

**N'GUESSAN Kramaud Venance Haboum-Sey**

Maître-Assistant

Enseignant-Chercheur

Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody (Côte d'Ivoire)

Département d'Allemand

[kramaudvenance@gmail.com](mailto:kramaudvenance@gmail.com)

Axe 10: Questions environnementales, pandémies et santé durable

**Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland und in der Côte d'Ivoire: Welche Rollen spielen die sozialen strukturellen Determinanten in beiden Gesundheitssystemen?**

**Zusammenfassung:** Der Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt eine zentrale Herausforderung für die öffentliche Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung dar. Dennoch wird dieser Zugang stark von den sozialen Gesundheitsdeterminanten beeinflusst, die maßgeblich für soziale Gesundheitsungleichheiten zwischen Ländern, Regionen und Individuen verantwortlich sind. Dieser Artikel untersucht die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen Deutschlands und der Cote d'Ivoire, wobei der Einfluss sozialer und struktureller Determinanten auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung besonders hervorgehoben wird.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitsversorgungszugang, Soziale Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitssystem, Soziale Gesundheitsungleichheiten, Öffentliche Politik

**L'accès aux soins de santé en Allemagne et en Côte d'Ivoire: quels rôles jouent les déterminants sociaux structurels dans les deux systèmes de santé?**

**Résumé :** L'accès aux soins de santé revêt un enjeu crucial pour la santé publique et le bien-être des populations. Toutefois, cet accès reste fortement influencé par les déterminants sociaux de santé qui sont les causes des inégalités sociales en santé entre les pays, les régions et les individus. L'article explore les similitudes et les différences entre les systèmes de santé allemand et ivoirien en soulignant l'impact des déterminants sociaux et structurels de santé dans l'accès aux soins.

**Mots-clefs :** Accès aux soins de santé, Déterminants sociaux de santé, Système de santé, Inégalités sociales de santé, Politique de santé publique

**Access to healthcare in Germany and Cote D'Ivoire: What role do structural social determinants play in both health systems?**

**Abstract:** Access to healthcare represents a critical challenge for public health and population well-being. However, this access remains heavily influenced by the social determinants of health, which drive the social inequalities in health observed across both countries and individuals. The article examines the similarities and disparities between the German and Ivorian healthcare systems, highlighting the impact of structural and social determinants on access to care.

**Keywords:** Access to healthcare, social determinants of health, Healthcare system, social health inequities, public health policy

## Einleitung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt eine wesentliche Komponente des Wohlergehens der Bevölkerung dar und ist ein zentraler Indikator für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme. Gleichwohl ist der Zugang zu diesen Ressourcen nach wie vor ungleich innerhalb der Gesellschaften, sowohl in den industrialisierten Ländern als auch in den Ländern des globalen Südens, verteilt. Im Kern dieser Disparitäten liegen die sozialen Gesundheitsdeterminanten, die entscheidend zur Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert also die sozialen Gesundheitsdeterminanten als strukturelle Faktoren sowie Bedingungen des täglichen Lebens, die maßgeblich für einen Großteil der Gesundheitsungleichheiten zwischen und innerhalb von Ländern verantwortlich sind. Sie umfassen die Verteilung von Macht, Einkommen, Ressourcen und Dienstleistungen sowie die individuellen Lebensverhältnisse (WHO, 2009). Laut dieser Definition unterscheiden sich die sozialen Gesundheitsdeterminanten in soziale und strukturelle Determinanten und intermediären Determinanten. In den sozialen und strukturellen Determinanten sind Faktoren wie die politische Führung und Verwaltung, soziale Sicherungssysteme, Bildung und Gesundheitsversorgung zu finden. Wenn große Unterschiede im globalen Kontext und auf internationaler Ebene zu beobachten sind, kommt ihnen diese Relevanz zu. Zu den intermediären Determinanten werden die materiellen Lebensumstände, Verhalten, biologische und psychosoziale Faktoren gezählt.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch eine Vielzahl miteinander verflochtener Faktoren bestimmt. Diese Faktoren üben einen direkten Einfluss auf die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen aus und bestimmen somit letztlich gesundheitliche Resultate. In finanzieller Hinsicht stellt die ökonomische Leistungsfähigkeit der Individuen und Haushalte eine zentrale Bedingung für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Geografische Dimensionen spiegeln sich in der ungleichen räumlichen Verteilung von Gesundheitseinrichtungen und Fachpersonal wider, wodurch insbesondere ländliche Regionen benachteiligt werden. Strukturelle Dimensionen schließlich verweisen auf institutionelle, organisatorische und politische Rahmenbedingungen, die den Zugang zu Leistungen entweder erleichtern oder erschweren können. Im deutschen Gesundheitssystem führt die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer institutionellen Segmentierung, die trotz universeller Abdeckung Ungleichheiten im Umfang und in der Geschwindigkeit der Versorgung erzeugt. In der Côte d'Ivoire stellen die geografische Verteilung der Infrastruktur und die Zahlungsfähigkeit die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen systematisch benachteiligen. Daraus ergibt sich die zentrale Frage: Inwieweit bestimmen soziale und strukturelle Determinanten den Zugang zur Gesundheitsversorgung in diesen unterschiedlichen Systemen?

