by and by professionally, as you are working in the district or wherever they have posted you. But [sighing] still that wouldn't be enough; we would still want to do something a little bit higher." (Interview P31F, 16)

Die zentrale Bedeutung von **„Migration-to-study"** für die Lebensplanung der Studierenden erklärt sich mit Blick auf die prioritäre Stellung des beruflichen Lebensprojekts und der Aneignung kulturellen Kapitals in ihren Biographien und Zukunftsperspektiven. Bereits durch ihren Sekundarschulab-

schluss verfügen die Studierenden über ein höheres Bildungskapital als mehr als 2/3 der Bevölkerung. Die Aufnahme in die **University of Malawi**, die Bestleistungen erfordert, weist die Studierenden als Teil der gesellschaftlichen Bildungselite aus, für deren zukünftige gesellschaftliche Stellung kulturelles Kapital ausschlaggebend ist. Die lebensgeschichtlichen Interviews weisen auf eine große Bedeutung von Bildungserfolg im familiären und sozialen Kindheitsumfeld, von persönlichen Werten und Prioritäten der aktuellen sozialen Umgebung auf dem Campus sowie der privaten Peergruppe hin. Aus der starken Selbstidentifizierung über beruflichen Erfolg und dem kompetitiven Zugang zu universitärer Ausbildung ergibt sich einerseits eine starke Bindung an den Gesundheitsbereich, andererseits jedoch auch eine starke Fixierung auf akademische Karriere: Über die Berufseinstiegs- und Professionalisierungsphase hinaus sieht sich der ganz überwiegende Teil der Studierenden nicht in der direkten Pflegearbeit, sondern in Gesundheitsmanagement und -verwaltung, als Pflegelehrkraft oder in der Gesundheitspolitik – Bereiche, die in der Regel einen Master-Abschluss erfordern.

Ein höherer akademischer Titel wird dabei einerseits als strategisch wichtiges Instrument gesehen, Hürden in der beruflichen Laufbahn überwinden zu können, als kulturelles Kapital, welches die soziale und ökonomische Stellung auf das Niveau aufwertet, das von Personen mit ihrer bisherigen Bildungslaufbahn erwartet wird. Andererseits wird von einem MA- oder PhD-Titel ein symbolisches Kapital im Sinne eines herausragenden gesellschaftlichen Ansehens erwartet, verbunden mit der Erfüllung des eigenen akademischen Selbstanspruchs als Teil beruflicher Selbstverwirklichung.

"Researcher: So further study leads to money?

Participant 26: I also think, but less important, it leads to 'self-fertilization'. You feel like at least I've reached something to be satisfied.

Participant 29: And you are also educated. For example after doing masters, when you come back here to Malawi, you become a boss; you have your work done by others. [Some laugh and giggle]

Participant 30: I think, as she said, it sounds different, if you own a Dr. Veronica [Name changed], you get very much honored by that! But if you are called Professor Veronica [raises arm in gesture expressing: even far higher]!" (WS4, 9)

Trotz ihrer vergleichsweise privilegierten Stellung als studierte Pflegefachkräfte finden sie für die Verwirklichung dieser ambitionierten beruflichen Lebensprojekte fundamentale Hindernisse vor.

"I could say, what is more important to me is changing the profession [as compared to go forward in nursing studies]. But then, there are a lot of constraints here in Malawi, like challenges. Because you can have the desire to change the profession, in our hospital setting, but then, maybe because of lack of resources, or maybe because of some other political factors, it's somehow difficult." (Interview P2F, 10f)

Folgende Gründe führen sie mehrheitlich zu einer negativen Bewertung ihrer Zukunftschancen in Malawi: (1) Hierarchien am Arbeitsplatz und die Beförderungspraxis in der Krankenpflege, wo Seniorität und Berufsjahre gegenüber Ausbildungsjahren bevorzugt werden; (2) Intransparenz, Langwierigkeit und Unsicherheit von Beförderungsverfahren (s. auch RoM et al. 2007); (3) niedriger Pflegepersonalschlüssel und mangelhafte Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen – sei es an Medikamenten, Infrastruktur oder Hilfsmitteln.[23] Im Kontext der Zukunftspläne der Studierenden bedeuten diese Umstände, dass sie das im Studium vermittelte Wissen über Pflege in der Praxis nicht anwenden können, was ihnen die Möglichkeit nimmt, ihre höheren Qualifikationen für einen zufriedenstellenden beruflichen Erfolg und die persönliche Karriere in Wert zu setzen.[24] Viele Studierende brachten entsprechend starke Frustration darüber zum Ausdruck, dass sie ihre Qualifikationen unter diesen Bedingungen nicht nutzen können und Anordnungen ausführen müssen, in denen ihre Kenntnis über den Zustand des/der Patienten/in keine Berücksichtigung findet. Migrationswünsche wurden in den Workshops auch als Form der Verweigerung einer Unterordnung unter diese institutionellen Bedingungen diskutiert.

Entsprechend hoch ist die Konkurrenz um die geringe Anzahl an Masterstudienplätzen unter Absolvent_innen der Krankenpflege, Medizin und angrenzender Berufe in Malawi. Dass alle Masterprogramme als Vollzeit-Präsenzstudiengänge konzipiert sind und für die Studierenden so nicht nur hohe Kosten mit sich bringen, sondern auch die Schwierigkeit, ein Einkommen und ökonomische Verpflichtungen gegenüber der Familie über mehrere Jahre sicherzustellen, stellt sie vor ein zusätzliches Problem. Neben der Option, viele Jahre auf ein Studienstipendium der Regierung zu warten[25], sieht ein Großteil der Interviewten daher die Migration-to-study-Option als gangbarste oder auch einzige Möglichkeit, die eigenen akademischen und beruflichen Ziele zu verwirklichen. Dabei gehen sie davon aus im Ausland (insb. UK) kostengünstig Zugang zu Teilzeit-Studiengängen zu finden, die Ihnen erlauben parallel zum Studium ihr eigenes Auskommen sowie das der Familie zu erwirtschaften.

4.2.1 Migrationstraditionen in der Krankenpflege

Neben den konkreten beruflichen Sorgen der Studierenden ist zu berücksichtigen, dass die **„Migration to study"**-Option in der Krankenpflege Tradition besitzt.[26] In der Kolonialzeit, in der westliche Krankenpflege als Teil der kolonialen Mission[27] eingeführt wurde, kamen Malawier_innen in der Regel nur als Hilfspersonal zum Einsatz – mit Ausnahme weniger bessergestellter Frauen, die die Möglichkeit einer Ausbildung zur Pflegerin in Großbritannien erhielten (Grigulis 2011; Lwanda 2007). Diese Situation änderte sich nach der Unabhängigkeit mit dem Aufbau von Pflegeschulen; bis zur Eröffnung des KCN 1979 war jedoch die universitäre Ausbildung der Krankenpflege weiterhin zwangsläufig mit Migration verbunden.

"It is important to introduce KCN [Kamuzu College of Nursing] as this is where the majority of the nurses who migrated from Malawi trained. […]. The curriculum [of the Bachelor programme] is similar to nursing courses in the UK, a by-product of the commonwealth link between the two countries. […]there are few specialist training institutions and until recently nurses were sent to South Africa or the UK to complete specialist training or Masters degrees." (Grigulis 2011, 13)

Neben der hier sichtbaren Verlinkungen von Pflegewissenschaft und Auslandsstudium entsteht durch das britische Curriculum und britische Fachliteratur der Eindruck, Großbritannien sei der Ort des „ideal nursing"[28] – eine Vorstellung der Studierenden, die oft den eigenen Wunsch dorthin zu migrieren begründete. Mehrere verwiesen darauf, dass ein Großteil ihrer Dozent_innen, sprich derjenigen, die sie als Vorbild in Bezug auf den erreichten akademischen Status in ihrem Feld betrachten, ihr Lehrwissen durch Migration erlangt habe. In Workshops wie Interviews berichteten Studierende von bekannten oder verwandten Krankenpfleger_innen im Ausland, deren Erfahrungsberichte sie zu Migration motiviert hätten.[29] Ihre Beschreibungen darüber, welche Transformation von Identität und Status sie mit Migration verbinden, weisen darauf hin, dass Migration für sie ein symbolisches Kapital beinhaltet:

"They come back changed, modernised, rich, their body looks nice and attractive"; "they come here looking beautiful, rich and very educated." (Schriftliche Statements WS3, WS5)

Diese Worte reflektieren einerseits die gesellschaftlichen Erwartungen an rückkehrende Migrant_innen, gleichzeitig stehen solche mythischen Vorstellungen über Migration oft im Kontext starker Migrationstraditionen.[30]

4.2.2 Gender im beruflichen Lebensprojekt

Aus der Sicht zahlreicher Studierender stellen auch genderbezogene Rollenzuschreibungen im Kontext der Krankenpflege eine Schwierigkeit dar. Die feminine Konnotation und Tradition von Krankenpflege wird in der Literatur sowohl als Grund für die strukturelle Benachteiligung (auch „Feminisierung") des Berufsstands im patriarchalen europäischen Kontext als auch als Grund für die ambivalente Position von Männern im Pflegeberuf (Evans 1997; 2004) thematisiert. Beide Thematiken finden sich für den malawischen Kontext wieder, wo pflegerische Tätigkeiten in der Regel Frauen zugeschrieben werden und Pflegefachkräfte grundsätzlich in der patriarchal geprägten Hierarchie der medizinischen Berufe mit Karrierehindernissen konfrontiert sind (s. Grigulis 2011, Muula, Nyasulu and Msiska 2004). Die Studierenden sehen ihre

Aufstiegschancen in verantwortungsreiche und gut entlohnte Entscheidungspositionen in Krankenhaus und Gesundheitssystem durch die benachteiligte Stellung ihres Berufsstands gegenüber gleichwertig ausgebildetem klinischem Personal stark beeinträchtigt.[31]

Männliche Studierende sehen darüber hinaus Hürden auf der Ebene beruflicher und gesellschaftlicher Anerkennung sowie persönlicher Genderidentität.

"P6M: […] the attitude that the public and those in authority hold against us, male nurses, isn't all that impressive."/ "P5M: […] for me nursing is more superficial, because it doesn't help me to think more deeper into my subject, so that I should choose a more masculine process, so that I should at least look to myself as that I am a man again." (Male nurses in WS1, 5f.)

Die schnelle Weiterentwicklung in Berufe der Gesundheitspolitik oder des Gesundheitsmanagements wird vor diesem Hintergrund als persönlich essentiell angesehen. Analog hierzu berichten Frauen, die entgegen ihrer Berufswünsche von der Universität für das Krankenpflegestudium ausgewählt wurden, dass ihnen die Umorientierung sehr erleichtert wurde durch das Gefühl, sich in dem Beruf zu einer angesehenen Frau entwickeln und die Schwesternuniform tragen zu dürfen.

"Though I did not choose it, like everybody, I now like it, because it's like I become a real lady." (WS 1:P3F, 6)

Der Großteil der weiblichen Studierenden plant die einjährige Hebammenfortbildung und anschließend einen Master in einer Spezialisierung der Krankenpflege oder in reproduktiver Gesundheit abzuschließen. Damit suchen sie, im Gegensatz zu Männern, Weiterbildungen mit einem starken Bezug zum Pflegeberuf, oft verbunden mit dem Anspruch, zu einer fundamentalen Verbesserung der Krankenpflege beizutragen.

4.3 Familiäre Einbindung, Partnerschaft und Leben als Single

"[…] here in Malawi we are social beings, we live in an extended family that we appreciate. I have my niece, who needs my support, my mama, my father, my children, my in-laws from my brothers; you can live ten in a family […]" (Interview P32F, 20)

Guter Kontakt und gegenseitige Unterstützung unter Angehörigen stellen für alle interviewten Studierenden eine wichtige Säule in einer glücklichen Zukunft dar. Wie bereits beschrieben, finden sich unter ihnen Personen mit sehr verschiedenen familiären Hintergründen und entsprechenden Verpflichtungen und Freiheiten, wobei die meisten materielle und psychologische Verpflichtungen gegenüber der erweiterten Familie haben und in ihren Zukunftsplänen berücksichtigen. Eine Studierende machte deutlich, dass die Eltern bewusst die Ausbildung einer Tochter in der Erwartung unterstützt hatten, diese werde sich stärker für das Wohl der Familie engagieren als ein Sohn, was als Hinweis auf genderbezogen unterschiedliche Verantwortungsniveaus angesehen werden kann.

Viele Studierende hatten ihren Migrationswunsch bereits mit Familienmitgliedern diskutiert. Im Gegensatz zur gängigen Literatur über Migration und Entwicklung, die betont, dass Migration von Frauen und Krankenpflegerinnen oft als Strategie zur ökonomischen Absicherung des Haushalts fungiert (DESA 2006; Grigulis 2011; Larsen et al. 2005), stellten die Studierenden ihre Migrationsintentionen sehr stark als individuelle oder paarbezogenene Projekte dar, die mit der Familie zu verhandeln seien, aber nicht durch sie forciert würden. Mehrere Studentinnen antizipierten vielmehr, dass die familiäre Einbindung Migration verhindern werde, sobald Familienmitglieder ihre Pflege benötigten. Bereits betroffene Studierende verlegten ihre Migrationsprojekte auf einen späteren Zeitpunkt oder an einen anderen Ort innerhalb der Region, um den Bedürfnissen pflegebedürftiger Angehöriger entsprechen zu können. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass genderbezogene Rollen in der familiären Fürsorge und der Pflege Angehöriger auf die zukünftigen Migrationsbiographien der Frauen Einfluss nehmen, wie dies auch für andere Regi-

onen und Migrationskontexte dokumentiert ist (Ehrenreich/Hochschild 2003; Izuhara/Shibata 2002; Boyd/Grieco 2003).

