

# Globale Lücken

**Wie Deutschland seinen Pflegenotstand  
zum Problem anderer Länder macht**



## **Impressum**

Brot für die Welt  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e. V.

---

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin

---

Telefon +49 30 65211 0  
info@brot-fuer-die-welt.de  
www.brot-fuer-die-welt.de

---

**Autoren** German Andres Alarcon  
Garavito, Juliana Ferreira de Santana  
**Redaktion** Julia Stoffner, Lou-Marleen  
Appuhn, Michael Billanitsch  
**V. i. S. d. P.** Dr. Jörn Grävingholt  
**Fotos** Shutterstock/Focus Pix, Titel;  
picture alliance/Sipa USA, S. 13; Stefan  
Hauck, S. 15; Paola Reine, S. 17, 20  
**Layout** Simon Gümpel

---

## **Spenden**

Brot für die Welt  
Bank für Kirche und Diakonie  
IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00  
BIC: GENODED1KDB

---

Berlin, Februar 2026

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>Überblick über die Gesundheitssysteme in Brasilien und Kolumbien</b>	<b>6</b>
<b>Maßnahmen zur Anwerbung und Abwanderung von Gesundheitspersonal</b>	<b>13</b>
<b>Auswirkungen der internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal</b>	<b>16</b>
<b>Weiterführende Lehren und Empfehlungen</b>	<b>18</b>
<b>Fazit</b>	<b>20</b>
<b>Abkürzungen</b>	<b>22</b>
<b>Literatur</b>	<b>23</b>

# Vorwort

Angesichts des zunehmend spürbaren Fachkräftemangels im deutschen Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege gilt die Anwerbung ausländischer Gesundheitsfachkräfte in der deutschen Politik als einer der zentralen Lösungsansätze.

Immer mehr bilaterale Abkommen zwischen der Bundesagentur für Arbeit und Drittstaaten, sogenannte Vermittlungsabsprachen, sollen hierbei den rechtlichen Rahmen für eine strukturierte Anwerbung ausländischer Fachkräfte schaffen und die Einwanderung sichern.

Besonders im Fokus stehen Abkommen mit Ländern des Globalen Südens; die Folgen für die Herkunftsländer werden jedoch häufig kaum berücksichtigt. Während das deutsche Gesundheitssystem von im Ausland ausgebildeten Fachkräften profitiert, fehlen diese in den nationalen Gesundheitssystemen ihrer Herkunftsländer.

Das wirtschaftliche Ungleichgewicht ermöglicht es Deutschland, Gesundheitsfachkräfte aus Ländern abzuwerben, die ihrerseits selbst von Fachkräftemangel betroffen sind. So wurden beispielsweise mit Brasilien und Kolumbien bilaterale Vermittlungsabsprachen zur Anwerbung von Gesundheitspersonal nach Deutschland geschlossen, obgleich es in Deutschland schon heute deutlich mehr Gesundheitspersonal pro Einwohner\*in gibt als dort. So kommen in Deutschland beispielsweise 45 Ärzt\*innen auf 10.000 Menschen, wohingegen nur 29 Ärzt\*innen in Brasilien und 26 in Kolumbien für 10.000 Menschen zur Verfügung stehen (1). Noch extremer ist der Unterschied bei Pflegekräften. Während Brasilien nur 37 Pflegekräfte und Kolumbien sogar nur 16 Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner\*innen vorweisen kann, hat Deutschland im Vergleich dazu 120 Fachkräfte für 10.000 Personen (2). Folglich stellen für Gesundheitssysteme wie jene in Kolumbien und Brasilien, die schon jetzt deutlich weniger Fachkräfte als Deutschland aufweisen, solche Abkommen ein ernstzunehmendes Risiko für die nationale Gesundheitsversorgung dar.

Hinzu kommt, dass regionale Unterschiede innerhalb eines Herkunftslandes bei der deutschen Auswahl von geeigneten Ländern wenig Beachtung finden – mit fatalen Folgen. Selbst wenn Daten auf nationaler Ebene eine ausreichende Anzahl von Gesundheitsfachkräften aufzeigen, können einzelne Regionen, vor allem ländliche Bereiche, stark unterversorgt sein. Werden aus diesen Regionen Fachkräfte abgeworben, droht die lokale Gesundheitsversorgung zusammenzubrechen. Durch die Migration von Gesundheitspersonal entstehen zudem entlang des zwischenstaatlichen Einkommensgefälles sogenannte

Anwerbeketten über Ländergrenzen hinweg, welche von deutscher Seite nicht mit in die Analyse der potentiellen Drittstaaten einfließt. Zudem tragen diese Länder häufig die Ausbildungskosten der Fachkräfte, die anschließend in Länder wie Deutschland abwandern.

Um zu verhindern, dass durch solche Abwerbeabkommen ein ausbeuterisches System entsteht, von dem Deutschland auf Kosten der Gesundheitsversorgung im globalen Süden profitiert, müssen diese Verträge an klare ethische und soziale Standards geknüpft werden. Es gilt, die Anwerbung menschenrechtsbasiert zu gestalten und vor allem die negativen Auswirkungen einer aktiven Anwerbung durch Dritte, also durch Regierungen sowie private Akteur\*innen, nicht nur für jedes Individuum so weit wie möglich zu reduzieren, sondern auch für die lokale Bevölkerung sowie die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer.

Hierfür ist es von grundlegender Bedeutung, alle relevanten Akteure in die Verhandlung von Vermittlungsabsprachen einzubeziehen. Nur unter der Beteiligung der zuständigen Gesundheitsbehörden vor Ort, aber auch Gewerkschaften und lokalen zivilgesellschaftlichen Akteuren, können faire Bedingungen für die Gesundheitsfachkräfte eingefordert und eine Gefährdung des nationalen Gesundheitssystems verhindert werden.

Für eine fundierte Entscheidung, die das Herkunftsland nicht negativ beeinflusst, muss ein detaillierter Datensatz vorliegen, der unter anderem die Anzahl und Verteilung von Gesundheitsfachkräften umfasst. Dieser sollte dabei nicht ausschließlich von staatlichen Stellen oder internationalen Organisationen bereitgestellt werden.

Darüber hinaus muss das öffentliche Investment in die Ausbildung der abwandernden Fachkräfte auch finanziell anerkannt und entsprechend kompensiert werden.

Die internationale Anwerbung sollte immer von struktur- und kapazitätsausgleichenden Maßnahmen begleitet werden, die dem Verlust von Arbeitskräften, ihrem Knowhow sowie den sozialen Folgen der Abwanderung unter dem Leitmotiv „Do-no-harm“ entgegensteuern.

Die vorliegende Studie gibt einen Einblick in die Folgen der Abwanderung von brasilianischen und kolumbianischen Gesundheitsfachkräften auf Basis von Vermittlungsabsprachen mit Deutschland. Sie zeigt aber auch auf, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit von bilateralen Anwerbeabkommen tatsächlich alle Seiten profitieren.

**Julia Stoffner**

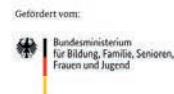
Referentin für internationale Gesundheitspolitik  
Brot für die Welt

# Einleitung

Diese Studie untersucht die Migration und internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Kolumbien und Brasilien. Sie hat das Ziel, politische Entscheidungen sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielländern zu unterstützen. In Lateinamerika und der Karibik wird bis zum Jahr 2030 ein Mangel an 600.000 Fachkräften im Gesundheitswesen prognostiziert, basierend auf dem Richtwert der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 44,5 Fachkräften in den Bereichen Medizin, Pflege und Hebammenwesen pro 10.000 Einwohner\*innen. Pflegekräfte, die 56 Prozent des Gesundheitspersonals ausmachen und zu 89 Prozent Frauen sind, sind nach wie vor besonders durch niedrige Löhne, prekäre Verträge und Migrationsdruck gefährdet. Sowohl Kolumbien als auch Brasilien stehen exemplarisch für diese regionalen Herausforderungen: Brasilien verfügt zwar insgesamt über mehr Arbeitskräfte, aber die regionalen Ungleichheiten

und die Abhängigkeit von Pflegekräften spiegeln die Defizite in Kolumbien wider, das mit etwa 36 Ärzt\*innen, Pflegekräften und Hebammen pro 10.000 Einwohner\*innen unter dem WHO-Zielwert liegt. Vor diesem Hintergrund haben die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) und die WHO eine ethische Anwerbung, eine faire Behandlung von Arbeitsmigrant\*innen und eine stärkere Zusammenarbeit gefordert. Ziel dieser Arbeit ist es, umsetzbare Erkenntnisse für die politische Entscheidungsfindung zu generieren, öffentliche Gesetzgebungsprozesse mitzugestalten und einen Beitrag zu fairen und wirksamen bilateralen Abkommen zur Migration von Gesundheitspersonal zu leisten.

**German Andres Alarcon Garavito**  
**Juliana Ferreira de Santana**



Für Fachkräfte Für Beratende Für Arbeitgeber Service

Deutsch DE

## Herzlich willkommen! Informationen zur Berufsankennung



### Für Fachkräfte

Sie möchten in Ihrem erlernten Beruf arbeiten? Hier erfahren Sie in 11 Sprachen, wie und wo Sie Ihren ausländischen Beruf anerkennen lassen können.



### Für Beratende

Sie arbeiten in einer Beratungsstelle oder Behörde und recherchieren zum Thema Anerkennung? Hier erhalten Sie alle Fachinformationen auf Deutsch und Englisch.



### Für Arbeitgeber

Sie möchten Fachkräfte mit ausländischen Qualifikationen beschäftigen? Hier gibt es praktische Informationen und Unterstützung (nur auf Deutsch).

Deutschland macht es qualifizierten Gesundheitsfachkräften leicht, eine Anstellung zu finden. Dies kann zu einem Problem für ihre Herkunftsländer führen.

## Kapitel 1

# Überblick über die Gesundheitssysteme in Brasilien und Kolumbien

## Brasilien

Das durch die Verfassung von 1988 geschaffene und durch das Gesetz 8080/1990 geregelte Einheitliche Brasilianische Gesundheitssystem (Sistema Único de Saúde, SUS) ist eines der größten universellen öffentlichen Gesundheitssysteme der Welt. Mehr als 70 Prozent der Bevölkerung, und über 85 Prozent in benachteiligten Regionen, sind für die Gesundheitsversorgung ausschließlich auf das SUS angewiesen (3–6).

Eines der wichtigsten Programme des SUS zum Abbau von Hindernissen und zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung war die Familiengesundheitsstrategie (Estratégia de Saúde da Família, ESF). Dieses Modell der medizinischen Grundversorgung wurde 1994 eingeführt und setzt interdisziplinäre Gruppen ein, die Familien in festgelegten Gebieten unterstützen und als erster Ansprechpartner des Gesundheitssystems dienen, um die Beurteilung der lokalen Bedürfnisse zu erleichtern. Derzeit sind über 60 Prozent aller brasilianischen Haushalte durch die ESF abgedeckt. Obwohl diese Strategie die gesundheitlichen Ergebnisse verbessert hat, bestehen weiterhin Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung, was zu langen Wartezeiten führt, und beim Zugang zu Medikamenten (3, 7).

Das SUS ist auch für Programme bekannt, die internationale Anerkennung gefunden haben. So stellt das Nationale Immunisierungsprogramm (PNI) eine umfassende Palette immunbiologischer Produkte kostenlos für die Bevölkerung zur Verfügung. Das SUS betreibt auch das größte öffentlich finanzierte Transplantationsprogramm der Welt. Um den Bedürfnissen des riesigen Staatsgebiets und seinen regionalen Unterschieden gerecht zu werden, hat das SUS ein dezentrales Modell eingeführt, bei dem sich der Bund, die Bundesstaaten und die Kommunen die Befugnisse und Zuständigkeiten für den Gesundheitssektor teilen, einschließlich der Finanzierung, die aus Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen stammen (6, 8).