Dieser Artikel bietet eine vergleichende Analyse des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Deutschland und der in Côte d'Ivoire. Während der Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland durch ein verpflichtendes Versicherungssystem und ein dichtes Netz öffentlicher und privater Leistungserbringer gewährleistet wird, bleibt der Zugang zu Gesundheitsdiensten in der Côte d'Ivoire eine zentrale Herausforderung, die durch geografische Disparitäten und institutionelle Ungleichheiten gekennzeichnet ist. Der Artikel bietet eine Beleuchtung der tiefgreifenden strukturellen Mechanismen, die die Modalitäten des Zugangs zur Gesundheitsversorgung über die rein medizinische Infrastruktur hinaus bestimmen. Durch die Untersuchung der Gesundheitssysteme in Deutschland und in der Côte d'Ivoire zeigt er auf, dass der Zugang zur Versorgung nicht allein vom medizinischen Angebot abhängt, sondern das Ergebnis einer

komplexen, sozialen und politischen Organisation ist, die gesundheitliche Ungleichheiten entweder korrigieren oder reproduzieren kann. Darüber hinaus unterstreicht der Artikel die entscheidende Bedeutung der territorialen und gesundheitlichen Planung als Instrument der sozialen Gerechtigkeit. Um diese Thematik zu untersuchen, ist diese Arbeit wie folgt gegliedert: Zunächst werden die sozialen und strukturellen Determinanten im deutschen Gesundheitssystem analysiert, wobei der Fokus auf Krankenversicherungssystem, der Bedarfsplanung und der dezentralen Selbstverwaltung liegt. Im zweiten Abschnitt erfolgt eine Untersuchung des ivoirischen Gesundheitssystems im Hinblick auf infrastrukturelle Defizite, die Rolle der Zusatzversicherung und das Einkommen als Barriere zur Gesundheitsversorgung. Abschließend bietet eine vergleichende Analyse eine Synthese der Erfolgsfaktoren und strukturelle Defizite beider Systeme, um Handlungsempfehlungen für eine gerechte Gesundheitspolitik abzuleiten.

## **1. Soziale strukturelle Determinanten des Gesundheitszugangs im deutschen Gesundheitssystem**

### **1.1. Zugang zur Gesundheitsversorgung: eine universelle Gesundheitsversorgung mit Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung**

Im deutschen Gesundheitssystem sind etwa 87 Prozent der Bevölkerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgesichert, elf Prozent durch die Private Krankenversicherung (PKV) und zwei Prozent sind über Sonderprogramme versichert, wie etwa dasjenige für Soldaten (T. Begerow et al., 2025, S. 10). Daraus lässt sich schließen, dass hundert Prozent der Bevölkerung in Deutschland krankenversichert sind, auch wenn Ungleichheiten im Umfang zu den Gesundheitsleistungen festgestellt werden können. Grund dafür ist, dass die Fragen der sozialen Determinanten lange Zeit im Diskurs über das deutsche Gesundheitssystem unberücksichtigt geblieben worden sind.

Der Zugang zu den Gesundheitsdiensten ist somit für die gesamte Bevölkerung gewährleistet, was die Wirksamkeit der universellen Gesundheitsversorgung unterstreicht. Im Gegensatz jedoch zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann die private Krankenversicherung (PKV) alle Risiken im Zusammenhang mit der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit abdecken. Jeder Versicherte hat das Recht aus dem gesetzlichen System auszutreten und eine private Krankenversicherung abzuschließen, unter bestimmten Bedingungen, die vom Gesetzgeber festgelegt und im Sozialgesetzbuch V (SGB V) enthalten sind. Die private Krankenversicherung kann demnach als Zusatz- oder Ersatzkrankenversicherung angesehen werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen durch die Parallelität, die von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung geprägt ist, wodurch für die Bevölkerung de facto eine Pflichtversicherung besteht (A. Holleder, 2025, S. 1). Während die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dem Solidaritätsprinzip verpflichtet ist, orientiert sich die Private Krankenversicherung (PKV) am Risikoprinzip des Versicherten und gewährleistet zudem einen beschleunigten Zugang zu fachärztlicher Versorgung.

### **1.2. Ein Regulierungssystem der territorialen Abdeckung und der Bedarfsplanung**

Eines der Elemente, das der Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet und die sozialen Ungleichheiten verringert, besteht in der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung in den Regionen auf Landesebene. Kurz nach der deutschen Wiedervereinigung hat Deutschland einen Bedarfsplan eingeführt. Dieses im Sozialgesetzbuch V

über die Gesetzliche Krankenversicherung verankerte Instrument der Gesundheitsplanung legt in § 99 Absatz 1 fest:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten (Sozialgesetzbuch V, § 99 Absatz 1, S. 180).

Dieser Plan zielt darauf ab, regionale Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu vermeiden, indem die Anzahl an Leistungserbringer an die spezifischen und demografischen Bedürfnisse jeder Region angepasst wird. Dadurch werden Patientinnen und Patienten näher an medizinische Fachkräfte herangeführt und die Wartezeiten verkürzt. Ein Beispiel dafür ist eine im Jahr 2018 von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebene Studie, die zeigte, dass 99,8 % der deutschen Bevölkerung innerhalb von weniger als zehn Minuten mit dem Auto eine Hausärztin oder einen Hausarzt erreichen konnten und 99 % innerhalb von weniger als 30 Minuten eine Fachärztin oder einen Facharzt. Die Mehrheit der Befragten erhielt innerhalb weniger Tage einen Termin (Division de la Législation comparée du Senat, 2024).