Für die Studierenden steht im Bereich Familie und Migration mehrheitlich der Zusammenhang zwischen Migration, materieller Unabhängigkeit und gleichzeitiger finanzieller Solidarität innerhalb der mehrgenerationalen Großfamilie im Mittelpunkt, d.h. die Schnittstelle von familienbezogenen und sozioökonomischen Lebensprojekten. Wie die eingangs zitierte Interviewpartnerin weiter verdeutlicht, sieht sie Migration als individuelle Strategie, die Unterstützung der Familie und den eigenen Bedarf, bspw. für Weiterbildung, die Erziehung eigener Kinder und den eigenen Lebensstandard oder auch für wirtschaftliche Investitionen zu schaffen:

"[…] you can live ten in a family, TEN people in ONE family. So that is difficult for the salary that I get here in Malawi to keep and then to go for school. But when one is outside Malawi, then the money that you receive, it adds value it's a bit. […] Because there it's only him, he is alone. You can be saving some money, you can be sending or he may even find that opportunity of helping me to further my education." "But according to your plan you […]can't just be saying: Because you are expecting more from me, then I have to sacrifice myself to do what they want. […] The money, I have earned it. At the end I have to do it: A, b, c, d." (Interview P32F, 20f.)

Wie eine Studentin aus privilegierten Verhältnissen deutlich machte, ist dieser Zusammenhang auch in ihrem Kontext relevant, wobei für sie die individuelle ökonomische und persönliche Unabhängigkeit sogar einen größeren Stellenwert einnimmt als die wirtschaftliche Absicherung der eigenen Zukunft:

"At least I should be independent; I should be able to make my own decisions. Otherwise if I tried to say I would be working with my father, then, if conflicts arise, they don't just end at the workplace but even at home. So I would just be working under pressure, just to please him. But deep down the heart I'm not satisfied." (Interview P2F, 30)

Aus der vorletzten Aussage wird klar, dass das Migrationsprojekt der Interviewpartnerin auf finanzielle Unabhängigkeit innerhalb der Partnerschaft hinzielt. Bei einigen Studentinnen mit Wunsch nach baldiger Familiengründung kam die Vorstellung hinzu, über Migration Elternschaft und Masterstudium leichter vereinbaren zu können, ohne Wünsche nach ökonomischer Sicherheit einerseits und Selbstverwirklichung andererseits aufgeben zu müssen. Alle Interviewpartnerinnen in Partnerschaft gingen grundsätzlich von einer gegenseitigen Unterstützung in familiären wie in beruflichen Projekten aus und sahen (gemeinsame) Migration zumeist als besonders gute Möglichkeit, die Pläne beider zu verwirklichen. Mehrere Frauen gaben jedoch die Entscheidung über Ort und Zeitpunkt der Migration an ihre Partner ab oder hatten im Paar entschieden, dass der Mann zuerst migrieren sollte, was die Frage nach tatsächlichen Chancen der Mitbestimmung von Frauen in Paarmigrationsprojekten aufwirft.

Für zwei interviewte Frauen ohne Partner war die Sorge, im Zuge einer Heirat in ökonomische Abhängigkeits- und Ausbeutungsstrukturen zu geraten, eine wichtige Motivation auf ein nicht-paarbezogenes Migrationsprojekt hinzuarbeiten. Insbesondere für die Lebensentwürfe dieser Studierenden stellen Genderrollen ein antizipiertes Problemfeld dar, mit Auswirkungen auf ihre Erwartungen an Migration bzw. ein Leben im Ausland. Auch wenn der Anteil verheirateter Frauen in der malawischen Gesellschaft sinkt[32], stellt Heirat weiterhin eine wichtige soziale Norm und ein „Übergangsritual" in das Erwachsenenalter dar. Ein Leben als Single sowie Kinderlosigkeit werden hingegen, auch unter höher gebildeten Malawier_innen, tendenziell als ein persönliches Defizit betrachtet (Mahowe 2004), worauf auch die Studierenden wiederholt hinwiesen: Männliche Studierende sahen die Heirat als entscheidendes Ritual an, um die Autorisierung von Familie und Gesellschaft zu einer unabhängigen, selbständigen Lebensplanung zu erhalten. Demgegenüber war für Frauen in unterschiedlichen Beziehungssituationen, insbesondere als Singles, die Sorge um eigene Entscheidungsspielräume nach einer Heirat präsent, ebenso wie die Sorge, ihr soziales Kapital und das Verhältnis zur Familie durch die Entscheidung für ein Single-Leben zu gefährden. Eine alleinstehende Studentin wünschte sich zwar eine Familie, lehnte jedoch aus ihrer

Sicht gängige Abhängigkeiten und ungleiche Belastungen von Frauen und Männern in malawischen Ehen stark ab. Sie war entschlossen, einen unabhängigen Haushalt zu führen und nahm an, durch Migration nicht nur Ersparnisse und einen höheren Bildungsstatus zu erlangen, sondern auch gerechtere Genderverhältnisse erfahren zu können.

Die stärkste Absicht, für einen möglichst langen Zeitraum im Ausland zu leben, fand sich bei einer Studentin, die sich aus Kindheitserfahrungen heraus klar gegen eine Beziehung entschieden hatte. Über ihr Migrationsprojekt suchte sie neben professionellen Möglichkeiten in erster Linie persönliche Freiheiten sowie ein offeneres Umfeld für Singles, verbunden mit dem Wunsch nach einem unbeschwerten und unterhaltsamen Lebensstil. Neben der Erwartung, in Großbritannien oder den USA ein adäquateres Gesellschaftsmodell für diese Pläne vorzufinden, sah sie dabei Migration als Weg, in Malawi einem Statusverlust und sozialen Konflikten zu entgehen sowie ein gutes Verhältnis mit der Familie zu wahren, ohne hierfür die eigenen Lebensvorstellungen aufzugeben.

"Because there [abroad] it's their life, so you live your own life […]" "Say, if I go outside there, stay single – for me it will be cool, because I will not have pressure from parents, friends, the society itself. It will be on me. So I would better run away from this, I would better go outside and stay there – come back- see them – go back." (Interview P36F, 14f.)

Dieser Kontext von Migration als Flucht vor öffentlicher Stigmatisierung für ein Leben als Single ist auch für die Migration von Frauen aus anderen Regionen nach Großbritannien dokumentiert, was nahelegt, dass Bilder über dortige Single-Lifestyles transnational verbreitet sind (e.g. Izuhara/ Shibata 2002 für Japan, DESA 2006). Mit Anthony Giddens (1995) kann argumentiert werden, dass Frauen hier Migration nutzen, um Lebensstile zu praktizieren, die sich gegen lokale Definitionen von Frau-Sein abgrenzen, und so zu Akteur_innen von life politics werden, die transnationale Räume zur Verhandlung von Genderrollen schaffen und nutzen.[33]

4.4 Selbstverwirklichung, Lebensstil und Status in der Peergruppe

Our friends are lucky there, they do their things for themselves, not for their parents." (Interview P36F, 14)

Wie bereits eingangs erwähnt und in Bezug auf familiäre und Paarpläne konkretisiert wurde, spielt Selbstverwirklichung im Sinne einer Lebensführung nach eigenen Prioritäten und einer persönlichen Weiterentwicklung innerhalb der Gruppe der Interviewten eine zentrale Rolle. Migration wird in diesem Kontext nicht nur als Weg zu ökonomischer Unabhängigkeit, sondern allgemein zu höherem Ownership über Lebensentscheidungen und Lebensstile gesehen, die das vierte und fünfte Lebensprojekt betreffen (s. Tab. 3). Dies schließt allgemeinere Entscheidungen, bspw. für ein anderes Beziehungsmodell, ebenso ein wie die Möglichkeit Lifestyles zu leben, die als modern und westlich gelten und die die Studierenden einerseits mit der eigenen Generation, andererseits mit dem Leben in Europa oder den USA assoziieren.

"P23M: […] I have noted for me that this generation, in our nation we are even giving more worth to questions of life style […] we are sort of copying with the Western cultures, as in terms of technology, life style and all that stuff. […] 15 years ago we would not go drive at night for a cinema. But now you go around at night, sitting around in town, after midnight, driving. So that kind of life style that is typical to us can motivate some people to go [abroad] for that saying that's the way I want my life." (WS 3, 16)

Sie thematisieren in diesem Zusammenhang einerseits die Verfügbarkeit von Lifestyles z.B. über Kinos, urbanes Entertainmentangebot und öffentlichen Transport in westlichen Ländern, andererseits den Aspekt der Entscheidungsfreiheit zwischen verschiedenen Lifestyles. Mehrere Gesprächspartner_innen brachten zum Ausdruck, dass sie internationale Mobilität als Möglichkeit der Selbstverwirklichung (auch **„self-fertilization"**) durch moderne Lebensstile, aber auch durch Teilhabe an der internationalen akademischen Community (soziales Kapital) und durch Zugang zu fortschrittlichem und international anerkanntem Lehrwissen verstehen. Diese

soziale Identität der Peergruppe junger Akademiker_innen sowie ihre Ausdrucksformen sind stark mit transnationaler Mobilität verknüpft. Was im obigen Statement als Charakteristikum einer jungen Generation von Malawier_innen thematisiert wird, ist insofern nicht zwingend als generelle soziale Tendenz zu interpretieren, sondern zeigt vielmehr die Perspektive des Interviewten auf die junge malawische Bildungselite als seine soziale Referenzgruppe.[34] Deren Wunsch nach internationaler Mobilität, verstanden als notwendige persönliche und fachliche Horizonterweiterung, reflektiert dabei stark die Bilder der Elite britischer Studierender, die Auslandsstudien bevorzugen (Findlay et al. 2012), und weist auf einen von Akademiker_innen im globalen Norden und Süden geteilten **„Habitus"**[35] der Mobilität hin. Diesem kommt mit Blick auf Migrationsaffinität malawischer Studierender eine besondere Bedeutung zu: Wie der Migrationsreport zum aktuellen nationalen Zensus von 2008 aufzeigen konnte, gewinnt Migration-to-study unter jungen Malawier_innen und damit die Frage nach Brain Drain oder Brain Gain Hochqualifizierter im Allgemeinen stark an Bedeutung: Innerhalb der wachsenden Gruppe der noch nicht zurückgekehrten Emigrierten wächst insbesondere die Anzahl der Studierenden, die in der Altersgruppe von 20 – 39 Jahren liegt und einen vergleichsweise hohen Frauenanteil aufweist (NSO 2010).[36] Das Zusammentreffen von Migrationstraditionen in der Krankenpflege mit dieser starken und steigenden Studierendenmobilität unter jungen Malawier_innen erklärt den Habitus der Mobilität und die transnationale soziale Identität der jungen Generation hochqualifizierter Krankenpflegender.

4.5 Migration, Brain Gain und sozialer Status

Die Lebensprojekte der Studierenden im sozioökonomischen Bereich richten sich, über den Status in der Peergruppe hinaus, auf hohes soziales Ansehen und Einfluss in Malawi. Für eine in diesem Sinne erfolgreiche Rückkehr ist daher die gesellschaftliche Bewertung ihres Migrationsprojekts von entscheidender Bedeutung. In den persönlichen und sozialen Verhandlungen der Studierenden darüber, wann, wie lange und unter welchen Vorzeichen ihre Migration moralisch vertretbar und sozial tragbar sei, spielen daher gesellschaftliche und familiäre Haltungen zu Migration eine wichtige Rolle.

"[…] at least I should be helping my fellow Malawians here. Because the other thing is, I can say that I believe that the best contribution that a person makes in life, is the contribution that one makes in one's country." (Interview P2F, 25)

Auf Ebene der Familie berichten die Studierenden von Offenheit der Eltern (unter der Bedingung, Kontakt und teilweise finanzielle Solidarität aufrechtzuerhalten), aber auch von Vorbehalten aufgrund der Distanz zur Familie und deren unmittelbaren Bedürfnissen. Familie und Öffentlichkeit konfrontieren sie darüber hinaus mit einem Brain Drain-Verdacht, der gleichzeitig ihren persönlichen Beitrag, insbesondere als Hochqualifizierte, für die nationale Entwicklung einfordert. Migration wird in dieser Argumentation nicht nur als Bruch rechtlich formalisierter Verpflichtungen, die Investition des Staates in ihre Ausbildung zurückzuzahlen, sondern auch als Abwendung von den Bedürfnissen der malawischen Gesellschaft problematisiert. Während die Studierenden auf konkrete Bedürfnisse der Familie eingehen (siehe 4.2.2 und 4.3) fällt auf, dass sie ihre Migrationsprojekte gegen den sozialen **Brain Drain**-Verdacht verteidigen, indem sie ihm einen **Brain Gain**- bzw. **Care Gain**-Diskurs entgegensetzen. Mehrere Studierende formulieren ein starkes Commitment, nach der geplanten (dauerhaften, selten temporären) Rückkehr ihren Beitrag zur Reform der Krankenpflege in Malawi über Transfer und Anwendung von medizinischem Spezialwissen und von Investitionen zu leisten. Einige Frauen sehen auch eine karitative Tätigkeit in der direkten Patientenversorgung als Option innerhalb einer erfolgreichen Rückkehr an.

"I believe that, when I go abroad, I am going to gain some new knowledge, like in the nursing profession, of which I believe that if I can come back with that knowledge and utilize it here in Malawi, I think then there can be some changes in the nursing profession. (Interview P2F, 10f.)

Reflektion darüber, ob und inwieweit ihr spezialisiertes Wissen unter den Bedingungen des malawischen Gesundheitssystems anwendbar sein würde, wurde jedoch in diesem Diskurs nicht sichtbar.

Die Mehrzahl der Studierenden legitimiert das eigene Migrationsprojekt explizit als Beitrag zur „Entwicklung" Malawis, indem Wissen, Skills und Ersparnisse aus dem Ausland in Malawi „investiert" werden sollen, beispielsweise über Lehre und Training, aber auch über den Aufbau eigener geriatrischer oder gynäkologischer Kliniken.