Der staatliche Beitrag zur Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften fällt unterschiedlich aus. Daten über die Kosten pro Student\*in an öffentlichen Hochschulen sind nicht verfügbar; die Bundesregierung hat jedoch zwei Programme zur Demokratisierung der Hochschulbildung aufgelegt, in deren Rahmen sie sich an den Studiengebühren für an privaten Einrichtungen

eingeschriebene Studierende beteiligt. Das Programm „Universität für alle“ (Programa Universidade para todos – PROUNI) bietet Voll- und Teilstipendien (50 Prozent der Studiengebühren), während das Studienfinanzierungsprogramm (Fundo de Financiamento Estudantil – FIES) ein Darlehensprogramm ist, mit dem Studierende bis zu 100 Prozent ihrer Studiengebühren finanzieren können.

Mit einem exponentiellen Anstieg der Zahl der Ärzt\*innen, insbesondere in den letzten zehn Jahren, zählte die Kategorie im Dezember 2024 597.428 registrierte Fachkräfte. Bis Ende 2025 wird diese Zahl voraussichtlich auf 635.706 steigen, was einer Dichte von 29,8 Ärzt\*innen pro 10.000 Einwohner\*innen entspricht. Die Zahl variiert jedoch zwischen den Regionen, wobei die Dichte in städtischen und entwickelten Gebieten höher ist.

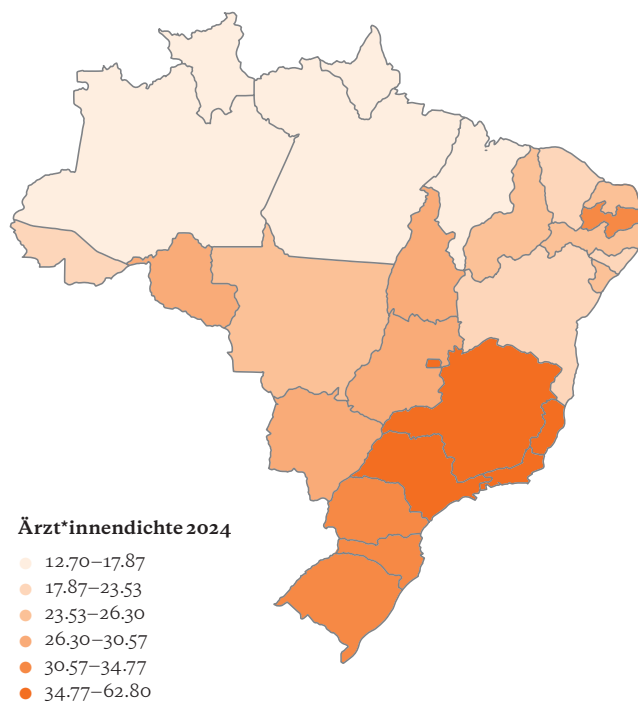


Abbildung 1: Ärzt\*innendichte pro 10.000 Einwohner\*innen nach Bundesstaat

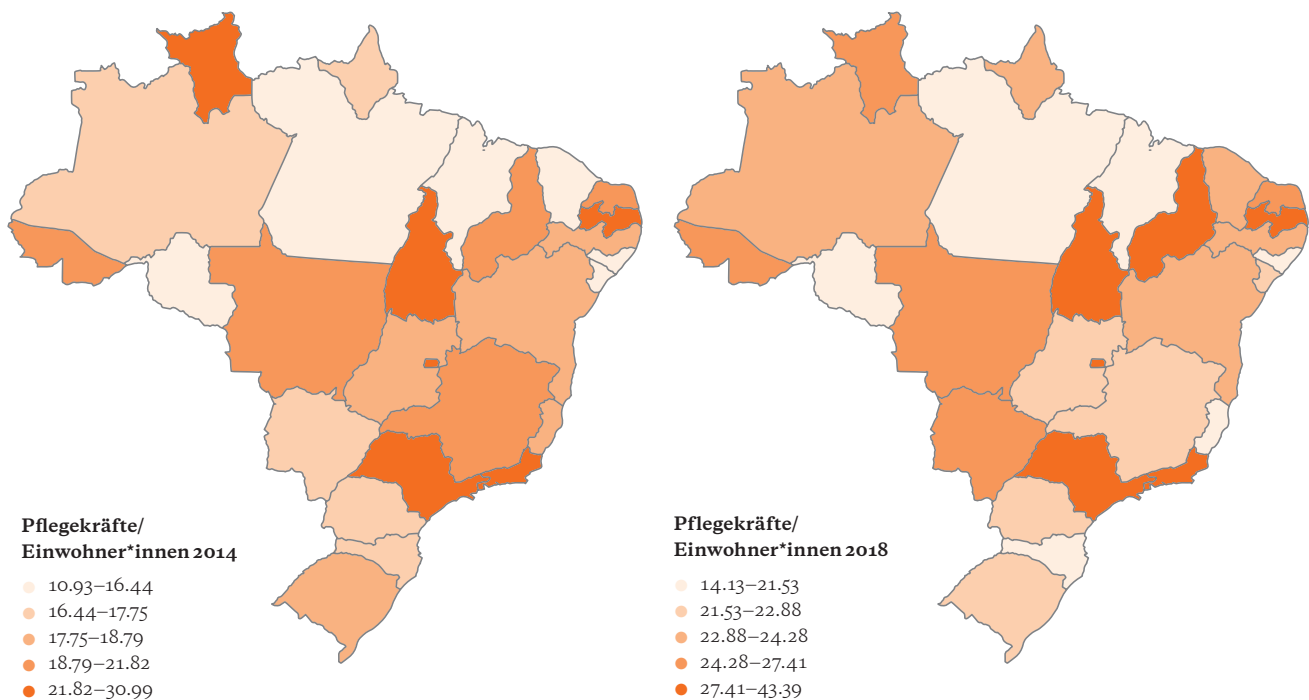
Quelle: Scheffer, 2025 (9)

Auch bei der Verteilung der Bildungseinrichtungen gibt es Ungleichheiten, die ähnlichen Trends folgen. Die meisten Hochschuleinrichtungen sind inzwischen privat und stellen 79 Prozent aller im Land angebotenen Medizinstudienplätze (9, 10).

Die Gruppe der Pflegekräfte setzt sich aus drei geregelten Berufsgruppen zusammen: Pflegefachkräften (mit Hochschulabschluss), sogenannte Pflegetechniker\*innen und Pflegehelfer\*innen. Sie unterscheiden sich in Hinblick auf die erforderliche Ausbildung und ihre Aufgaben. Für einen Hochschulabschluss als Pflegefachkraft sind fünf Jahre Studium erforderlich. Diese Absolvent\*innen sind für komplexere Pflegeaufgaben sowie Aufgaben als Abteilungsleiter\*innen, in der Geschäftsleitung und für

Aufgaben mit Entscheidungsbefugnissen qualifiziert. Die Berufsausbildung der Pflegetechniker\*innen dauert ungefähr zwei Jahre und qualifiziert für Aufgaben mittlerer Komplexität. Pflegehelfer\*innen dürfen unter Aufsicht grundlegende Pflegeaufgaben durchführen und erhalten eine etwa 15-monatige Ausbildung.

2025 gibt es eine große Anzahl – nämlich über 799.000 – registrierte Pflegekräfte (37,4 pro 10.000 Einwohner\*innen) (11), aber nur etwa die Hälfte davon ist tatsächlich im Gesundheitswesen beschäftigt (12). Es herrscht eine starke Ungleichverteilung, mit Engpässen in abgelegenen Regionen und Überversorgung in den städtischen Ballungsräumen.



**Abbildung 2:** Dichte der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner\*innen nach Bundesstaat  
 Quelle: PAHO, 2020 (13, 14)

Die Konzentration von Pflegefachkräften in großen städtischen Zentren geht mit Merkmalen für einen gesättigten Arbeitsmarkt einher, auf dem eine wachsende Zahl qualifizierter Pflegekräfte um ein relativ begrenztes Angebot an festen Stellen konkurriert. Diese Situation spiegelt sich in Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung, langen Arbeitszeiten, prekären Verträgen und niedrigen Löhnen wider, Bedingungen, die von verschiedenen Autor\*innen als Prekarisierung der Pflegearbeit beschrieben werden (15–17). Gleichzeitig gibt es in einigen Regionen nach wie vor Schwierigkeiten bei der Einstellung und Bindung von Pflegekräften, da die Arbeit der Fachkräfte dort häufig von einer unzureichenden Infrastruktur und geringen Anreizen für einen Verbleib in der Region geprägt ist (15, 18, 19).

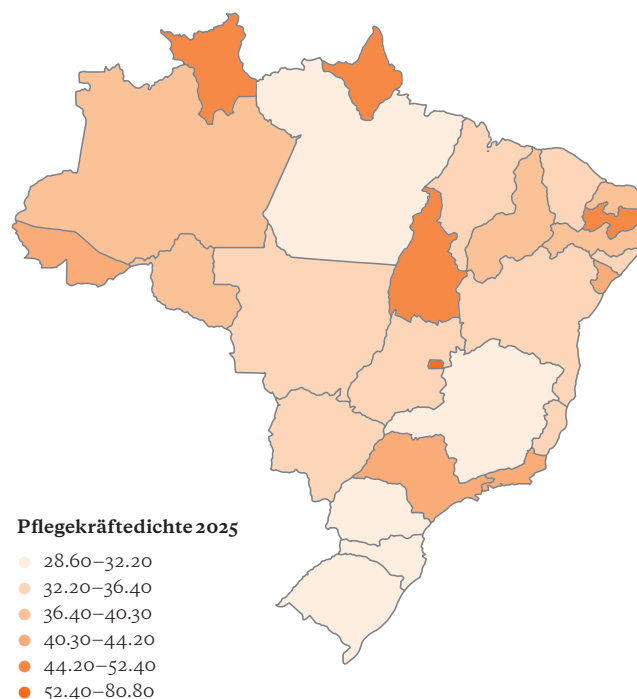
Eine kürzlich vom brasilianischen Gesundheitsministerium durchgeführte Studie zeigt, dass trotz eines stetigen Anstiegs der Zahl der Stellen im Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren immer noch eine hohe Fluktuation unter diesen Fachkräften zu verzeichnen ist (21).

Die Ausbildungskapazitäten wurden erheblich erweitert. Im Jahr 2023 gab es in Brasilien 1.298 Pflegestudiengänge, 86,9 Prozent davon in privaten Einrichtungen (10, 22). Obwohl Fernstudiengänge nur einen kleinen Teil davon ausmachten, entfiel auf sie fast die Hälfte aller verfügbaren Einschreibplätze – ein Trend, der im Jahr 2025 zu neuen Regelungen führte, die die Ausbildung im Gesundheitswesen auf Präsenzunterricht beschränken (23). Experten warnen vor der Notwendigkeit von Analysen hinsichtlich der angebotenen Studienplätze in Pflegeprogrammen, ihrer Abschlussquote und des Arbeitsmarktes. (24).

In Brasilien gibt es kein nationales Datensystem zur Erfassung der Abwanderung von Gesundheitspersonal. Die vorhandenen Quellen konzentrieren sich hauptsächlich auf die Zuwanderung, und nur eine geringe Anzahl ausländischer Pflegekräfte ist in dem Land registriert (21). Die Gesamtdichte des Gesundheitspersonals liegt bei etwa 67 pro 10.000 Einwohner\*innen (über dem WHO-Schwellenwert), so dass Brasilien nicht in der „Health Workforce Support and Safeguards List“ der WHO aufgeführt ist (25). Dennoch deuten Berichte in den Medien

und neue Studien auf eine zunehmende Abwanderung hin, insbesondere von Pflegekräften und Ärzt\*innen, wobei beliebte Zielländer Kanada, die Vereinigten Staaten, Deutschland und Großbritannien sind (26–28).