Die Bedarfsplanung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens zielt darauf ab, Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten in jenen Regionen zu identifizieren, in denen ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht. Primäres Ziel ist es, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und gleichmäßige ambulante Versorgung für gesetzlich Versicherte zu gewährleisten (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Bundesweit, regional und lokal hat die Bedarfsplanung zum Ziel, die Unter- und Überversorgung zu bekämpfen. Über den Planungsmechanismus hinaus sieht die Bedarfsplanung sowohl Anreizsysteme zur Niederlassung in bestimmten Gebieten als auch zahlreiche Ausnahme- und Anpassungsregelungen vor, um regionalen sowie lokalen Bedürfnissen gerecht zu werden. Insgesamt ist die seit 1970 existierende Bedarfsplanung im Grunde das Navigationssystem des deutschen Gesundheitswesens. Sie ist das zentrale Steuerungsinstrument, um sicherzustellen, dass jeder Patient die richtige Behandlung am richtigen Ort erhält.

### **1.3. Eine dezentrale Ordnungspolitik des deutschen Gesundheitssystems als Partizipations- und Zugangsfaktor**

Die Verwaltung des deutschen Gesundheitssystems kennzeichnet sich durch eine ausgeprägte Dezentralität, die durch das Zusammenwirken zahlreicher staatlicher und nicht staatlicher Akteure geprägt ist. Zwar legt der Bund den legislativen und juristischen Rahmen fest, delegiert er jedoch die operative Steuerung des Systems an Akteure der Selbstverwaltung, die in keinen Kompetenzbereich des Staates fallen.

Durch die Kollektivverhandlungen werden Tarife und Versorgungsbedingungen zwischen den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Dies verhindert, dass Entscheidungen einseitig vom Staat getroffen werden und an der Realität der Leistungserbringer und der Patienten vorbeigehen. Zudem verpflichtet das Prinzip der Selbstverwaltung die kassenärztlichen Vereinigungen dazu sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag), dass jeder Bürger unabhängig von seinem Wohnort Zugang zu einem Arzt hat. Schließlich haben Patientenorganisationen seit 2004 einen Beratungsstatus im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA seinerseits setzt sich aus allen Akteuren des Systems zusammen, insbesondere

dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Patienten- und Behindertenorganisationen (BMG, 2020, S. 18-19).

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. 2Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. beachten (Sozialgesetzbuch V, § 91 Absatz 1, S. 91). In der Tat haben seit 2004 Patientenvertreter im G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht, auch wenn sie kein Stimmrecht besitzen. Dieses Verwaltungsmodell fördert eine aktive, aber stark strukturierte Beteiligung und beeinflusst durch die Verhandlungen direkt den Zugang zur Versorgung.

## **2. Das ivoirische Gesundheitssystem und der Zugang zur Gesundheitsversorgung: Tiefgreifende soziale und strukturelle Ungleichheiten**

### **2.1. Unzugänglichkeit und ungleiche Verteilung der Gesundheitseinrichtungen und des Personals als Hindernis zum Gesundheitsversorgungszugang**

In jedem Gesundheitssystem bilden die Infrastrukturen eine entscheidende Rolle beim Zugang zur medizinischen Versorgung. Ihre Verfügbarkeit, Qualität und geografische Verteilung bestimmen maßgeblich die Fähigkeit der Bevölkerung, die notwendige Versorgung zu erhalten. Die sozialen und strukturellen Determinanten, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Bezug auf die gesundheitlichen Infrastrukturen beeinflussen, betreffen die geografische Nähe, die Qualität und Verfügbarkeit dieser Infrastrukturen sowie deren Verteilung, die Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung hervorrufen können.

In der Côte d'Ivoire trägt die Logik der Ansiedlung von Gesundheitseinrichtungen – seien sie öffentlich, privat oder konfessionell – bereits die Keime der Disparitäten, die man beobachten kann, in sich. Während der öffentliche Sektor Schwierigkeiten trifft, die Vorgaben des Gesundheitsplans und der Gesundheitskarte einzuhalten, orientiert sich der private Sektor starker an Rentabilitätszielen (K. Konan, K. Oura et al., 2022). Der konfessionelle Sektor seinerseits charakterisiert sich durch sein Engagement zugunsten der vulnerablen Personen und Familien. In diesem Sinne wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung somit durch diese Ansiedlungslogik bestimmt und ist mitunter schwer zu gewährleisten.

Über die sozialen Hürden hinaus wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung auch durch die geografische Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen erschwert. Dies geht aus der Erhebung über den Lebensstandard aus dem Jahr 2016 hervor. Laut dieser Erhebung geben 9,7 Prozent der erkrankten Personen an, dass die geografische Entfernung zu einer Gesundheitseinrichtung ein erhebliches Hindernis darstellt. Ferner schätzt der Jahresbericht über die gesundheitliche Lage von

2020 (MSHP-CMU, 2024, S. 21), dass etwa dreißig Prozent der ivoirischen Bevölkerung mehr als fünf Kilometer von einer Gesundheitseinrichtung entfernt leben. Dieser Anteil liegt laut demselben Bericht in den südwestlichen und nordwestlichen Regionen beinahe zu fünfzehn Prozent (PNDS<sup>1</sup> 2021-2025, 2021, S. 86). Schließlich ist festzuhalten, dass nur 18,3 Prozent der Gesundheitseinrichtungen in der Côte d'Ivoire über einen funktionsfähigen Krankenwagen für den Patiententransport verfügen (EIPS-SANTÉ-CI, 2021, S. 36).