"P16F: [...] if we want to add value then we MUST get good education and then come back, develop our country. So it's still good that we go abroad, we come back, develop our country. We should be proud of our country, so we should still develop it." (WS 3, 21)

Die eigene Migration wird so als gesellschaftliches Interesse, der eigene soziale Beitrag als Weg zu gesellschaftlichem Ansehen dargestellt – in einer ähnlich einseitigen Weise, wie sie unter Migrant_innen zu finden ist, die ausschließlich positive Migrationserfahrungen „nach Hause" kommunizieren (s. 4.2.1 in Bezug auf die Entstehung eines **„Myth of Migration"**).[37] Die unreflektierten **Brain Gain**-Erwartungen der Studierenden reflektieren das internationale **„Mantra"** über Migration und Entwicklung, das die Potenziale von Migration und Entwicklung herausstellt und gleichzeitig die Gefahr einer einseitig positiven Betrachtung des Zusammenhangs von Migration und Entwicklung in der politischen wie wissenschaftlichen Betrachtung im Globalen Norden wie auch Süden (Faist 2007; Nieswand 2011) in sich trägt.

Verbunden mit dieser Problematik beinhalten die Entwicklungsvorstellungen der Studierenden einen negativen Blick auf endogene Potenziale Malawis, eine Dualität des **„Globalen"**, als Ort von Fortschritt, Entwicklung und Selbstverwirklichung, und des **„Lokalen"**, als rückständigem und stagnierendem Milieu, dessen Veränderung Impulse und Input von Außen bedarf (Bauman 2000)[38]. Aus dieser Logik heraus wird Entwicklung, unter Abwertung endogener, lokaler Potenziale, als indirekte Konsequenz von Globalisierung und westlicher Intervention entworfen, ohne die ambivalenten Effekte einer globalen Einbindung unter ungleichen Vorzeichen zu berücksichtigen. Dies erscheint relevant in Bezug auf die Frage, welche Rolle Migrant_innen und ihr Engagement im Hinblick auf stärker **„empowernde"** Entwicklungswege für ihre Herkunftsländer tatsächlich einnehmen. Die Studierenden imaginieren sich eher als neue **„globale"** Akteur_innen auf einem sehr klassischen Entwicklungsweg, der dem der kolonialen Mission von Krankenpfleger_innen erstaunlich ähnelt.[39]

4.6 Religion und Migration

Die zentrale Rolle von Religion als leitendem spirituellem Prinzip des Lebensplans und wichtigem Bereich des Soziallebens führt zu einer Berücksichtigung von religiösen Fragen im persönlichen Migrationsprojekt.

"[...] before I would go abroad I would consider some other issues like religion. [...] how long would I need to be traveling to my church and back? How much time would I need to devote to my studies and see how that affects my religious part and so forth. And then I would also consider: Is it accepted in that particular area [...]: If there is no problem with that, then I would go." (Interview P31F, 15)

Darüber hinaus zeigen sich Überschneidungen zwischen der in der Migrationsforschung thematisierten Transnationalität von pentecostalen afrikanischen Kirchen – welchen ein Großteil der Studierenden angehört –, bejahenden Haltungen zu Migration und der Rolle religiöser Communities in der Umsetzung von Migrationsprojekten (Levitt 2003; van Dijk 2002; Vasquez 2009). So wird über die Mitgliedschaft zu transnationalen Kirchen einerseits das Bewusstsein der Zugehörigkeit zu einer globalen Community gestärkt, andererseits werden westliche Werte von Individualität und Modernität vermittelt. Dies schließt teilweise ein Predigen von Migration als Bestandteil eines erfolgreichen Lebenswegs und die materielle wie spirituelle Unterstützung von Migrationsentscheidungen ein (van Dijk 2002). Die individualisierten, westlich orientierten und migrationsaffinen Lebensentwürfe der Studierenden spiegeln dieses im religiösen Umfeld transportierte symbolische Kapital von Migration unmittelbar wider. Unter dem religiösen Vorzeichen, Gott zu dienen[40], steht auch ihr wiederkehrendes Argument zur Legitimierung von Migration: Ihr beruflicher Auftrag als Krankenpflegende bestehe darin Menschen, ungeachtet von Herkunft und Ort, zu pflegen.

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rückblick auf die obige Diskussion lassen sich die Migrationsprojekte der Studierenden im Allgemeinen wie folgt charakterisieren:

- Die weit überwiegend temporären Migrationsprojekte haben die Funktion eines **„Übergangsrituals"**, durch das berufliche Hürden hochqualifizierter Krankenpflegender in Malawi ebenso überwunden werden sollen wie soziale und ökonomische Hindernisse für die Zukunftspläne der Studierenden. Die Migrationsprojekte sind gleichzeitig als Strategien zu verstehen, sich Zugang zu westlichen Lebensstilen, exklusivem Fachwissen, persönlicher Horizonterweiterung und sozialer Anerkennung innerhalb der mobilen globalen Bildungselite zu verschaffen.

- Es handelt sich im Kern um individuell motivierte Migrationsprojekte, in denen jedoch soziale und familiäre Erwartungen berücksichtigt werden und Spuren hinterlassen. Ein wesentliches persönliches Ziel von Migration ist es, unterschiedliche Lebensprojekte vereinbar zu machen und gleichzeitig **individuelle und soziale Erwartungen** an das zukünftige Leben besser in Einklang zu bringen.

- Durch das über Migration gewonnene kulturelle, ökonomische, soziale und symbolische Kapital, aber auch durch die räumliche Distanz zu lokalen genderbezogenen und familiären Erwartungen sollen die **individuellen Entscheidungs- und Selbstverwirklichungsspielräume** vergrößert werden. Für Frauen, insbesondere alleinstehende Frauen, ist dies ein wesentlicher Faktor im persönlichen Migrationsprojekt.

- Die Studierenden knüpfen an erfolgreiche Migration sehr hohe und **biographisch essentielle Erwartungen**. Diese erklären sich vor dem Hintergrund des symbolischen Kapitals von Migration in ihrer Peergruppe, der Migrationstraditionen hochqualifizierter Krankenpflegender und der Bilder der Studierenden über Migration und Entwicklung – im persönlichen wie beruflichen und gesellschaftlichen Kontext. Diese spiegeln einen gesellschaftlichen „Mythos der Migration" wider und veranschaulichen die Bedeutung historischer Beziehungen zwischen Krankenpflege in Großbritannien und Malawi für heutige Migrationsintentionen.

Durch diese biographische Analyse von Migrationsintentionen lassen sich die eingangs vorgestellten Gründe und Zusammenhänge von Migration in der Krankenpflege für den malawischen Kontext um einige Aspekte und Perspektiven ergänzen. Diese können unter Umständen auch über den malawischen Kontext hinaus die Diskussion des Themas bereichern (Übersicht s. S. 15 und 16: Tab. 3).

5. ENTWICKLUNGSPOLITISCHE KONSEQUENZEN

Die Studienergebnisse leisten aus einer biographischen Perspektive einen Beitrag zur entwicklungspolitischen Debatte über Migration in der Krankenpflege und geben Anstöße, um entwicklungs- und migrationspolitische Ansätze zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig ergibt sich aus dem Zugang und Umfang der Studie, dass sich die Ergebnisse nicht unmittelbar in konkrete Politikempfehlungen und Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit übersetzen lassen, sondern von den jeweiligen Akteur_innen mit Blick auf die politische, ökonomische und soziale Machbarkeit interpretiert und geprüft werden müssen. Die folgenden grundlegenden Überlegungen zur Übertragung der Ergebnisse in die entwicklungspolitische Praxis sind als allgemeine Impulse zu verstehen. Sie sind vor dem Hintergrund ausgewählter Zusammenfassungen der internationalen politischen Überlegungen zur Migration von Gesundheitsfachkräften sowie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Beiträge zur begleitenden Debatte formuliert (u.a. WHA 2010; Haour-Knipe/Davies 2008; Bach 2003; Buchan 2008).

Trotz unterschiedlicher biographischer Hintergründe der Studierenden weisen die Studienergebnisse sehr klar auf eine hohe Migrationsbereitschaft unter den jungen Krankenpfleger_innen hin, auch wenn die frühen, oft noch unpräzisen Migrationsintentionen nicht als Prognosen zukünftiger Migrationsbiographien zu interpretieren sind, da dies weder der Volatilität von Lebensplanungen noch der wichtigen Rolle externer Faktoren in Migrationsentscheidungen Rechnung tragen könnte. Auf der Ebene allgemeiner biographischer Ziele und Werte lassen sich aus den Zukunftsplanungen dennoch einige Anhaltspunkte dafür identifizieren, welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen die neue Generation von gut ausgebildeten Krankenpflegenden ansprechen und ihnen bessere Perspektiven im Gesundheitssystem geben könnten.

Aufgrund der sehr überwiegenden Fokussierung der Studierenden auf temporäre Migration von 2–5 Jahren und erfolgreiche Rückkehr steht dieser Kontext, nicht zirkuläre Migration oder Engagement aus der Distanz, im Zentrum der Überlegungen. Diese biographische Einordnung von Migration in die Vision einer erfolgreichen Zukunft in und für Malawi birgt Potenziale für Programme, die **Brain Gain** durch die Förderung qualifizierter Rückkehr zu stärken versuchen. Dabei sind jedoch Fragen der Realisierbarkeit solch vielschichtiger und anspruchsvoller Migrationsprojekte zu eruieren, ebenso wie Bedingungen einer erfolgreichen Rückkehr in das malawische Gesundheitssystem.

5.1 Karrierewege und Zukunftsplanung

Die vorgefundenen biographischen Orientierungen der Studierenden lassen sowohl Potenziale als auch Grenzen für Rückkehrentscheidungen ins malawische Gesundheitssystem erkennen. Starke familiäre Verbindungen und großer Optimismus, einen erhöhten persönlichen, ökonomischen und gesellschaftlichen Status durch Rückkehr zu erreichen, wurden vielfach zum Ausdruck gebracht. Die Studierenden zeigen positive Vorstellungen und Ziele für die persönliche Zukunft in Malawi, womit sie sich von Studien aus anderen Ländern unterscheiden, die negative Zukunftserwartungen als einen wichtigen Faktor für Abwanderung identifizieren (Awases et al. 2004). Diese positiven Wahrnehmungen gelten als wesentliche Faktoren für positive Rückkehrentscheidungen, während fehlende Perspektiven und nicht realisierbare Erwartungen von und an zurückkehrende(n) Migrant_innen Rückkehrentscheidungen tendenziell erschweren (Chappell/Glennie 2010; Haour-Knipe/Davies 2008).

In Bezug auf die Rückkehr in das berufliche Umfeld weist die starke Verbundenheit von fast allen Studierenden zu Berufen im Gesundheitsbereich, von Studentinnen speziell zum inhaltlichen Feld der Krankenpflege, ebenso auf Potenziale hin. Die Studierenden zeigen eine hohe Wertschätzung für Fortbildungsangebote des öffentlichen malawischen Gesundheitssystems, was dessen Attraktivität als zukünftiger Arbeitgeber erhöht. Durch soziale Konstruktionen von Solidarität und Reziprozität ist der persönliche Beitrag zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung in Malawi in vielen Lebensentwürfen verankert. Gleichzeitig erscheint es schwierig, die jungen Pfleger_innen längerfristig für die Arbeit am Krankenbett bzw. im unteren Krankenhausmanagement zu gewinnen, zieht man ihre Karriereorientierung und akademische soziale Bezugsgruppe in Betracht. Es erscheint daher politisch vielversprechender, den Studierenden erstens Wege ins mittlere und

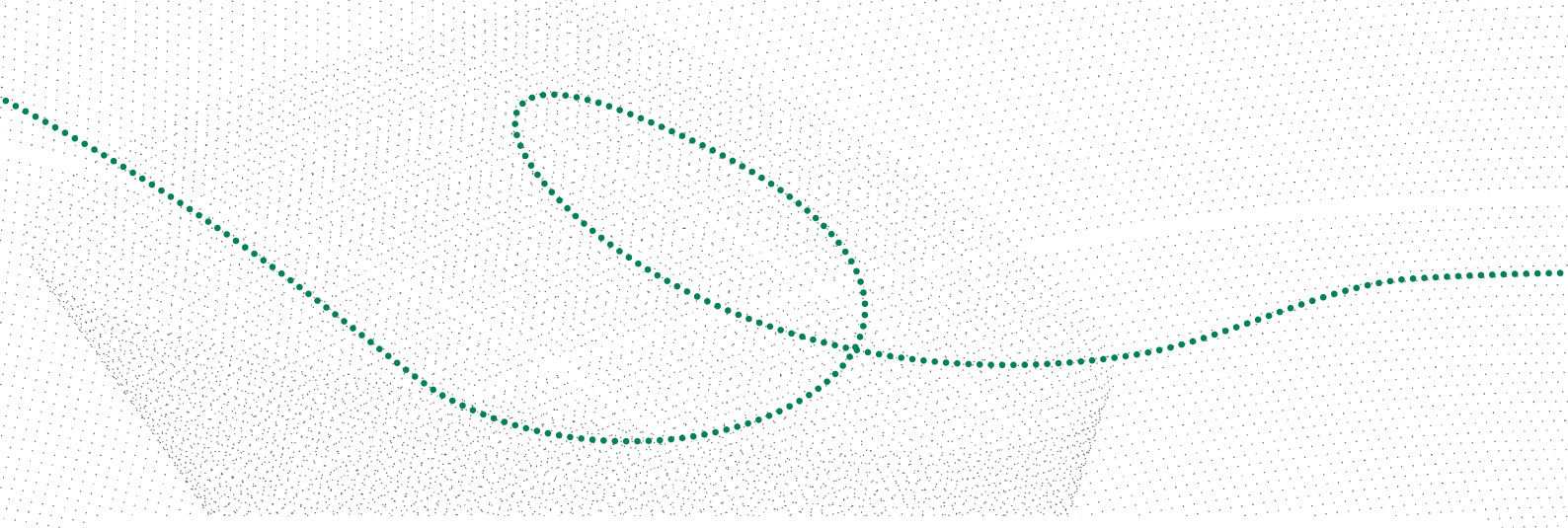
höhere Gesundheitsmanagement und die Politik zu ebnen, wo eine hohe Vakanz besteht. Zweitens stellt sich angesichts des Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften in Gesundheitszentren und Krankenhäusern die Frage, ob und wie das Wissen und die Erfahrung hochqualifizierter Krankenpflegender in höheren Positionen auch für die konkreten Gesundheitsdienstleistungen nutzbar gemacht werden können (bspw. über Supervisionen, Trainings und Praxisphasen). Auf Basis der Studienergebnisse kann keine direkte Empfehlung bzgl. der Debatte um Über- oder Unterqualifizierung von Krankenpflegenden und der Frage, welche Ausbildungsgrade im Kontext desolater Gesundheitssysteme staatlich besonders unterstützt werden sollten, ausgesprochen werden. Dennoch weisen die Ergebnisse deutlich darauf hin, dass das derzeitige Ausbildungssystem eine Gruppe von Krankenpflegenden stark fördert, die nur in gehobenen Positionen und meist städtischen Räumen Perspektiven für sich sieht. Derzeit besteht im Bereich der Lehre und Verwaltung genug Bedarf für ihre Arbeit. Dennoch ist nicht zu erwarten, dass die Studierenden für leitende Positionen in der Pflege im ländlichen Raum nur kurzzeitig auf Distriktebene zu gewinnen wären, was von Personal- und Ausbildungsplaner_innen kritisch zu bedenken ist.

