



**Migration in der Lebensplanung junger,
hochqualifizierter Krankenpflegender in
Malawi – Eine biografische Analyse**

Christiane Voßemer



IE Working Papers are edited by the University of Vienna's Department of Development Studies with the aim to contribute to the academic debate and exchange of ideas by providing research results, even though those findings might still be work in progress. Papers that are included in the IE Working Papers Series might be published elsewhere by the author(s), as the copyright remains with the author(s). IE Working Papers are free of charge and published on the IE Working Papers website (<http://ie-workingpaper.univie.ac.at>).

The views and opinions expressed in the IE Working Papers are those of the author(s) and do not necessarily reflect those of the Department of Development Studies. The Department of Development Studies can neither be held responsible for errors, nor for any consequences following the use of information included in the IE Working Papers.

IE Working Papers

Editorial Team: Christine Klapeer, Andrea Kremser, Valentin Seidler, Lydia Steinmassl

E-mail: workingpaper.ie@univie.ac.at

Phone: +43-1-4277 239 01

Migration in the life-planning of highly-qualified young nurses in Malawi – A biographical analysis

Christiane Voßemer

Abstract

Malawi is often highlighted in publications as an example for Care Drain, the negative consequences of the emigration of care workers, particularly nurses, for source countries with desolate health care systems. This working paper gives insight into a qualitative study on migration intentions among highly qualified young nurses in Malawi, conducted in 2010 following a Grounded Theory approach and applying in particular biographic in-depth interviews and focus group discussions as research tools.

The paper aims to add to the understanding of migration intentions among young highly qualified Malawian nurses from a biographic perspective, emphasizing aspects of Care Drain/Gain which have hardly been taken into account in Malawian (development) policies so far. Specifically it discusses the intertwined linkages between nursing students' migration intentions and their professional ambitions as well as difficulties to realise their career plan, pointing in particular to gender-related and historical aspects of these linkages. The following subchapters highlight the manifold biographic meanings and functions of migration in the fields of family, relationship respectively single life, self-actualisation and social status ambitions, considering respective gender differences. The different fields are discussed subsequently with reference to socially or religiously grounded collective ideas about the relationship between migration and social as well as personal 'development'. The final part of the paper reflects on the implications of the findings for (development) policies tackling the migration of nurses. It points to potentials and challenges regarding career planning, successful migration biographies and political migration management.

Keywords: Migration, Nursing, Malawi, Care Drain, Brain Gain, Biographical Migration Research

Author information: Christiane Vossemer is University Assistant at the Department of Development Studies at the University of Vienna. Currently she works on her dissertation dealing with the transformation of reproductive health regimes in a Thai-Burmese borderland.

Contact: christiane.vossemer@univie.ac.at

Migration in der Lebensplanung junger, hochqualifizierter Krankenpflegender in Malawi – Eine biografische Analyse

Christiane Voßemer

Abstract

Malawi wird in Publikationen häufig als Beispiel für Care Drain bzw. die negativen Auswirkungen der Abwanderung von Pflegepersonal, insbesondere KrankenpflegerInnen, auf Länder mit desolaten Gesundheitssystemen angeführt. Das Working Paper gibt Einblick in eine qualitative Studie zu Migrationsintentionen unter jungen hochqualifizierten KrankenpflegerInnen aus Malawi. Diese wurde 2010 nach dem Grounded Theory-Ansatz durchgeführt und stützt sich vor allem auf biografische, leitfadengestützte Interviews sowie Fokusgruppen-Diskussionen. Das Paper verfolgt den Anspruch, aus einer biografischen Perspektive zu einem vertieften Verständnis der Migrationsintentionen der jungen KrankenpflegerInnen beizutragen und weist auf dieser Grundlage auf zukünftig relevante Zusammenhänge von Care Drain/Gain in Malawi hin, die bislang entwicklungspolitisch kaum berücksichtigt wurden. Insbesondere diskutiert es die Verquickungen zwischen Migrationsintentionen und den antizipierten beruflichen Karrierewegen aber auch -hindernissen. Dabei werden genderbezogene und historische Aspekte der Migrationsintentionen gesondert thematisiert. In den anschließenden Unterkapiteln veranschaulicht das Paper die vielfältigen biografischen Bedeutungen und Funktionen von Migration in den Bereichen Familien-, Beziehungs- bzw. Singleleben, Selbstverwirklichung sowie Statusstreben, wobei es jeweils genderbezogene Unterschiede berücksichtigt. Die verschiedenen Bereiche werden mit Blick auf kollektive gesellschaftliche und religiöse Vorstellungen über Verbindungen von Migration und sozialer wie persönlicher „Entwicklung“ diskutiert. Den letzten Teil des Papers bildet die Reflexion der Ergebnisse aus (entwicklungs-)politischer Perspektive, wobei im Einzelnen auf Potentiale und Schwierigkeiten in der Karriereplanung, der Umsetzung erfolgreicher Migrationsprojekte und der politischen Gestaltung von Migration eingegangen wird.

Schlagnworte: Migration, Krankenpflege, Malawi, Care Drain, Brain Gain, biografische Migrationsforschung

Autorinneninformation: Christiane Voßemer ist Universitätsassistentin am Institut für Internationale Entwicklung an der Universität Wien und promoviert zur Transformation der Regime reproduktiver Gesundheitsversorgung im Grenzraum von Thailand und Myanmar.

Kontakt: christiane.vossemer@univie.ac.at

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Hintergrund	6
2.1. Ausgangssituation in Malawi.....	10
2.2. Relevanz von Abwanderung und Brain Gain?.....	13
3. Forschungsdesign	16
4. Forschungsergebnisse	18
4.1. Migration in verschiedenen Lebensprojekten.....	21
4.2. Berufliche Weiterbildung und Karriere	21
4.2.1. Migrationstraditionen in der Krankenpflege	23
4.2.2. Gender im beruflichen Lebensprojekt	25
4.3. Familiäre Einbindung, Partnerschaft und Leben als Single.....	26
4.4. Selbstverwirklichung, Lebensstil und Status in der Peergruppe.....	28
4.5. Migration, Brain Gain und sozialer Status.....	30
4.6. Religion und Migration	32
4.7. Zusammenfassung der Ergebnisse	32
5. Entwicklungspolitische Konsequenzen	35
5.1. Karrierewege und Zukunftsplanung	35
5.2. Erfolgreiche Migrationsprojekte ermöglichen	36
5.3. Migration gestalten?	37
Literaturverzeichnis	38
Verzeichnis der erhobenen Daten.....	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Malawis geografische Lage	10
Abbildung 2: Vergleich der malawischen (NMCM) und britischen (NMC UK) Registrierungen malawischer KrankenpflegerInnen für eine Arbeitserlaubnis im britischen Gesundheitswesen (2002-2008)	14
Abbildung 3: Migration in den Lebensentwürfen malawischer KrankenpflegerInnen – grafisches Resume	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Migration von Gesundheitsfachkräften: Fördernde und ver hindernde Faktoren	9
Tabelle 2: Zentrale Kader der Krankenpflege in Malawi	12
Tabelle 3: Zukunftsplanung und Migration nach Lebensbereichen	19
Tabelle 4: Biografisch relevante Faktoren von Migration in der Krankenpflege	34

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bachelor of Arts
CIM	Centrum für Internationale Migration
DFID	Department for International Development (UK)
EHP	Essential Health Package (kostenlose Primärversorgung)
EHRP	Emergency Human Resources Programme
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (heute GIZ)
IO	Internationale Organisation
KCN	Kamuzu College of Nursing
MA	Master of Arts
MGHP	Malawi German Health Programme
MoH	Ministry of Health
NGO	Nichtregierungsorganisation / Non Governmental Organisation
NMCM	Nurses and Midwives Council of Malawi
NSO	National Statistical Office Malawi
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PhD	Philosophical Doctor
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	Großbritannien
UNIMA	University of Malawi
VSO	Volunteer Services Overseas (britische NGO)
WS(x)	Forschungsworkshop (nummeriert)

1. Einleitung

„Increasingly, globality and locality acquire the character of contrary values – [...] placed in the very centre of life dreams, nightmares and struggles. [...] Freedom came to mean above all freedom of choice, and choice has acquired, conspicuously, a spatial dimension.“ (Bauman 2000: 216)

Die im Folgenden vorgestellte Studie beschäftigt sich mit den Migrationsabsichten junger StudentInnen der Krankenpflege aus Malawi und versteht sich als Beitrag zur internationalen Debatte über die Problematik der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften (auch: *Care Drain*) aus Ländern des sogenannten Globalen Südens mit desolaten Gesundheitssystemen. Diese kontroverse wissenschaftliche und politische Debatte wird seit einigen Jahren verstärkt für die Bereiche *Medical Brain Drain* und *Care Drain*, das heißt die Abwanderung von Gesundheits- und Pflegefachkräften geführt (u. a. Skeldon 2005; Vinokur 2006; Mills et al. 2008; Mundt 2011). Gleichzeitig fokussieren sich Programme und Studien entwicklungspolitischer Akteure zunehmend auf positive Rückwirkungen von Migration auf Entwicklungen im Herkunftsland. Diese werden unter dem Stichwort *Brain Gain* (bzw. *Care Gain* in Bezug auf den Pflegesektor) thematisiert und stellen die Potentiale 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 steht dabei insbesondere die prekäre Lebens- und Arbeitssituation von KrankenpflegerInnen, ihre niedrige Entlohnung und hohe Arbeitsbelastung ebenso wie Infektionsrisiken und intransparente Beförderungsstrukturen im Mittelpunkt. *Care Gain* wird für den malawischen Kontext kaum thematisiert. Ein Großteil der Literatur bleibt zudem insofern sehr technisch, als die MigrantInnen ausschließlich im beruflichen Kontext, nicht als Privatpersonen mit individuellen Zukunftsperspektiven, biografischen Hintergründen und sozialen Verpflichtungen betrachtet werden.

Die Studie, die diesem Paper zugrunde liegt, möchte dazu beitragen, diese Perspektive zu erweitern, indem die Lebenswege und Pläne von KrankenpflegerInnen im beruflichen, privaten und sozialen Kontext fokussiert werden: Welche Bedeutung kommt Migrationsabsichten in den Lebensplanungen der jungen Generation hochqualifizierter KrankenpflegerInnen in Malawi zu? Welche gesellschaftlichen Erfahrungen mit Migration und welche individuellen Lebenskonzepte und Selbstverständnisse machen dies verständlich? Durch die biografische Betrachtung wird sichtbar, auf welche Weise Migration in den professionellen, familiären, partnerschaftsbezogenen und individuellen Zukunftsplänen von KrankenpflegerInnen verankert ist. Es wird deutlich, wo Migrationsintentionen nicht nur als Folge eines ressourcenarmen Gesundheitssystems, sondern gleichzeitig als Ausdruck individueller Selbstbilder und Lebensziele, Erwartungen des sozialen Umfelds sowie gesellschaftlicher Haltungen und Erfahrungen in Bezug auf Migration sowie Migration und Entwicklung zu verstehen sind.