Folglich verzeichnen Regionen mit geringerer Ausstattung an Infrastrukturen eine niedrige Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und somit einen geringeren medizinischen Konsum. Die geografische Unerreichbarkeit führt die betroffenen Bevölkerungsgruppen zu zusätzlichen Reisekosten, längere Wartezeiten oder Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischen Geräten wie Scannern (G. Nezosi, 2021, S. 160). Es gibt also einen starken Zusammenhang zwischen medizinischer Dichte, Verzicht auf Gesundheitsversorgung und Zugang zu Gesundheitsversorgung (G. Nezosi, 2021, S. 160).

Neben der Frage der geografischen Erreichbarkeit stellt auch die Problematik des Personals eine andere Herausforderung für das ivoirische Gesundheitssystem im Hinblick auf den gerechten Zugang der Bevölkerung zur medizinischen Versorgung dar. Obwohl die Côte d'Ivoire viel in die Verstärkung ihrer Gesundheitseinrichtungen investiert hat, lässt sich ein Defizit an qualifizierten Ressourcen feststellen (PNDS 2021 - 2025, 2021, S. 54). Gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation liegt der Standard für die Dichte des Gesundheitspersonals bei 23 Fachkräften pro 10.000 Einwohner. Mit einem Wert von 8, 57 im Jahr 2020 unterschreitet die Côte d'Ivoire diese Norm deutlich (PNDS 2021 – 2025, 2021, S. 53). Insgesamt ist die Ausbildung, die Planung und die Verteilung des Gesundheitspersonals über das Staatsgebiet hinweg weiterhin ein maßgebliches Hindernis für einen gerechten Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung.

## **2.2. Schwäche der Zusatzkrankenversicherung und deren Auswirkungen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung**

Eine zusätzliche Krankenversicherung hat zum Ziel, einen bestehenden oder abgeschlossenen Hauptvertrag oder Versicherungsschutz zu erweitern. Sie übernimmt den Teil der Ausgaben für medizinische Versorgung und Güter, der nicht vom öffentlichen System erstattet wird. In diesem Sinne trägt sie dazu bei, finanzielle Hürden abzubauen, indem sie die Eigenbeteiligungen reduziert und verbessert dadurch den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Zusatzversicherung spielt also eine wesentliche Rolle in den Gesundheitszugang bei Personen mit niedrigen Einkommen. Heute schützt die Allgemeine Krankenversicherung (CMU<sup>2</sup>) in der Cote d'Ivoire fünfundzwanzig Millionen Einwohner, ungefähr 70 Prozent der Bevölkerung ab (CNAM, 2026)<sup>3</sup>. Es wird geschätzt, dass zwischen zehn und fünfzehn Prozent der ivoirischen Bevölkerung über eine zusätzliche Versicherung verfügen, seit der Einführung der Allgemeinen Krankenversicherung und deren Inkrafttreten 2019. Der Hauptgrund für die geringe Marktdurchdringung privater Versicherungen in der ivoirischen Bevölkerung liegt in der als zu hoch empfundenen monatlichen Prämie.

Hohe Eigenbeteiligung und nicht durch eine Zusatzversicherung abgedeckt sind, können finanziell vulnerable Personen dazu neigen, auf notwendige medizinische Versorgung zu verzichten. Der Verzicht auf medizinische Versorgung aus finanziellen Gründen gilt als einen der erwähnten

<sup>1</sup> Plan national de Développement sanitaire (PNDS).

<sup>2</sup> Couverture Maladie Universelle (CMU).

<sup>3</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Hauptgründen und tritt vor allem nach der ärztlichen Konsultationen auf (J. Kouame, 2022). So kann eine Person zwar einen physischen und geografischen Zugang zu einer Gesundheitseinrichtung haben, jedoch aufgrund finanzieller Hürden, nicht in der Lage sein, die notwendige und angemessene Versorgung in Anspruch zu nehmen. Feststellbar ist, dass Personen, die über eine Zusatzkrankenversicherung verfügen, neigen eher dazu, einen Facharzt aufzusuchen, da die Mehrkosten teilweise durch die Zusatzversicherung ausgeglichen werden können (M. Perronnin, 2013, S. 14).

### **2.3. Das Einkommen als strukturelle Barriere und Einflussfaktor für den Zugang zur Gesundheitsversorgung**

Das Einkommen in der Côte d'Ivoire ist nicht nur ein ökonomischer Indikator, sondern eine strukturelle Determinante, der den Zugang der ivoirischen Bevölkerung zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsversorgung tiefgreifend fragmentiert. In diesem Sinne kann ein niedriges Einkommen Krankheit verursachen und die Gesundheit benachteiligter sozialer Bevölkerungsgruppen beeinträchtigen. So lautet:

Die Theorie der sozialen Produktion von Krankheiten, die auf dem Strukturmaterialismus basiert, besagt, dass das niedrige Einkommen einiger Menschen und sozialer Gruppen zu einem Mangel an Ressourcen führt, um die Faktoren zu überwinden, die ihre Gesundheit beeinträchtigen und Krankheiten verursachen (G. Bastidas, R. Iglesias, 2024, S. 28).