Des Weiteren steht den genannten Potenzialen entgegen, dass angesichts der zu erwartenden Migrationsbedingungen und der Situation des malawischen Gesundheitssystems in vielerlei Hinsicht zweifelhaft ist, ob die Einschätzungen über und Erwartungen an Migration und erfolgreiche Rückkehr realistisch sind. Dies gilt nicht nur für die Pläne der Studierenden schnell im Ausland zu studieren und Ersparnisse aufzubauen, sondern auch für Karrierewege von Masterabsolvent_innen im malawischen Gesundheitssystem, die entgegen den Erwartungen oft von langwierigen und intransparenten Beförderungsbedingungen gezeichnet sind (Muula/Maseko 2006; RoM et al. 2007). Ohne das Kapital eines erfolgreichen Migrationsprojekts sehen die Studierenden kaum Chancen der beruflichen Entwicklung in Malawi, was die große Bedeutung der schwer zu realisierenden Migrationsprojekte innerhalb der Visionen über eine hoffnungsvolle Zukunft in Malawi verdeutlicht.

Ziel entwicklungspolitischer Maßnahmen zur Stärkung der Rückkehrmöglichkeiten sollte es daher sein, auf gute Rahmenbedingungen für erfolgreiche Migrationsbiographien hinzuwirken und gleichzeitig in Malawi Karriereperspektiven für Krankenpfleger_innen mit Bachelorabschluss (mit und ohne Migrationserfahrung) zu schaffen. Maßnahmen können dabei bei den offiziellen Karrierewegen im Gesundheitssystem ansetzen: Insbesondere eine an Performance, nicht nur an Dienstjahren orientierte Beförderungspolitik greift die Belange junger Pfleger_innen direkt auf. Auch eine Vertretung der Interessen junger Mitarbeiter_innen auf Managementebene in Krankenhäusern und Distriktverwaltungen und eine Art ‚Trainee'-Programm, das Bestperformer_innen gezielt Karrieren in den behördlichen Strukturen eröffnet, könnten Möglichkeiten sein die Attraktivität des öffentlichen Gesundheitssystems für die neue Generation zu stärken. Über geschickt angelegte Trainee-Programme kann gleichzeitig eine dem Bedarf der Gesundheitsadministration entsprechende thematische Expertise des Nachwuchses und eine Verzahnung von Management und klinischer Praxis gezielt gefördert werden. Auch eine umfassende Unterstützung von Rückkehrer_innen bei der beruflichen Wiedereingliederung in zentrale Positionen, wie sie bspw. im Rahmen des Programms „Rückkehrende Fachkräfte" von CIM stattfindet, könnte in diesem Kontext allseits attraktive Chancen eröffnen.

Innerhalb der vielschichtigen und diversen Migrationsprojekte stach das allgemeine Streben nach einem Masterstudium deutlich hervor. Die aktuellen Masterprogramme in Malawi können diese Nachfrage bei weitem nicht decken. Sie sind von ihrer Kosten- und Programmstruktur weder mit den Möglichkeiten der jungen Pfleger_innen kompatibel noch erlauben sie dem Gesundheitssystem, Masterstudierende im Pflegedienst zu halten. Der Ausbau und die Umstellung bestehender Masterprogramme auf Teilzeit- und Fernstudienangebote, welche Praxiserfahrung, Einkommen und örtliche Flexibilität verbinden, wurde von mehreren Studierendengruppen eingefordert und würde voraussichtlich von einem erheblichen Teil der Bachelorabsolvent_innen als eine attraktive Zukunftsperspektive im malawischen Gesundheitssystem angenommen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Studierenden früh in ihrer individuellen Karriereplanung zu unterstützen: Ihre Aussagen weisen auf einen Informationsmangel



über konkrete Migrationsbedingungen sowie Herausforderungen in der Realisierung von Migration als Karriereprojekt hin. Ihre oft verklärt wirkenden Bilder spiegeln vielmehr das symbolische Kapital von Migration wider und reproduzieren den tradierten **Myth of Migration**. Sie weisen deutlich auf die Selektivität der Information hin, die die Schüler_innen über migrierte und rückgekehrte Krankenpfleger_innen erreicht. Maßnahmen wie Karrierecoaching, migrationsbezogene Informationsangebote und eine breitere, vielseitigere Vernetzung erscheinen vor diesem Hintergrund sinnvoll, um Studierende bei der Einschätzung und realistischen Planung ihrer Karriere, insbesondere ihrer **Migration-to-study**-Projekte, zu unterstützen. Langfristige Vernetzung kann über die Zeit im Ausland hinweg die Anbahnung attraktiver Karriereperspektiven auf dem malawischen Arbeitsmarkt und somit eine erfolgreiche Rückkehr erleichtern.

In der Konzeption und Implementierung von Maßnahmen sind dabei genderbedingte Karrierehürden besonders zu bedenken: Die Berufsgruppe der Krankenpflege ist innerhalb der medizinischen Hierarchie ‚feminisiert', was nicht nur unmittelbare Konsequenzen für Männer in der Pflege, sondern auch die Benachteiligung von Pfleger_innen, insbesondere von Frauen, beim Aufstieg in Gesundheitsadministration, -management und -politik mit sich bringt (Evans 2004; Muula/Maseko 2006). Gender strukturiert auch die allgemeinen Zukunftsplanungen und persönlichen Migrationsintentionen von Frauen und Männern grundlegend. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, entwicklungspolitische Maßnahmen aus einer Genderperspektive zu durchdenken und ganz konkret das feminisierte Image der Krankenpflege öffentlich zu diskutieren sowie die Praxis von Universitäten und Institutionen des Gesundheitswesens in Bezug auf Gendergerechtigkeit und Empowerment zu durchleuchten. Auch Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit zur Stärkung von Gender Empowerment und Gender Mainstreaming sind als wichtiger indirekter Beitrag zur Adressierung von Abwanderungsdruck, insbesondere unter alleinstehenden Frauen, anzusehen.

Der von Grigulis (2011) vorgefundene Trend zu interner Migration in NGOs und IOs spielte in den Zukunftsvorstellungen der Studierenden eine ergänzende, keinesfalls jedoch internationale Migration ersetzende Rolle. Hierfür ist insbesondere die biographische Fokussierung der Studierenden auf eine weitergehende Bildungskarriere ausschlaggebend – ein Bereich, in dem internationale NGOs wie IOs trotz höherer Bezahlung verhältnismäßig schlechte Perspektiven bieten (RoM et al. 2007). Diese Akteur_innen binden dennoch einen erheblichen Teil der lokalen medizinischen Expertise unterschiedlicher Bereiche und bilden aufgrund ihrer Entlohnungsmöglichkeiten eine Konkurrenz zum einheimischen Gesundheitssystem. Sie sollten sich dementsprechend darüber im Klaren sein, dass sie einerseits zu **Brain Drain** beitragen, andererseits aber auch ein Potenzial besitzen, in Malawi generierten **Brain Gain** stärker zu unterstützen, indem sie lokal relevante Fortbildungen für bei ihnen angestellte malawische Gesundheitsfachkräfte unterstützen. Lokalen Mitarbeiter_innen internationaler Organisationen könnten darüber hinaus Möglichkeiten eingeräumt werden, ihr medizinisches Fachwissen und ihre Erfahrung bspw. im Rahmen von Lehraufträgen oder Praxiszeiten einzubringen.

5.2 Erfolgreiche Migrationsprojekte ermöglichen

Die zentrale und umfassende biographische Bedeutung von Migration in der jungen Generation von hochqualifizierten Krankenpfleger_innen lenkt den Fokus weg von der entwicklungspolitischen Frage nach Alternativen zu Migration, hin zur Frage, wie erfolgreiche Migrationsprojekte im Interesse der Krankenpfleger_innen und des Gesundheitssystems ermöglicht werden können. Auch da Malawi in absehbarer Zukunft in der Krankenpflege, wie in vielen Fachbereichen, zur Ausbildung von Spezialist_innen und qualifizierten Lehrenden auf Migrationsmöglichkeiten angewiesen bleiben wird, sind erschwerte Rahmenbedingungen zur Aufnahme in Masterprogramme und qualifizierte Pflegejobs in Großbritannien mittelfristig voraussichtlich eher Teil des Problems denn Teil der Lösung: Es ist davon auszugehen, dass prekäre, sich stark in die Länge ziehende oder gänzlich erfolglose Migrationsprojekte die Bereitschaft dieser ambitionierten Krankenpfleger_innen zu Rückkehr und Engagement in Malawi negativ beeinflussen – insbesondere angesichts der hohen sozialen Erwartungen an zurückkehrende Hochqualifizierte (VSO 2010; Haour-Knipe/Davies 2008). Aktuelle Studien zu

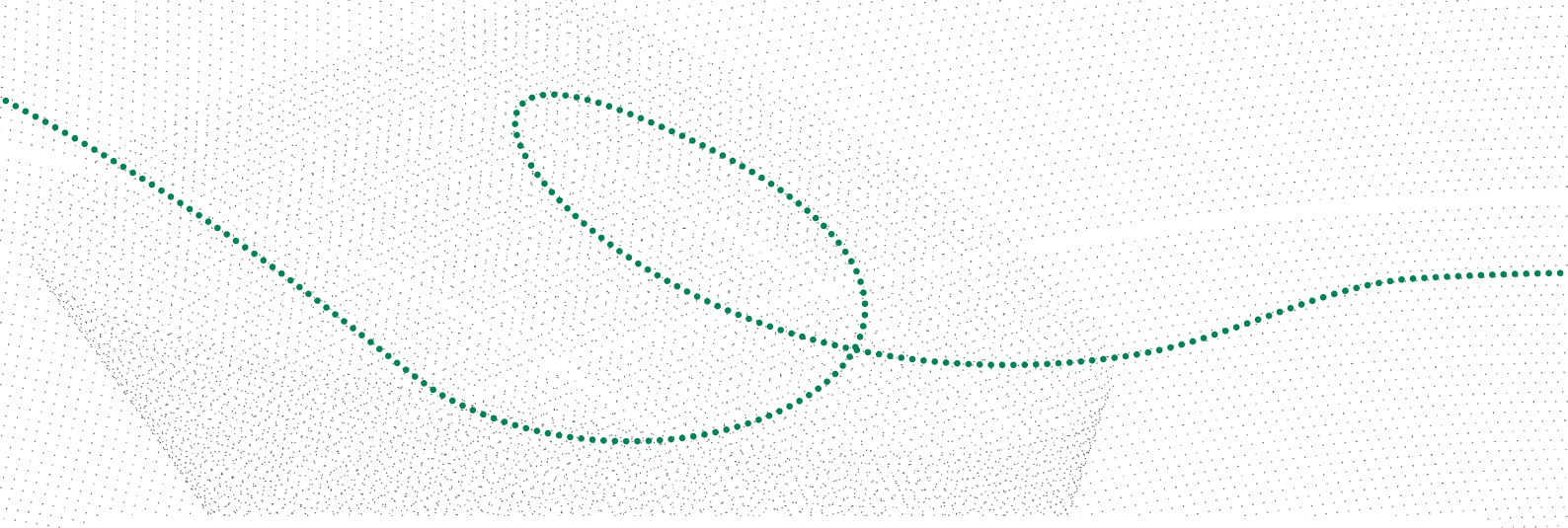
(u.a. malawischen) Krankenpfleger_innen in Großbritannien führen die negativen Konsequenzen der rezenten restriktiven Politiken auf Lebensstandard und Entwicklungsmöglichkeiten von Migrant_innen sowie deren Rückkehrperspektiven bereits deutlich vor Augen (Adhikari/Grigulis 2013; Cuban 2013).