Die Datenerhebung fand während eines dreimonatigen Feldforschungsaufenthalts in Lilongwe zwischen September und Dezember 2010 im Rahmen meiner Diplomforschung und mit der Unterstützung der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und des Malawi German Health Programme (MGHP) statt. Mit Studierenden im letzten Jahr des Pflegestudiums am Kamuzu College of Nursing (Lilongwe) führte ich Forschungsworkshops sowie biografische Einzelinterviews mit einer Auswahl dieser Studierenden durch. Die Studie greift damit eine im Hinblick auf Abwanderung besonders zentrale Gruppe von KrankenpflegerInnen 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. In die Analyse der Daten flossen darüber hinaus Erfahrungen aus teilnehmender Beobachtung, persönlichen Gesprächen und Alltagserfahrungen ein, ebenso wie Einblicke aus der Hospitation in Krankenhäusern und der Sichtung und Besprechung von Migrationsstatistiken des Nurses and Midwives Council of Malawi (NMCM). Insbesondere allen GesprächspartnerInnen, aber auch meinen SupervisorInnen im MGHP, am Kamuzu College of Nursing (KCN) und am Institut für Internationale Entwicklung der Universität Wien (IE) möchte ich für ihre Beiträge, Rückmeldungen und Unterstützung herzlich danken.

2. Hintergrund

Das Thema der Studie, die internationale Migration von KrankenpflegerInnen 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 KrankenpflegerInnen 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, die sich teilweise auf die globale Anwerbung von Pflegekräften spezialisieren. 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 MigrantInnen mit ihrem sozialen Umfeld im Herkunftsland eine Flut von Nachrichten unter anderem 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 hinzu: Alternde Gesellschaften im Globalen Norden und Bevölkerungswachstum sowie hohe Krankheitsaufkommen unter anderem durch die HIV/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 KrankenpflegerInnen stößt. Hinzu kommt die Schwierigkeit, Pflegefachkräfte langfristig im Beruf zu halten, was unter anderem aufgrund von Umstrukturierungen und Einsparungen im Gesundheitssektor auch in wohlhabenden Staaten eine große Herausforderung darstellt (O'Donnell/Jabareen/Watt 2010). Staaten wie Großbritannien und die USA reagierten auf die Situation zu Beginn der letzten Dekade mit lokalen Einstellungs- und Motivationskampagnen sowie höheren Ausbildungsquoten 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 (Longley/Shaw/Dolan 2007; Buchan/Secombe 2012).

Vor diesem Hintergrund spielt Zuwanderung von KrankenpflegerInnen in den Gesundheitsplanungen zahlreicher Staaten, so beispielsweise 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 KrankenpflegerInnen aus Vietnam an (GIZ o.J.; BMWi 2012), 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 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 1980er-Jahren waren viele Länder des Globalen Südens gezwungen, ihre Gesundheitsbudgets aufgrund von Auslandsschulden und Strukturanpassungsprogrammen drastisch zu reduzieren (Israr et al. 2000; Cheru 2002). 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 (IRIN 2011; Tambulasi 2011; Ruckert/Lanbonté 2012).

Projektionen von Scheffler et al. (2009) für das Jahr 2015 erwarten innerhalb Subsahara-Afrikas einen Mangel an KrankenpflegerInnen und Hebammen in allen Staaten außer Gabun und Angola; ein besonders schwerwiegender Mangel wird unter anderem 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 (sogenannte 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 MigrantInnen in Gesundheitsberufen ausgelöst (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 durch zahlreiche 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 bietet die folgende Tabelle:

¹ ZAR (2006, 2010); *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals* des UK Public Health Services (2004) unter http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4097734.pdf (25.12.2013).

Tabelle 1: Migration von Gesundheitsfachkräften: Fördernde und verhindernde Faktoren

P R O	PUSH-Faktoren	<p>Gesundheitssektor-exogen: niedrige und unsichere Lebensqualität, mangelnde Bildungsmöglichkeiten (insbesondere für Kinder), Kriminalität, bewaffneter Konflikt, Repression</p> <p>Gesundheitssektor-endogen: niedriges Einkommen, Pensions- und Sozialleistungen, mangelhaftes Gesundheitssystem (Bürokratie, Ineffizienz, Mangel an Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten), Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen: Überlastung, mangelnde Zufriedenheit mit Ergebnissen, Infektionen u. a. arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken</p>
	PULL-Faktoren	<p>Gesundheitssektor-exogen: Lebensqualität und Lebensstil, Bildungsangebot (insbesondere für Kinder), Freiheitsrechte, soziale und kulturelle Verbindungen</p> <p>Gesundheitssektor-endogen: höheres Einkommen, Pensions- und Sozialleistungen, Gesundheitssystem (Effizienz, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten), befriedigendere und sicherere Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen, Qualität und Zentralisierung spezialisierter Gesundheitseinrichtungen, internationale Anwerbung und Migrationsabkommen</p>
	MOVE-ON-Faktoren	Transnationale Netzwerke und Gemeinschaften, Einstellungsbedingungen des Ziellands, ermutigende und frustrierende Erfahrungen zwischen dem ersten und den weiteren Zielländern
C O N T R A	RETAIN-Faktoren	Grad an Erfolg, sozialer Anerkennung und moralischer Selbstverpflichtung, materielle und immaterielle Anerkennungen, Kinship, soziale und kulturelle Verbindungen
	REPEL-Faktoren	Einwanderungsaufgaben, 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 StaatsbürgerschaftsanwärterInnen, mangelnde Transferierbarkeit von Sozialleistungen
	HÜRDEN	Restriktive Politiken bzgl. Einwanderung, Arbeitsvisa und Anerkennung von Qualifikationen, Anwerbe- und Einstellungsverbote, finanzielle Hürden

Quelle: Übersicht übersetzt und angepasst aus Voßmer (2012: 124); basierend auf Padarath et al. (2004), ergänzt um Faktoren aus VSO (o.J.), Alonso-Garbayo/Maben (2009), van Eyck (2004) und Dovlo (2003).

2.1. Ausgangssituation in Malawi

Der *Human Development Index* (HDI) zählt den kleinen Binnenstaat Malawi in Subsahara-Afrika (siehe Abbildung 1) zu den am wenigsten entwickelten Ländern der Welt (Rang 170 von 186 im HDI 2012) (UNDP 2013: 146). Während die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen ist (2012: 54,8 Jahre), besteht weiterhin eine eklatante Ungleichheit im Zugang zu Gesundheit und Bildung sowie eine hohe Einkommensarmut (2010: > 70%) (ebd.: 146, 154, 160). 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 unter anderem 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 (ebd.) und kürzlich sogar eine Wiedereinführung der privaten Zuzahlung zu allen öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen angekündigt wurde (Nyasa Times 2013a, 2013b).

Abbildung 1: Malawis geografische Lage



Quelle: unverändert übernommen von ezilon.com.³

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 Unter: <http://www.ezilon.com/maps/images/africa/Malawi-road-map.gif> (04.04.2013).

Für die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele sind die Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitspersonal ebenso entscheidende Hürden: Mueller 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 (ebd.). Auch in Gesundheitsverwaltung und Ausbildung bestehen seit Jahren eklatante Vakanzen fort (RoM 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 (ebd.: 6) geht davon aus, dass bis 2016 die Ausbildungszahlen von 1.139 auf 2.278 erhöht und hierzu 265 Lehrere und 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 2007). Zahlreiche Studien (Muula/Maseko 2006; Mangham 2007; AHWO 2009; Manafa et al. 2009) zeigen die vielfältigen Gründe für die hohe Unzufriedenheit von Gesundheitspersonal und die niedrige Verbleibsrate bis zum Rentenalter, darunter insbesondere:

- Hohe Arbeitsbelastung und unbezahlte zusätzliche Schichten (nicht selten ist ein/e KrankenpflegerIn 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 KrankenpflegerInnen 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 PflegehelferInnen) 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 (siehe Tabelle 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 HilfskrankenpflegerInnen und *Nursing Technicians* oft auf sich alleine gestellt sind (Mueller et al. 2011).

Tabelle 2: Zentrale Kader der Krankenpflege in Malawi

Nursing Officers	NOs finden sich in Management- und Entscheidungsfunktionen, überwiegend in Bezirks- und zentralen Krankenhäusern. NOs halten den höchsten Rang unter Krankenpflegenden / Hebammen und sind <i>Registered Nurses</i> 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 PatientInnen, sind jedoch selten in Gesundheitszentren und Krankenhäusern in ländlichen Gebieten zu finden.
Nurse Midwife Technicians	NMTs finden sich in erster Linie in Gesundheitszentren und Gemeindefrankenhäusern, in denen NOs allgemein nur in geringer Zahl vorhanden sind. Sie spielen eine wichtige Rolle für die allgemeine Krankenpflege sowie für Geburtshilfe in Standardsituationen aufgrund ihrer umfassenden Geburtshilfeausbildung. NMTs absolvieren ein dreijähriges Diplomprogramm an den meisten Trainingsinstitutionen für Krankenpflege und Geburtshilfe in Malawi.
Community Health Nurses	CHN werden nur in geringer Anzahl ausgebildet, sind jedoch wichtig in der Bereitstellung von Pflegedienstleistungen für die am schwersten erreichbaren ländlichen Gemeinden. Die Ausbildung von CHN erfolgt über ein einjähriges Upgrading-Programm am Malawi College of Health Sciences.

Quelle: eigene Übersetzung des Nationalen Operationsplans zur Krankenpflegeausbildung (MoH 2011b: 9).

Gut ausgebildete KrankenpflegerInnen werden nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der zentralen Gesundheitspolitik und -administration nachgefragt, wo ebenfalls ein erheblicher Teil der Stellen unbesetzt ist (RoM 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 (vgl. 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 2008: 90).

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

⁴ *Health Sector Wide Approach (Health 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.

Training und ein verbessertes Personalmanagement auf Ebene des Ministeriums Verbesserungen u.a. in der Bindung von KrankenpflegerInnen erreichen können (Palmer 2006; O’Neil et al. 2010).⁵

Das öffentliche Gesundheitswesen verfügt jedoch auch über Ressourcen gegenüber anderen Arbeitgebern: So führen vielen KrankenpflegerInnen 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% Nettoschulbesuchsrates; weitere 30% der Primarschulabgänger besuchen private Sekundarschulen, die mit wenigen Ausnahmen geringe Qualität trotz hoher Schulgelder bieten, was die hohe Nachfrage und den zusätzlichen Bedarf an Schulbildung anzeigt (Kadzamira 2003: 6; Chimombo 2009: 171).⁶

2.2. Relevanz von Abwanderung und Brain Gain?

Auch die internationale Migration malawischer KrankenpflegerInnen 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 KrankenpflegerInnen zu treffen, ist angesichts der unvollständigen und widersprüchlichen Datenlage kaum möglich. Bestehende Statistiken tendieren dazu, Migrationszahlen zu überschätzen, während Rückkehr 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

⁵ Im Rahmen des EHRP wurde an zwölf prioritäre Berufsgruppen, darunter KrankenpflegerInnen, 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 (WHO 2008; Tambulasi/Chasukwa 2011).