Zwischen 2022 und 2023 bestand zwischen Brasilien und Deutschland ein bilaterales Abkommen zur Anwerbung von Pflegekräften. Obwohl das Abkommen ausgesetzt wurde, erfolgt über private Agenturen weiterhin eine internationale Anwerbung. Viele dieser Unternehmen arbeiten mit privaten Bildungseinrichtungen in Brasilien zusammen, um Pflegekräfte anzuwerben, die gerade ihre Ausbildung abgeschlossen haben. Auch in den sozialen Medien ist Werbung für die internationale Anwerbung von Fachärzt\*innen zu sehen.



**Abbildung 3:** Dichte der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner\*innen nach Bundesstaat  
 Quelle: Author's elaboration based on data from COFEN/CORENs and IBGE (11, 20)

## Kolumbien

Nach Angaben der kolumbianischen Beobachtungsstelle für Gesundheitspersonal (OTHS) gibt es in dem Land 989.863 Beschäftigte im Gesundheitswesen (29), darunter 138.131 Ärzt\*innen (26,21 pro 10.000 Einwohner\*innen) und 83.172 Pflegekräfte (15,78 pro 10.000 Einwohner\*innen) (siehe Tabelle 1).

Indikator	Brasilien	Kolumbien
Gesamtbevölkerung	213,4 Mio.	53,1 Mio.
Pflegekräfte gesamt	799,337	83,172
Ärzt*innen gesamt	597,428	138,131
Dichte der Pflegekräfte (pro 10.000 Einwohner*innen)	37,5	15,7
Ärzt*innendichte (pro 10.000 Einwohner*innen)	29,8	26,2
Aktuelle Ausgaben für das Gesundheitswesen (% des BIP)	9,14	8
Einkommensniveau	Obere Mitte	Obere Mitte

**Tabelle 1:** Wichtigste Beschäftigungsindikatoren in Brasilien und Kolumbien

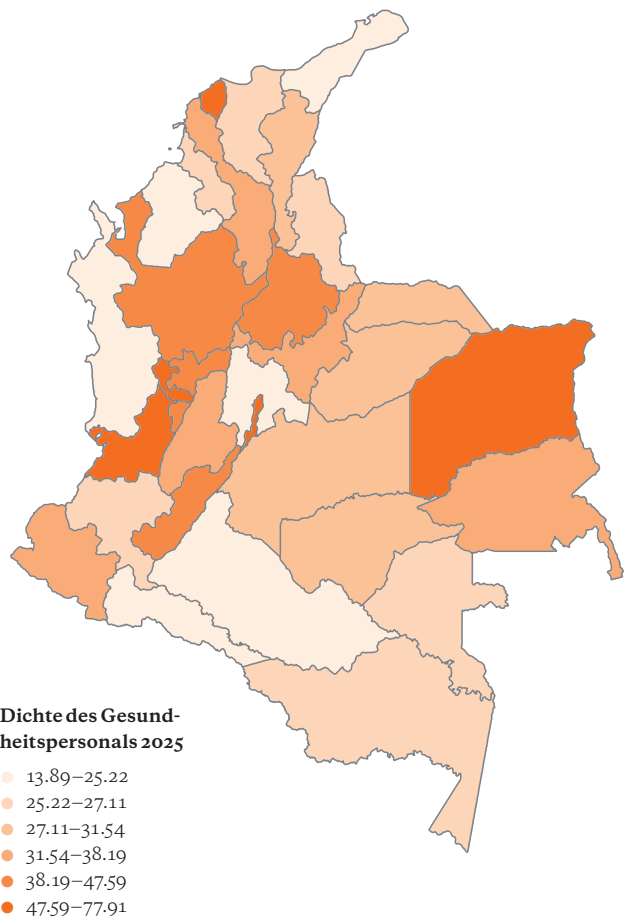
Quellen: IBGE (2025) (20), COFEN (2025) (11), Scheffer (2025) (9), OTHS (2025) (29) und die Weltbank (2025) (30, 31)

In Kolumbien gibt es zwar ausreichend Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, diese sind jedoch ungleichmäßig im Land verteilt (siehe Abbildung 4).

Es gibt kein offizielles Register für Hebammen, wobei traditionelle Hebammentätigkeiten in ländlichen Regionen weiterhin praktiziert werden. Kolumbien ist auch in hohem Maße von Personal mit nichtakademischer Ausbildung sowie Hilfskräften abhängig, insbesondere von nichtakademischen Pflegekräften, deren Zahl landesweit bei 363.479 liegt (68,98 pro 10.000 Einwohner\*innen) (29). Solche Pflegehilfskräfte spielen eine zentrale Rolle, müssen aber beaufsichtigt werden, was ein System widerspiegelt, das eher auf Aufgabenverlagerung als auf eine ausreichende Zahl voll ausgebildeter Fachkräfte ausgerichtet ist. In Kolumbien gibt es 425 Programme für

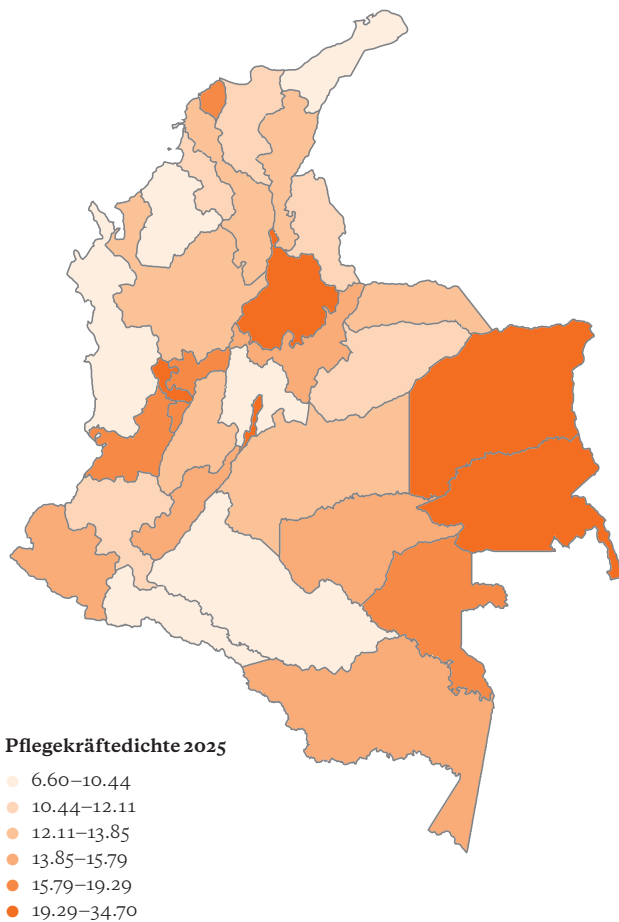
Hilfskräfte, die dazu beitragen, den grundlegenden Pflegebedarf zu decken, aber die geringe Anzahl an Pflegefachkräften mit Hochschulabschluss nicht ausgleichen (32).

Trotz dieser Größenordnung bleibt die Dichte an Ärzt\*innen, Pflegekräften und Hebammen unter dem WHO-Zielwert von 44,5 pro 10.000 Einwohner\*innen (29), wobei Kolumbien mit etwa 36 pro 10.000 Einwohner\*innen die viertniedrigste Dichte an Pflegekräften in Nord- und Südamerika aufweist (25). In städtischen Zentren ist die Arbeitskräftekonzentration wesentlich höher, während ländliche und verstreut lebende Bevölkerungsgruppen nach wie vor unterversorgt sind (25).

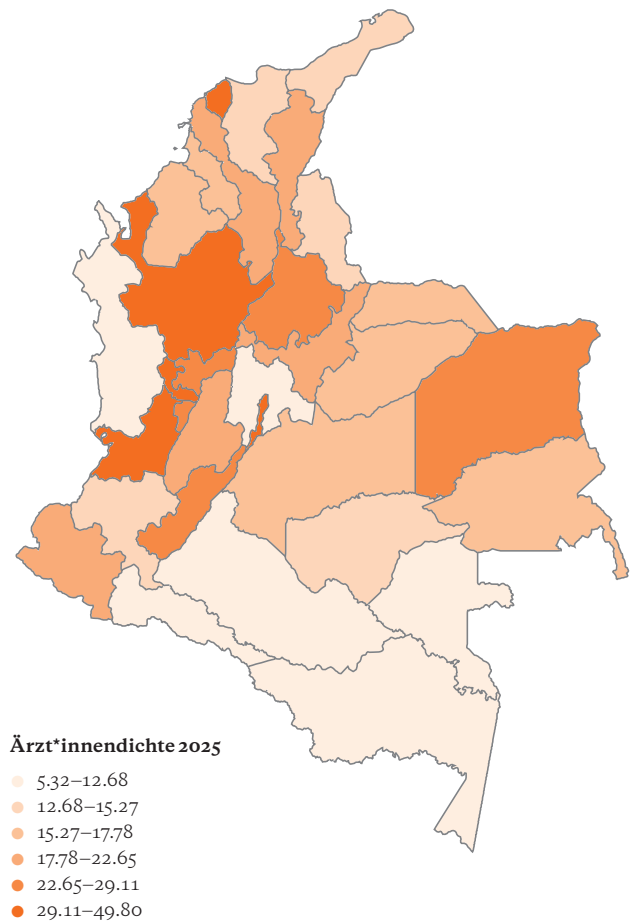


**Abbildung 4:** Personaldichte im Gesundheitswesen pro 10.000 Einwohner\*innen nach Departamento

Quelle: OTHS (2025) (29)



**Abbildung 5:** Personaldichte der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner\*innen nach Departamento  
Quelle: OTHS (2025) (29)



**Abbildung 6:** Ärzt\*innendichte pro 10.000 Einwohner\*innen nach Departamento  
Quelle: OTHS (2025) (29)

Das Gesundheitssystem weist wichtige Fortschritte in den Bereichen Planung und öffentliches Gesundheitswesen auf. Nationale Strategien wie der Plan zur Beseitigung übertragbarer Krankheiten 2024–2030 haben die Überwachung, Impfung und Behandlung von Krankheiten mit hoher Belastung für Patient\*innen und das Gesundheitssystem verbessert, unter anderem Malaria, Tuberkulose, HIV und Hepatitis (33). Die medizinische

Grundversorgung hat durch die Integration von Dienstleistungen und sektorübergreifende Bemühungen in den Bereichen Wasserzugang, Ernährung und anderen Faktoren an Bedeutung gewonnen (34). Kolumbien hat im Rahmen der WHO-Länderkooperationsstrategie 2024–2026 auch die Zusammenarbeit mit internationalen Partnern verstärkt (35). Parallele Arbeitsreformen zielen darauf ab, die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen

zu verbessern und die Beschäftigungsverhältnisse zu diversifizieren (32). Dennoch gibt es nach wie vor strukturelle Schwächen. Regionale Ungleichheiten sind fest verankert (34), die Arbeitskräfte sind nach wie vor von Outsourcing und informeller Beschäftigung betroffen, und in abgelegenen Gebieten ist es schwierig, Fachpersonal zu finden. Nur 26 Prozent der Ärzt\*innen sind Fachärzt\*innen, was weit unter dem Durchschnitt der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) liegt (32). Herausforderungen bei der Verwaltung, Unterfinanzierung und fragmentierte Informationssysteme beeinträchtigen die Planungs- und Überwachungsbemühungen. Äußere Faktoren wie der Klimawandel und Antibiotikaresistenz führen zu weiteren Belastungen (33).