John Lwanda (2002; 2007), ein malawischer Arzt und Journalist in Schottland, weist u.a. in Bezug auf Migration darauf hin, dass letztlich die starke Abhängigkeit der medizinischen Lehre und Praxis von Großbritannien eine weitere profunde und langfristige Herausforderung für das malawische Gesundheitssystem darstellt. Die starke Fixierung vieler junger Krankenpfleger_innen auf ein Studium im Land des **ideal nursing** unterstützt seine Argumentation und veranschaulicht, wie der Export westlicher Curricula mit globalen Wissenshierarchien und letztlich mit Migration in Zusammenhang stehen kann. Ansätze, dieser Problematik entgegenzuwirken, können in einer Stärkung regionaler Vernetzung und lokal relevanter medizinischer Expertise gesehen werden.[41] Der Ansatz der Loma Linda University, einen Masterstudiengang Public Health für afrikanische Gesundheitsfachkräfte aufzubauen (Muula 2006), könnte für Postgraduiertenbildung im Pflegebereich wichtige Impulse setzen. Auch die Förderung von Programmen, die internationalen Austausch mit Master- und PhD-Forschungsprojekten zu bzw. in Malawi verbinden, gewinnen vor diesem Hintergrund an Bedeutung. Sie können sich enger an Herausforderungen der malawischen Gesundheitsversorgung orientieren und autochthone, lokal relevante medizinische Expertise aufbauen.

Malawische Migrant_innen und Diasporaorganisationen im Gesundheitsbereich könnten nach Einschätzung Lwandas ebenfalls einen wichtigen Beitrag zum Aufbau lokal verankerten medizinischen Wissens leisten (ebd.). Hierzu wäre jedoch eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Ambivalenz von Entwicklung durch Migration im Kontext der britisch-malawischen Beziehungen in der Krankenpflege notwendig, als sie im einseitigen Brain Gain Diskurs der Studierenden sichtbar war.[42] Graduiertenkollegs wie die des Zentrums für Entwicklungsforschung in Bonn können in diesem Kontext als Referenzprojekte für internationale Mobilität von Akademiker_innen angesehen werden, deren Forschung zum Aufbau lokal relevanter wissenschaftlicher Expertise in Herkunftsländern und einer kritischen Debatte über Entwicklung beiträgt. Fokussiert auf medizinische und sozialmedizinische Forschungen könnten sie einen interessanten, wenn auch sehr elitären Beitrag zu nachhaltigem **Brain Gain** durch Migration akademisch orientierter Krankenpfleger_innen leisten. Mit Blick auf den aktuellen Ausbildungsstand der jungen Generation ist ein besonderes Augenmerk auf Studienkooperation auf der Ebene von Masterprogrammen zu legen. Die malawischen Universitäten sind im Aufbau solcher Kooperationen bereits aktiv.[43] Entwicklungspolitische Akteur_innen können sich in der Vertiefung und Verbesserung solcher Kooperationen engagieren und Erhalt und Ausbau der bestehenden Strukturen für umfangreichere Kooperationen fördern. Damit derartige Austauschprogramme ent- und bestehen, aber auch damit temporäres Engagement von Migrant_innen in Forschung und Ausbildung und Forschungsaufenthalte von Studierenden in Malawi stattfinden können, sind neben finanziellen Ressourcen auch gesetzliche Rahmenbedingungen für temporäre Mobilität zentral. Erfolgversprechende entwicklungspolitische Maßnahmen in diesem Bereich müssen daher auch die politisch-rechtliche Ebene im jeweiligen Aufnahmestaat adressieren.

5.3 Migration gestalten

Wie die Studienergebnisse zeigen, kann Migration kaum politisch gestaltet werden, wenn sie nur als Ursache von Problemen in der malawischen Gesundheitsversorgung angesehen wird. Sie ist vielmehr ebenso als „Symptom" der Zustände des Gesundheits- und Bildungssystems sowie der biographischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontexte von hochqualifizierten Krankenpfleger_innen zu verorten und zu adressieren. Migration verhindern zu wollen erscheint als Irrweg, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des kulturellen, ökonomischen, sozialen und symbolischen Kapitals, das sie in den Augen potenzieller Migrant_innen verspricht. Aufnahmeländer und entwicklungspolitische Organisationen sollten entsprechend ihre Aufgabe darin begreifen, zum einen die gemeinsamen Interessen von Migrant_innen und ihren Herkunftsländern in Bezug auf Migration, **Care Gain** und eine verbesserte Gesundheitsversorgung produktiv zu



nutzen, zum anderen Migration so zu gestalten, dass sie für alle Parteien möglichst viel Mehrwert und möglichst wenig Schaden mit sich bringt. Politisches Migrationsmanagement kann hierzu beitragen, ist dabei jedoch mit einer großen biographischen Komplexität und Relevanz von Migration seitens der Akteur_innen konfrontiert. Die Erhebung konsistenter Daten zu Migration und Rückkehr in der Krankenpflege ist hierfür ebenso zentral wie die Förderung erfolgreicher Migration und Rückkehr in Kooperation mit Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit und den Hauptzielländern von Krankenpfleger_innen.

Abkommen, die offensiv Migrations- und Rückkehrmöglichkeiten mit Blick auf den Bedarf von Studierenden und Gesundheitssystemen schaffen, erscheinen vielversprechender als das derzeitige restriktive Migrationsregime, das davon ausgeht, über finanzielle Anreize einerseits, bürokratische Hürden und ethische Rekrutierungsregelungen andererseits Abwanderung dauerhaft verhindern zu können. Malawi hat bislang weder regionale noch bilaterale staatliche Abkommen zur proaktiven politischen Gestaltung von Migration geschlossen, wie sie beispielsweise in der Karibikregion (Salmon et al. 2007) und zwischen Südafrika und Großbritannien bestehen (s. WHO 2006). Die dortigen Erfahrungen und Kooperationsmodelle könnten auch für Malawi interessant und gewinnbringend sein.[44]

Die Studienergebnisse unterstreichen darüber hinaus, dass die Migration von malawischen Hochqualifizierten allgemein größerer politischer Aufmerksamkeit bedarf, womit sie den dokumentierten **Migration-to-study**-Trend unter jungen Malawier_innen inhaltlich unterfüttern. Dieser Trend sollte in der Migrationsforschung und –politik Malawis mehr Aufmerksamkeit erhalten.

ANHANG

Tabelle 1: Migration von Gesundheitsfachkräften: Fördernde und verhindernde Faktoren

PRO	PUSH Faktoren	**Gesundheitssektor-Exogen**: niedrige und unsichere Lebensqualität; mangelnde Bildungsmöglichkeiten (insbesondere für Kinder); Kriminalität; bewaffneter Konflikt; Repression **Gesundheitssektor-Endogen**: niedriges Einkommen, niedrige Pensions- und Sozialleistungen; mangelhaftes Gesundheitssystem (Bürokratie, Ineffizienz, Mangel an Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten); Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen: Überlastung, mangelnde Zufriedenheit mit Ergebnissen, arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken wie Infektionen
	PULL Faktoren	**Gesundheitssektor-Exogen**: Lebensqualität und Lebensstil; Bildungsangebot (insbesondere für Kinder); Freiheitsrechte; soziale und kulturelle Verbindungen **Gesundheitssektor-Endogen**: höheres Einkommen, höhere Pensions- und Sozialleistungen; Gesundheitssystem (Effizienz, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten); befriedigendere und sicherere Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen; Qualität und Zentralisierung spezialisierter Gesundheitseinrichtungen; internationale Anwerbung und Migrationsabkommen
	MOVE-ON Faktoren	Transnationale Netzwerke und Gemeinschaften; Einstellungsbedingungen des Ziellands; ermutigende und frustrierende Erfahrungen zwischen dem ersten und den weiteren Zielländern
CONTRA	RETAIN Faktoren	Grad an Erfolg, sozialer Anerkennung und moralischer Selbstverpflichtung; materielle und immaterielle Anerkennungen; Kinship, soziale und kulturelle Verbindungen
	REPEL Faktoren	Einwanderungsauflagen; unterschiedliche klinische Praktiken; sprachliche und kulturelle Barrieren; Xenophobie und Diskriminierung
	STAY Faktoren	Neue soziale und kulturelle Verbindungen; neue Lebensstilpräferenzen; Bildungslaufbahn der Kinder nicht unterbrechen; Informationsmangel über Arbeitsmarkt/Arbeitsmöglichkeiten im Herkunftsland; Auflagen für Staatsbürgerschaftsanwärter_innen; mangelnde Transferierbarkeit von Sozialleistungen
	HÜRDEN	Restriktive Politiken bzgl. Einwanderung, Arbeitsvisa und Anerkennung von Qualifikationen; Anwerbe- und Einstellungsverbote, finanzielle Hürden

Die Übersicht basiert auf Padarath et al. (2004), ergänzt um Faktoren aus VSO (2010), Alonso-Garbayo/ Maben (2009), van Eyck (2004) und Dovlo (2003).

Tabelle 2: Zentrale Kader der Krankenpflege in Malawi laut dem Nationalen Operationsplan zur Krankenpflegeausbildung 2011

Nursing Officers (NOs)	NOs finden sich in Management- und Entscheidungsfunktionen, überwiegend in Bezirks- und zentralen Krankenhäusern. NOs halten den höchsten Rang unter Krankenpflegenden/Hebammen und sind Registered Nurses mit einem Bachelor of Science-Abschluss in Krankenpflege und Geburtshilfe, entweder vom KCN oder der Mzuzu University. NOs spielen eine entscheidende Rolle bei der Bereitstellung anspruchsvoller pflegerischer Betreuung für Patienten, sind jedoch selten in Gesundheitszentren und Krankenhäusern in ländlichen Gebieten zu finden.
Nurse Midwife Technicians (NMTs)	NMTs finden sich in erster Linie in Gesundheitszentren und Gemeindekrankenhäusern, wo NOs allgemein nur in geringer Zahl vorhanden sind. Sie spielen aufgrund ihrer umfassenden Geburtshilfeausbildung eine wichtige Rolle für die allgemeine Krankenpflege sowie für Geburtshilfe in Standardsituationen. NMTs werden in einem dreijährigen Diplomprogramm an den meisten Trainingsinstitutionen für Krankenpflege und Geburtshilfe in Malawi ausgebildet.
Community Health Nurses (CHNs)	CHNs werden nur in geringer Anzahl ausgebildet, sind jedoch wichtig für die Bereitstellung von Pflegedienstleistungen in den am schwersten erreichbaren ländlichen Gemeinden. Die Ausbildung von CHNs erfolgt über ein einjähriges Upgrading-Programm am Malawi College of Health Sciences.

Tabelle 3: Zukunftsplanung und Migration nach Lebensbereichen

Siehe Seite 15 und 16.

Tabelle 4: Biographisch relevante Faktoren von Migration in der Krankenpflege

Individuelle Ausgangs-bedingungen	Individuelles Streben nach persönlichen, professionellen und sozialen Statuszielen Erworbenes kulturelles und soziales Kapital, Selbst- und Rollenbilder (Gender) Bewusstsein und Information über globale und lokale Ressourcen
Lokale Einbettung	Professioneller Status, Arbeitserfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten von Krankenpfleger_innen Grad an sozialer Einbindung und Abgrenzung, Verpflichtung und Individualisierung; u. a. familiäre und soziale Erwartungen bzgl. Unterstützung und sozioökonomischem Status Soziale und genderbezogene Normen des ‚public life-course' Lokale Diskurse über Migration und Entwicklung
Transnationalismus	Migrationstraditionen und -kulturen von Krankenpfleger_innen und Akademiker_innen Religion und globalisierte Lifestyles als transnationale Bezugssysteme
Globalisierung und koloniale Bezüge	Globaler Arbeitsmarkt für Krankenpfleger_innen und Akademiker_innen Selbstverortung als Teil einer globalen Elite und Habitus der globalisierten Generation der Hochqualifizierten (Mobilität, moderne und individualisierte Lebensstile) Kollektiver Mythos über Migration und Entwicklung: Grundannahmen über globale Entwicklung vs. lokale Unterentwicklung (persönlich, gesellschaftlich, beruflich), z.B. idealisierende Vorstellungen über: - persönliche Transformation durch Teilhabe an westlichem Leben - das britische Krankenpflegesystem und den Status von Krankenpfleger_innen (seit der Kolonialzeit bestehende/reproduzierte Bilder westlicher Pflege)

LITERATURVERZEICHNIS

Adhikari R, Grigulis A (2013) Through the Back Door: nurse migration to the UK from Malawi and Nepal, a policy critique. Health Policy Plan 1–9. doi: 10.1093/heapol/czt010

AHWO African Health Workforce Observatory (2009) Human Resources for Health Country Profile Malawi. WHO, Global Health Workforce Alliance

Awases M, Gbary AR, Nyoni J, Chatora R (2004) Migration of Health Professionals in Six Countries: a synthesis report. WHO Regional Office for Africa, Division of Health Systems and Services Development, Republic of Congo

Bach S (2003) International Migration of Health Workers: labour and social issues. International Labour Organization

Bauman Z (2000) Social Issues of Law and Order. British Journal of Criminology 40: 205-221.

Bourdieu P (1986) The Forms of Capital. In: Richardson JG (ed) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Greenwood Press, New York: 241–258

Bourdieu P (1997) Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, 9. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Bourdieu P (1998) Praktische Vernunft: Zur Theorie des Handelns, 8. Aufl. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Boyd M, Grieco E (2003) Women and Migration: incorporating gender into international migration theory. Migration Policy Institute: Migration Information Source

Buchan J (2008) How can the Migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effects on Supply? World Health Organization, Kopenhagen

Buchan J, McPake B (2007) The Impact of the Department of Health, England, Code of Practice on International Recruitment. Queen Margaret University, Edinburgh

Buchan J, Seccombe I (2012) Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012. Royal College of Nursing, London

Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R (2005) Nursing Students' Perceptions of a Career in Nursing and Impact of a National Campaign Designed to Attract People into the Nursing Profession. Journal of Professional Nursing 21:75–83. doi: 10.1016/j.profnurs.2005.02.001

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2012) Pilotprojekt: Ausbildung von Arkbeitskräften aus Vietnam zu Pflegekräften. o.O.