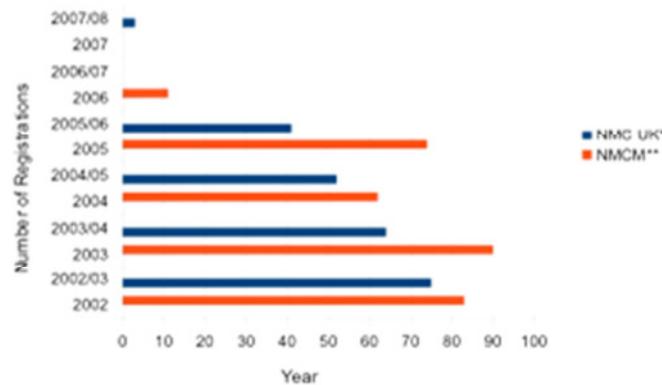
⁶ Die Bildungsbeteiligung von Frauen nimmt auf dem Weg durch die Sekundarstufe kontinuierlich ab (WBDRG 2004) – auf universitärem Level liegt sie im Durchschnitt bei ca. 35%, von denen ein Großteil KrankenpflegerInnen sind (UNIMA 2010: 9). Die Krankenpflege ist damit traditionell und aktuell der Berufszweig, in dem die meisten höher qualifizierten Frauen in Malawi ausgebildet und tätig sind.

⁷ Obwohl internationale Migration unter malawischen KrankenpflegerInnen erst seit Ende der 1990er-Jahre verstärkt diskutiert wird, ist sie bereits seit langem eine Herausforderung und als solche entwicklungspolitischen Akteuren bekannt (Lachenmann 1983).

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

(vgl. Abbildung 2). Neben Großbritannien sind Südafrika und die USA die wichtigsten Zielländer, für die beim NMCM um Bestätigungen angesucht wurde.⁹

Abbildung 2: Vergleich der malawischen (NMCM) und britischen (NMC UK) Registrierungen malawischer KrankenpflegerInnen für eine Arbeitserlaubnis im britischen Gesundheitswesen (2002-2008)



Quelle: eigene Darstellung; unverändert übernommen aus Voßemer (2012: 129).¹⁰

Die einzige gesundheitspolitische Maßnahme mit direktem Bezug zu Migration ist ein sogenanntes *Bonding-System*, das ein Abwandern direkt nach dem Studium unterbinden soll. Danach ist, wer mit staatlichem Stipendium studiert hat, offiziell verpflichtet, fünf Pflichtjahre im öffentlichen Gesundheitssystem abzuleisten. De facto gibt es jedoch bislang keine administrativen Strukturen, die dies nachverfolgen und gegebenenfalls 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 KrankenpflegerInnen nahegelegt (Palmer 2006; WHO 2008; O’Neil et al. 2010).

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 KrankenpflegerInnen, einhergehend mit einem Anwerbeverbot, restriktiveren Visabestimmungen und einem zeitaufwendigen Vorbereitungs- und Aufnahmeprogramm für die Einstellung im staatlichen Gesundheitswesen (Buchan/McPake 2007; Buchan 2008; Connell/Buchan 2011).

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

¹⁰ Anmerkungen zu den Daten (Voßemer 2012: 129-130): „*Initial admissions to the overseas register (register for nurses trained abroad) recorded by the NMC UK [...]; statistical year from March till March, ¼ of admissions for 2001/2002 was added to the value for 2002/03 in order to balance out values for 2002 [...]. **NMCM Registration Office for ‚certificates of good standing‘, 2004-2008 (These numbers reflect first registrations, found during a personal manual review and clearance of the respective NMCM register. Differences between this data and NMCM data cited in other studies are prone to double countings, renewals or repetitive applications).“

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/Williams/Peberdy 2005; Kingma 2007). Mit Blick auf Erfahrungen in einem ähnlichen Kontext in Uganda (Nguyen et al. 2008¹¹) und angesichts des hohen Migrationspotenzials, einer globalen Nachfrage sowie etablierter Communities – auch außerhalb Großbritanniens (Clemens/Petterson 2008) – erscheint eine Verschiebung der Migrationsströme malawischer KrankenpflegerInnen durchaus wahrscheinlich.¹²

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,¹³ stehen allgemein im Ruf, sich stärker in Richtung Ausland zu orientieren, und sind mit international anerkannten Qualifikationen ausgestattet. Diese eröffnen ihnen auf dem globalen Arbeitsmarkt höhere Chancen.¹⁴ Die geringe Anzahl von Masterstudienplätzen für Gesundheitsberufe in Malawi sowie die kostspielige Struktur der Studiengänge führen dazu, dass BachelorabsolventInnen im Land nur schwer Zugang zu akademischer Weiterbildung finden und Karriere im Gesundheitsbereich seit Generationen eng mit Migration verknüpft ist (Grigulis 2011; Voßemer 2012).

Vorherige Studien haben darüber hinaus Anhaltspunkte dafür geliefert, dass mit der Präsidentschaft 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 AutorInnen 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 KrankenpflegerInnen stärker in den Bereichen Jobsicherheit, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten sowie Migrationsperspektiven liege, als in einer originären Motivation zur

¹¹ Nguyen et al. (2008) 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.

¹² Diese Entwicklungen sind unter Umständen statistisch nur schwer zu verfolgen, wenn, wie beispielsweise in den USA, keine nationale Registrierungsbehörde die Einwanderung zusammenhängend verzeichnet oder MigrantInnen in Bereichen der Pflege tätig werden, in denen Arbeitsgebende oft keinen offiziellen Qualifikationsnachweis einfordern (beispielsweise häusliche Kranken- und Altenpflege).

¹³ 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 (KCN 2010: o.S.). Sie erhalten ein höheres Stipendium als Studierende anderer Studienrichtungen. Zur finanziellen Belastung des Staates durch die Ausbildungskosten für abwandernde KrankenpflegerInnen im Allgemeinen siehe Berechnungen von Muula/Panulo/Maseko (2006).

¹⁴ In Großbritannien beispielsweise richten sich die Zuwanderungsmöglichkeiten in der Krankenpflege nach festgelegten Qualifikations- und Erfahrungsprofilen, die einen hohen Ausbildungsstand fordern.

Pflegetätigkeit (Grigulis 2011; Grigulis/Prost/Osrin 2009).¹⁵ Dieser Trend wirft die Frage auf, ob Migration in der Krankenpflege zukünftig tatsächlich kein oder vielmehr ein größeres Thema wird.

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“, das heißt eines zweijährigen obligatorischen Dienstes in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren des öffentlichen Versorgungssystems. 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 methodische Zugänge Daten gesammelt wurden, die Einblick in die persönlichen Lebensplanungen der Studierenden, Ansichten über Krankenpflege und Migration, ihre persönlichen Hintergründe und konkreten Migrationsprojekte bieten.

Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, explorativ und induktiv zu arbeiten, das heißt 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 potentieller MigrantInnen zu gewinnen. Da ein Großteil der Literatur zum Thema den Schwerpunkt auf die Analyse von Makrostrukturen des Gesundheitssystems legt, wird angenommen, dass der biografische Mikrozugang die bestehenden Konzepte sinnvoll ergänzen kann.

Die folgenden, bewusst breit gehaltenen Forschungsfragen waren leitend für die konkrete Konzeption und Durchführung der Forschung. Ziel der teils narrativen, teils leitfadengestützten Interviews war es, die folgenden Forschungsfragen zu beantworten: *In how far are migration intentions relevant to the life planning of students with a degree in nursing? Which experiences and ideas of migration, which life scripts and self-identities explain this relevance?* Die Forschungsworkshops dienten der Vorbereitung, aber auch der Einbettung dieser individuellen Dimension, und standen unter der Fragestellung: *Which collective experiences and ideas of migration, life scripts and self-identities explain this relevance?* Die Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen aus einer entwicklungspolitischen Perspektive stand unter der Fragestellung: *Which consequences arise from these findings for the design of development policies to improve the retention of nurses for the Malawian health system and the brain gain from nurses' migration?*

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 ExpertInnengespräche und teilnehmende Beobachtung am College, in

¹⁵ Dieser Trend trifft nicht nur auf Malawi zu, wie beispielsweise Buerhaus et al. (2005) für die USA zeigen.

Gesundheitseinrichtungen sowie bei relevanten Veranstaltungen. Insgesamt führte ich fünf Fokusgruppen-Workshops mit 39 Studierenden sowie zehn 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 zwei Drittel angaben, verlobt oder in Beziehung zu sein; etwas weniger als ein Drittel bezeichnete sich als Single. Die große Mehrheit der Teilnehmenden hatte Sekundarschulen mit vergleichsweise hohem Bildungsniveau besucht, die mit hohen Schulgeldern verbunden 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 (WBDRG 2004; Lewin/Sayed 2005), ergab sich im Gespräch mit den Studierenden ein sehr vielschichtiges Bild ihrer familiären Situation.¹⁸

Zur Strukturierung der Forschung wurde die *Grounded Theory*-Methodologie (Corbin/Strauss 1990; Glaser/Strauss 2005) verwendet. Diese schließt ein enges Ineinandergreifen von Erhebungs- und Analyseprozess sowie einen offenen, empirisch fundierten Prozess der Generierung und Überprüfung von Konzepten ein.¹⁹ Ich möchte darauf hinweisen, dass die Studie dennoch durch meine subjektiven Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen geprägt ist, was ich nach Möglichkeit in der Analyse berücksichtigt habe. Auch wenn ein Drittel der Studierenden des Jahrgangs in die Forschung involviert war, können aus den Daten keine gesicherten Trends abgeleitet werden, da weder mit repräsentativen Untersuchungsgruppen noch quantifizierbaren Einheiten gearbeitet wurde.

¹⁶ In den Workshops wurde über einen schriftlichen Fragebogen persönliche Daten und Haltungen zu Migration erhoben, anschließend diskutierten und dokumentierten die Studierenden in Kleingruppen ihre Erfahrungen und Meinungen zur Wahl des Krankenpflegeberufs, Hintergründen und Konsequenzen von Migration malawischer KrankenpflegerInnen. Auf Basis dieser Daten wurden verschiedene Kontexte von Migration identifiziert und in Abgleich mit den individuellen Fragebögen InterviewpartnerInnen ausgewählt (theoretisches Sampling). In den Einzelinterviews wurde den ausgewählten Studierenden Raum gegeben zu schildern, wie sie auf ihren biografischen 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 familiären 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 Aussagekraft der Studienergebnisse wurde durch die forschungsbegleitende Analyse der Aussagen vor dem Hintergrund bestehender Literatur und Daten geprüft; der zweiphasige Prozess der Datenerhebung diente ebenso der Qualitätskontrolle der Daten und Interpretationen.