Tatsächlich erweist sich das Einkommen als strukturelle Barriere aufgrund der Dominanz des informellen Sektors in der ivoirischen Wirtschaft.

Ferner ist die Hauptstadt Abidjan als wichtiger Gesundheitsstandort des Landes betrachtet, in dem die wesentlichen medizinischen Fachbereiche im Gegensatz zu anderen Regionen zu finden sind. Folglich hängt der Zugang zur medizinischen Versorgung, insbesondere zur fachärztlichen Behandlung für einkommensschwache Bewohner des Westens oder Nordens maßgeblich von der geografischen Erreichbarkeit sowie den finanziellen Rahmenbedingungen ab. Unter Berücksichtigung der pyramidalen Struktur des ivoirischen Gesundheitssystems wird die Erreichbarkeit einer Einrichtung der Primärversorgung auf 12 Minuten geschätzt (ANStat, 2021, S. 13). Für Referenzeinrichtungen der Sekundarstufe wie regionale Krankenhäuser, beläuft sich die Zeitspanne auf rund eine Stunde, während spezialisierte Institute und Universitätskliniken für die Bevölkerung in etwa 145 Minuten erreichbar sind (ANStat, 2021, S. 13). Für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen ist der Zugang zur medizinischen Versorgung, insbesondere zur spezialisierten Behandlung in Referenzzentren und –instituten mit erheblichen indirekten Kosten verbunden, beispielsweise für Transport und Unterbringung.

Die finanzielle Selbstbeteiligung der Nutzer an den Behandlungskosten in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen durch die Zuzahlung kann – ungeachtet der Ziele, Direktzahlungen zu reduzieren und Eigenverantwortung der Patienten zu stärken – als Barriere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen angesehen werden. Insgesamt ist die Einkommensproblematik im Kontext des Zugangs zur Gesundheitsversorgung untrennbar mit der Wirtschaftsstruktur, der geografischen Distanz und den Mechanismen, die den Zugang für vulnerable Bevölkerungsgruppen gewährleisten.

### **3. Zum Vergleich von Erfolgsfaktoren und strukturellen Defiziten des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im deutschen und ivoirischen Gesundheitssystem**

#### **3.1. Finanzielle Ressourcen und Versorgungspfade: eine vergleichende Analyse der Zugangsbarrieren**

Der Einfluss des Einkommens auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung im deutschen und ivoirischen Gesundheitssystem verdeutlicht zwei unterschiedliche Paradigmen. Während das seine auf einem sozioökonomischen Determinismus beruht, der aus der Dualität des Versicherungsstatus resultiert, ist das andere durch die Barriere der unmittelbaren Zahlungsfähigkeit geprägt. In Deutschland vollzieht das Gesundheitssystem eine institutionalisierte Segmentierung, indem es eine Versicherungspflichtgrenze festlegt. Diese Schwelle ermöglicht es Personen mit hohem Einkommen, rechtmäßig aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszusteigen, um sich privat krankenversichern zu lassen. Sie genießen dadurch einen differenzierten Zugang zur Versorgung, der durch eine erhebliche Verkürzung der Wartezeit und einen privilegierten Zugang zu modernsten medizinisch technischen Infrastrukturen gekennzeichnet ist (Division de la Législation comparée du Sénat, 2024).

Im Gegensatz zum deutschen Gesundheitssystem ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit in der Côte d'Ivoire untrennbar mit der Problematik des finanziellen Schutzes gegen katastrophale Gesundheitsaufgaben verbunden. Ungeachtet der Ziele der Allgemeinen Krankenversicherung, den Zugang zur medizinischen Versorgung von der individuellen Zahlungsfähigkeit zu entkoppeln, bleibt das System weiterhin maßgeblich durch eine hohe Quote an unmittelbare Selbstbeteiligung gekennzeichnet. Für private Haushalte stellt die finanzielle Selbstbeteiligung oft eine zusätzliche Belastung zu den indirekten Gesundheitskosten dar, was zu einer Hürde wird. Dies führt konsequent zu Strategien der Nicht-inanspruchnahme von Leistungen, zum Behandlungsverzicht oder zum Zugriff auf traditionelle Heilmethoden noch zur Selbstmedikation.

In diesem Zusammenhang lässt der Verzicht auf medizinische Leistungen auf zweierlei Weise betrachten. Die erste Form der sogenannte barrierebedingte Verzicht ist auf finanzielle und strukturelle Hindernisse zurückzuführen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren oder verzögern können (H. Revil, 2018, S. 29). Die zweite Form, die als bewusster Verzicht bezeichnet wird, zeugt hingegen von der Präferenz des Individuums für die Selbstbehandlung oder die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden, die von den Standards des offiziellen Gesundheitssystems oder der modernen Medizin abweichen (H. Revil, 2018, S. 29). Dieser Verzicht aus ökonomischen, strukturellen oder präferenzbasierenden Gründen stellt eine wesentliche Determinante für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Auf klinischer Ebene induziert dieses Phänomen eine Erschwerung von Krankheiten. Tatsächlich kann der Verzicht auf Konsultationen dazu führen, dass einfache und frühzeitige diagnostizierbare Krankheiten zu akuten Pathologien entwickeln. In ökonomischer Hinsicht führt diese Strategie des Verzichts oder Aufschubs langfristig zu einer Steigerung der Gesundheitsausgaben, bedingt durch die Notwendigkeit einer intensivierten stationären Versorgung.

#### **3.2. Eine entscheidende Rolle der Infrastrukturen und der gesundheitlichen Planung für den Zugang zur Gesundheitsversorgung**

Die Gesundheitsplanung besteht in der Anwendung eines systematischen Ansatzes zur Erreichung von Zielsetzungen durch den effizienten und sachgerechten Einsatz der gegenwärtig und zukünftig

verfügbaren Ressourcen (I. Wone, 2018, S. 906). Diese Planung stellt das Referenzinstrument dar, um die Infrastrukturen und die Verteilung der Ärzte aufeinander abzustimmen, mit dem Ziel einen gerechten Zugang zu den Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Nach dem Muster des deutschen Gesundheitswesens stützt sich die Gesundheitsplanung in der Côte d'Ivoire auf die Zusammenarbeit und die Einbeziehung der maßgeblichen Akteure des ivoirischen Gesundheitswesens (PNDS 2021 – 2025, 2021, S. 12).

In Deutschland wird die Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geplant, ein Organ der Selbstverwaltung, das sich aus Vertretern der Akteure des Gesundheitswesens zusammensetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übt jedoch die Rechtsaufsicht darüber aus. Ziel der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der gesetzlichen Versicherten mit Ärzten und Psychotherapeuten sicherzustellen (Bedarfsplanung, 2025). Tatsächlich ist es festzustellen, dass trotz der hohen Dichte an Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Fachpersonal im deutschen Gesundheitswesen stellt die Problematik der Fehlversorgung und die demografische Alterung der Bevölkerung die entscheidenden Herausforderungen. Deutschland verfügt über 1900 Krankenhäuser, 150.000 Ärzte, 28.000 Psychotherapeuten und ungefähr 19.500 Apotheken (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, S. 8). Um die Problematik der Unter- und Überversorgung zu regeln, sieht das Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) Regulierungsmechanismen in Form von finanziellen Anreizen und Höchst- und Mindestquoten für die Niederlassung der Ärzte vor (Division de la Législation du Sénat, 2024).

In der Côte d'Ivoire weist die Gesundheitsplanung als Managementansatz für Gesundheitsdienste und den Zugang zur Versorgung Defizite auf. So fehlen im Nationalen Gesundheitsentwicklungsplan 2021 – 2025 (PNDS 2021 - 2025) Daten, besonders diese zum Verhältnis zwischen Fachärzten und der Bevölkerung pro Fachgebiet für die Jahre zwischen 2021 bis 2025 (PNDS 2021 – 2025, 2021, S. 141). Ein weiteres Beispiel stellt die Anzahl der Referenzkrankenhäuser dar, die Leistungen zur funktionellen Rehabilitation erbringen, für welche jedoch keine Daten vorliegen (PNDS 2021 – 2025, 2021, S. 152). Darüber hinaus ist die Partizipation von Konsumentenorganisation und lokalen Gemeinschaften an der Erarbeitung des Nationalen Gesundheitsentwicklungsplans (PNDS) als unzureichend zu bewerten.

Ferner sieht das Gesetz Nummer 2024-240 vom 24. April 2024 der Bestimmungen über die Ausübung der Medizin keine Anreizmechanismen für die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten vor, um das Versorgungsangebot für die Bevölkerung zu regulieren. Die Côte d'Ivoire sollte die Anreizmechanismen für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten des Landes intensivieren. Zudem sollten die Mitwirkung und Beteiligung der Verbraucher sowie der Berufsverbände im Gesundheitswesen deutlich verstärkt werden.

### **3.3. Vom Grad der Komplementarität zwischen privater und öffentlicher Krankenversicherung**

In allen Gesundheitssystemen spiegelt der Sozialvertrag, die Modalitäten der Finanzierung und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung die Bedeutung wider, die den Prinzipien der Gerechtigkeit beigemessen wird (C. Lachaud und L. Rochaix, 1995). In diesem Sinne variiert der Status privater Krankenversicherungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung je nach dem Land. Im Gesundheitssystem Deutschlands unterhält die private Krankenversicherung drei Arten von Beziehungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Einerseits dient sie als

Ersatzkrankenversicherung – für Personen mit einem bestimmten Einkommensniveau, die sich bewusst für einen Austritt aus dem gesetzlichen System entscheiden. Andererseits kann sie als Zusatzkrankenversicherung fungieren, um neben dem staatlichen Schutz eine zusätzliche Absicherung zu erhalten. Schließlich übernimmt die private Krankenversicherung eine komplementäre Rolle für diejenigen, die einen Krankenversicherungsvertrag wollen, welche die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstatteten Leistungen abdeckt. Auch verfügt nahezu in Deutschland die gesamte Bevölkerung über eine Grundabsicherung im Krankheitsfall. Die Rolle der privaten Krankenversicherung tritt bedeutend hinsichtlich organisatorischer und geografischer Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, wie langen Wartezeiten oder großen Entfernungen zu Gesundheitseinrichtungen (T. Begerow, und al., 2025, S. 25). Das trägt dazu bei, die Wirksamkeit des Gesundheitsversorgungszugangs und bessere Leistungen zu gewährleisten.

In den Krankenversicherungssystemen, die von öffentlichen Trägern verwaltet werden, wie es in der Côte d'Ivoire der Fall ist, sind private Krankenversicherungen freiwillig und in erster Linie ergänzender Natur. Einerseits können sie Kosten abdecken, die von der Grundversicherung nicht übernommen werden oder diese ergänzen, indem sie erweiterte Leistungen anbieten, die besser auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten sind. Andererseits besteht die Strategie der Krankenkassen im Bereich der Zusatzversicherung darin, einer großen Versichertengruppe denselben Vertrag anzubieten. Dies verschafft ihnen unbestreitbaren Wettbewerbsvorteil gegenüber privaten Versicherungsgesellschaften, die eher zur Differenzierung ihrer Verträge neigen (J. C. Rochet, 1996).

Die Stärkung der Zusatzversicherung stellt eine wesentliche Strategie dar. Während Deutschland durch das Zusammenspiel von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung eine nahezu flächendeckende Absicherung der Bevölkerung gewährleistet ist, zeigt sich in der Côte d'Ivoire ein erhebliches Defizit. Obwohl die Allgemeine Krankenversicherung (CMU) inzwischen etwa 25 Millionen der ivoirischen Bevölkerung abdeckt (CNAM, 2026)<sup>4</sup>, verfügen lediglich zehn bis fünfzehn Prozent über eine zusätzliche und private Krankenversicherung, was insbesondere bei einkommensschwachen Personen zu einem häufigsten Behandlungsverzicht führt. Ausgehend von der Tatsache, dass private Krankenversicherungen eine wesentliche Rolle beim Zugang zur medizinischen Versorgung und dass ein großer Anteil der ivoirischen Bevölkerung keine Zusatzversicherung besitzt, sollte ein schrittweises Förderverfahren zur Erlangung einer Zusatzversicherung für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen in Betracht gezogen werden.

## Schlussfolgerung

Schlussfolgernd hat die Analyse der sozialen strukturellen Determinanten in Deutschland und in der Côte d'Ivoire verdeutlicht, dass das deutsche Gesundheitssystem trotz einer sozialen Krankenversicherung und einer starken Versorgungsdichte, die den universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet, ist es mit Herausforderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit konfrontiert, welche mit dem sozioökonomischen Status der Bevölkerung eng verknüpft sind. Im Gegensatz zum deutschen Gesundheitswesen sind die sozialen strukturellen Barrieren in der Côte d'Ivoire, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen, auf die ungleiche Verteilung medizinischer Einrichtungen, den starken ausgeprägten informellen Sektor und die geringe Zusatzversicherung durch private Versicherungen zurückzuführen sind. Die Studie unterstreicht weiterhin die Tatsache, dass der Gesundheitszugang

<sup>4</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

nicht nur vom Versorgungsangebot abhängt, sondern auch von einer sozialen, politischen und strukturellen Organisation jenes Systems. Die Verbesserung der Gesundheitsindikatoren in beiden Kontexten erfordert daher, dass die staatlichen Maßnahmen diese strukturellen Ungleichheiten berücksichtigen und korrigieren.

## Bibliografie

### Offizielle Dokumente

Agence Nationale de la Statistique (ANStat), 2025, « Chiffres clés de la Côte d'Ivoire », Abidjan.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2025, „Bedarfsplanung“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bedarfsplanung.html>, (10.08.2025).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2020, „Le système de santé allemand“, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Branschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_FR.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Branschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_FR.pdf), (17.03.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G - BA), 2025, „Bedarfsplanung-Richtlinie“, veröffentlicht im Bundesanzeiger vom 22. 09. 2025, 152 Seiten.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU), 2021, « Plan national de Développement sanitaire 2021 – 2025 (PNDS 2021-2025) ».

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU), 2021, « Enquête sur les indicateurs des prestations de services de santé (EIPS-SANTE-CI) », <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062924090022938/pdf/P172424-e0fb3af8-15d1-4dc0-872f-711a3ebc9b2f.pdf>, (09.08.2025).

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU), 2024, « Rapport annuel sur la situation sanitaire », Abidjan.

### Weitere Quellen

BASTIDAS Gilberto et al., 2024, *Soziale Determinanten der Gesundheit: Die Komplexität der Gesundheit*, Unser Wissen Verlag, London.

« Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung » (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/SGB\\_5.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf), (20.07.2025).

Division de la Législation comparée du Sénat, 2024, Législation comparée – Note sur l'installation des professionnels de santé en Allemagne, Rapport d'information Nr. 137 (2024-2025) du 13 novembre 2024, <https://www.senat.fr/rap/r24-137/r2413713.html>, (20.07.2025).

HECHT Justin Raphael, 2022, „Soziale Determinanten der Gesundheit – Empirische Analyse sozialer Einflussfaktoren auf individueller und räumlicher Ebene“, Universität Bayreuth.