Chappell L, Glennie A (2010) Show Me the Money (and Opportunity): why skilled people leave home – and why they sometimes return. Migration Policy Institute: Migration Information Source

Cheru F (2002) Debt, Adjustment and the Politics of Effective Response to HIV/AIDS in Africa. Third World Quarterly 23:299–312. doi: 10.1080/01436590220126658

Chimombo J (2009) Expanding Post-primary Education in Malawi: are private schools the answer? Compare: a Journal of Comparative and International Education 39:167–184. doi: 10.1080/03057920902750442

Clemens MA, Pettersson G (2008) New data on African health professionals abroad. Human Resources for Health 6:1. doi: 10.1186/1478-4491-6-1

Connell J, Buchan J (2011) The Impossible Dream? Codes of Practice and the International Migration of Skilled Health Workers. World Medical and Health Policy 3:1–17. doi: 10.2202/1948-4682.1175

Crush J, Williams V, Peberdy S (2005) Migration in southern Africa. Global Commission on International Migration

Cuban S (2013) "I don't want to be stuck as a carer": the effects of deskilling on the livelihoods and opportunities of migrant care workers in England. Crushed Hopes. International Organization for Migration, Geneva: 39 – 76.

Dannecker P (2003) The Construction of the Myth of Migration: labor migration from Bangladesh to Malaysia. COMCAD Working Paper 345. University of Bielefeld. http://www.uni-bielefeld.de/(de)/tdrc/ag_sozanth/publications/working_papers/Wp345.PDF [01.06.2013]

DESA Department of Economic and Social Affairs (2004) World Survey on the Role of Women in Development. Women and International Migration. United Nations, New York

Ehrenreich B, Hochschild AR (2004) Global Woman: nannies, maids, and sex workers in the new economy. Henry Holt and Company, New York

Evans J (1997) Men in Nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. Journal of Advanced Nursing 26:226–231. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026226.x

Evans J (2004) Men Nurses: a historical and feminist perspective. Journal of Advanced Nursing 47:321–328. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03096.x

Faist T (2007) Transnationalisation and Development(s). Towards a North-South Perspective. Center on Migration, Citizenship and Development, Bielefeld

Findlay AM, King R, Smith FM, et al. (2012) World class? An Investigation of Globalisation, Difference and International Student Mobility. Transactions of the Institute of British Geographers 37:118–131. doi: 10.1111/j.1475-5661.2011.00454.x

Giddens A (1991) Modernity and Self-identity: self and society in the late modern age. Stanford University Press, Stanford

GIZ (2012) Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften. Eschborn/Bonn

Grigulis AI (2011) Lives of Malawian Nurses: stories behind the statistics. Centre for International Health and Development. University College, London [Thesis for the degree of Doctor of Philosophy]

Grigulis AI, Prost A, Osrin D (2009) The Lives of Malawian Nurses: the stories behind the statistics. Trans R Soc Trop Med Hyg 103:1195–1196. doi: 10.1016/j.trstmh.2009.03.005

Haour-Knipe M, Davies A (2008) Return Migration of Nurses. International Centre on Nurse Migration, Geneva, Philadelphia

IRIN (2011) Malawi: UK aid cuts hit health care. IRIN humanitarian news and analysis. http://www.irinnews.org/Report/92877/MALAWI-UK-aidcuts-hit-health-care [30.05.2013]

Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P (2000) Coping Strategies of Health Personnel during Economic Crisis: a case study from Cameroon. Tropical Medicine and International Health 5:288–292. doi: 10.1046/j.1365-3156.2000.00547.x

Juliet M, Corbin J, Strauss A (1990) Grounded Theory Research: procedures, canons, and evaluative criteria. Qual Sociol 13:3–21. doi: 10.1007/BF00988593

Kadzamira EC (2003) Where has all the Education gone in Malawi? Institute of Development Studies, University of Sussex

Kadzandira JM (2007) Malawi Health Sector Employee Census. Ministry of Health, Lilongwe

Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, et al. (2011) Human Resources for Health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. The Lancet 377:769–781. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62035-1

Keddi B (2008) Junge Frauen: Vom doppelten Lebensentwurf zum biografischen Projekt. In: Becker R, Kortendiek B (eds) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 428–433.

Kingma M (2007) Nurses on the Move: a global overview. Health Services Research 42:1281–1298. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00711.x

Lachenmann G (1983) Human Resources for Primary Health Care: problems of international co-operation and coordination in dominican republic, Arab Republic of Egypt, Malawi. Report to the Ministry of Economic Co-operation (BMZ). German Development Institute (GDI), Berlin [unpublished]

Larsen JA (2007) Embodiment of Discrimination and Overseas Nurses' Career Progression. Journal of Clinical Nursing 16:2187–2195. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02017.x

Larsen JA, Allan HT, Bryan K, Smith P (2005) Overseas Nurses' Motivations for Working in the UK. Globalization and

life politics. Work Employment Society 19:349–368. doi: 10.1177/0950017005053177

Levitt P (2003) "You Know, Abraham Was Really the First Immigrant": religion and transnational migration. International Migration Review 37:847–873. doi: 10.1111/j.1747-7379.2003.tb00160.x

Lewin K, Sayed Y (2005) Non-government Secondary Schooling in Sub-Saharan Africa: exploring the evidence in South Africa and Malawi. Department for International Development, London

Longley M, Shaw C, Dolan G (2007) Nursing: towards 2015. Alternative scenarios for healthcare, nursing and nurse education in the UK in 2015. Welsh Institute for Health and Social Care, Pontypridd

Lwanda J (2002) Doctoring the Brain Drain: medical case of Malawi. African Issues 30:47–51. doi: 10.2307/1167090

Lwanda J (2007) Scotland, Malawi and Medicine: livingstone's legacy, I presume? An historical perspective. Scott Med J 52:36–44. doi: 10.1258/rsmsmj.52.3.36

Mahowe M (2004) Characteristics of Respondents and Women's Status (Chapter 3). In: National Statistical Office (ed) Malawi National Demographic and Health Survey. Zomba: 25–53.

Manafa O, McAuliffe E, Maseko F, et al. (2009) Retention of Health Workers in Malawi: perspectives of health workers and district management. Human Resources for Health 7:65. doi: 10.1186/1478-4491-7-65

Mangham L (2007) Addressing the Human Resource Crisis in Malawi's Health Sector. Overseas Development Institute, Economic and Statistical Analysis Unit, London

Massey DS, Arango J, Hugo G, et al. (1993) Theories of International Migration: a review and appraisal. Population and Development Review 19:431–466. doi: 10.2307/2938462

Mills EJ, Schabas WA, Volmink J, et al. (2008) Should active Recruitment of Health Workers from Sub-Saharan Africa be viewed as a Crime? Lancet 371:685–688.

Mkwinda-Nyasulu B, Chilemba W (2007) The Extend and Impact of Skills Migration on Malawi's Scientific and Technological Sector: the nursing profession. Research presented at the Capacity Building Workshop „Diaspora Knowledge Networks" as a source for Human Capital, Kamuzu College of Nursing and Bunda College in collaboration with the University of Dundee, Malawi [Unpublished]

MoH Ministry of Health Malawi (2011a) Malawi Health Sector Strategic Plan 2011 – 2016: moving towards equity and quality. Government of Malawi, Ministry of Health, Lilongwe

MoH Ministry of Health Malawi (2011b) Nurse/Midwife Training Operational Plan. Field assessments, analysis and scale-up plans for nurse training institutions. Ministry of Health Malawi

Mueller DH, Lungu D, Acharya A, Palmer N (2011) Constraints to implementing the Essential Health Package in Malawi. PLoS ONE 6:e20741. doi: 10.1371/journal.pone.0020741

Mundt HW (2001) Brain Drain aus Afrika – Emigrieren die besten Köpfe in den Norden? In: Nebe JM (ed) Herausforderung Afrika. Gesellschaft und Raum im Wandel. Nomos, Baden-Baden: 193–208.

Muula AS (2006) Training Public Health Professionals in Africa: Loma Linda University Approach. Croat Med J 47:512–514.

Muula AS, Maseko FC (2006) How are Health Professionals earning their Living in Malawi? BMC Health Services Research 6:97. doi: 10.1186/1472-6963-6-97

Muula AS, Nyasulu Y, Msiska G (2004) Gender Distribution of Teaching Staff and Students at the Kamuzu College of Nursing, Malawi 1979 – 2001. Afr J Health Sci 11:74–76.

Muula AS, Panulo B, Maseko FC (2006) The Financial Losses from the Migration of Nurses from Malawi. BMC Nursing 5:9. doi: 10.1186/1472-6955-5-9

Nguyen L, Ropers S, Nderitu E, et al. (2008) Intent to Migrate among Nursing Students in Uganda: measures of the brain drain in the next generation of health professionals. Human Resources for Health 6:5. doi: 10.1186/1478-4491-6-5

Nieswand B (2011) Der Migrations-Entwicklungs-Nexus in Afrika. Diskurswandel und Diasporaformation. In: Baraulina T, Kreienbrink A, Riester A (eds) Potenziale der Migration zwischen Afrika und Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, GIZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, o.O.: 400–425.

NMCM Nurses and Midwifes Council of Malawi (2010) Statistical Data Sheets of the Registrar for certificates of professional qualification to NMCs abroad [unpublished; available upon request to NMCM]

NSO National Statistical Office (2010) Migration Report of the 2008 Malawi Population and Housing Census. National Statistical Office Malawi, Zomba

NSO National Statistical Office (2011) Malawi Demographic and Health Survey 2010. National Statistical Office Malawi, Zomba

Nyasa Times [Anonymus Reporter] (2013a) No "freebies": Malawi reintroduces Paying services in public hospitals. Nyasa Times online. http://www.nyasatimes.com/2013/05/13/no-freebies-malawi-reintroduces-paying-services-in-public-hospitals/ [01.06.2013]

Nyasa Times [Anonymus Reporter] (2013b) Malawi Activist Cautions against Paying Services in Public Hospitals. Nyasa Times online. http://www.nyasatimes.com/2013/05/16/malawi-activist-cautions-against-paying-services-in-public-hospitals/ [01.06.2013]

O'Donnell CA, Jabareen H, Watt GC (2010) Practice Nurses' Workload, Career Intentions and the Impact of Professional Isolation: a cross-sectional survey. BMC Nursing 9:2. doi: 10.1186/1472-6955-9-2

O'Neil M, Jarrah Z, Nkosi L, et al. (2010) Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Plan. EHRP Final Report. DIFID, Management Science for Health, Cambridge

OECD (2008) The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond? Paris

OECD (2012) Health: growth in health spending grinds to a halt. http://www.oecd.org/newsroom/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm [30.05.2013]

Organization WH (2006) World Health Report 2006: working together for health. World Health Organization, Geneva

Palamuleni ME (2011) Socioeconomic Determinants of Age at Marriage in Malawi. International Journal of Sociology and Anthropology 3:224–235.

Palmer D (2006) Tackling Malawi's Human Resources Crisis. Reproductive Health Matters 14:27–39. doi: 10.1016/S0968-8080(06)27244-6

Rehbein B (2006) „Die" Soziologie Pierre Bourdieus. UVK, Konstanz

RoM (Republic of Malawi), Ministry of Health, Malawi Health SWAP Donor Group, and GTZ (2007) Human Resources/Capacity Development within the Health Sector. Needs Assessment Study. Lilongwe

Ruckert A, Labonté R (2012) The financial crisis and global health: the International Monetary Fund's (IMF) policy response. Health Promot Int. doi: 10.1093/heapro/das016

Salmon ME, Yan J, Hewitt H, Guisinger V (2007) Managed Migration: the caribbean approach to addressing nursing services capacity. Health Services Research 42:1354–1372. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00708.x

Skeldon R (2005) Globalization, Skilled Migration and Poverty Alleviation: brain drains in context. Development Research Centre on Migration, Globalization and Poverty, University of Sussex, Brighton

Scheffler RM, Mahoney CB, Fulton B, et al. (2009) Estimates Of Health Care Professional Shortages In Sub-Saharan Africa By 2015. Health Aff. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.w849

Schultheiss K (2010) Imperial Nursing: cross-cultural challenges for women in the health professions: a historical perspective. Policy Politics Nursing Practice 11:151–157. doi: 10.1177/1527154410377356

Smith P, Mackintosh M (2007) Profession, Market and Class: nurse migration and the remaking of division and disadvantage. Journal of Clinical Nursing 16:2213–2220. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01984.x

Tambulasi R, Chasukwa M (2011) Holding the Brains back in: an assessment of measures against brain drain in the Malawian health sector. [unpublished report to the Malawi German Health Programme]

Tambulasi RIC (2011) Policy Transfer and Service Delivery Transformation in Developing Countries: the case of Malawi health sector reforms. Ph.D., University of Manchester

UNDP United Nations Development Programme (2013) Human Development Report 2013. Statistical Annex. United Nations Development Programme. http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Statistics.pdf [01.06.2013]

UNIMA University of Malawi (2010) Strategy for Adressing Implications of Globalization in Higher Education. University of Malawi

Vinokur A (2006) Brain Migration Revisited. Globalisation, Societies and Education 4:7–24. doi: 10.1080/14767720600554957

VSO Volunteer Service Overseas (2011) Brain Gain: making health worker migration work for rich and poor. VSO International, London

Vossemer C (2012) International Migration Intentions in the next Generation of Malawian Nurses: insights and policy suggestions from an exploration into the biographies and life plans of bachelor of nursing graduates in Lilongwe. Universität Wien [Diplomarbeit]

WHA World Health Assembly (2010) WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. o.O.