4. Forschungsergebnisse

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 (Voßemer 2012), die hier nur teilweise thematisiert werden können.²⁰ 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 sechs 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 widerkehrende 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 biografisch 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.

²⁰ Die folgende Darstellung kann daher den Eindruck einer höheren Homogenität und Eindeutigkeit der Ergebnisse vermitteln, als empirisch vorgefunden wurde. Dies ist nicht intendiert und sollte bei der Lektüre berücksichtigt werden.

Tabelle 3: Zukunftsplanung und Migration nach Lebensbereichen

Lebensbereich Rolle von Migration	Zentrale Schritte und Orientierungen der Zukunftsplanung
Berufliche Weiterentwicklung und Karriere <i>Migration als berufliches Kapital</i>	Durchgängig: Höherer Studienabschluss (mindestens Master, mehrfach PhD); Anstellung in einem wertschätzenden Arbeitsumfeld , verantwortungsvolle Position; Arbeitsumstände, die zufriedenstellende Heilungserfolge ermöglichen Überwiegend: Möglichkeiten zu professioneller Weiterbildung und Karriereentwicklung schaffen Meist: Ziel einer Anstellung in Führungspositionen des Gesundheitssektors (insbesondere Ministerium, medizinische Universität, NGOs, Gesundheitsverwaltung) Zugang zu höheren Studien; Ausweg aus der „Karrierefalle“; Zugang zu Arbeits- und Fortbildungsumfeldern, die qualitativ hochwertige und erfolgreiche Pflege ermöglichen
Familiäre Einbindung/ Beziehung zur Herkunftsfamilie <i>Migration sichert soziales Kapital und ökonomisches Kapital</i>	Durchgängig: guter Kontakt mit/hohem Respekt seitens der Familie Überwiegend: eigenen Beitrag zum Wohlergehen des Familienverbands leisten Oft: ökonomischer Beitrag Teilweise (insbesondere Frauen): Pflege von Angehörigen und/oder Verantwortung/Vorbildfunktion für jüngere Familienmitglieder <i>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</i>
Partnerschaft, Elternschaft und Leben als Single <i>Migration sichert soziales Kapital und ökonomisches Kapital</i>	Überwiegend: Heirat, Familiengründung und glückliches Zusammenleben als Familie zentraler Zukunftswunsch In Ausnahmefällen: Glückliches, unabhängiges Leben als alleinstehende Person (Frau) , zusammen mit oder getrennt von der Herkunftsfamilie <i>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</i>
Selbstverwirklichung, Lebensstil und Status in der Peergruppe <i>Migration als Lebensstil-, Lifestyle- und „life politics“-Veränderung</i>	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) <i>Pluralität von Lebensstilen erleben; Selbsterfahrung/Verwirklichung durch Ausprobieren/Leben westlicher, individualisierter Lifestyles und Identitäten; über Wahl globalisierter Lebensstile wird biografische und gesellschaftliche Innovation eingefordert/angeregt</i>
Sozialer und sozioökonomischer Status <i>Migration als „Brain Gain“, ökonom. und symbolisches Kapital</i>	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 <i>Absicherung der sozioökonomischen Stellung über individuelle oder paarbezogene Ersparnisse; symbolische Aufwertung der sozialen Stellung über Migration, die innerhalb der Bildungselite und gesellschaftlich mit Privilegien und Entwicklung assoziiert ist</i>
Religion <i>Religion unterstützt symbolisches Kapital und Legitimität von Migration</i>	Durchgängig: Eigenes Leben wird religiös geleitet und soll religiösen Leitlinien entsprechen Häufig (insbesondere bei Frauen): Krankenpflege als Weg, „Gott zu dienen“ Teilweise: spirituelle Reife erlangen; religiöse Werte weitergeben <i>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</i>

Quelle: Übersicht übersetzt und angepasst aus Voßemer (2012: 30).

Zur analytischen Einordnung der biografischen Funktionen von Migration beziehe ich mich im Folgenden auf die von Pierre Bourdieu (1986) beschriebenen Kapitalgruppen – kulturelles, soziales, ökonomisches und symbolisches Kapital – deren Besitz für die gesellschaftliche Position von Individuen und ihre Möglichkeiten des sozialen Aufstiegs entscheidend ist.²¹ 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 anerkannteren 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 die 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 entschiedenen Einfordern von eigenen Entscheidungsspielräumen, beruflichen wie persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie von Gendergerechtigkeit 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 die 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.²²

²¹ „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, kulturellem und „symbolischem Kapital“, das dort wirksam wird, wo das gesellschaftliche Wertesystem bestimmte Erfahrungen mit symbolischem Wert belegt, beispielsweise Migration mit Fortschrittlichkeit oder Entwicklung assoziiert und entsprechend honoriert. (Bourdieu 1986)

²² 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.

4.1. Migration in verschiedenen Lebensprojekten

Im Folgenden werden zentrale migrationsrelevante Aspekte und Zusammenhänge der verschiedenen Lebensprojekte diskutiert, wobei dem beruflichen Lebensprojekt und Genderaspekten innerhalb der einzelnen Lebensprojekte besonderes Augenmerk geschenkt wird. 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 des beruflichen und des partnerschaftsbezogenen Lebensprojekts: 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 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.²³

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, wie Zeit zur Ausübung der Religion oder für Verpflichtungen gegenüber entfernt wohnenden Familienangehörigen, wurden bewusst zurückgestellt, um das Ziel eines akademischen Abschlusses zu erreichen. Für die nähere Zukunft steht ein Master- oder PhD-Titel im Mittelpunkt der Pläne und Sorgen nahezu aller Interviewten.

4.2. Berufliche Weiterbildung und Karriere

„[...] you get developed by and by professionally, as you are working in the district or where ever 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 Biografien und Zukunftsperspektiven. Bereits durch ihren Sekundarschulabschluss verfügen die Studierenden über ein höheres Bildungskapital als mehr als zwei Drittel der Bevölkerung. Die Aufnahme in die University of Malawi, die Bestleistungen erfordert, weist die Studierenden als Teil

²³ 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.

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, in persönlichen Werten und Prioritäten der aktuellen sozialen Umgebung auf dem Campus sowie der privaten Peergruppe hin. Aus der starken Identifizierung 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 eine akademische Karriere: Über die Berufseinstiegs- und Professionalisierungsphase hinaus sieht sich der 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 Master- oder PhD-Titel 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-fertilisation‘. 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 honoured 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: 10-11)

Folgende Gründe führen sie mehrheitlich zu einer negativen Bewertung ihrer Zukunftschancen in Malawi: (1) Hierarchien am Arbeitsplatz und die Beförderungspraxis in der Krankenpflege, in der Seniorität und Berufsjahre gegenüber Ausbildungsjahren bevorzugt werden, (2) Intransparenz, Langwierigkeit und Unsicherheit von Beförderungsverfahren (vgl. RoM 2007), (3) niedriger Pflegepersonalschlüssel und mangelhafte Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen – sei es an

Medikamenten, Infrastruktur oder Hilfsmitteln.²⁴ 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.²⁵ 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 der Patientin bzw. des Patienten 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 AbsolventInnen 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,²⁶ 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 (insbesondere in Großbritannien) 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.²⁷ In der Kolonialzeit, in der westliche

²⁴ 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.

²⁵ 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 an berufliche Weiterbildung und eine hohe Qualität der eigenen Arbeit noch schwerer erreichbar scheint.

²⁶ 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 anderen Gesundheitsfachkräften.

²⁷ Der Begriff „*culture of migration*“ wurde von Douglas Massey und seinen KollegInnen 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 unter anderem darin, dass sie erwarten, im Laufe ihres Lebens ebenfalls zu migrieren, und ihre Migration gesellschaftlich als biografisches Übergangsritual in ein erfolgreiches Leben gesehen wird, während Nicht-MigrantInnen negative Attribute zugeschrieben werden.

Krankenpflege als Teil der kolonialen Mission²⁸ eingeführt wurde, kamen MalawierInnen in der Regel nur als Hilfspersonal zum Einsatz – mit Ausnahme weniger bessergestellter Frauen, die die Möglichkeit einer Ausbildung zur Pflegerin in Großbritannien erhielten (Lwanda 2007; Grigulis 2011). Diese Situation änderte sich nach der Unabhängigkeit mit dem Aufbau von Pflegeschulen; bis zur Eröffnung des Kamuzu College of Nursing (KCN) im Jahr 1979 war jedoch die universitäre Ausbildung der Krankenpflege weiterhin zwangsläufig mit Migration verbunden.

„It is important to introduce KCN 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*“²⁹ – eine Vorstellung der Studierenden, die oft den eigenen Wunsch dorthin zu migrieren begründete. Mehrere verwiesen darauf, dass ein Großteil ihrer DozentInnen, 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 KrankenpflegerInnen im Ausland, deren Erfahrungsberichte sie zu Migration motiviert hätten.³⁰ Ihre Beschreibungen darüber, welche Transformation von Identität und Status sie mit Migration verbinden, weisen darauf hin, dass Migration für sie 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 MigrantInnen, gleichzeitig stehen solche mythischen Vorstellungen über Migration oft im Kontext starker Migrationstraditionen.³¹

²⁸ Die Einführung westlicher Pflege geht auf die koloniale Invasion zurück, in der britische KrankenpflegerInnen 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*“.

²⁹ „*ideal nursing*“ wurde von den Studierenden häufig als Beschreibung für die Krankenpflegepraxis verwendet, die sie in Großbritannien anzutreffen hoffen.

³⁰ Erwartungen, einen höheren gesellschaftlichen Status für KrankenpflegerInnen vorzufinden als in Malawi, lassen sich durchaus auch mit dokumentierten Karrieren von malawischen KrankenpflegerInnen in Großbritannien in den 1980er-Jahren zusammenbringen (Grigulis 2011). Diese können jedoch heute unter anderem 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).

³¹ Ein „*Myth of Migration*“, wie er hier sichtbar wird, etabliert und reproduziert sich auch trotz gegenteiliger Migrationserfahrungen (Dannecker 2003), wenn der Status der MigrantInnen in Beruf und Herkunftsgesellschaft stark von erfolgreichen Migrationserfahrungen abhängig gemacht wird und MigrantInnen entsprechend versuchen (müssen), den gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen – ein Zwiespalt, in dem sich malawische Krankenpflegende im Ausland häufig bewegen (Grigulis 2011).