Kolumbien bildet sein Gesundheitspersonal in zwei sich ergänzenden Teilsystemen aus: Hochschulbildung (Berufsabschlüsse, Fach- und Aufbaustudiengänge) und das Ausbildungssystem für Arbeit und menschliche Entwicklung (das Hilfskräfte ausbildet). Die Pflegeausbildung ist von zentraler Bedeutung, mit 65 Fakultäten und Schulen (22 öffentliche, 43 private) (36). Zwar bildet dies die formale nationale Infrastruktur, doch wirkt sie im Vergleich zu regionalen Nachbarländern bescheiden, in denen die Zahl der Pflegeschulen häufig in die Hunderte geht. So gab es laut Berichten im Jahr 2019 zum Beispiel in Kolumbien mehr als 1.244 Studiengänge und -programme in der Krankenpflege (grundständiges Studium) (37). Die Dauer der Studiengänge ist unterschiedlich (acht Semester: 29 Studiengänge; neun Semester: 14 Studiengänge; zehn Semester: 22 Studiengänge). Doch die Verteilung ist ungleichmäßig: In Amazonas und Orinoquía (beide im Amazonasgebiet) gibt es keine Hochschuleinrichtungen für den Pflegeberuf, so dass man sich auf eine nichtakademische Ausbildung verlassen muss (10). Obwohl sich der Umfang, die Vielfalt und das Angebot im Gesundheitswesen seit den 1990er Jahren verdreifacht hat (38), bestehen weiterhin regionale Ungleichheiten. Das Interesse der Studierenden ist gering, und nur 1,5 Prozent der 15-Jährigen bekunden Interesse an Pflegeberufen (39) (ein Wert, der mit den in den OECD-Ländern beobachteten Trends vergleichbar ist), was hauptsächlich auf die als hoch empfundene Arbeitsbelastung, die schwierigen Arbeitsbedingungen und die niedrige Bezahlung zurückzuführen ist (40).

Internationale Benchmarks deuten darauf hin, dass Kolumbien die Zahl der Hochschulabsolvent\*innen jährlich um 8 bis 12 Prozent erhöhen müsste, um die Zahl der Arbeitskräfte innerhalb eines Jahrzehnts zu verdoppeln, insbesondere in der Krankenpflege (41). Von Bedeutung ist, dass es keine öffentlich zugänglichen konsolidierten Daten über die öffentlichen Ausgaben für die Ausbildung gibt, was die Transparenz und Planung einschränkt.

Die Migration von Gesundheitspersonal wird immer deutlicher sichtbar, ist aber nur unzureichend erfasst. Die WHO schätzt, dass 15 Prozent des Gesundheits- und Pflegepersonals weltweit außerhalb ihres Geburtslandes arbeiten (42), wobei in Ländern mit hohem Einkommen fast die Hälfte der Pflegekräfte der Welt (46 Prozent) arbeiten, obwohl diese Länder nur 17 Prozent der Bevölkerung stellen (42). Kolumbien berichtet nicht systematisch über Indikatoren zur Abwanderung und führt keine Register über abwandernde Ärzt\*innen und Pflegekräfte. Die verfügbaren Zahlen zeigen, dass sieben Prozent der kolumbianischen Ärzt\*innen und weniger als zwei Prozent der Pflegekräfte im Ausland ausgebildet wurden (25). Die Abwanderung nimmt stark zu: Die offiziellen Anträge von kolumbianischen Pflegekräften für eine internationale Vermittlung stiegen von vier im Jahr 2014 auf 507 im Jahr 2021 (43). Zu den Ursachen gehören unzureichende Bezahlung, prekäre Verträge und Unzufriedenheit, wobei migrierende Pflegekräfte im Ausland oft von ungünstigeren Bedingungen betroffen sind (44). Dies spiegelt globale Muster wider, bei denen wohlhabende Länder Personal aus Ländern wie Kolumbien anwerben, um ihre eigenen unzureichenden Investitionen auszugleichen (44).

Kolumbien hat mit Maßnahmen wie der Nationalen Pflegerichtlinie und dem Aktionsplan 2022–2031 reagiert, um die Qualität der Ausbildung zu verbessern und Anreize für unterversorgte Regionen zu schaffen (36). Diese Politik ist jedoch keine ausdrückliche Reaktion auf die internationale Migration, und ohne zuverlässige nationale Daten riskiert das Land einen „Brain Drain“, die Abwanderung von Fachkräften, die auf der Suche nach besseren Möglichkeiten ins Ausland gehen, und die weiterhin ungleiche Verteilung von Gesundheitspersonal (45).

Der Diskurs über Migration und internationale Anwerbung spiegelt das Spannungsfeld zwischen inländischem Mangel und globaler Nachfrage wider. Trotz einer Pflegekräftedichte von nur 1,3 pro 1.000 Einwohn-

ner\*innen, die weit unter der internationalen Empfehlung von 10 pro 1.000 Einwohner\*innen (46) liegt, hat Kolumbien über den Nationalen Ausbildungsdienst (SENA auf Spanisch) Abkommen mit der deutschen Bundesagentur für Arbeit getroffen, um die Mobilität der Arbeitskräfte zu fördern (46). Auch private Vermittlungsagenturen erleichtern die Migration, indem sie Deutschkurse (oft bis B2) und Arbeitsvermittlung anbieten und die Arbeitnehmer\*innen in der Regel zu einem zweijährigen Mindestaufenthalt im Ausland verpflichten (47). Der kolumbianische Verband der Pflege-Fakultäten (ACOFAEN) und führende Akademiker\*innen haben davor gewarnt, dass eine solche Abwanderung den Personalmangel verschärft und die Gefahr besteht, dass staatliche Investitionen zu einer Subvention für ausländische Arbeitsmärkte werden (48). Außerdem haben frühere Untersuchungen gezeigt, dass bilaterale Abkommen selten den versprochenen Wissenstransfer oder die versprochenen Investitionen bringen (39, 49).

Migration ist auch für Studierende attraktiv: Studierende im letzten Jahr vor dem Abschluss berichten von Auswanderungsplänen vor dem Eintritt ins Berufsleben, wobei Deutschland, Spanien, Kanada und die Vereinigten Staaten als bevorzugte Ziele genannt werden (50). Auch

innerhalb Lateinamerikas wächst das Interesse an der „Süd-Süd-Migration“ (50). Der globale Verhaltenskodex der WHO (42) weist zwar auf die Risiken der Abwanderung von Arbeitskräften hin, Kolumbien steht jedoch nicht auf der „Health Workforce Support and Safeguards List“ der WHO von 2023 (51), obwohl der Mangel an Pflegekräften im Vergleich mit regionalen und OECD-Indikatoren kritisch ist (52). Dies könnte auf die Grenzen der Liste als eigenständiges Instrument zurückzuführen sein, da sie andere relevante Faktoren wie das Defizit gegenüber regionalen oder entwicklungspolitischen Benchmarks, interne Ungleichverteilung oder künftige Prekarität nicht berücksichtigt.

Führende kolumbianische Pflegefachkräfte des ACOFAEN haben argumentiert, dass internationale Mobilität positiv sein kann, die Fachkräfte im Ausland jedoch auch Unsicherheiten ausgesetzt sind, da sie dort unter Umständen von ungünstigeren Bedingungen betroffen sind als einheimische Mitarbeiter\*innen (48). Aus diesem Grund haben sie die Regierungen aufgefordert, die Ausbildungskapazitäten, Arbeitsbedingungen und Weiterbeschäftigungsmaßnahmen zu verbessern, um eine weitere Personalverknappung zu verhindern (48).

**Kapitel 2****Maßnahmen zur Anwerbung und Abwanderung von Gesundheitspersonal****Brasilien**

Um die Komplexität des Themas besser zu verstehen, wurden zwei Interviews geführt: eines mit Vertreter\*innen des Bundesrats für Krankenpflege (COFEN), der autonomen Behörde zur Regelung der Pflegepraxis in Brasilien, und ein weiteres mit einem Vertreter des Sekretariats für Personalverwaltung und Ausbildung im Gesundheitswesen (SGTES), das für die Vergütung und Personalplanung zuständig ist. Diese Interviews vermittelten einen Einblick in die politische Logik hinter den jüngsten bilateralen Abkommen und in das breitere politische Umfeld, in dem sie ausgehandelt wurden.

Die Vertreter\*innen des COFEN haben aktiv an der Ausarbeitung des bilateralen Abkommens mit Deutschland mitgewirkt, und der Vertreter des SGTES arbeitet direkt an der Vergütungspolitik und der Personalplanung im Gesundheitswesen mit.

Zur Einordnung des bilateralen Abkommens mit Deutschland sei darauf hingewiesen, dass Brasilien bereits in der Vergangenheit gezielte internationale Anwerbungen vorgenommen hat, insbesondere durch das 2013 gestartete Programm *Mais Médicos* (Mehr Ärzte). Zu den Fachkräften, die für das Programm angeworben wurden, gehören sowohl Brasilianer\*innen, die ihr Medizinstudium in Brasilien oder im Ausland abgeschlossen haben, als auch internationale Ärzt\*innen, was die Bereitschaft Brasiliens zeigt, die internationale Anwerbung als Strategie zu nutzen, um

Engpässe in unterversorgten Gebieten zu beseitigen (53). Zwischen 2013 und 2018 hat die PAHO eine fachliche Zusammenarbeit mit der brasilianischen Regierung aufgebaut, um Abkommen zwischen Brasilien und Kuba zu ermöglichen. Nach Angaben des brasilianischen Gesundheitsministeriums machte die Beteiligung kubanischer Ärzt\*innen im Jahr 2018 60 Prozent der Gesamtteilnehmenden am Programm aus (54). Das Programm verbesserte den Zugang zur medizinischen Grundversorgung und die Gesundheitsindikatoren erheblich und stützte sich mehrere Jahre lang in hohem Maße auf kubanische Ärzt\*innen (im Rahmen eines von der PAHO geförderten Abkommens). Sein Ende 2018 (55) unterstrich die Anfälligkeit der Anwerbungspolitik gegenüber politischen Zyklen und diplomatischen Spannungen. Weitere Studien haben gezeigt, dass das Programm zu einer enormen Verbesserung der Abdeckung der medizinischen Grundversorgung sowie der Gesundheitsindikatoren geführt hat (56, 57).

Obwohl die brasilianische Regierung bis vor kurzem ein Abkommen zur Anwerbung internationaler Ärzt\*innen verfolgte, unterzeichneten die deutsche Bundesagentur für Arbeit (BA) und der COFEN im Juni 2022 ein bilaterales Abkommen zur Anwerbung brasilianischer Pflegekräfte (58). Nach Angaben ihrer Vertreter\*innen wurde der COFEN von den damaligen Ministerien für auswärtige Angelegenheiten, Arbeit und Beschäftigung



Angesichts des Mangels an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen greift Brasilien auf internationale Rekrutierung zurück, um Lücken zu schließen.

sowie Gesundheit unter der Regierung Bolsonaro als Verhandlungsgremium für diese Angelegenheit eingesetzt. Vor der Unterzeichnung des Abkommens hatte die Organisation die Erwartung, dass es Regelungen festlegen und bessere Einstellungsbedingungen für Pflegekräfte gewährleisten würde, als von privaten Vermittlungsagenturen geboten werden.

Bei der Ausarbeitung des Abkommens wurden zwar die Leitlinien der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) herangezogen, der WHO-Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal wurde jedoch nicht angewendet. Auf Nachfrage erklärten Vertreter\*innen des COFEN, dass der Zweck des Abkommens nicht die Vermittlung von Pflegekräften sei, sondern lediglich die Bekanntgabe der Angebote, weshalb der Kodex nicht anwendbar sei. Es wurde hervorgehoben, dass die Organisation nicht in das Auswahlverfahren für die migrierenden Fachkräfte eingebunden sei. Außerdem betonte der COFEN, dass das Abkommen zwischen zwei autonomen öffentlichen Einrichtungen und nicht zwischen Regierungsministerien unterzeichnet wurde.