WHO World Health Organization (2006) The World Health Report 2006: working together for health. World Health Organization

WHO World Health Organization (2008) Malawi's Emergency Human Resources Programme. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance

World Bank, Development Research Group (2004) Cost, Financing and School Effectiveness of Education in Malawi: a future of limited choices and endless opportunities. World Bank. http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/No_78.pdf [30.05.2013]

ZAR Republic of South Africa, Department of Health (2006) Recruitment and Employment of Foreign Health Professionals in the Republic of South Africa. National Department of Health, Foreign Workforce Management Programme, Pretoria

ZAR Republic of South Africa, Department of Health (2010) Employment of Foreign Health Professionals in the South African Health Sector as approved by the National Health Council. http://www.doh.gov.za/docs/policy/2010/fwm_policy.pdf [01.06.2013]

FUSSNOTEN

1 ZAR (2002, 2010); Codes of practice des UK Public Health Services (2004): http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4097730

2 Das Essential Health Package zielt auf eine kostengünstige Basisversorgung der Bevölkerung mit prioritären Gesundheitsdienstleistungen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit, Prävention und Behandlung von Malaria und Infektionskrankheiten (TB; HIV/AIDS) sowie von Ernährungsdefiziten und häufigen Verletzungen.

3 http://www.ezilon.com/maps/africa/malawi-road-maps.html

4 = Health Sector Wide Approach – SWAP ist ein Kooperationsmodell der Entwicklungszusammenarbeit, das in diesem Fall zur Koordination von Geberaktivitäten im Gesundheitsbereich eingesetzt wurde. Innerhalb des Health SWAP setzt die malawische Regierung mit mehreren Gebern gemeinsam umfangreiche Programme und Maßnahmenpakete im Gesundheitsbereich um.

5 Im Rahmen des EHRP wurde an 12 prioritäre Berufsgruppen, darunter Krankenpfleger_innen, eine monatliche Gehaltsaufstockung ausgezahlt, die längerfristig von der Gebergemeinschaft, insbesondere von DFID, finanziert werden soll. Darüber hinaus wurden Personalhäuser in ländlichen Gebieten gebaut und berufsbegleitende Schulungen durchgeführt. Einige im EHRP vorgesehene Maßnahmen, wie Leadership-Training für leitendes Personal in Gesundheitseinrichtungen und ein Hardship-Paket für Gesundheitsfachkräfte auf dem Land, sind nach meinem Informationsstand bislang nicht umgesetzt worden (Tambulasi/Chasukwa 2011; WHO 2008).

6 Die Bildungsbeteiligung von Frauen nimmt auf dem Weg durch die Sekundarstufe kontinuierlich ab (World Bank 2004) – auf universitärem Level liegt sie im Durchschnitt bei ca. 35%, von denen ein Großteil Krankenpfleger_innen sind (UNIMA 2010). Die Krankenpflege ist damit traditionell und aktuell der Berufszweig, in dem die meisten höher qualifizierten Frauen in Malawi ausgebildet und tätig sind.

7 Obwohl internationale Migration unter malawischen Krankenpfleger_innen erst seit Ende der 90er Jahre verstärkt diskutiert wird, ist sie bereits seit Langem eine Herausforderung und als solche entwicklungspolitischen Akteur_innen bekannt (s. Lachenmann 1983).

8 Das NMCM in Malawi erfasst nur Migrationsabsichten (NMCM 2010); aus den Daten der Zielländer sind weder Zeitpunkt der Migration noch Qualifikation zum Migrationszeitpunkt ersichtlich. Die NMCM Statistiken sind des Weiteren irreführend, da es in den Spitzenjahren der Migrationsmöglichkeiten üblich war, sich zu registrieren, ohne bereits eine Migrationsentscheidung oder konkrete Arrangements getroffen zu haben, laut Angaben der Registerführenden. Über die Anzahl der in den Pflegedienst Zurückgekehrten liegen aufgrund einer getrennten Registerführung keine offiziellen Daten vor.

9 Für weitere Länder finden sich nur einzelne Registrierungen (u.a. Botswana, Kenia, Irland, Neuseeland). (NMCM 2010)

10 Nguyen et al. finden in ihrer Studie über Krankenpflegestudierende in Uganda, die ähnliche Vorbedingungen und Kontexte von Migration identifiziert, bereits eine Reorientierung der Migrationsintentionen von Studierenden von Großbritannien in Richtung USA.

11 Diese Entwicklungen sind unter Umständen statistisch nur schwer zu verfolgen, wenn, wie beispielsweise in den USA, keine nationale Registrierungsbehörde die Einwanderung zusammenhängend verzeichnet oder Migrant_innen in Bereichen der Pflege tätig werden, wo Arbeitsgebende oft keinen offiziellen Qualifikationsnachweis einfordern (bspw. häusliche Kranken- und Altenpflege).

12 Während 2004 nur 48 Studierende in den Bachelor für General Nursing aufgenommen wurden, waren es 2006 200 neue Studierende; seitdem werden zwischen 100 und 130 Studierende jährlich am KCN aufgenommen. Sie erhalten ein höheres Stipendium als Studierende anderer Studienrichtungen. Zur finanziellen Belastung des Staates durch die Ausbildungskosten für abwandernde Krankenpfleger_innen im Allgemeinen siehe Berechnungen von Muula, Panulo und Maseko (2006).

13 In Großbritannien richten sich die Zuwanderungsmöglichkeiten in der Krankenpflege bspw. nach festgelegten

Qualifikations- und Erfahrungsprofilen, die einen hohen Ausbildungsstand fordern.

14 Dieser Trend trifft nicht nur auf Malawi zu, wie beispielsweise Buerhaus et al. (2005) für die USA zeigen.

15 Die Aussagekraft der Studienergebnisse wurde durch die forschungsbegleitende Analyse der Aussagen vor dem Hintergrund bestehender Literatur und Daten geprüft; der 2-phasige Prozess der Datenerhebung diente ebenso der Qualitätskontrolle der Daten und Interpretationen.

16 In den Workshops wurden über einen schriftlichen Fragebogen persönliche Daten sowie Haltungen zu Migration erfragt, anschließend diskutierten und dokumentierten die Studierenden in Kleingruppen ihre Erfahrungen und Meinungen zur Wahl des Krankenpflegeberufs, zu Hintergründen und Konsequenzen von Migration malawischer Krankenpfleger_innen. Auf Basis dieser Daten wurden verschiedene Kontexte von Migration identifiziert und in Abgleich mit den individuellen Fragebögen Interviewpartner_innen ausgewählt (theoretisches Sampling). In den Einzelinterviews wurde den ausgewählten Studierenden Raum gegeben zu schildern, wie sie auf ihren biographischen Werdegang zurückblicken, was ihre konkreten Zukunftspläne sind und was ihnen für ihr zukünftiges Leben wichtig ist. Im Dialog mit den Studierenden wurde darüber hinaus die Situation der Familie thematisiert, mögliche Schwierigkeiten und Konflikte, die die Studierenden für ihre Zukunft antizipieren und wie sie diesen zu begegnen denken.

17 Die Angaben wurden in einem Fragebogen am Workshopbeginn erhoben und teils in Interviews aufgegriffen. Konkret wurde nach Herkunftsort, Sekundarschule, Anzahl der Personen im Haushalt in der Kindheit und familiärem Status gefragt. Informationen zum sozioökonomischen Hintergrund stammen aus Interviews und Einblicken während teilnehmender Beobachtungen.

18 Studierende, die ihren Hintergrund als bescheiden/arm beschrieben, besuchten in der Regel staatliche Sekundarschulen und wurden aus der Großfamilie finanziell auf ihrem Bildungsweg maßgeblich unterstützt. Bei Studierenden, die ökonomische Motive ihrer Familie als Grund für die Unterstützung ihrer Ausbildung nannten, bestand meist die explizite Erwartung mit dem eigenen Einkommen Geschwister ohne Ausbildung samt Familien zu unterstützen. Andere Studierende konnten mit der weiteren Unterstützung ihrer Eltern rechnen und sahen keine finanziellen Verpflichtungen gegenüber Familienmitgliedern auf sich zukommen – auch nicht im Fall von Migration.

19 Die folgende Darstellung kann daher den Eindruck einer höheren Homogenität und Eindeutigkeit der Ergebnisse vermitteln, als empirisch vorgefunden wurde. Dies ist nicht intendiert, was bei der Lektüre berücksichtigt werden sollte.

20 „Kulturelles Kapital" ist verfügbar als institutionalisiertes oder informelles Wissen, die Möglichkeiten, sich Wissen anzueignen und es in Wert zu setzen. „Soziales Kapital" wird über soziale Netzwerke und Konformität mit gesellschaftlichen Normen sowie dem Habitus der eigenen sozialen Referenzgruppen hergestellt. „Ökonomisches Kapital" bildet sowohl eine Voraussetzung für als auch eine Konsequenz von sozialem und kulturellem Kapital und „symbolischem Kapital", das dort wirksam wird, wo das gesellschaftliche Wertesystem bestimmte Erfahrungen mit symbolischem Wert belegt, bspw. Migration mit Fortschrittlichkeit oder Entwicklung assoziiert und entsprechend honoriert. (Bourdieu 1986)

21 Giddens' Idee von „Life politics" impliziert eine Politisierung des persönlichen Lebensstils: Die Aneignung von globalisierten, modernen Lifestyles und Lebensstil-Freiheiten wird zum identitätsstiftenden und emanzipatorischen Moment für Individuen/Generationen, deren Selbst- und Gesellschaftsbild durch eine dialektische Erfahrung von globalen und lokalen Sphären geprägt ist.

22 Spätere Heirat und Familiengründung unter höher Gebildeten entspricht grundsätzlich einem Trend in Malawi (Kadzamira 2003; Palamuleni 2011), wobei die befragten Frauen auch für diese Vergleichsgruppe bereits im durchschnittlichen Heiratsalter lagen.

23 Insbesondere in ländlichen Gesundheitszentren kann dies so weit gehen, dass beispielsweise Geburten ohne Zugang zu Elektrizität und Wasser durchgeführt werden müssen und auch der Wohn- und Lebensstandard des Gesundheitspersonals vor Ort stark eingeschränkt ist.

24 Aus ihren klinischen Praktika haben viele Studierende darüber hinaus den Eindruck gewonnen, dass erfahrene Pflegende sich den Aufgaben der Supervision am Krankenbett entziehen, wodurch ihnen ihr Anspruch auf berufliche Weiterbildung und eine hohe Qualität der eigenen Arbeit noch schwerer erreichbar scheinen.

25 Die Studierenden gingen davon aus, dass sie mit einer Wartezeit von einigen Jahren rechnen müssten, um im Rahmen einer Weiterbildungsmaßnahme des staatlichen Gesundheitssystems ein Masterprogramm in Malawi absolvieren zu können. Sie konkurrieren um die wenigen Plätze mit Krankenpflegenden mit höherem Dienstalter und mit anderen Gesundheitsfachkräften.

26 Der Begriff „culture of migration" wurde von Douglas Massey und seinen Kolleg_innen im Kontext der Migration zwischen Mexiko und den USA geprägt (Massey et al 1993). Er beschreibt, dass Migration normativ in einer Community verankert werden kann, wenn sie dort über längere Zeiträume intensiv praktiziert wird. Auswirkungen einer Migrationskultur auf junge Generationen liegen u.a. darin, dass sie erwarten im Laufe ihres Lebens ebenfalls zu migrieren und ihre Migration gesellschaftlich als biographisches Übergangsritual in ein erfolgreiches Leben gesehen wird, während Nicht-Migrant_innen negative Attribute zugeschrieben werden.

27 Die Einführung westlicher Pflege geht auf die koloniale Invasion zurück, in der britische Krankenpfleger_innen der Mittel- und Oberschicht als Teil der medizinischen „Mission" nicht nur westliche Konzepte von Krankheit und Gesundheit transportierten und durchsetzten, sondern auch zivilisatorische Vorstellungen über deren Superiorität. Schultheiß (2010) spricht daher auch von „imperial nursing".

28 „Ideal nursing" wurde von den Studierenden häufig als Beschreibung für die Krankenpflegepraxis verwendet, die sie in Großbritannien anzutreffen hoffen.

29 Erwartungen, einen höheren gesellschaftlichen Status für Krankenpfleger_innen vorzufinden als in Malawi lassen sich durchaus auch mit dokumentierten Karrieren von malawischen Krankenpfleger_innen in Großbritannien in den 80er Jahren zusammenbringen (siehe Grigulis 2010). Diese können jedoch heute u.a. aufgrund der Reformen des Gesundheits- und Pflegesystems und neuer Diskriminierungs- und Dequalifizierungstendenzen im Zuge der „Migrantisierung" der Pflege nicht mehr als aktuell betrachtet werden (Larsen 2007; Smith/Mackintosh 2007).

30 Ein „Myth of Migration", wie er hier sichtbar wird, etabliert und reproduziert sich auch trotz gegenteiliger Migrationserfahrungen (Dannecker 2003), wenn der Status der Migrant_innen in Beruf und Herkunftsgesellschaft stark von erfolgreichen Migrationserfahrungen abhängig gemacht wird und Migrant_innen entsprechend versuchen (müssen), den gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen – ein Zwiespalt, in dem sich malawische Krankenpflegende im Ausland häufig bewegen (Grigulis 2011).

31 Dies betrifft insbesondere die Konkurrenz zu sog. Clinical Officers (meist männliche Hilfsärzte mit dreijähriger Ausbildung), welche für Leitungspositionen in der Regel bevorzugt werden (s. Muula/Maseko 2006; Grigulis 2011).

32 2010 waren 58% (2004: 67%) aller malawischen Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren verheiratet. Im gleichen Jahr hatten 19,7% (2004: 17%) der Frauen und 39,4 % der Männer der gleichen Alternsgruppe nie geheiratet (Mahowe 2004; NSO 2011).

33 "Women across the world now stake a claim to forms of autonomy previously denied or unavailable to them. [...] however, that claim to autonomy intrudes deeply into the domain of life politics, for it raises issues to do with the very definition of what it is to be a woman, and therefore a man, in detraditionalizing societies and cultures." (Giddens 1995, 11)

34 Wie aus der teilnehmenden Beobachtung klar wurde, ist das soziale Umfeld und die soziale Selbstverortung der Studierenden sehr stark durch diese Gruppe geprägt. Dies ergibt sich räumlich durch das Internatsleben auf dem Campus und drückt sich in Bezug auf Selbstverortung insbesondere durch die Wahl von Partnern und Partnerinnen mit akademischer Ausbildung aus sowie durch Freundschaften mit ehemaligen KCN-Studierenden im Ausland.

35 Der Begriff „Habitus" meint hier im Sinne von Bourdieu generalisierte, klassen- oder gruppen-spezifische Ausdrucksformen der sozialen Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe sowie des sozialen Status innerhalb der Gesellschaft, die sich in geteilten Lebensstilen, Ästhetik, Werten und Verhaltensweisen manifestieren (s. Bourdieu 1997; Rehbein 2006).

36 Im Zensus wurde Migration über Fragen zu Alter, Geschlecht, Ziel, Ausreisejahr und Art der Beschäftigung im Ausland von nicht zurückgekehrten Migrant_innen erhoben. Dort zeigt sich ein starker Anstieg der Gruppe, die Studium/Ausbildung als Beschäftigung angibt. In der Beurteilung der Daten ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zahlen der letzten fünf gemessenen Jahre auch insofern erhöht sein dürften, als sich dort auch viele temporäre Migrant_innen wiederfinden könnten.

37 Durch die Erwartung, dass das Migrationsprojekt die eigene Situation fundamental verbessert haben wird, steht nach der Rückkehr der gesellschaftliche Beitrag nicht mehr im Widerspruch zur angestrebten persönlichen und beruflichen Verwirklichung, materiellen Sicherheit und familiären Verpflichtung, sondern unterstützt diese.

38 Bauman erklärt diese Dualität als Konsequenz der Globalisierung wie folgt: "Today's existential opportunities and choices are stretched along the hierarchy of the global and the local, with global freedom of movement signalling social promotion, advancement and success, and immobility exuding the repugnant odour of defeat, of failed life and 'being left behind'." (Zygmunt Bauman 2000, 216)

39 Folgende Analyse der kolonialen Beziehungen zwischen Krankenpflege, Migration, Zivilisation und Technologietransfer veranschaulicht dies: "British nurses in the colonies were not simply purveyors of medical expertise assigned to teach modern Western methods to 'the natives.' [...] Modern Western medical care was understood by these women to represent the pinnacle of civilization, and thus its introduction into the colonies [...] was a critical part of the broader 'civilizing mission'. [...] The goal of initial training efforts was to mold Filipino nurses in the Western, American model as a means of bringing modern medical techniques and standards to the islands." (Schultheiss 2010, 154)

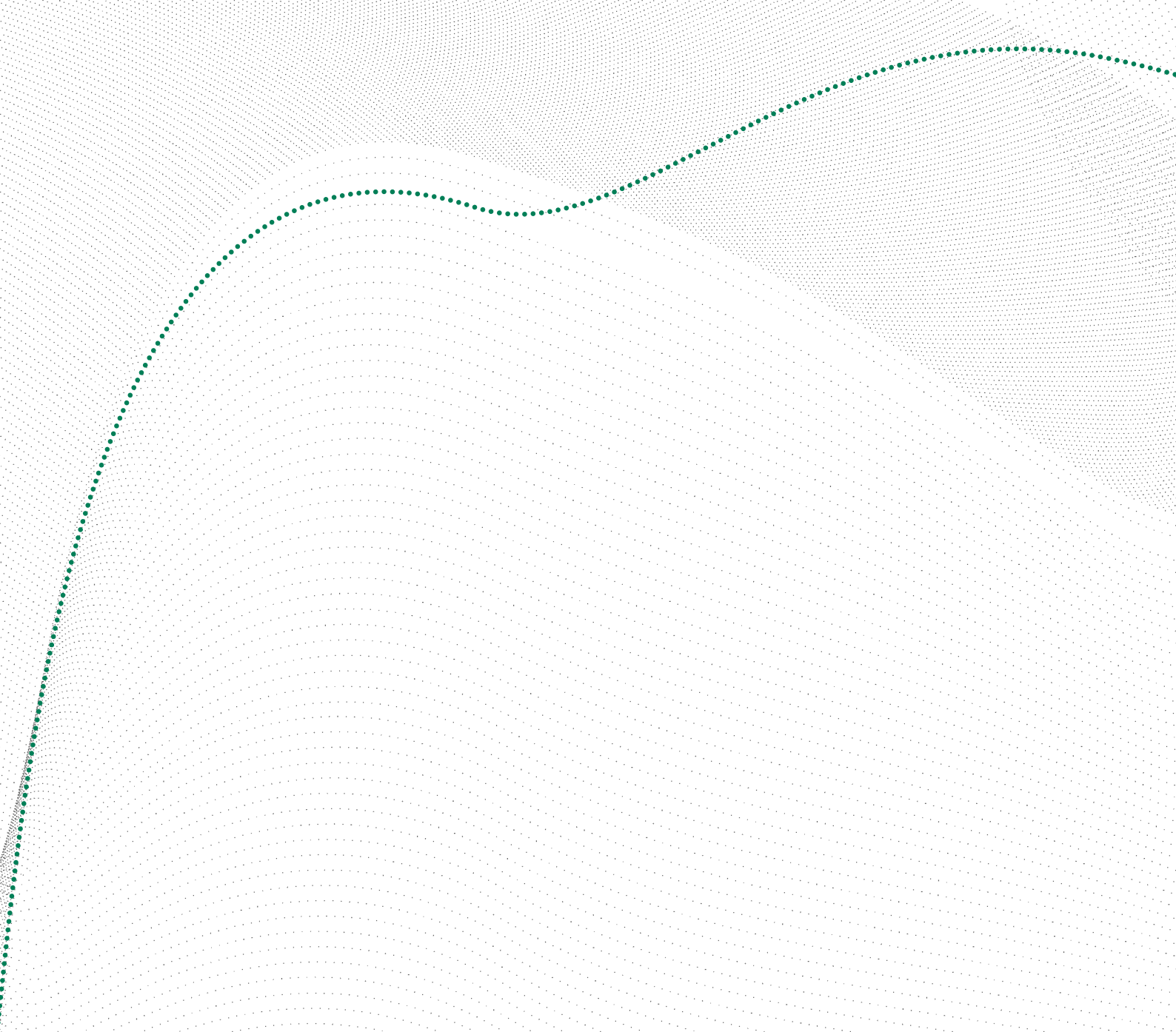
40 Insbesondere Studentinnen strichen oft hervor, dass sie sich als Krankenpflegerinnen als direkte „servants of God" verstehen und dies ein wesentliches Element ihrer beruflichen Motivation sei.

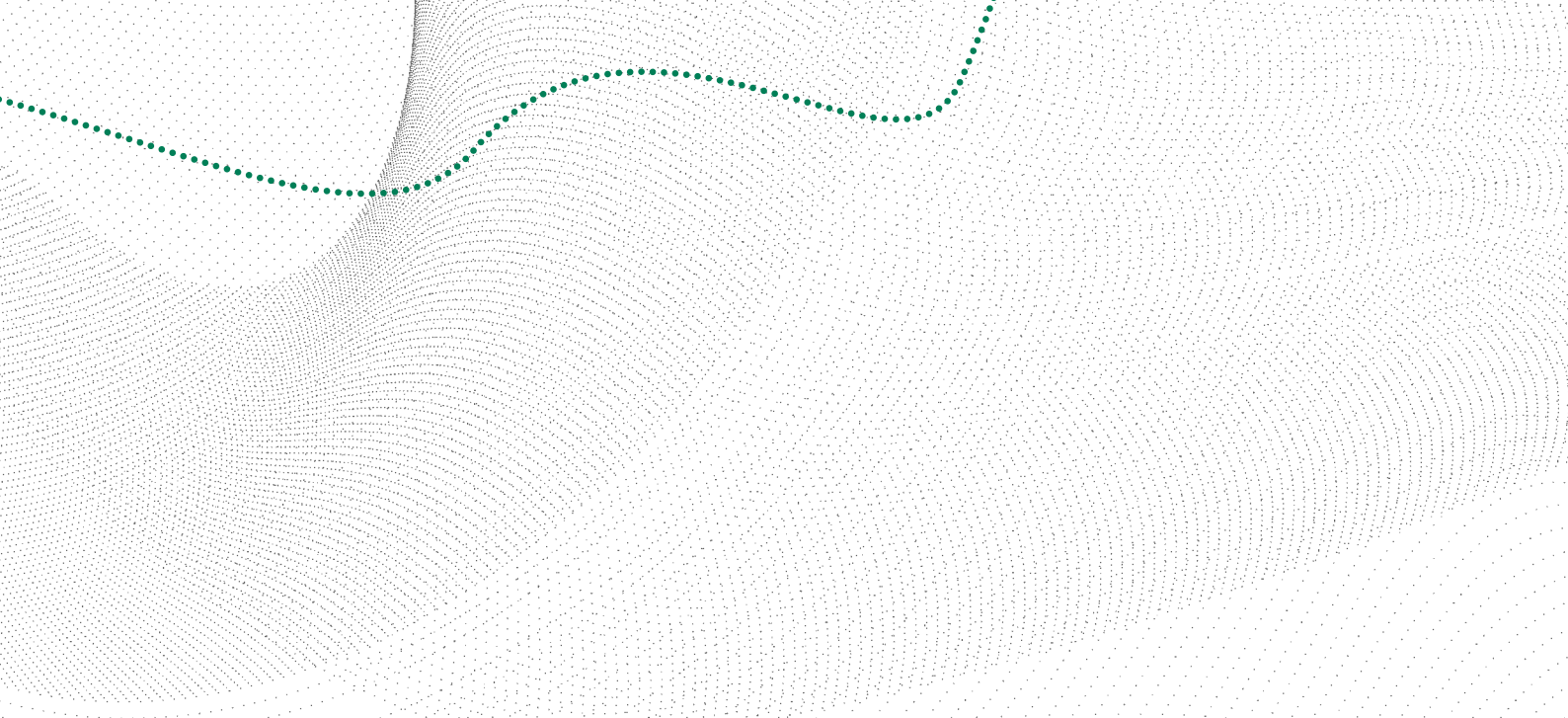
41 Bereits in den 80er Jahren gab es seitens des malawischen Gesundheitsministeriums und entwicklungspolitischer Organisationen Überlegungen, über einen stärkeren regionalen Austausch die regionale Eigenständigkeit in der Pflegeausbildung zu stärken (Lachenmann 1983).

42 Letztlich stellt sich auch die Frage, inwieweit das aktuelle Mantra von Brain Gain, Migration und Entwicklung in der Gefahr steht, zur Abwertung lokal generierten Wissens beizutragen und globale Hierarchien der Wissensproduktion ebenso wie Mythen der Migration zu reproduzieren.

43 Das KCN bietet u.a. in Kooperation mit Universitäten in Cape Town und Lancashire einige wenige Plätze in binationalen Masterprogrammen zu Child Health Nursing und Geburtshilfe an. Eine weitere interessante Referenz ist das von Tambulasi und Chasukwa (2010) beschriebene Abkommen zwischen dem malawischen College of Medicine und einer südafrikanischen Universität, über das eine fünfjährige Spezialisierung (drei Jahre Malawi, zwei Jahre Südafrika) mit beschränkten Aufenthaltsgenehmigungen für Südafrika und Rückkehrförderung geregelt ist.

44 Migration von Krankenpfleger_innen aus Malawi ist sanktioniert durch den Code of Conduct des britischen National Health Services und ein Anwerbeverbot Südafrikas für SADC. Die südafrikanische Policy von 2006 sieht vor, dass a) Gesundheitsfachkräfte aus SADC Staaten nur im Rahmen bilateraler Abkommen angeworben werden können, die im Falle Malawis nicht vorhanden sind, b) dass strukturierte Austauschprogramme insbesondere mit SADC-Staaten gefördert und c) dass Vollstipendiaten von SADC-Staaten bei der Studienplatzvergabe bevorzugt werden sollen.





DAS CENTRUM FÜR INTERNATIONALE MIGRATION UND ENTWICKLUNG (CIM)

Das Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM) ist das Kompetenzcentrum für weltweite Arbeitsmobilität in der internationalen Zusammenarbeit der Bundesrepublik Deutschland.

CIM fördert das Potenzial globaler Migration für nachhaltige Entwicklung. Wir vermitteln Fach- und Führungskräfte an Arbeitgeber weltweit und unterstützen unsere Partner bei Migrationsthemen. Unser Ziel sind Lösungen, die einen Gewinn für alle Beteiligten bringen: für Arbeitgeber, Fachkräfte, ihre Herkunftsländer und Deutschland gleichermaßen.

Als Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH und der Bundesagentur für Arbeit (BA) vereint CIM seit über 30 Jahren entwicklungs- und arbeitsmarktpolitische Expertise.

www.cimonline.de

DIE CIM PAPER SERIES

In den CIM Paper Series haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Möglichkeit, ihre Erkenntnisse und Ergebnisse rund um das Thema „Migration und Entwicklung" zu publizieren. Damit will CIM relevante Forschungsergebnisse und Diskussionsbeiträge einer größeren Öffentlichkeit zugänglich machen und den Bogen in die tägliche Praxis der internationalen Zusammenarbeit schlagen. Denn nur durch fundierte theoretische Grundlagen kann das Thema Migration und Entwicklung auch im Alltag gelingen.

Centrum für internationale Migration und Entwicklung
eine Arbeitsgemeinschaft aus giz und