4.2.2. Gender im beruflichen Lebensprojekt

Aus der Sicht zahlreicher Studierenden 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, in dem pflegerische Tätigkeiten in der Regel Frauen zugeschrieben werden und Pflegefachkräfte grundsätzlich in der patriarchal geprägten Hierarchie der medizinischen Berufe mit Karrierehindernissen konfrontiert sind (Muula/Nyasulu/Msiska 2004; Grigulis 2011). Die Studierenden sehen ihre Aufstiegschancen in verantwortungsvolle und gut entlohnte Entscheidungspositionen im Krankenhaus und Gesundheitssystem durch die benachteiligte Stellung ihres Berufsstands gegenüber gleichwertig ausgebildetem klinischen Personal stark beeinträchtigt.³² Männliche Studierende sehen darüber hinaus Hürden auf der Ebene beruflicher und gesellschaftlicher Anerkennung sowie der persönlichen 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: 5-6)

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 durch das Gefühl sehr erleichtert wurde, sich in diesem Beruf zu einer angesehenen Frau entwickeln und die Schwesternuniform tragen zu dürfen.

„P3F: Though I did not choose it, like everybody, I now like it, because it's like I become a real lady.“ (WS1: 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.

³² Dies betrifft insbesondere die Konkurrenz zu sogenannten *Clinical Officers* (meist männliche Hilfsärzte mit dreijähriger Ausbildung), welche für Leitungspositionen in der Regel bevorzugt werden (Muula/Maseko 2006; Grigulis 2011).

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 tragen und in ihren Zukunftsplänen berücksichtigen. Eine Studierende machte deutlich, dass die Eltern bewusst die Ausbildung einer Tochter unterstützt hatten, in der Erwartung, 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 (Larsen et al. 2005; DESA 2006; Grigulis 2011), stellten die Studierenden ihre Migrationsintentionen sehr stark als individuelle oder paarbezogenen 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 innerhalb der Region, um den Bedürfnissen zu pflegender Angehöriger entsprechen zu können. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass genderbezogen Rollen in der familiären Fürsorge und Pflege für Angehörige auf die zukünftigen Migrationsbiografien der Frauen Einfluss nehmen, wie auch für andere Regionen und Migrationskontexte dokumentiert ist (Izuhara/Shibata 2002; Boyd/Grieco 2003; Ehrenreich/Hochschild 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, das heißt die Schnittstelle von familienbezogenen und sozioökonomischen Lebensprojekten. Wie die eingangs zitierte Interviewpartnerin weiter verdeutlicht, sieht sie Migration als individuelle Strategie, Vereinbarkeit zwischen der Unterstützung der Familie und eigenen Bedarfen zu schaffen, beispielsweise für Weiterbildung, Erziehung eigener Kinder, den eigenen Lebensstandard, oder auch für wirtschaftliche Investitionen:

„[...] 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: 20-21)

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,³³ 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 MalawierInnen 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

³³ 2010 waren 58,7% (2004: 67%) aller malawischen Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren verheiratet (NSO 2011: 26; Mahowe 2004: 25). Im gleichen Jahr hatten 19,7% (2004: 17%) der Frauen und 39,4% der Männer der gleichen Altersgruppe nie geheiratet (NSO 2011: 26; Mahowe 2004: 25).

unterschiedlichen Beziehungssituationen, insbesondere unter 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: 14-15)

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 (vgl. für Japan Izuhara/Shibata 2002; 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 Akteurinnen von „*life politics*“ werden, die transnationale Räume zur Verhandlung von Genderrollen schaffen und nutzen.³⁴

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

³⁴ „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)

über Lebensentscheidungen und Lebensstile gesehen, die das vierte und fünfte Lebensprojekt betreffen (vgl. Tabelle 3). Dies schließt allgemeinere Entscheidungen – beispielsweise 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.“ (WS3: 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 GesprächspartnerInnen brachten zum Ausdruck, dass sie internationale Mobilität als Möglichkeit der Selbstverwirklichung (auch „self-fertilisation“) 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 AkademikerInnen sowie ihre Ausdrucksformen sind stark mit transnationaler Mobilität verknüpft. Was im obigen Statement als Charakteristikum einer jungen Generation von MalawierInnen 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.³⁵ 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 AkademikerInnen im Globalen Norden und Süden geteilten „Habitus“³⁶ der Mobilität hin. Diesem kommt mit Blick auf die Migrationsaffinität malawischer Studierender eine besondere Bedeutung zu: Wie der Migrationsreport zum aktuellen nationalen Zensus von 2008 aufzeigen konnte, gewinnt *Migration-to-study* unter jungen MalawierInnen 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 überwiegend in der Altersgruppe von 20-39 Jahren liegt und einen vergleichsweise hohen Frauenanteil aufweist (NSO

³⁵ 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 Partnerinnen und Partnern mit akademischer Ausbildung aus sowie durch Freundschaften mit ehemaligen KCN-Studierenden im Ausland.

³⁶ 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 (Bourdieu 1997; Rehbein 2006).

2010: 25-26).³⁷ Das Zusammentreffen von Migrationstraditionen in der Krankenpflege mit dieser starken und steigenden Studierendenmobilität unter jungen MalawierInnen allgemein 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 Vorbehalte 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 (vgl. 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 Investitionen zu leisten. Einige Frauen sehen auch eine karitative Tätigkeit in der direkten PatientInnenversorgung als Option innerhalb einer erfolgreichen Rückkehr an.

³⁷ Im Zensus wurde Migration über Fragen zu Alter, Geschlecht, Ziel, Ausreisejahr und Art der Beschäftigung im Ausland von nicht zurückgekehrten MigrantInnen 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 MigrantInnen wiederfinden könnten.

„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: 10-11)

Reflexion 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 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.“ (WS3: 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 MigrantInnen zu finden ist, die ausschließlich positive Migrationserfahrungen „nach Hause“ kommunizieren (vgl. 4.2.1. in Bezug auf die Entstehung eines „Myth of Migration“).³⁸ Die unreflektierten *Brain Gain*-Erwartungen der Studierenden reflektieren das internationale „Mantra“ über Migration und Entwicklung, das die Potentiale 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 Potentiale 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).³⁹ 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 MigrantInnen und ihr Engagement im Hinblick auf stärker „empowernde“ Entwicklungswege für ihre Herkunftsländer tatsächlich einnehmen. Die Studierenden

³⁸ 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.

³⁹ Bauman (2000: 216) 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'.“

imaginieren sich eher als neue „globale“ AkteurInnen auf einem sehr klassischen Entwicklungsweg, der dem der kolonialen Mission von KrankenpflegerInnen erstaunlich ähnelt.⁴⁰

4.6. Religion und Migration

Die zentrale Rolle von Religion als leitendem spirituellen 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 (van Dijk 2002; Levitt 2003; Vásquez 2009). So wird über die Mitgliedschaft zu transnationalen Kirchen einerseits das Bewusstsein der Zugehörigkeit zu einer globalen Community gestärkt, andererseits westliche Werte von Individualität von 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 dienen⁴¹ 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 Forschungsfragen wie folgt zusammenfassend beantworten: *In how far are migration intentions relevant to the life planning of students with a degree in nursing? Which experiences and ideas of migration, which life scripts and self-identities explain this relevance?*

⁴⁰ 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)

⁴¹ 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.

Internationale Migration nimmt in den Lebensentwürfen fast aller Forschungsteilnehmenden eine zentrale Position ein: Bei der Verwirklichung ihrer beruflichen Weiterbildungs- und Karrierepläne, ihrer Ziele in Bezug auf soziale Zugehörigkeit und Selbstverwirklichung sowie um familiäre und soziale Erwartungen in Balance zum persönlich favorisierten Lebensstil und -standard zu bringen. Die überwiegend temporären Migrationsprojekte fungieren als „Übergangsrituale“, durch die die erheblichen beruflichen, sozialen und ökonomischen Hürden, vor denen sie in Malawi stehen, überwunden werden sollen. Migration wird zur biografischen Strategie, sich Zugang zu westlichen Lebensstilen, exklusivem Fachwissen, persönlicher Horizonterweiterung und sozialer Anerkennung innerhalb der mobilen globalen Bildungselite zu verschaffen, und die individuellen Entscheidungs- und Selbstverwirklichungsspielräume in der räumlichen Distanz zu sozialen, insbesondere genderbezogenen Erwartungen in Malawi zu erweitern. Insbesondere für alleinstehende Frauen ist dies ein wesentliches Moment der Migrationsintentionen.

Which collective experiences and ideas of migration, life scripts and self-identities explain this relevance?

Die Migrationsprojekte der Studierenden sind im Kern individuell motiviert, berücksichtigen jedoch soziale und familiäre Erwartungen an sie als KrankenpflegerInnen, MigrantInnen, AkademikerInnen, PartnerInnen und Familienmitglieder. Gleichzeitig werden die individuellen Migrationsprojekte auf der Basis kollektiver Vorstellungen über das vielfältige Kapital internationaler Migration konstruiert und spiegeln einen gesellschaftlichen „Mythos der Migration“ wider, über den historische Beziehungen zwischen der Krankenpflege in Großbritannien und Malawi sowie religiöse Vorstellungen einer globalen Mitgliedschaft auf heutige Migrationsintentionen einwirken können. Insbesondere Migrationstraditionen hochqualifizierter Krankenpflegender sowie soziale Bilder über den Nexus Qualifizierung-Migration-Entwicklung werden aufgegriffen, im Migrationsdiskurs der Peergruppe überformt und für die individuellen Migrationsprojekte mobilisiert.

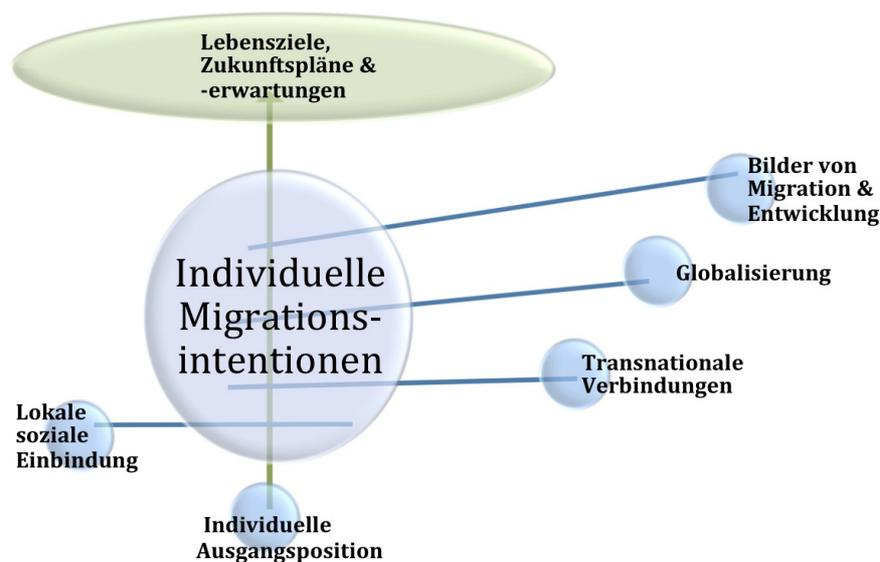
Durch die biografische Analyse von Migrationsintentionen lassen sich die eingangs vorgestellten Gründe von Migration in der Krankenpflege für den malawischen Kontext um einige Aspekte und Perspektiven ergänzen. Diese können unter Umständen auch über den malawischen Kontext hinaus die Diskussion des Themas bereichern (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Biografisch relevante Faktoren von Migration in der Krankenpflege

Individuelle Ausgangsbedingungen	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 KrankenpflegerInnen 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 KrankenpflegerInnen und AkademikerInnen Religion und globalisierte Lifestyles als transnationale Bezugssysteme
Globalisierung und koloniale Bezüge	Globaler Arbeitsmarkt für KrankenpflegerInnen und AkademikerInnen 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 Unter-Entwicklung (persönlich, gesellschaftlich, beruflich), z.B. idealisierende Vorstellungen über: <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Transformation durch Teilhabe an westlichem Leben - das britische Krankenpflegesystem und den Status von KrankenpflegerInnen (seit der Kolonialzeit bestehende/reproduzierte Bilder westlicher Pflege)

Quelle: Übersicht übersetzt und angepasst aus Voßemer (2012: 87).