Die Befragten schilderten auch, dass prekäre Beschäftigungsverhältnisse, niedrige Löhne und die Notwendigkeit, mehrere Jobs zu haben, wichtige Faktoren für die Abwanderung von Pflegekräften sind, was mit der vorhandenen Literatur übereinstimmt (59–61). Das Abkommen selbst bot jedoch keine Lösung für diese strukturellen Probleme; vielmehr drohte es, die Probleme weiter zu verstärken, da Migration für Pflegekräfte eine weitgehend akzeptierte Reaktion auf die Instabilität des heimischen Arbeitsmarktes darstellte (62, 63).

**„Wir erwarten, dass wir  
in Brasilien Bedingungen haben werden,  
die Fachkräfte dazu ermutigen,  
hier zu bleiben, und dass diejenigen,  
die gehen wollen, dies nicht wegen schlechter  
Bedingungen tun, sondern weil sie anderswo  
größere Erwartungen haben.“**

(Vertreter des COFEN)

Gewerkschaften wie der Nationale Verband der Pflegekräfte (FNE), der Nationale Verband der Beschäftigten im Gesundheitswesen (CNTS), die Gewerkschaft

der Psychologen im Bundesstaat São Paulo (SINPSI SP), der Nationale Verband der Psychologen (FENAPSI) und der Nationale Verband der Beschäftigten der Sozialsysteme (CNTSS) übten scharfe Kritik an dem bilateralen Abkommen zwischen dem COFEN und Deutschland (64). Sie argumentierten, dass es an grundlegendem Arbeitsschutz fehle, die Anerkennung von Qualifikationen nicht gewährleistet sei und die Gefahr bestehe, dass den Pflegekräften finanzielle Kosten auferlegt würden, insbesondere wenn die Anerkennung nicht erfolgreich sei (64). Von Bedeutung ist, dass diese Gewerkschaften die Darstellung eines „Überschusses“ an brasilianischen Pflegekräften in Frage stellten und stattdessen die anhaltenden regionalen Ungleichheiten bei der Personalverteilung betonten. In ihrer Kritik hoben sie außerdem hervor, dass die Verhandlungen des COFEN ohne Rücksprache mit den Gewerkschaften oder Gesundheitsministerien die Rechenschaftspflicht, die Transparenz und den Schutz der Arbeitnehmer\*innen schwächten (64).

Die Wahrnehmung des Abkommens änderte sich im Laufe der Zeit, insbesondere nach dem Regierungswechsel. Während die Regierung Bolsonaro den COFEN mit der Aushandlung der Bedingungen mit der deutschen Bundesagentur für Arbeit beauftragte, zeigte die neue Regierung unter Lula mehr Interesse am Schutz der nationalen Arbeitskräfte und einem für beide Seiten vorteilhaften Abkommen. In einer Pressekonferenz mit dem Präsidenten im Dezember 2023 erklärte der Arbeitsminister, dass Deutschland einige der im Memorandum vereinbarten Punkte in Bezug auf die Anwerbung von brasilianischen Pflegekräften nicht eingehalten habe und dass ein offizieller Bericht über diese Angelegenheit vorgelegt würde. Er wies ebenfalls erneut darauf hin, wie wichtig der Schutz des Gesundheitspersonals sei. Er nannte mit der deutschen Regierung zu besprechende Punkte, wie Garantien für die Familie, Bemühungen zur Förderung der kulturellen Anpassung und eine stärkere Einbeziehung von Verbänden und Gewerkschaften (65).

Das Abkommen wurde im November 2023 ausgesetzt, aber die brasilianische Regierung hat die Absicht, eine interministerielle Gruppe einzurichten, um die Angelegenheit weiter zu erörtern und eine ethische Anwerbung zu entwickeln, die Abwanderung von Fachkräften zu vermeiden und auf gegenseitigen Nutzen hinzuarbeiten (66).

## Kolumbien

Es wurden zwei zentrale Interviews geführt: das erste mit einem ehemaligen leitenden Mitarbeiter der Direktion für Gesundheitspersonal des Gesundheitsministeriums, der über Erfahrungen in der Wissenschaft, in Berufsverbänden und in der Ausarbeitung von Maßnahmen verfügt, und das zweite mit einem Gewerkschaftsführer und akademischen Vertreter des Nationalen Verbands der Pflegekräfte Kolumbiens (ANEC), der über umfangreiche Erfahrungen in der Interessenvertretung von Pflegekräften, in der Pflegepolitik und in der Hochschullehre verfügt. Gemeinsam spiegeln diese Interviews sowohl die politischen Perspektiven als auch die Perspektiven der Basis und Gewerkschaften auf die Migration von Gesundheitspersonal und internationale Anwerbung wider.

Beide Interviewpartner betonten, dass es in Kolumbien keine kohärente nationale Politik zur internationalen Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen gibt.



Zwei kolumbianische Hebammen unterstützen eine Mutter bei der Geburt. In Kolumbien gibt es nicht einmal Statistiken darüber, wie viele Hebammen tätig sind.

Trotz der hohen Abwanderung, insbesondere von Pflegekräften, gibt es keinen klaren Rahmen zur Regelung der Anwerbung oder zur Gewährleistung von Gegenseitigkeit.

Stattdessen sind die Abkommen fragmentiert und werden größtenteils über das Außenministerium und nicht über das Gesundheitsministerium ausgehandelt, wobei wenig oder gar keine Rücksprache mit Pflegeverbänden wie dem ANEC erfolgt. So wurde beispielsweise das jüngste bilaterale Abkommen mit Deutschland vom Außenministerium ohne Beteiligung von Berufsverbänden unterzeichnet, obwohl es die Tätigkeit von Vermittlungsagenturen in Kolumbien erleichtert.

Die offizielle Position von ANEC ist, Migration nicht aktiv zu fördern, gleichzeitig jedoch das Recht von Fachkräften zu verteidigen, im Ausland bessere berufliche Chancen zu suchen. Der Verband hat sich schriftlich an Botschaften und Regierungsmitarbeiter\*innen gewandt, um seine Besorgnis über die Abwanderung von Pflegekräften zum Ausdruck zu bringen, berichtet aber, dass von der nationalen Regierung kaum eine Reaktion kam.

**„Die internationale Anwerbung in Kolumbien ähnelt einer Form des Menschenhandels:**

**Die Agenturen versprechen Bedingungen, die bei der Ankunft der Pflegekräfte nicht erfüllt werden. (...)**

**Wir haben dies bei unseren Kolleg\*innen festgestellt, die in Länder wie Deutschland umgezogen sind.“**

(ANEC-Führungskraft)

In beiden Interviews wird betont, dass einige lokale Regierungen und Universitäten Migration aktiv fördern, zum Beispiel durch Ausbildungsprogramme oder direkte Anwerbungskampagnen, obwohl in ihren eigenen Regionen ein erheblicher Mangel an Pflegekräften besteht. Dies wird als Untergrabung des nationalen Personalbedarfs im Gesundheitswesen und als ein Fall von „staatlich geförderter Abwanderung“ angesehen. Folglich ist nach Auffassung der Befragten der derzeitige Ansatz in Kolumbien freizügig und unreguliert, und die Anwerbung wird hauptsächlich privaten Akteuren und ausländischen Agenturen überlassen.

## Kapitel 3

# Auswirkungen der internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal

## Brasilien

In Brasilien gibt es keine offiziellen Daten über die Zahl der in andere Länder abwandernden Beschäftigten im Gesundheitswesen; eine vom Außenministerium durchgeführte Studie zeigt jedoch, dass im Jahr 2022 etwa 4,9 Millionen Brasilianer\*innen im Ausland lebten, ein größerer Teil davon in Nordamerika und Europa (67).

Bei einem Gespräch mit COFEN-Vertreter\*innen wurde festgestellt, dass der COFEN zwar keine offiziellen Daten über die Migration von Pflegekräften führt, jedoch von einer stetigen Zunahme des Phänomens ausgeht: Wurden vor einigen Jahren bei den regionalen Pflegekräften nur sporadisch Unterlagen für eine Auswanderung angefordert, geschieht dies Berichten zufolge heutzutage jede Woche.

Obwohl es nur wenige Daten über die Zahl der Ärzt\*innen und Pflegekräfte gibt, die das Land verlassen, ist der Aufwärtstrend bei der Abwanderung von Gesundheitspersonal offensichtlich.

Die Befragten merkten an, dass negative entwicklungspolitische Auswirkungen der Abwanderung von Pflegekräften auf die Gesundheitsleistungen noch nicht zu beobachten sind, was vor allem an der hohen Zahl von Pflegeschulen und registrierten Fachkräften liegt.

Diese Interpretation bezieht sich jedoch nur auf die Gesamtzahl und vernachlässigt die nachgewiesene ungleiche Verteilung von Pflegekräften auf die Regionen und die Schwierigkeiten, Pflegekräfte in benachteiligten und abgelegenen Gebieten des Landes anzuwerben und zu halten.

Vertreter\*innen des SGTES sind sich dieser Ungleichheiten bewusst und weisen darauf hin, dass es nicht einfach ist, offizielle vergleichende Daten über die Verteilung von Pflegekräften in abgelegenen und städtischen Gebieten zu erstellen. Die Datenbank des COFEN beispielsweise ist hauptsächlich nach Bundesstaat und Berufsregistrierung gegliedert, nicht nach dem Ort, an dem die Pflegekraft arbeitet, oder danach, ob es sich um eine ländliche oder städtische Tätigkeit handelt. Dies macht es schwierig, klar zu erkennen, wo die Defizite vor Ort wirklich liegen.

Unter diesen Bedingungen kann die Abwanderung von Pflegekräften den Mangel in bereits unterversorgten Regionen noch verschärfen. Selbst wenn die Abwanderer\*innen aus gesättigten städtischen Arbeitsmärkten wie der Região Sudeste (Region Südost) kommen, handelt es

sich um Fachkräfte, die im Prinzip mobilisiert werden könnten, um Lücken in anderen Teilen des eigenen Landes zu schließen.

Der exponentielle Anstieg der Zahl der Krankenpflegeschulen hat nicht nur die regionalen Ungleichgewichte bei den Arbeitskräften nicht beseitigt, sondern hat auch Bedenken hinsichtlich der Qualität der Ausbildung aufkommen lassen, insbesondere in Bezug auf Online-Studiengänge. Gleichzeitig werden durch die internationale Anwerbung die qualifiziertesten Fachkräfte abgeworben, wie es in einem Interview hieß:

**„In der Regel gehen die besser qualifizierten Arbeitskräfte ins Ausland, die diese Auswahlverfahren erfolgreich bestehen können. Tendenziell exportieren wir also unsere besten Fachkräfte.“**

(Vertreter des SGTES)

Die unzureichende Personalausstattung in den Gesundheitseinrichtungen, die durch ein schlechtes Pflegekräfte-Patient\*innen-Verhältnis gekennzeichnet ist, war ein wiederkehrendes Thema in den Interviews. Auch die unausgewogene Zusammensetzung der Pflegekräfte wurde erwähnt. Tatsächlich machen Pflegefachkräfte mit Hochschulabschluss nur ein Viertel des gesamten Pflegepersonals aus, wobei der größte Anteil (über zwei Millionen Fachkräfte) auf Pflegehilfskräfte entfällt, was die Anfälligkeit des Systems verdeutlicht. Die Abwanderung dieser qualifizierten Fachkräfte würde sich noch negativer auf das Ökosystem auswirken.