NEZOSI Gilles, 2021, *La protection sociale*, In: La documentation Française, 2<sup>ème</sup> Édition, Paris, 358 pages.

## Webografie

BEGEROW Tatjana et. al., 2025, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren: Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich, Wissenschaftliches Institut der PKV, [https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien\\_in\\_Buchform/WIP-2025-Zugang\\_zur\\_Gesundheitsversorgung\\_Gesundheitszustand\\_Risikofaktoren-Laendervergleich.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2025-Zugang_zur_Gesundheitsversorgung_Gesundheitszustand_Risikofaktoren-Laendervergleich.pdf), (09.08.2025).

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, 2008, « La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance », In: *Santé Publique*, 2008/2 Vol. 20, p. 191 a 199, <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-191?lang=fr>, (17.03.2026).

DESTANNE DE BERNIS Gérard, 1973, « La planification sanitaire: questions introductives », In : *Revue Tiers Monde*, pp. 19 – 45, [https://www.persee.fr/doc/tiers\\_0040-7356\\_1973\\_num\\_14\\_53\\_1901](https://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1973_num_14_53_1901), (04.04.2026).

HOLLEDERER Alfons, 2025, *Gesundheitliche Ungleichheit in einem Gesundheitswesen mit 2 Vollversicherungssystemen? Sekundäranalysen des Mikrozensus bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung in Deutschland*, 13 Seiten, <https://doi.org/10.1007/100103-025-04142-1>, (02.04.2026).

JACOBZONE Stéphane, 1997, « Systèmes mixtes d'assurance maladie, équité, gestion du risque et maîtrise des coûts », In: *Economie et prévision*, pp. 189 – 205, [https://www.persee.fr/doc/ecop\\_0249-4744\\_1997\\_num\\_129\\_3\\_5873](https://www.persee.fr/doc/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5873), (11.08.2025).

KONAN Kouassi Samuel et. al., 2022, « Logique d'implantation des structures sanitaires et disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins à Bouake (Cote d'Ivoire) », In : *Espace populations sociétés*, <https://doi.org/10.4000/esp.13286>, (07.08.2025).

KOUAME Jérôme, et al., 2022, *Renoncement aux soins et vie estudiantine : Enquête en période de Covid-19 à l'Université Félix Houphouët-Boigny*, [https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR\\_ARTICLE\\_3284.pdf](https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_3284.pdf), (27.06.2025).

LACHAUD Claire et ROCHAIX Lise, 1995, « Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en Europe », In: *Revue d'économie financière*, pp. 367 – 393, [https://www.persee.fr/doc/ecofi\\_0987-3368\\_1995\\_num\\_34\\_3\\_2208](https://www.persee.fr/doc/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2208), (04.08.2025).

LAMPERT Thomas, et Al., 2018, « Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time », In: *Journal of Health Monitoring* 2018, 20/3 (Suppl 1): 1-24, doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-036, <https://www.pmc.ncbi.nih.gov/articles/PMC8864567/#sec1-1>, (20.07.2025).

OUTREVILLE J. François, 2006, « Financement de la santé : le rôle des assurances privées et publiques », In : *Assurance et gestion des risques/ Insurance and Risk Management*, Volume 74, numéro 3, <https://www.doi.org/10.7202/1091629ar>, (11.08.2025).

PERRONNIN Marc, 2013, « Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins, Université Paris – Dauphine », In: *Laboratoire d'Economie et de gestion des Organisations de santé* (LEDA - LEGOS).

PIERRE Aurélie, 2018, « Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture », In: *Economies et finances, Université Paris sciences et lettres*, NNT: 2018PSLED031.

POTVIN Louise, RIDDE Valéry, et. Al., 2008, « Evaluer l'équité en promotion de la sante, Les inégalités sociales de santé au Québec », In: *Presses de l'Université de Montréal*, <https://doi.org/10.4000/books.pum.10025>, (04.08.2025).

REVIL Helena, 2018, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », Numéro 53, <https://en3s.fr/articles-regards/53/Revil.pdf>, (13.05.2026).

ROCHET Jean Charles, 1996, « Les atouts et les limites des systèmes publics d'assurance-maladie », In : *Revue française d'économie*, pp. 183 - 189, [https://www.persee.fr/doc/rfeco\\_0769-0479\\_1996\\_num\\_11\\_1\\_1000](https://www.persee.fr/doc/rfeco_0769-0479_1996_num_11_1_1000), (11.08.2025).

SCHOFIELD Frank, 1975, « La planification sanitaire dans les pays en voie de développement », In: *Impact: science et société*, XXV, 3, p. 189 – 201, [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000149\\_79\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000149_79_fre), (16.03.2026).

WONE Issa, 2018, « Les défis de l'efficacité dans la planification des systèmes de santé en Afrique de l'ouest », In : *Santé Publique*, 2018/6 Vol. 30, p. 905 à 909, <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-905?lang=fr>, (04.04.2026).

**Processus d'évaluation de cet article:**

- **Date de soumission: 14 avril 2026**
- ✓ **Date d'acceptation: 08 mai 2026**
- ✓ **Date de validation: 22 mai 2026**

**N'GUESSAN Kramaud Venance Haboum-Sey**

**Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland und in der Côte d'Ivoire: Welche Rollen spielen die sozialen strukturellen Determinanten in beiden Gesundheitssystemen?**