Abbildung 3: Migration in den Lebensentwürfen malawischer KrankenpflegerInnen – grafisches Resumee



Quelle: Übersicht übersetzt und angepasst aus Voßemer (2012: 88).

5. Entwicklungspolitische Konsequenzen

Die Studienergebnisse geben aus einer biografischen Perspektive Anstöße, entwicklungs- und migrationspolitische Ansätze zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig bedingen Zugang und Umfang der Studie, dass sich keine konkreten Politikempfehlungen ableiten lassen.

Trotz unterschiedlicher biografischer Hintergründe der Studierenden weisen die Ergebnisse sehr klar auf eine generell hohe Migrationsbereitschaft hin, auch wenn angesichts der Volatilität von Lebensplanungen und der wichtigen Rolle externer Faktoren in Migrationsentscheidungen die frühen, unpräzisen Migrationsintentionen nicht als Migrationsprognosen zu interpretieren sind. Die sehr überwiegende Fokussierung der Studierenden auf temporäre Migration von zwei bis fünf Jahren rückt erfolgreiche Rückkehr, nicht zirkuläre Migration oder Engagement aus der Distanz ins Zentrum der Überlegungen.

5.1. Karrierewege und Zukunftsplanung

Vermittelt über soziale Konstruktionen von Solidarität und Reziprozität, ist der persönliche Beitrag zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung in Malawi in vielen Lebensentwürfen verankert. In Bezug auf die Rückkehr in das berufliche Umfeld fällt die starke Verbundenheit von Studentinnen zur Krankenpflege, von fast allen Studierenden zu Berufen im breiteren Gesundheitsbereich auf. Die Studierenden bringen hohe Wertschätzung für Fortbildungsangebote des öffentlichen malawischen Gesundheitssystems zum Ausdruck, was dessen Attraktivität als zukünftiger Arbeitgeber erhöht. Diese positiven Wahrnehmungen gelten als wesentliche Faktoren für Rückkehrentscheidungen, während fehlende Perspektiven und nicht realisierbare Erwartungen von und an zurückkehrende(n) MigrantInnen diese tendenziell behindern (Haour-Knipe/Davies 2008; Chappell/Glennie 2010). Ohne das Kapital eines erfolgreichen Migrationsprojekts sehen die Studierenden kaum Chancen der beruflichen Entwicklung in Malawi, was die Bedeutung der schwer zu realisierenden Migrationsprojekte innerhalb der Visionen über eine hoffnungsvolle Zukunft hervorhebt.

Angesichts der zu erwartenden Migrationsbedingungen und der Situation des malawischen Gesundheitssystems ist die Realisierbarkeit der Migrationsprojekte in diesem Sinne anzuzweifeln.⁴² Die Aussagen der Studierenden weisen vielmehr auf einen Informationsmangel über Migrationsbedingungen und Herausforderungen ihrer *Migration-to-study*-Projekte hin. Ihre oft verklärt wirkenden Bilder spiegeln das symbolische Kapital von Migration wider und reproduzieren den tradierten *Myth of Migration*. Vor diesem Hintergrund erscheinen umfassende Information und frühe

⁴² Dies gilt nicht nur für die Pläne der Studierenden, schnell im Ausland zu studieren und Ersparnisse aufzubauen, sondern auch für Karrierewege von MasterabsolventInnen im malawischen Gesundheitssystem, die entgegen den Erwartungen oft von langwierigen und intransparenten Beförderungsbedingungen gezeichnet sind (Muula/Maseko 2006; RoM 2007).

Unterstützung in ihrer individuellen Karriereplanung wichtig. Die aktuellen Masterprogramme in Malawi bieten nur wenigen derzeit eine verlässliche Alternative.

Gleichzeitig erscheint es schwierig, die jungen AbsolventInnen längerfristig für die Arbeit im unteren Krankenhausmanagement zu gewinnen, zieht man ihre Karriereorientierung in Betracht. Die Ergebnisse unterstreichen, dass das derzeitige Ausbildungssystem eine Gruppe von Krankenpflegenden fördert, die nur in gehobenen Positionen und meist städtischen Räumen Perspektiven für sich sehen. Ihnen Wege ins mittlere und höhere Gesundheitsmanagement und in die Politik zu ebnen, wo ebenfalls eine hohe Vakanz besteht, erscheint für ihr Commitment für den Beruf zentral. Genderbedingte Karrierehürden sind hierbei besonders zu bedenken: Die Berufsgruppe der Krankenpflege ist innerhalb der medizinischen Hierarchie ‚feminisiert‘, was auch die Benachteiligung von PflegerInnen, insbesondere von Frauen, beim Aufstieg in Gesundheitsadministration, -management und -politik mit sich bringt (Evans 2004; Muula/Maseko 2006). Angesichts des Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften in Gesundheitszentren und Krankenhäusern stellt sich des weiteren die Frage, ob und wie das Wissen und die Erfahrungen hochqualifizierter Krankenpflegender auch für die konkreten Gesundheitsdienstleistungen nutzbar gemacht werden können.

5.2. Erfolgreiche Migrationsprojekte ermöglichen

Die zentrale und umfassende biografische Bedeutung von Migration in der jungen Generation von hochqualifizierten KrankenpflegerInnen lenkt den Fokus weg von der entwicklungspolitischen Frage nach Alternativen zu Migration, hin zur Frage, wie erfolgreiche Migrationsprojekte im Interesse der KrankenpflegerInnen und des Gesundheitssystems ermöglicht werden können. Die starke Fixierung vieler junger KrankenpflegerInnen auf ein Studium im Land des *ideal Nursing* veranschaulicht auch die Rolle des Exports westlicher Curricula für Migrationsintentionen unter Hochqualifizierten.

Auch da Malawi in absehbarer Zukunft in der Krankenpflege, wie in vielen Fachbereichen, zur Ausbildung von SpezialistInnen 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 KrankenpflegerInnen zu Rückkehr und Engagement in Malawi negativ beeinflussen – insbesondere angesichts der hohen sozialen Erwartungen an zurückkehrende Hochqualifizierte (VSO o.J.; Haour-Knipe/Davies 2008). Aktuelle Studien zu (unter anderen malawischen) KrankenpflegerInnen in Großbritannien führen die negativen Konsequenzen der rezenten restriktiven Politiken auf Lebensstandard und Entwicklungsmöglichkeiten von MigrantInnen sowie deren Rückkehrperspektiven bereits deutlich vor Augen (Adhikari/Grigulis 2013; Cuban 2013).

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 biografischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontexte von hochqualifizierten KrankenpflegerInnen 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 potentieller MigrantInnen verspricht. Aufnahmeländer und entwicklungspolitische Akteure sollten entsprechend ihre Aufgabe darin begreifen, zum einen die gemeinsamen Interessen von MigrantInnen 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. Erfolgreiche Migration und Rückkehr zu ermöglichen, erscheint vor dem Hintergrund der Studienergebnisse ein wesentlicher Schritt in diese Richtung. Die Studienergebnisse unterstreichen, dass die Migration von malawischen Hochqualifizierten allgemein größerer Aufmerksamkeit bedarf, womit sie den dokumentierten *Migration-to-study*-Trend unter jungen MalawierInnen unterfüttern. Dieser Trend sollte in der Migrationsforschung und -politik Malawis mehr Aufmerksamkeit erhalten. Des weiteren ist die Erhebung konsistenterer Daten zu Migration und Rückkehr in der Krankenpflege zentral, um Trends und Potentiale genauer und umfassender einschätzen zu können.

Literaturverzeichnis

- Adhikari, Radha/Grigulis, Astrida (2013): Through the Back Door: Nurse Migration to the UK from Malawi and Nepal, a Policy Critique. In: Health Policy and Planning online, 1-9.
- AHWO – African Health Workforce Observatory (2009): Human Resources for Health Country Profile Malawi. Country Report. WHO, Global Health Workforce Alliance, http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/Ro48_AHWO_2009_Malawi_HRHPProfile.pdf (30.05.2013).
- Alonso-Garbayo, Álvaro/Maben, Jill (2009): Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. In: Human Resources for Health 7/4, 37.
- Bach, Steven (2003): International migration of health workers: Labour and social issues. International Labour Office Working Paper No. 209, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.90.4214&rep=rep1&type=pdf> (01.06.2013).
- Bauman, Zygmunt (2000): Social Issues of Law and Order. In: British Journal of Criminology 40/2, 205-221.
- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2012): Pilotprojekt: Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegekräften, <http://m.bmwi.de/DE/Themen/wirtschaft,did=591614.html> (25.05.2013).
- Bourdieu, Pierre (1986): The Forms of Capital. In: Richardson, John G. (Hg.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. New York: Greenwood Press, 241-258.
- Bourdieu, Pierre (1997): Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Boyd, Monica/Grieco, Elizabeth (2003): Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory. In: Migration Information Source, <http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=106> (30.05.2013).
- Buchan, James (2008): How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? World Health Organization Policy Brief to the WHO European Ministerial Conference on Health Systems: „Health Systems, Health and Wealth, Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf?ua=1 (30.05.2013).
- Buchan, James/McPake, Barbara (2007): The Impact of the Department of Health, England, Code of Practice on International Recruitment. Edinburgh: Queen Margaret University.
- Buchan, James/Secombe, Ian (2012): Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012. London: Royal College of Nursing.
- Buerhaus, Peter I./Donelan, Karen/Norman, Linda/Dittus, Robert (2005): Nursing Students' Perceptions of a Career in Nursing and Impact of a National Campaign Designed to Attract People into the Nursing Profession. In: Journal of Professional Nursing 21/2, 75-83.
- Chappell, Laura/Glennie, Alex (2010): Show Me the Money (and Opportunity): Why Skilled People Leave Home – and Why They Sometimes Return. In: Migration Information Source, <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=779> (31.05.2013).
- Cheru, Fantu (2002): Debt, adjustment and the politics of effective response to HIV/AIDS in Africa. In: Third World Quarterly 23/2, 299-312.
- Chimombo, Joseph (2009): Expanding post-primary education in Malawi: are private schools the answer? In: Compare: A Journal of Comparative and International Education 39/2, 167-184.
- Clemens, Michael A./Pettersson, Gunilla (2008): New Data on African Health Professionals Abroad. In: Human Resources for Health 6/1, 1.
- Connell, John/Buchan, James (2011): The Impossible Dream? Codes of Practice and the International Migration of Skilled Health Workers. In: World Medical & Health Policy 3/3, 1-17.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (1990): Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. In: Qualitative Sociology 13/1, 3-21.