Darüber hinaus bedeutet die Abwanderung dieser Fachkräfte einen dauerhaften Verlust an öffentlich finanzierten Investitionen in die Ausbildung und führt zu erheblichen Opportunitätskosten für das Gesundheitssystem.

## Kolumbien

Die Befragten beschrieben einen doppelten Verlust: erstens eine Verknappung des ohnehin knappen und ungleichmäßig verteilten Pflegepersonals und zweitens den Verlust öffentlicher Investitionen in die Ausbildung hochqualifizierter Fachkräfte. Jährlich machen rund 5.500 Pflegekräfte ihren Abschluss, doch viele wandern kurz nach ihrem Abschluss oder mitten im Berufsleben aus, so dass unterversorgte Gebiete oft völlig ohne Fachkräfte dastehen.

**„Es gibt Gemeinden in Cundinamarca (der Region, in der Bogota liegt), in denen es keine einzige studierte Pflegefachkraft gibt.“**

(ANEC-Führungskraft)

Als Hauptgrund für die Abwanderung wurden wiederholt die Arbeitsbedingungen genannt: Outsourcing, niedrige Löhne, prekäre Verträge und mangelnde Anerkennung im Vergleich zu Ärzt\*innen. Dies erzeugt „desesperanza“ (Hoffnungslosigkeit). So ist Migration weniger eine berufliche Entscheidung als eine Überlebensstrategie.

**„Die Pflegekräfte sind bei ihrer Auswanderung hoch verschuldet und auf der Suche nach Würde und einem gerechten Lohn.“**

(ANEC-Führungskraft)

Beide Befragten wiesen auf die Risiken und Kosten hin, die Migrant\*innen zu tragen hätten, zum Beispiel hohe Schulden zur Deckung der Auswanderungskosten und eine eventuelle ungleiche Behandlung im Ausland, beispielsweise längere Arbeitszeiten oder geringere Bezahlung im Vergleich zu einheimischen Mitarbeiter\*innen. Auch die Trennung von der Familie und psychosozialer Stress wurden genannt.

Auf Systemebene schwächt die Abwanderung die Fähigkeit von Krankenhäusern und Universitäten, erfahrene Mitarbeitende zu halten, untergräbt die Kontinuität der Versorgung und kann die Abhängigkeit von Hilfspflegerkräften anstelle von Fachkräften verschärfen, insbesondere in ländlichen und verstreuten Gebieten. Dies untergräbt die von Kolumbien erklärte Hinwendung zu einem präventiven und gemeindeorientierten Gesundheitsmodell.



In Kolumbien sind nur 26 Prozent der Ärzt\*innen spezialisiert.

## Kapitel 4

# Weiterführende Lehren und Empfehlungen

## Brasilien

In Anbetracht der Tatsache, dass es in Brasilien an einheitlichen und zuverlässigen Daten über die Abwanderung von Gesundheitspersonal in andere Länder mangelt, schlug der SGTES-Vertreter als Ausgangspunkt für Brasilien vor, die Datenerhebung über die Arbeitskräfte zu verbessern und eventuelle Überschüsse oder Defizite zu ermitteln. Brasilien unternimmt Schritte in diese Richtung. Das Gesundheitsministerium arbeitet an einer Zählung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen (68) sowie an einem Bericht über die Demografie des Pflegewesens. Die Daten werden für die Entwicklung eines 10-Jahres-Personalplans verwendet. Im Juli 2025 veranstaltete Brasilien in Zusammenarbeit mit der PAHO das Internationale Forum über Gesundheitspersonal in Nord- und Südamerika. Die Diskussion führte zu einem regionalen Konsens über ein ethisches und nachhaltiges Migrationsmanagement für Gesundheitspersonal und soll in eine künftige „Roadmap“ zu diesem Thema einfließen (69).

In Bezug auf Vorschläge für künftige Kooperationen äußerten alle Befragten ihr Interesse an Entschädigungszahlungen durch das Zielland:

**„Was bietet das anwerbende Land einem wirtschaftlich schwächeren Land [...], das in seine Arbeitskräfte investiert hat, als Gegenleistung?“**

(Vertreter des SGTES)

Ein Vertreter des COFEN fügt hinzu: „Meiner Ansicht nach besteht die wichtigste Empfehlung für ein zukünftiges Abkommen für Länder, die diese Arbeitskräfte benötigen, darin, in die Ausbildung von Menschen aus den Ländern zu investieren, die sie für eine Anwerbung in Betracht ziehen. [...] die Bedeutung liegt in der Ausbildung und den Abkommen zwischen den Regierungen selbst, um jeden Eindruck von Ausbeutung zu vermeiden, von beiden Seiten.“

Obwohl Deutschland versucht, Pflegekräfte nur in Ländern anzuwerben, die einen diesbezüglichen Überschuss melden, und dies als „Triple-Win-Strategie“ bezeichnet, scheinen die Vorteile – hauptsächlich Unterstützungszahlungen und sogenannte „Brain Circulation“ – kein ausreichender Ausgleich für die Verluste der Herkunftsländer zu sein (55).

**„Die deutsche Regierung hat uns von Anfang an gesagt, dass es ihr darum geht, die entwicklungspolitischen Auswirkungen zu verstehen. Ich glaube also, dass diese Abkommen zwischen Regierungen ebenfalls wichtig sind. Daher sind Investitionen in die Ausbildung und die Gewährleistung angemessener Arbeitsbedingungen erforderlich.“**

(Vertreter des COFEN)

Der globale Verhaltenskodex der WHO empfiehlt, dass die Zielländer die Herkunftsländer durch Maßnahmen wie Ausbildungspartnerschaften und Technologietransfer unterstützen (70). In einem Land wie Brasilien, in dem die Ausbildung von Gesundheitspersonal in hohem Maße aus öffentlichen Mitteln finanziert wird und die Regierung trotz finanzieller Engpässe in die Entwicklung und Bindung des Gesundheitspersonals investiert, müssen die Ausgleichsmaßnahmen für diese Investitionen darüber hinaus gehen. Für die Entwicklung und den Erfolg eines für beide Seiten vorteilhaften Abkommens ist es außerdem von entscheidender Bedeutung, das Engagement der Beteiligten zu fördern und konstruktive Diskussionen anzuregen, um die Bedürfnisse und Prioritäten sowohl der Herkunfts- als auch der Zielländer besser zu verstehen.

## Kolumbien

Beide Befragten stimmten darin überein, dass eine nationale und übergreifende Strategie der Ministerien für Gesundheit, Auswärtige Angelegenheiten, Bildung und Arbeit zur Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Bindung von Gesundheitspersonal und internationaler Anwerbung von Arbeitskräften dringend erforderlich ist. Sie betonten, dass Kolumbien ohne eine einheitliche Politik im Endeffekt „für den Export ausbildet“, anstatt inländische Kapazitäten aufzubauen.

**„Die Zersplitterung des Sektors und auch der Gewerkschaften der Fachkräfte im Gesundheitswesen verhindern, dass dies zu einer politischen Priorität wird.“**

(Ehemaliger Regierungsmitarbeiter)

Eine wichtige Empfehlung war die Aushandlung echter bilateraler Abkommen mit den Zielländern. Diese Abkommen sollten nicht nur die Zahl der Anwerbungen regeln, sondern auch durchsetzbare Garantien für die Arbeitsbedingungen im Ausland, die Anerkennung von Qualifikationen und Monitoring-Systeme zum Schutz der Arbeitnehmerrechte enthalten. Die Befragten betonten auch die Notwendigkeit finanzieller Entschädigungszahlungen durch die Aufnahmeländer.

**„Deutschland und alle Länder, die ausländisches Gesundheitspersonal anwerben, sollten uns eine Steuer zahlen, um mehr Ausbildungsplätze an öffentlichen Universitäten zu finanzieren.“**

(Ehemaliger Regierungsmitarbeiter)

Auch die ANEC-Führungskraft unterstützte diese Aussage. Mit einer solchen „Ausbildungssteuer“ könnte Kolumbien in sein Gesundheitspersonal investieren und sicherstellen, dass die öffentlichen Investitionen in die Berufsausbildung dem nationalen Gesundheitssystem zugutekommen, anstatt reichere Länder zu subventionieren.

Ein weiterer Punkt betrifft die Stärkung von Gewerkschaften und Berufsverbänden. Beide Befragten stellten die schwache und zersplitterte Gewerkschaftskultur in Kolumbien der obligatorischen gewerkschaftlichen Organisation und dem stärkeren institutionellen Einfluss in

Brasilien gegenüber. Die ANEC-Führungskraft wies darauf hin, dass kolumbianische Gesundheitsfachkräfte bei der beruflichen Organisation von Verfolgung und sozio-ökonomischen Hindernissen betroffen seien, was ihre Möglichkeiten untergräbt, die Politik zu beeinflussen und gerechtere Bedingungen auszuhandeln. Der Aufbau kollektiver Macht sei entscheidend, um das Thema Migration auf die politische Tagesordnung zu setzen.

Schließlich forderten beide eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Bildungswesens im Inland, damit die Migration eine wirklich freie Entscheidung ist und kein Akt der Verzweiflung. Dazu gehören die Beendigung des Outsourcings, die Anhebung der Löhne und die Schaffung einer Reihe von speziellen Beschäftigungsregeln für den Gesundheitssektor. Das heißt eines Pakets nach Maß von Beschäftigungsregeln, Schutzmaßnahmen und Leistungen, die der besonderen Arbeitsbelastung, den Risiken und den Auflagen des Sektors Rechnung tragen, sowie die Überarbeitung der Lehrpläne an den Universitäten, damit die Pflegekräfte nach ihrem Abschluss in der Lage sind, ihre Arbeitsrechte zu verteidigen und ethische Bedingungen auszuhandeln, bevor sie abwandern.

**„Ohne eine Änderung des Arbeitssystems für Beschäftigte im Gesundheitswesen wird Kolumbien weiterhin „für den Export ausbilden“, anstatt inländische Kapazitäten aufzubauen.“**

(Ehemaliger Regierungsmitarbeiter und ANEC-Führungskraft)

## Kapitel 5

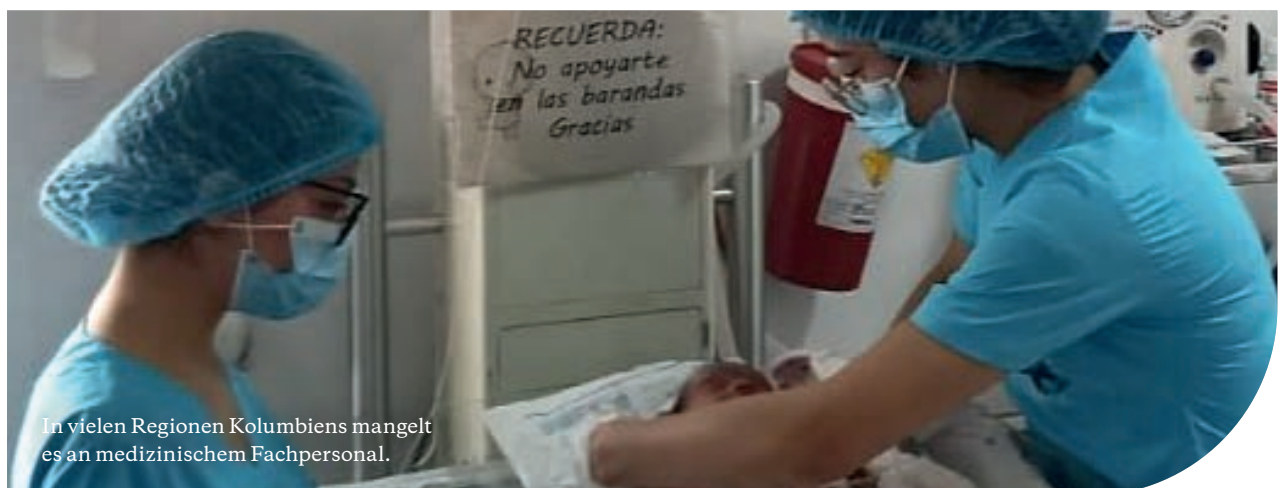
# Fazit

Eine wesentliche Einschränkung bei dieser vergleichenden Analyse ist die ungleiche Verfügbarkeit von Daten in den beiden Ländern. Während die Erfahrungen in Brasilien, insbesondere durch die Verhandlungen von *Mais Médicos* und COFEN mit Deutschland, in einem gewissen Umfang öffentlich dokumentiert wurden, ist das Abkommen zwischen Kolumbien und Deutschland weit weniger transparent. Diese begrenzte Transparenz ist anscheinend auf das Fehlen offizieller Rücksprachen, den eingeschränkten Zugang der Öffentlichkeit zu den Dokumenten und einen allgemeinen Mangel an Kommunikation seitens der beteiligten Institutionen zurückzuführen. Folglich enthält der kolumbianische Fall weniger Details, und zwar nicht, weil das Thema weniger wichtig ist, sondern weil die Durchführung des Abkommens mit minimaler Transparenz und praktisch ohne öffentlich zugängliches Material erfolgte. Diese Datenknappheit ist an sich schon eine wichtige Erkenntnis: Undurchsichtige Prozesse untergraben die Rechenschaftspflicht, schränken die Fähigkeit zur Überwachung entwicklungspolitischer Auswirkungen ein und schwächen die Faktenbasis, auf die sich die politischen Entscheidungsträger stützen.