- Crush, Jonathan/Williams, Vincent/Peberdy, Sally (2005): Migration in Southern Africa. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration, http://www.sarpn.org/documents/d0001680/P2030-Migration_September_2005.pdf (28.05.2013).
- Cuban, Sondra (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. In: International Organization for Migration (Hg.): Crushed Hopes. Geneva: International Organization for Migration, 39-76.
- Dannecker, Petra (2003): The Construction of the Myth of Migration: Labor Migration from Bangladesh to Malaysia. Center on Migration, Citizenship and Development (COMCAD) Working Paper No. 345, http://www.uni-bielefeld.de/~28de%29/tdrc/ag_soanth/publications/working_papers/Wp345.PDF (30.05.2013).
- DESA – Department of Economic and Social Affairs (2004): World Survey on the Role of Women in Development. Women and International Migration. New York: United Nations, <http://www.un.org/womenwatch/daw/public/WorldSurvey2004-Women&Migration.pdf> (30.05.2013).
- Dovlo, Delanyo (2003): The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa. Case study prepared for a Regional Training Conference on „Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!“, Accra, September 23-25, http://www.worldbank.org/afr/teia/conf_0903/dela_dovlo.pdf (31.05.2013).
- Ehrenreich, Barbara/Hochschild, Arlie Russell (2004): Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy. New York: Henry Holt and Company.
- Evans, Joan (1997): Men in Nursing: Issues of Gender Segregation and Hidden Advantage. In: Journal of Advanced Nursing 26/2, 226-231.
- Evans, Joan (2004): Men Nurses: A Historical and Feminist Perspective. In: Journal of Advanced Nursing 47/3, 321-328.
- Faist, Thomas (2007): Transnationalisation and development(s). Towards a North-South perspective. Center on Migration, Citizenship and Development (COMCAD) Working Paper No. 16, <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2318465> (30.05.2013).
- Findlay, Allan M/King, Russell/Smith, Fiona M/Geddes, Alistair/Skeldon, Ronald (2012): World Class? An Investigation of Globalisation, Difference and International Student Mobility. In: Transactions of the Institute of British Geographers 37/1, 118-131.
- Giddens, Anthony (1991): Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, Anthony (1995): Affluence, Poverty and the Idea of a Post-Scarcity Society. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Discussion Paper No. 63, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=D04C41AAF1FA94FF80256B67005B67B8&parentdocty pe=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/D04C41AAF1FA94FF80256B67005B67B8/\\$file/dp63.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=D04C41AAF1FA94FF80256B67005B67B8&parentdocty pe=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/D04C41AAF1FA94FF80256B67005B67B8/$file/dp63.pdf) (31.05.2013).
- GIZ – Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (o.J.): Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften, <http://www.giz.de/themen/de/37868.htm> (30.05.2013).
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2005): Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Grigulis, Astrida I./Prost, Audrey/Osrin, David (2009): The lives of Malawian nurses: the stories behind the statistics. In: Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 103/12, 1195-1196.
- Grigulis, Astrida I. (2011): Lives of Malawian nurses: Stories behind the statistics. London: University College Centre for International Health and Development, Dissertation.
- Haour-Knipe, Mary/Davies, Anita (2008): Return Migration of Nurses. Geneva, Philadelphia: International Centre on Nurse Migration.
- IRIN (2011): MALAWI: UK aid cuts hit health care. In: IRIN humanitarian news and analysis, 6. Juni 2011, <http://www.irinnews.org/Report/92877/MALAWI-UK-aid-cuts-hit-health-care> (30.05.2013).
- Israr, Syed M./Razum, Oliver/Ndiforchu, Victor/Martiny, Patrick (2000): Coping Strategies of Health Personnel during Economic Crisis: A Case Study from Cameroon. In: Tropical Medicine & International Health 5/4, 288-292.

- Izuhara, Misa/Shibata, Hiroshi (2002): Breaking the chain of the generational contract? Japanese migration and old-age care in Britain. In: Bryceson, Deborah/Vuorela, Ulla (Hg.): The transnational family: New European frontiers and global networks. Oxford: Berg, 155-169.
- KCN – Kamuzu College of Nursing (2010): Offizielle Statistik der Schuladministration [unveröffentlicht].
- Kadzamira, Esmé Chipo (2003): Where Has All the Education Gone in Malawi? Sussex: Institute of Development Studies, <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC14739.pdf> (30.05.2013).
- Kadzandira, John M. (2008): Malawi Health Sector Employee Census 2007. Lilongwe: Ministry of Health.
- Kanchanachitra, Churnrurtai/Lindelov, Magnus/Johnston, Timothy/Hanvoravongchai, Piya/Lorenzo, Fely M./Huong, Nguyen L./Wilopo, Siswanto A./dela Rosa, Jennifer F. (2011): Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. In: The Lancet 377/9767, 769-781.
- Keddi, Barbara (2008): Junge Frauen: Vom doppelten Lebensentwurf zum biografischen Projekt. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 428-433.
- Kingma, Mireille (2007): Nurses on the Move: A Global Overview. In: Health Services Research 42/3 Pt 2, 1281-1298.
- Lachenmann, Gudrun (1983): Human Resources for Primary Health Care: Problems of International Co-operation and Co-ordination in Dominican Republic, Arab Republic of Egypt, Malawi. Report to the Ministry of Economic Co-operation (BMZ). Berlin: German Development Institute (GDI).
- Larsen, John A. (2007): Embodiment of Discrimination and Overseas Nurses' Career Progression. In: Journal of Clinical Nursing 16/12, 2187-2195.
- Larsen, John A./Allan, Helen T./Bryan, Karen/Smith, Pam (2005): Overseas Nurses' Motivations for Working in the UK Globalization and Life Politics. In: Work, Employment & Society 19/2, 349-368.
- Levitt, Peggy (2003): „You Know, Abraham Was Really the First Immigrant“: Religion and Transnational Migration. In: International Migration Review 37/3, 847-873.
- Lewin, Keith/Sayed, Yusuf (2005): Non-Government Secondary Schooling in Sub-Saharan Africa. Exploring the Evidence in South Africa and Malawi. Department for International Development (DFID) Researching the Issues No. 59, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dfid.gov.uk/documents/publications/nongov-2nd-schooling-africa.pdf> (31.05.2013).
- Longley, Marcus/Shaw, Christine/Dolan, Gina (2007): Nursing: towards 2015. Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015. Report commissioned by the Nursing and Midwifery Council. Pontypridd: Welsh Institute for Health and Social Care.
- Lwanda, John (2007): Scotland, Malawi and Medicine: Livingstone's Legacy, I Presume? An Historical Perspective. In: Scottish Medical Journal 52/3, 36-44.
- Mahowe, Mylen (2004): Characteristics of Respondents and Women's Status. In: National Statistical Office (Hg.): Malawi National Demographic and Health Survey. Zomba: National Statistical Office, 25-53.
- Manafa, Ogenna/McAuliffe, Eilish/Maseko, Fresier/Bowie, Cameron/MacLachlan, Malcolm/Normand, Charles (2009): Retention of Health Workers in Malawi: Perspectives of Health Workers and District Management. In: Human Resources for Health 7/1, 65.
- Mangham, Lindsay (2007): Addressing the Human Resource Crisis in Malawi's Health Sector. ESAU Economic and Statistical Analysis Unit Working Paper No. 18, <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2505.pdf> (31.05.2013).
- Massey, Douglas S./Arango, Joaquin/Hugo, Graeme/Kouaouci, Ali/Pellegrino, Adela/Taylor, J. Edward (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. In: Population and Development Review 19/3, 431-466.
- Mills, Edward J./Schabas, William A./Volmink, Jimmy/Walker, Roderick. B./Ford, Nathan/Katabira, Elly/Anema, Aranka/Joffres, Michel/Cahn, Pedro/Montaner, Julio (2008): Should active recruitment of health workers from sub-Saharan Africa be viewed as a crime? In: The Lancet 371/9613, 685-688.

- Mkwinda-Nyasulu, Betty/Chilemba, Winnie (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, 28 May 2007, Kamuzu College of Nursing and Bunda College in collaboration with the university of Dundee, Malawi [unveröffentlicht].
- MoH – Ministry of Health Malawi (2011a): Malawi Health Sector Strategic Plan 2011 – 2016: Moving towards equity and quality. Policy Document. Lilongwe: Government of Malawi, Ministry of Health, <http://www.medcol.mw/commhealth/publications/3%20Malawi%20HSSP%20Final%20Document%20%283%29.pdf> (01.06.2013).
- MoH – Ministry of Health Malawi (2011b): Nurse/Midwife Training Operational Plan. Field Assessments, Analysis and Scale-up Plans for Nurse Training Institutions. Government of Malawi, Ministry of Health, http://www.k4health.org/sites/default/files/Malawi_National%20Nurse%20Training%20Operational%20Plan.pdf (01.06.2013).
- Mueller, Dirk H./Lungu, Douglas/Acharya, Arnab/Palmer, Natasha (2011): Constraints to Implementing the Essential Health Package in Malawi. In: PLoS ONE 6/6, e20741.
- Mundt, Hans Werner (2011): Brain Drain aus Afrika – Emigrieren die besten Köpfe in den Norden? In: Nebe, Johannes Michael (Hg.): Herausforderung Afrika. Gesellschaft und Raum im Wandel. Baden-Baden: Nomos, 193-208.
- Muula, Adamson S./Maseko, Fresier C. (2006): How Are Health Professionals Earning Their Living in Malawi? In: BMC Health Services Research 6/1, 97.
- Muula, Adamson S./Nyasulu, Yohane/Msiska, Gladys (2004): Gender Distribution of Teaching Staff and Students at the Kamuzu College of Nursing, Malawi 1979-2001. In: African Journal of Health Sciences 11/1-2, 74-76.
- Muula, Adamson S./Panulo, Ben/Maseko, Fresier C. (2006): The Financial Losses from the Migration of Nurses from Malawi. In: BMC Nursing 5/1, 9.
- Nguyen, Lisa/Ropers, Steven/Nderitu, Esther/Zuyderduin, Anneke/Luboga, Sam/Hagopian, Amy (2008): Intent to Migrate among Nursing Students in Uganda: Measures of the Brain Drain in the next Generation of Health Professionals. In: Human Resources for Health 6/1, 5.
- Nieswand, Boris (2011): Der Migrations-Entwicklungs-Nexus in Afrika. Diskurswandel und Diasporaformation. In: Baraulina, Tatjana/Kreienbrink, Axel/Riester, Andrea (Hg.): Potenziale der Migration zwischen Afrika und Deutschland. Nürnberg/Eschborn: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (=Beiträge zur Migration und Integration, Band 2), 400-425.
- NMCM – Nurses and Midwives Council of Malawi (2010): Statistical Data Sheets of the Registrar: certificates of professional qualification to NMCs abroad. [Unveröffentlicht].
- NSO – National Statistical Office (2010): Migration Report of the 2008 Malawi Population and Housing Census. Zomba: National Statistical Office Malawi, http://www.nso.malawi.mw/images/stories/data_on_line/demography/census_2008/Main%20Report/ThematicReports/Migration%20Report.pdf (01.06.2013).
- NSO – National Statistical Office (2011): Malawi Demographic and Health Survey 2010. Zomba: National Statistical Office Malawi, http://www.nso.malawi.net/index.php?option=com_content&view=article&id=175:the-2010-malawi-demographic-and-health-survey-2010-mdhs&catid=8&Itemid=46 (01.06.2013).
- Nyasa Times [Anonymus] (2013a): No ,freebies': Malawi reintroduces paying services in public hospitals. In: Nyasa Times online, 13.05.2013, <http://www.nyasatimes.com/2013/05/13/no-freebies-malawi-reintroduces-paying-services-in-public-hospitals/comment-page-3/> (01.06.2013).
- Nyasa Times [Anonymus] (2013b): Malawi activist cautions against paying services in public hospitals. In: Nyasa Times online, 16.05.2013, <http://www.nyasatimes.com/2013/05/16/malawi-activist-cautions-against-paying-services-in-public-hospitals/> (01.06.2013).
- O'Donnell, Catherine A./Jabareen, Hussein/Watt, Graham C. (2010): Practice Nurses' Workload, Career Intentions and the Impact of Professional Isolation: A Cross-Sectional Survey. In: BMC Nursing 9/1, 2.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2008): The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond? Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, http://cdrwww.who.int/entity/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf (01.06.2013).

- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2012): Health: Growth in health spending grinds to a halt. Presseinformation, 28.06.2012, <http://www.oecd.org/newsroom/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm> (30.05.2013).
- O'Neil, Mary/Jarrah, Zina/Nkosi, Leonard/Collins, David/Perry, Cary/Jackson, Julia/Kuchande, Harold/Mlambala, Albert (2010): Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Plan. EHRP Final Report. Cambridge: Department for International Development (DFID).
- Padarath, Ashnie/Chamberlain, Charlotte/McCoy, David/Ntuli, Antoinette/Rowson, Mike/Loewenson, Rene (2004): Health Personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain. EQUINET Discussion Paper No. 3, http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Padarath%20et%20al.%20-%20Medact-HST-Equient.pdf (04.04.2013)
- Palamuleni, Martin E. (2011): Socioeconomic determinants of age at marriage in Malawi. In: International Journal of Sociology and Anthropology 3/7, 224-235.
- Palmer, Debbie (2006): Tackling Malawi's Human Resources Crisis. In: Reproductive Health Matters 14/27, 27-39.
- Rehbein, Boike (2006): Die Soziologie Pierre Bourdieus. Konstanz: UVK.
- RoM – Republic of Malawi/Ministry of Health/Malawi Health SWAp Donor Group/GTZ (2007): Human Resources / Capacity Development within the Health Sector. Needs Assessment Study, http://www.jica.go.jp/cdstudy/library/pdf/C20071127_05.pdf (04.04.2013)
- Ruckert, Arne/Labonté, Ronald (2012): The Financial Crisis and Global Health: The International Monetary Fund's (IMF) Policy Response. In: Health Promotion International, <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/14/heapro.das016> (04.04.2013).
- Scheffler, Richard M./Brown Mahoney, Chris/Fulton, Brent/Poz, Mario R./Preker, Alexander S. (2009): Estimates Of Health Care Professional Shortages In Sub-Saharan Africa By 2015. In: Health Affairs 28/5, w849-w862.
- Schultheiss, Katrin (2010): Imperial Nursing: Cross-Cultural Challenges for Women in the Health Professions: A Historical Perspective. In: Policy, Politics, & Nursing Practice 11/2, 151-157.
- Skeldon, Ronald (2005): Globalization, Skilled Migration and Poverty Alleviation: Brain Drains in Context. Development Research Centre on Migration, Globalization and Poverty Working Paper No. T15, http://www.migrationdrc.org/publications/working_papers/WP-T15.pdf (31.05.2013).
- Smith, Pam/Mackintosh, Maureen (2007): Profession, Market and Class: Nurse Migration and the Remaking of Division and Disadvantage. In: Journal of Clinical Nursing 16/12, 2213-2220.
- Tambulasi, Richard I./Chasukwa, Michael (2011): Holding the brains back in: an assessment of measures against brain drain in the Malawian health sector. Lilongwe [unveröffentlicht].
- Tambulasi, Richard I. (2011): Policy Transfer and Service Delivery Transformation in Developing Countries: The Case of Malawi Health Sector Reforms. Manchester: University of Manchester Business School, Dissertation.
- UNDP – United Nations Development Programme (2013) Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World, http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf (01.06.2013).
- UNIMA – University of Malawi (2010): University of Malawi Strategy for Addressing Implications of Globalization in Higher Education. Draft, <http://www.google.at/url?q=http://www.maastrichtuniversity.nl/web/file%3Fuuid%3Df4ce3153-347e-4364-a8d1-7ab689a3dbd9%26owner%3Dd174c69d-dc91-4ffc-9doc-57eb26120861&sa=U&ei=CteVU7LiNYfGPaekgMgP&ved=oCB4QFjAA&usg=AFQjCnENqjj2JYHopgG1Kgc8qCvghURshw> (01.06.2013).
- Van Dijk, Rijk A. (2002): Religion, reciprocity and restructuring family responsibility in the Ghanaian Pentecostal diaspora. In: Bryceson, Deborah/Vuorela, Ulla (Hg.): The transnational family: New European frontiers and global networks. Oxford: Berg, 173-196.
- Van Eyck, Kim (2004): Women and International Migration in the Health Sector. Final Report of Public Services International's Participatory Action Research 2003, http://www.world-psi.org/Content/ContentGroups/English7/Publications1/Final_Report_Migration.pdf (04.04.2013).
- Vásquez, Manuel A. (2009): The Global Portability of Pneumatic Christianity: Comparing African and Latin American Pentecostals. In: African Studies 68/2, 273-286.
- Vinokur, Annie (2006): Brain migration revisited. In: Globalisation, Societies and Education 4/1, 7-24.

- Voßemer, Christiane (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. Wien: Universität Wien, Diplomarbeit.
- VSO – Volunteer Service Overseas (o.J.): Brain Gain: Making Health Worker Migration Work for Rich and Poor Countries. VSO briefing: the perspective from Africa, http://www.vsointernational.org/Images/Brain_Gain_tcm76-28869.pdf (01.06.2013).
- WBDRG – The World Bank Development Research Group [Nellemann, Søren/Van Uythem, Bart/Bashir, Sajitha/Higgins, Cathal/Mambo, Michael/Galloway, Rae/Majgaard, Kirsten/Tencalla, Yves] (2004): Cost, Financing and School Effectiveness of Education in Malawi A future of limited choices and endless opportunities. The World Bank Development Research Group's Africa Region Human Development Working Paper No. 78, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2004/08/6044415/cost-financing-school-effectiveness-education-malawi-future-limited-choices-endless-opportunities> (01.06.2013).
- WHA – World Health Assembly (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Policy Guideline A63/VR/8, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf (01.06.2013).
- WHO – World Health Organization (2008): Malawi's Emergency Human Resources Programme. Country Case Study. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance, http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/CS_Malawi_web_En.pdf (01.06.2013).
- ZAR – Republic of South Africa, Department of Health (2006): Recruitment and Employment of Foreign Health Professionals in the Republic of South Africa. Policy. Pretoria: National Department of Health, Foreign Workforce Management Programme, <http://www.doh.gov.za/docs/policy/recruitment.pdf> (01.06.2013).
- 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. Policy, http://www.doh.gov.za/docs/policy/2010/fwm_policy.pdf (01.06.2013).

Verzeichnis der erhobenen Daten

Abbreviation	Document cited	Participant Acronyms	Date of data collection	Duration
WS1	Workshop No. 1 Transcript of final discussion	P1-P7 (P1-P4 female, P5-P7 male)	28/10/2010	1:10 hours approx.
WS2	Workshop No. 2 Transcript of final discussion	P8-P15 (P8-P12 female, P13-P15 male)	30/10/2010	1:15 hours approx.
WS3	Workshop No. 3 Transcript of final discussion	P16-P24 (P16-P22 female; P23-P24 male)	04/11/2010	1:20 hours approx.
WS4	Workshop No. 4 Transcript of final discussion	P25-P32 (all female)	05/11/2010	1:00 hours approx.
WS5	Workshop No. 5 Transcript of final discussion	P33-P39 (P33-P38 female, P39 male)	06/11/2010	0:50 hours approx.

Abbreviation	Document cited	Date (dd/mm/yyyy)	Duration
Interview P2F	Trancript of Interview with Participant 2, female	24/11/2010	65 min approx.
Interview P5M	Trancript of Interview with Participant 5, male	30/11/2010	45 min approx.
Interview P10F	Trancript of Interview with Participant 10, female	26/11/2010	50 min approx.
Interview P14M	Trancript of Interview with Participant 14, male	25/11/2010	50 min approx.
Interview P15M	Trancript of Interview with Participant 15, male	26/11/2010	45 min approx.
Interview P25F	Trancript of Interview with Participant 25, female	26/11/2010	65 min approx.
Interview P31F	Trancript of Interview with Participant 31, female	26/11/2010	45 min approx.
Interview P32F	Trancript of Interview with Participant 32, female	25/11/2010	60 min approx.
Interview P33F	Trancript of Interview with Participant 33, female	26/11/2010	65 min approx.
Interview P36F	Trancript of Interview with Participant 36, female	30/11/2010	45 min approx.



Universität Wien
Institut für Internationale Entwicklung
Sensengasse 3/2/2
A-1090 Wien (Austria)
Website: <http://ie.univie.ac.at>