Der Vergleich zwischen den beiden Ländern zeigt zwei deutlich unterschiedliche Ansätze, die durch die institutionellen Kapazitäten, den politischen Kontext und die Einbeziehung der wichtigsten Interessengruppen geprägt sind. Die Entwicklung in Brasilien spiegelt strukturierte Programme und die sichtbare Beteiligung von

Berufsverbänden wie dem COFEN wider, die direkt mit den deutschen Behörden verhandelten und zur Gestaltung der Anwerbungsbedingungen beitrugen. Kolumbien hingegen hat einen eher reaktiven und zersplitterten Weg eingeschlagen, bei dem die Berufsverbände bei den Verhandlungen völlig außen vorgelassen wurden und private Vermittlungsagenturen eine dominierende Rolle spielen. Brasiliens gewerkschaftliche Tradition und die stärkere öffentliche Ausbildungsinfrastruktur verschaffen Einfluss bei der Aushandlung von Schutzmaßnahmen, während durch Kolumbiens Vertrauen in private Vermittler eine geringere Überwachung stattfindet und die Anfälligkeit des Gesundheitspersonals für prekäre Bedingungen, begrenzte Unterstützung und ungleiche Überwachung erhöht ist. Diese Unterschiede zeigen, wie die Stärke von Institutionen und des sozialen Dialogs darüber entscheiden können, ob die internationale Anwerbung in einem ethischen, geregelten Rahmen erfolgt oder ob sie die bestehenden Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt verstärkt. Dieser Vergleich verdeutlicht auch eine wichtige politische Lektion: Ohne Rücksprache, Entschädigungszahlung und strenge innerstaatliche Schutzmaßnahmen kann die internationale Anwerbung die Ungleichheiten in den Ländern, aus denen die Arbeitskräfte stammen, noch verstärken.

Außerdem sollte die Tatsache, dass Brasilien und Kolumbien nicht auf der „Health Workforce Support and Safeguards List“ der WHO stehen, nicht als Beweis dafür



gewertet werden, dass ihre Gesundheitssysteme resilient sind oder über ausreichend Personal verfügen. Stattdessen werden die Grenzen globaler Indikatoren bei der Erfassung komplexer Herausforderungen wie Sparmaßnahmen, berufliche Unsicherheit, interne Ungleichverteilung und der eskalierende Anwerbungsdruck in Ländern mit hohem Einkommen, die mit ihrem eigenen Arbeitskräftemangel zu kämpfen haben, deutlich. Beide Länder befinden sich daher nach wie vor in einer strukturell prekären Situation, was die langfristige Nachhaltigkeit ihres Gesundheitspersonals angeht.

Eine zentrale übergreifende Erkenntnis ist das nahezu vollständige Fehlen umfassender, transparenter oder kohärenter Daten. Es gibt kein einheitliches System zur Dokumentation: erstens der Inhalte und Bedingungen der bilateralen Abkommen mit Deutschland, zweitens des tatsächlichen Ausmaßes der Abwanderung von Pflegekräften und drittens der direkten und indirekten Auswirkungen dieser Anwerbungsprozesse auf die nationalen Gesundheitssysteme. Das Fehlen solcher Daten ist nicht nur eine technische Lücke, sondern ein strukturelles Hindernis, das eine angemessene Evaluierung verhindert, potenzielle Risiken verschleiert und die Entwicklung faktengestützter politischer Maßnahmen blockiert. Dies stellt auch eine erhebliche Lücke in der vorhandenen wissenschaftlichen und politischen Literatur dar.

Die hingegen verfügbaren Daten aus Brasilien und Kolumbien unterstreichen eine unangenehme Realität: Die Zielländer ziehen nicht einfach nur Personal an, sondern entziehen den ohnehin schon belasteten Gesundheitssystemen knappe, öffentlich ausgebildete Fachkräfte. Dieser anhaltende Verlust verschärft die geografischen Ungleichheiten, schwächt die öffentlichen Investitionen und untergräbt die Souveränität des Gesundheitswesens. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews zeigen ein gemeinsames Gefühl der Dringlichkeit: Ohne koordinierte nationale Strategien, transparente internationale Abkommen und einen durchsetzbaren Schutz für Arbeitsmigrant\*innen im Gesundheitswesen besteht die Gefahr, dass die internationale Anwerbung zu einem Format der institutionalisierten Ausbeutung wird, von der Länder mit hohem Einkommen auf Kosten der Herkunftsländer profitieren.

Sowohl WHO-Leitlinien als auch die konsultierten Sachverständigen betonen, dass die Zielländer eine große Verantwortung dafür tragen, ethische Anwerbungspraktiken sicherzustellen, eine faire Behandlung von Arbeitsmigrant\*innen zu garantieren und Entschädigungszahlungen an die Länder zu leisten, auf deren Ressourcen und Ausbildungssysteme sie sich verlassen. Finanzielle Transfers zur Erweiterung der Ausbildungskapazitäten, Investitionen in Personalbindungsmaßnahmen, bilaterale Unterstützung der Personalplanung und Mechanismen zur Erleichterung der zirkulären oder temporären Migration sollten nicht optional sein. Sie sind wesentliche Bestandteile einer fairen und nachhaltigen globalen Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal. Nur durch solche Maßnahmen kann sich die Migration von Gesundheitspersonal von einem Modell der Abwanderung von Fachkräften zu einem für beide Seiten vorteilhaften Austausch entwickeln, der die Gesundheitssysteme auf beiden Seiten stärkt, anstatt sie auszuzehren.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich auch klare Empfehlungen ableiten. Erstens besteht ein dringender Bedarf an gründlicher, systematischer Forschung über die entwicklungspolitischen Auswirkungen der internationalen Anwerbung, insbesondere der Anwerbung, die derzeit zwischen Ländern mit hohem Einkommen wie Deutschland und lateinamerikanischen Ländern stattfindet. Ein Verständnis dafür, wie sich diese Prozesse auf die Erbringung von Dienstleistungen, die Verteilung des Personals und die langfristige Resilienz des Gesundheitssystems auswirken, ist für die Entwicklung wirksamer nationaler und internationaler Strategien unerlässlich. Zweitens sollten sowohl Brasilien als auch Kolumbien transparente, zentralisierte Systeme zur Verfolgung von bilateralen Abkommen, Anwerbungsprozessen und Auswanderungsströmen einrichten. Andernfalls können weder Regierungen noch internationale Organisationen Risiken genau einschätzen, Arbeitnehmer\*innen schützen oder eine nachhaltige Entwicklung der Arbeitskräfte planen. Schließlich müssen künftige Abkommen Rücksprachen mit Berufsverbänden, klare Rechenschaftspflichten und durchsetzbare Schutzmaßnahmen beinhalten, um zu gewährleisten, dass die Anwerbung zu gemeinsamen übergeordneten globalen Gesundheitszielen beiträgt und nicht bestehende Ungleichheiten verstärkt.

# Abkürzungen

<b>ACOFAEN</b>	Kolumbianischer Verband der Pflege-Fakultäten (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería)
<b>CNTS</b>	Nationaler Verband der Beschäftigten im Gesundheitswesen (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde)
<b>CNTSS</b>	Nationaler Verband der Beschäftigten der Sozialsysteme (Central Única dos Trabalhadores)
<b>COFEN</b>	Bundesrat für Krankenpflege (Conselho Federal de Enfermagem)
<b>CORENs</b>	Regionale Räte für Pflege (Conselho Regional de Enfermagem)
<b>ESF</b>	Familiengesundheitsstrategie (Estratégia de Saúde da Família)
<b>FENAPSI</b>	Nationaler Verband der Psychologen (Federação Nacional dos Psicólogos)
<b>FIES</b>	Programm zur Finanzierung von Studierenden (Fundo de Financiamento Estudantil)
<b>FNE</b>	Nationaler Verband der Pflegekräfte (Federação Nacional dos Enfermeiros)
<b>IBGE</b>	Brasilianisches Institut für Geographie und Statistik (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)
<b>ILO</b>	Internationale Arbeitsorganisation (International Labour Organisation)
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Cooperation and Development)
<b>OTHS</b>	Kolumbianische Beobachtungsstelle für Gesundheitspersonal (Observatorio de Talento Humano en Salud)
<b>PAHO</b>	Panamerikanische Gesundheitsorganisation (Pan American Health Organisation)
<b>PNI</b>	Nationales Immunisierungsprogramm (Programa Nacional de Imunização)
<b>PROUNI</b>	Das Programm „Universität für alle“ (Programa Universidade Para Todos)
<b>SENA</b>	Nationale Ausbildungsdienst (Servicio Nacional de Aprendizaje)
<b>SGTES</b>	Sekretariat für Personalverwaltung und Ausbildung im Gesundheitswesen (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde)
<b>SINPSISP</b>	Gewerkschaft der Psychologen im Bundesstaat São Paulo (Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo)
<b>SUS</b>	Einheitliches Gesundheitssystem – Brasilianisches öffentliches Gesundheitssystem (Sistema Único de Saúde)
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

# Literatur

1. Statistisches Bundesamt. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Basistabelle Ärztedichte. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle\\_Aerzte.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.html) + data from publication
2. Statista. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Number of practicing nurses worldwide as of 2022, by country. Available from: <https://www.statista.com/statistics/283124/selected-countries-nurses-per-1-000-inhabitants/>
3. IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
4. Ortega F, Pele A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health – Am* [Internet]. 2023 Dec 1;28. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00205-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00205-3/fulltext)
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
6. Brasil. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
7. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2023 Feb 2;22(1):25.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/sus>
9. Scheffer M, Almeida C de J, Cassenote AJF, Dias IWH, Moreira JP de L, Sousa J, et al. Demografia Médica no Brasil 2025. Caetano M, editor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. 446 p.
10. SEMESP. Mapa do Ensino Superior no Brasil, 12a edição [Internet]. São Paulo: SEMESP; 2022. Available from: <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/mapa-do-ensino-superior-2022-06-30.pdf>
11. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Enfermagem em Números – Cofen. Available from: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros/>
12. DATASUS. CNES – Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – segundo CBO 2002 – Brasil [Internet]. 2025. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prido2br.def>
13. PAHO - Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde. Fotografia da enfermagem no Brasil. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Fotografia da enfermagem no Brasil. Available from: <https://www.observatoriorh.org/pt/infografico-fotografia-da-enfermagem-no-brasil>
14. APS Redes. Fotografia da Enfermagem no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>
15. Aquino ÉCD, Guimarães RA, Pagotto DDP, Duarte JA, Silva Filho AID, Borges Júnior CV. Trends and spatial distribution of precarious work conditions for nurses in Brazil based on the type of employment bond. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2025;33:e4644.
16. Machado MH, De Oliveira E, Lemos W, De Lacerda WF, Filho WA, Wermelinger M, et al. MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: ASPECTOS GERAIS. *Enferm Em Foco*. 2016 Jan 27;7(ESP):35.
17. Oliveira JSAD, Pires DEPD, Alvarez ÂM, Sena RRD, Medeiros SMD, Andrade SRD. Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Rev Bras Enferm*. 2018 Feb;71(1):148–55.
18. Junior JCG, Adilson Gomes De Campos, Marttem Costa De Santana, Rayssa Cristina Veiga Campos, Muniz AB, Da Silva Aguiar AGB, et al. ENFERMAGEM EM ÁREAS REMOTAS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO INTERIOR DA REGIÃO NORTE DO BRASIL. 2023 Jun 21 [cited 2025 Dec 8]; Available from: <https://zenodo.org/record/8062621>
19. Marinho GL, Queiroz MEVD. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trab Educ E Saúde*. 2023;21:e00916202.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>
21. Saúde M da. Demografia e mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. (Demografia da Enfermagem no Brasil 2025).
22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Inep. 2024. Censo da Educação Superior. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/censo-da-educacao-superior>
23. Brasil. Decreto no 12.456, de 19 de maio de 2025 [Internet]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2025/decreto/d12456.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12456.htm)
24. Oliveira APC de, Ventura CAA, da Silva FV, Angotti H, Mendes IAC, de Souza KV, et al. State of Nursing in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 28:e3404.
25. Organización Panamericana de la Salud. La fuerza de trabajo en salud en las Américas – Datos e indicadores regionales [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2025 Jan. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/64275/9789275329702\\_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/64275/9789275329702_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
26. Silva KL, de Sena RR, Tavares TS, Belga SMMF, Maas LWD. Migrant nurses in Brazil: demographic characteristics, migration flow and relationship with the training process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Mar 28;24:e2686.

- 27.** Mota NV y VP da, Ribeiro H. Emigration of Brazilian doctors to the United States of America. *Saúde E Soc.* 2019 Jul 1;28:286–96.
- 28.** Scheffer MC, Cassenote AJF, Guilloux AGA, Dal Poz MR. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. *Hum Resour Health.* 2018 May 2;16(1):21.
- 29.** Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS). Indicadores básicos de Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Internet]. 2025. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalento humano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx#:~:text=El%20Observatorio%20de%20Talento%20Humano%20en%20Salud%20-OTHS-%20Colombia-%20es,el%20talento%20humano%20en%20Salud>.
- 30.** World Bank. World Bank Data / Brazil [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://data.worldbank.org/?locations=BR-XT>
- 31.** World Bank. World Bank Open Data. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Current health expenditure (% of GDP). Available from: <https://data.worldbank.org>
- 32.** Andrés García-Suaza, Carlos Felipe Holguín, Julieth Ríos, Paul Rodríguez-Lesmes, Bernardo Romero-Torres. labour. 2023 [cited 2025 Sep 22]. Radiografía del mercado laboral para los profesionales de la salud. Available from: <https://www.labourosario.com/post/radiografia-del-mercado-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud>
- 33.** Pan American Health Organization. Perfil de País – Colombia | Salud en las Américas [Internet]. [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/colombia>
- 34.** Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia Lanza el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/colombia-lanza-el-plan-nacional-de-eliminacion-y-erradicacion-de-enfermedades-transmisibles.aspx>
- 35.** Pan American Health Organization. Estrategia de Cooperación con el País 2024-2026 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-pais-equidad-salud-para-vida-colombia-2024-2026>
- 36.** Asociaciones y Organizaciones de Enfermería de Colombia. Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería. 2020 [cited 2025 Sep 22]. Política Nacional de Talento Humano en Enfermería en Colombia y Plan Estratégico 2020-2030 – Resignificando la profesión de Enfermería en Colombia. Available from: <https://www.acofoen.org.co/index.php/eventos/politica-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
- 37.** Fehn AC, Alves TDSG, Poz MRD. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3417.
- 38.** Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018 Jul. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- 39.** OECD. What Do We Know about Young People’s Interest in Health Careers? [Internet]. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: [https://www.oecd.org/en/publications/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers\\_002b3a39-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers_002b3a39-en.html)
- 40.** OECD. Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries [Internet]. 2024 May [cited 2025 Nov 21]. Available from: [https://www.oecd.org/en/publications/fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-oecd-countries\\_e6612040-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-oecd-countries_e6612040-en.html)
- 41.** World Health Organization. State of the World’s Nursing 2025: Investing in Education, Jobs, Leadership and Service Delivery. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2025. 1 p.
- 42.** World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. [cited 2025 Sep 21]. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63\\_R16-en.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63_R16-en.pdf?sequence=1)
- 43.** Barros ÉPD, Dueñas AB, Miranda R. CONDICIONES LABORALES DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA.
- 44.** Cesar Augusto Castiblanco Montañez. Condiciones sociales y económicas de la enfermería y relación con la formación, permanencia y migración. Revisión de alcance. Universidad del Rosario [Internet]. 2024; Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/d1ee0916-412d-40ad-a745-f274368fbc1f/download>
- 45.** Vega-Muñoz A, González-Gómez-del-Miño P, Contreras-Barraza N. The Determinants of Brain Drain and the Role of Citizenship in Skilled Migration. *Soc Sci.* 2025 Feb 24;14(3):132.
- 46.** Noticias UNAL. Periódico UNAL – Migración de enfermeros colombianos a Alemania, un fenómeno que va en aumento [Internet]. [cited 2024 Dec 19]. Available from: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/migracion-de-enfermeros-colombianos-a-alemania-un-fenomeno-que-va-en-aumento>
- 47.** Consultor Salud. Nueva alianza estratégica para facilitar la migración de enfermeras colombianas hacia Alemania. 2024 May 6 [cited 2025 Sep 22]; Available from: <https://consultorsalud.com/alianza-migracion-enfermeras-colombia-alemania/>
- 48.** Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. Pronunciamiento de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://acofaen.org.co/2025/03/27/pronunciamiento-de-la-asociacion-colombiana-de-facultades-y-escuelas-de-enfermeria-acofaen/>
- 49.** World Health Organization, OECD. Bilateral Agreements on Health Worker Migration and Mobility: Maximizing Health System Benefits and Safeguarding Health Workforce Rights and Welfare Through Fair and Ethical International Recruitment. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.

- 50.** Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV, Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV. Intention, Motivations, and Barriers to Emigration of Nursing Students in Colombia. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Sep 22];42(3). Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=So120-53072024000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=So120-53072024000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 51.** World Health Organization. WHO Health Workforce Support and Safeguards List 2023. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
- 52.** OECD. Health at a Glance 2025: Colombia. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Nov 21]. Health at a Glance 2025: Colombia. Available from: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_15a55280-en/colombia\\_971e6076-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/colombia_971e6076-en.html)
- 53.** Brasil. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 [Internet]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/12871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12871.htm)
- 54.** Brasil. Ministério da Saúde. Com mais de 18,5 mil profissionais, Mais Médicos bate recorde histórico seis meses após a retomada do programa. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/com-mais-de-18-5-mil-profissionais-mais-medicos-bate-recorde-historico-seis-meses-apos-a-retomada-do-programa>
- 55.** Phillips D, Augustin E. Thousands of Cuban doctors leave Brazil after Bolsonaro's win. *The Guardian* [Internet]. 2018 Nov 23; Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/23/brazil-fears-it-cant-fill-abrupt-vacancies-after-cuban-doctors-withdraw>
- 56.** Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017 Feb 1;95(2):103–12.
- 57.** Oliveira JPA, Pacheco C, Taves FAQ, Barbosa JMV, Santos LMP. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trab Educ E Saúde* [Internet]. 2024;22. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?lang=pt>
- 58.** Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. 2022. Cofen firma acordo de cooperação técnica com a Alemanha. Available from: <https://www.cofen.gov.br/cofen-firma-acordo-de-cooperacao-tecnica-com-a-alemanha/>
- 59.** Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukueku AO, Okpere J, et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2023 May 8;8(5). Available from: <https://gh.bmj.com/content/8/5/eo12338>
- 60.** Leitão CA, Salvador GL de O, Idowu BM, Dako F. Drivers of Global Health Care Worker Migration. *J Am Coll Radiol*. 2024 Aug 1;21(8):1188–93.
- 61.** Afshari A, Masoumi SZ, Borzou SR, Safdari A, Khazaei A. Prioritizing drivers of nursing migration: a summative content analysis of influential factors. *BMC Nurs*. 2025 Jun 3;24(1):632.
- 62.** Soares SSS, Lisboa MTL, Queiroz ABA, Silva KG, Leite JCR de AP, Souza NVD de O. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. *Esc Anna Nery*. 2021;25:e20200380.
- 63.** Souza NVD de O, Gonçalves FG de A, Pires A da S, David HMSL. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Rev Bras Enferm*. 2017;70:912–9.
- 64.** FNE, CNTS, SINPSI SP, FENAPSI, CNTSS. Public Services International. 2023. Entidades brasileiras criticam programa de recrutamento alemão que não garante direitos aos profissionais da enfermagem. Available from: <https://publicservices.international/resources/news/entidades-brasileiras-criticam-programa-de-recrutamento-alemo-que-no-garante-direitos-aos-profissionais-da-enfermagem?id=14259&lang=pt>
- 65.** Uchôa M. Conversa com o Presidente [Internet]. 2023. (05.12.2023). Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=ysxJtJv1\\_8U](https://www.youtube.com/watch?v=ysxJtJv1_8U)
- 66.** Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. 2024. MTE discute retomada de recrutamento de enfermeiros brasileiros para a Alemanha. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2024/Dezembro/mte-discute-retomada-de-recrutamento-de-enfermeiros-brasileiros-para-a-alemanha>
- 67.** Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Comunidades Brasileiras no Exterior - Estatísticas 2023. Available from: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/comunidades-brasileiras-no-exterior-estatisticas-2023>
- 68.** Hanrieder T, Janauschek L. The 'ethical recruitment' of international nurses: Germany's liberal health worker extractivism. *Rev Int Polit Econ*. 2025 Jul 4;32(4):1164–88.
- 69.** Pan American Health Organization. Countries of the Americas move toward a joint approach to manage health workforce migration amid growing shortages – PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025. Available from: <https://www.paho.org/en/news/25-7-2025-countries-americas-move-toward-joint-approach-manage-health-workforce-migration-amid>
- 70.** World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. 2010. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>

Alle Hyperlinks wurden zuletzt am 18. Dezember 2025 überprüft.

**Brot für die Welt**  
Evangelisches Werk für  
Diakonie und Entwicklung e. V.

---

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin

---

Telefon +49 30 65211 0  
info@brot-fuer-die-welt.de  
www.brot-fuer-die-welt.de

Abonnieren Sie unseren Politik-Brief für Hintergrund-  
informationen zu entwicklungspolitischen Themen,  
Neuerscheinungen und Veranstaltungen der Abteilung  
Politik von Brot für die Welt unter:

[www.brot-fuer-die-welt.de/  
politik-brief/abo/](http://www.brot-fuer-die-welt.de/politik-brief/abo/)

Jetzt QR-Code scannen:

