

Migration als gesundheitliche Ungleichheitsdimension? National-ethno-kulturelle Zugehörigkeit, Gesundheit und soziale Netzwerke

Annett Kupfer und Markus Gamper

Überblick

- Ethnische und migrationsbedingte Differenzen werden zunehmend als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit beforscht, diesbezügliche empirische Ergebnisse sind jedoch zum Teil widersprüchlich.
- Studien zu „Migration und Gesundheit bzw. gesundheitlichen Ungleichheiten“ und zu „Migration und Netzwerken“ liegen vor.
- Studien, die alle drei Bereiche gemeinsam umfassen, sind sehr selten und betrachten 1) fast immer nur eine Bevölkerungsgruppe ohne 2) den Blick zusätzlich auf vertikale Ungleichheitsdimensionen wie Einkommen oder Bildung zu weiten. Die meisten Studien benutzen 3) den Begriff des Netzwerks eher als Metapher, Synonym für Gruppe oder Sozialkapital oder sie beforschen ausschließlich soziale Unterstützung als zentrale Funktion sozialer Netzwerke.
- Es bleibt zu fragen, inwieweit die mit dem Begriff Migration assoziierten Phänomene tatsächlich migrationspezifisch sind, d. h., beispielsweise

A. Kupfer (✉)
Dresden, Deutschland
E-Mail: annett.kupfer@tu-dresden.de

M. Gamper
Köln, Deutschland
E-Mail: m.gamper@uni-koeln.de

verbunden mit einem konkreten Migrationsprozess sind, oder ob nicht im Sinne der Intersektionalität andere soziale Gruppenzugehörigkeiten wie Klasse oder Geschlecht (höheren) Erklärungsgehalt für gesundheitliche Ungleichheiten besitzen.

1 Die Gesundheit Migrationsanderer – Migration und Gesundheit

Migration bzw. ein sogenannter Migrationshintergrund kann aus sozialwissenschaftlicher Sicht ein bedeutsamer Faktor für die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit einer Bevölkerung sein, und so rücken in letzter Zeit „ethnische und migrationsbedingte Differenzen als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit zunehmend in den Blickwinkel epidemiologischer Forschung“ (Schenk 2007, S. 87). „Migranten sind – wie Empirie und Erklärungsmodelle zeigen – in einer besonderen gesundheitlichen Situation [...] Migration beeinflusst die Gesundheit und die Gesundheit beeinflusst, wer migriert“ (Spallek und Razum 2016, S. 163). „Macht Migration krank?“ fragen dazu Knipper und Bilgin (2009) und werten in ihrer sekundäranalytischen Studie eine Fülle an wissenschaftlicher Literatur zum Thema „Migration und Gesundheit“ aus. Zusammengefasst, so die Autoren, finden sich hier sehr unterschiedliche und teilweise sogar widersprüchliche Aussagen, insgesamt ist jedoch der „Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund [...] nicht grundsätzlich besser oder schlechter als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. [...] Viele Studien beschreiben den Gesundheitszustand von Migranten im statistischen Mittel sogar als besser“ (Knipper und Bilgin 2009, S. 3; vgl. auch Sting 2010). Gesundheitsschancen und Krankheitsrisiken differieren jedoch innerhalb der Migrant_innenpopulation stark und ändern sich im Verlauf des Aufenthalts im Zielland.

Eine Herausforderung und immer wieder benannte Schwierigkeit innerhalb der Forschung zur Gesundheit von Migrationsanderen¹ bildet aufgrund

¹Mit dem Begriff „Migrationsandere“ kommen Prozesse und Phänomene der Konstruktion, Bewältigung, Bewahrung und Veränderung natio-ethno-kultureller Differenz unter bestimmten Bedingungen in den Blick. Probleme der Pauschalisierung Migrant_in vs. Nichtmigrant_in sowie die über Hierarchisierung und machtvolle Unterscheidung hergestellte Differenz zwischen „Anderen“ und „Nicht-Anderen“ werden hieran verdeutlicht (Mecheril 2010).

der Heterogenität der Gruppe die Operationalisierung in Studien. Zum einen ist unklar, welche Kriterien – Nationalität, Muttersprache, Ethnie der Großeltern, Geburtsort, Migrationsort sowie Migrationsregime etc. – zur Bestimmung „der Migrant_innen“ herangezogen werden, was die Vergleichbarkeit der Studien erschwert (Kirkcaldy et al. 2006), zum anderen ist die Gruppe der Menschen mit Migrationsgeschichte bezogen auf andere Differenzlinien, wie soziales Milieu, Geschlecht, aber auch Herkunftsland, Migrationsgrund und -zeitpunkt in sich sehr heterogen, womit die gesundheitliche Situation der sogenannten Migrant_innen sehr unterschiedlich und nicht verallgemeinernd beschreibbar ist (Knipper und Bilgin 2009; Spallek und Razum 2016).

1.1 Gesundheit von Migrant_innen – Studienergebnisse²

Vor dem Hintergrund der erwähnten Operationalisierungs- und Erfassungsprobleme, möchten wir eingangs Studien über den Zusammenhang von Migration und Gesundheit vorstellen. Einige dieser Ergebnisse fassen wir im Folgenden schlaglichtartig zusammen.

1.1.1 Subjektiver Gesundheitszustand von Migrant_innen

Erfasst werden hier Selbstangaben zur subjektiven Gesundheit: die Einschätzung des Wohlbefindens, der Funktionsfähigkeit und der Anfälligkeit für Krankheiten (Stenzel 2016). Nach Elkeles und Seifert (1996) finden sich in einer allgemeinen Gegenüberstellung keine erheblichen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne sogenannten Migrationshintergrund. Erst bei einem nach sozialen Merkmalen differenzierten Blick zeigen sich innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen diesbezügliche Unterschiede in der Gesundheitszufriedenheit. So bewerten arbeitslose Migrant_innen ihre Gesundheitszufriedenheit negativer als die deutsche Vergleichsgruppe. Zudem nimmt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit mit steigendem Alter bei ‚Deutschen‘ wie Zuwanderer_innen ab, wobei für türkische

²Zum Gesundheitsverhalten von Migrant_innen finden sich laut Stenzel (2016) nur wenige Studien. Bekannt ist häufigeres Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit sogenanntem Migrationshintergrund, das sich auch im Erwachsenenalter fortsetzt und das Risiko für Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit, Typ-2-Diabetes und orthopädische Erkrankungen erhöht. Bezüglich des Alkohol- und Drogenkonsums kann nicht von einem generell höheren oder niedrigeren Konsum bei Migrant_innen gesprochen werden (vgl. für differenziertere Ergebnisse Kirkcaldy et al. 2006; Razum et al. 2011).

Zuwanderer und Zuwanderinnen die Abnahme stärker ausgeprägt ist als bei ‚Deutschen‘ und Zuwanderer_innen aus anderen Herkunftsländern (Razum et al. 2011). Neben Alter und Geschlecht beeinflussen auch sozioökonomische Faktoren wie Bildungsstatus, Einkommen und Beschäftigungsstatus die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Inwieweit sich für Migrant_innen der sozioökonomischen Status auf den subjektiven Gesundheitszustand auswirkt, bleibt aufgrund der heterogenen Studienlage dazu allerdings unklar (Stenzel 2016).

1.1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit durch Migration, psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen

Bei selbst berichteten psychischen Erkrankungen fanden sich keine Unterschiede zwischen Migrant_innen und ‚Einheimischen‘. Innerhalb des Bundesgesundheitsurvey berichteten jedoch geschlechtsspezifisch Migrantinnen bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität einen schlechteren Gesundheitszustand und hatten ein schlechteres psychisches Wohlbefinden als ‚deutsche‘ Frauen (Kirkcaldy et al. 2006). Laut Kirkcaldy und Kolleg_innen (ebd.) sind psychosomatische und psychische Störungen bei Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund im Durchschnitt häufiger zu finden als in der übrigen Bevölkerung. Die Trennung von der Familie, schwierige Lebensumstände im Gastland (Erfahrungen mangelnder sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Teilhabe, Identitätskonflikte etc.) sowie die Anpassung an neue gesellschaftliche und kulturelle Situationen bei geringer oder fehlender wirtschaftlicher und rechtlicher Absicherung aber auch Diskriminierungserfahrungen können direkte Auswirkungen auf die psychische aber auch physische Gesundheit haben.

Zu den psychischen Störungen, die häufig in Verbindung mit Migration auftreten, zählen Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Somatisierung und posttraumatische Belastungen (Kirkcaldy et al. 2006). Im deutschsprachigen Raum liegen jedoch kaum epidemiologische Untersuchungen zur psychischen Belastung unterschiedlicher Migrant_innengruppen vor (ebd.). Nach Knipper und Bilgin (2009) ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund schwer zu quantifizieren und die Studienlage unbefriedigend. Bekannt ist der starke Einfluss von traumatischen Ereignissen, wie Folter und Kriegserfahrungen, die in besonderer Weise gesundheitsbelastend sein können und vor allem beim Fortdauern der instabilen Lebenssituation in der posttraumatischen Phase (langwierige Asylverfahren etc.) massive Gesundheitsgefährdungen und Traumatisierung nach sich ziehen können (Sting 2010; Kutalek 2009). So leiden besonders Asylsuchende häufig an psychischen Störungen (posttraumatische Belastungsstörung) (Kirkcaldy et al. 2006; BPTK 2015). Jedoch

dürfen „Migrationserfahrungen [...] nicht unkritisch und pauschal mit gesundheitlichen und insbesondere psychischen Belastungen gleichgesetzt werden. Nur bei einem Teil der entsprechenden Studien können Unterschiede zwischen der psychischen Gesundheit von Migranten und Einheimischen nachgewiesen werden“ (Kirkcaldy et al. 2006, S. 877).

1.1.3 Beeinträchtigung der physischen Gesundheit bei Migrant_innen

Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland leiden *seltener* an Bronchitis, Allergien, atopischen Erkrankungen (Überempfindlichkeitsreaktionen und Neigung zu allergischen Erkrankungen), Asthma, Magen-Darm-Infektionen und Mittelohrentzündungen und *häufiger* an Anämie, Tuberkulose, Karies und Übergewicht (Knipper und Bilgin 2009; Razum et al. 2011). Als Grund für diese Symptome werden jedoch weniger migrations-, sondern eher milieuspezifisch (soziale Schicht – Bildung, Berufsstatus etc.) schwächere „psychosoziale Schutzfaktoren“ (z. B. positives Familienklima, emotionale Stabilität, unterstützendes soziales Umfeld usw.) gesehen (Knipper und Bilgin 2009).

Auch im Erwachsenenalter sind Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund von bestimmten Erkrankungen anders betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland (Knipper und Bilgin 2009). So leiden türkischstämmige Menschen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Hepatitis und Aussiedler_innen aus der ehemaligen Sowjetunion sterben im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt seltener an Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – obwohl hier Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, hohe Blutfettwerte etc. häufiger anzutreffen sind. Beide Gruppen zeigen ein erhöhtes Risiko für Lungen- und Magenkrebs sowie für chronische Magenerkrankungen. Um diese Befunde zu erklären (und auch, da sich Ergebnisse verschiedener Studien teilweise widersprechen) ist weitere Forschung dringend notwendig.

Internationale und nationale Ergebnisse liefern des Weiteren Hinweise, dass Migrant_innenpopulationen bzw. ethnische Minderheiten in einigen Bereichen größeren gesundheitlichen Risiken unterliegen als Personen ohne sogenannten Migrationshintergrund (siehe hierzu zitierte Studien in Schenk 2007). Bezüglich übertragbarer Infektionskrankheiten mit Folgekrankheiten werden z. B. chronische Hepatitis B, *Helicobacter pylori*³ oder Tuberkulose genannt, für die

³Das *Helicobacter pylori*, welches im menschlichen Magen vorgefunden werden kann. Dieses wird für Entzündungen und Tumore verantwortlich gemacht.

Migrant_innen in ihren Herkunftsländern höheren Prävalenzraten ausgesetzt sind. Knipper und Bilgin (2009) weisen ferner darauf hin, dass die teilweise in Sammelunterkünften für Flüchtlinge herrschenden prekären Lebensumstände, eine schlechte Ernährung und ein unzureichender Zugang zu Gesundheitsversorgung zu den typischen Risikofaktoren für Tuberkulose zählen.

In Bezug auf chronische Erkrankungen ist bisher eine stärkere Belastung der einheimischen Bevölkerung festzustellen. Allerdings deuten verschiedene Studien darauf hin, dass eine lange Aufenthaltsdauer im Zielland durch die allmähliche Übernahme eines „westlichen Lebensstils“ negative Effekte auf die Gesundheit von Migrant_innen hat, indem z. B. Adipositas, Herzerkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane zunehmen (Krämer und Baune 2004; Stenzel 2016, s. u.). In anderen Bereichen, z. B. bezüglich Asthma (seltener), Neurodermitis und Heuschnupfen, Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit (geringer), sind Migrant_innen genauso oder weniger gefährdet (Schenk 2007). Einige genetisch bedingte Erkrankungen, wie etwa Sichelzellanämie, das familiäre Mittelmeerfieber und seltene Stoffwechselerkrankungen treten – entsprechend ihrer Verbreitung in den Herkunftsländern – auch bei einigen Migrant_innengruppen in Deutschland häufiger auf (Knipper und Bilgin 2009). Weiterhin bekannt ist die höhere, aber kontinuierlich sinkende Müttersterblichkeit⁴ unter ausländischen Frauen (bis Mitte der 1990er Jahre rund 1,5-mal so hoch wie unter deutschen Frauen, Razum et al. 2011).

1.2 **Ausgewählte Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit**

Während im ersten Schritt der Gesundheitszustand von Migrant_innen empirisch diskutiert wurde, möchten wir im zweiten Schritt Erklärungsansätze vorstellen. Hierbei greifen wir auf Konzepte zurück, die zur Deutung bestehender Unterschiede im Gesundheitsverhalten, der körperlichen wie auch psychischen Gesundheit herangezogen werden.

⁴Müttersterblichkeit gilt als empfindlicher Indikator für gesundheitliche Ungleichheiten hinsichtlich des Zugangs zu und Nutzung von Gesundheitsdiensten (Razum et al. 2011).

1.2.1 Migration und Stress – Migrationsstresshypothese

„Migration wird weitgehend übereinstimmend als ein kritisches Lebensereignis beschrieben, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann“ (Kirkcaldy et al. 2006, S. 874). Migrations- und Akkulturationsprozesse, bringen – auch ohne das Vorliegen einer Fluchtgeschichte oder gar Traumatisierung – besondere Belastungen für Migrant_innen mit sich und können damit die psychische Gesundheit sowie das Entstehen psychischer und körperlicher Krankheiten beeinflussen (Kutalek 2009; Schenk 2007). Unter der Migrationsstresshypothese werden unterschiedliche Stressoren, wie unsichere Lebensbedingungen/Wohnverhältnisse, gesetzliche Aufenthaltsrechte, chronische berufliche Belastung, (drohende) Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung, Isolation aufgrund anhaltender Trennung und sich verändernder Netzwerkbeziehungen, eheliche und intergenerationale Normen- und Rollenkonflikte etc. (Nestmann 1999; Kirkcaldy et al. 2006) als gesundheitsrelevant benannt.

1.2.2 Wirtschaftliche und berufliche Belastungen als Struktureffekt – Theorie der Unterprivilegierung

Bisherige Untersuchungen verweisen laut Schenk (2007) auf einen sehr komplexen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. So leben Migrant_innen häufiger in sozial benachteiligten Schichten und überproportional oft in prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen (auch in Sting 2010). Sie sind oft materiell schlechter ausgestattet, erhalten weniger (gute) Ausbildung(splätze), werden im Durchschnitt schlechter bezahlt und sind häufiger arbeitslos als die Mehrheitsbevölkerung (Spallek und Razum 2016). Diese soziale Benachteiligung schlägt sich auch innerfamiliär für die Kinder und Jugendlichen mit sogenannten Migrationshintergrund beispielsweise über die Bildungssituation nieder, wenn migrantische Jugendliche häufiger einen niedrigen oder gar keinen Schulabschluss besitzen (Schenk 2007). Soziale und berufliche Abstiegsprozesse, gesundheits-schädigende Wohn- und Arbeitsbedingungen und berufliche und ökonomische Unsicherheit zeigen ebenso wie Fremdenfeindlichkeit, Diskriminierung, mangelnde soziale Anerkennung und Informationsdefizite einen starken Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden für Migrant_innen wie Nicht-Migrant_innen (Schenk 2007; Spallek und Razum 2016; Sting 2010). „Migranten mit schlechten Jobs haben auch mehr Gesundheitsprobleme“ (Kirkcaldy et al. 2006, S. 874). Gesundheitliche Risiken von Migrant_innen können dann als Folge sozialer Benachteiligung gesehen werden (Schenk 2007). Allerdings erklärt der niedrige Sozialstatus nicht allein die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Migrant_innen und Nicht-Migrant_innen. Bei der Betrachtung von

Personen derselben Sozialschicht bildet der Migrationshintergrund einerseits einen zusätzlichen Risikofaktor und bringt andererseits in bestimmten Bereichen günstigere Gesundheitsaussichten mit sich, weshalb weitere erklärende Faktoren – wie ein anderer kultureller Hintergrund, die gesundheitliche und soziale Lage im Herkunftsland oder spezielle Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem – Beachtung finden müssen (Schenk 2007).

1.2.3 Healthy-Migrant-Effect – Theorie der positiven Selektion

„Migranten sind oftmals gesünder, als es ihr niedriger sozioökonomischer Status vermuten ließe – verglichen mit der Bevölkerung des Ziellandes der Migration“ (Razum et al. 2011, S. 568). Studien zufolge sind Einwanderer_innen bei der Ankunft häufig psychisch *gesünder* als Einheimische⁵ (Kirkcaldy et al. 2006), wobei die Gründe dafür noch nicht ausreichend erklärt sind (Knipper und Bilgin 2009). Möglicherweise finden sich unter den aus eigenem Antrieb Auswandernden wohlhabendere, robustere und belastbarere Menschen, die körperlich und psychisch widerstandsfähiger sind (Kirkcaldy et al. 2006; Schenk 2007; Knipper und Bilgin 2009). Auch der Wechsel in eine günstigere Lebensumgebung mit geringeren psychopathologischen Risiken könnte entscheidend sein (Kirkcaldy et al. 2006). Oder aber das junge Alter und damit niedrigere Risiken, z. B. für Herz-Kreislauferkrankungen oder die häufigere Remigration im hohen Alter oder/und bei Krankheit erklären den Healthy-Migrant-Effect (dann als statistisches Artefakt: Migrant_innen sind nicht „gesünder“, sondern die Erkrankten werden aufgrund demografischer und soziologischer Faktoren vergleichsweise schlechter erfasst) (Knipper und Bilgin 2009; Razum et al. 2011).

Über den Zeitverlauf nehmen allerdings psychische Krankheiten wie beispielsweise Depressionen zu und die Morbidität steigt. Diese Gesundheitsverschlechterung kann aus der Übernahme des ungünstigen Gesundheitsverhaltens und nachteiligen Lebensstils der westlichen industrialisierten Welt bei gleichzeitiger Vernachlässigung von Ressourcen wie sozialen Netzwerken und kulturellen Traditionen resultieren (Kirkcaldy et al. 2006). Widersprechend dazu konstatiert Stenzel (2016) einen anhaltenden Gesundheitsvorteil und den damit diskutierten „salmon bias“, der besagt, dass kranke und alte Migrant_innen häufig in ihr Herkunftsland zurückkehren und dadurch die Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern der Migrant_innen verzerrt und auch nicht in Studienpopulationen erfasst werden.

⁵Ausnahme bilden hier Geflüchtete (s. o.).

1.2.4 Migration als gesundheitlicher Übergang

Razum und Twardella (2002) erweitern das klassische Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effects um das Konzept des „gesundheitlichen Übergangs“ (*Health Transition*). Hier wird Migration aus einem ärmeren in ein wohlhabenderes Land (entsprechend dem klassischen Muster der Arbeitsmigration) als gesundheitlicher Übergang in hoher Geschwindigkeit betrachtet (Spallek und Razum 2016) und der Wechsel von einer hohen Gesamtsterblichkeit (Infektionskrankheiten, mütterliche und kindliche Ursachen) zu einer niedrigeren Sterblichkeit vorwiegend an nichtübertragbaren Krankheiten bezeichnet (Razum 2009).

Durch die Verbesserungen der Wasser-, Luft- und Nahrungsqualität und der medizinischen Versorgung wandelt sich auch die Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur in „modernen Gesellschaften“ (Stenzel 2016). Migrant_innen profitierten dann von einer besseren Gesundheitsversorgung (die allerdings zugänglich sein muss). Das Schwinden des signifikant niedrigeren Risikos für eine Brustkrebs-erkrankung bei Frauen der ersten Generation in den folgenden Generationen von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (Spallek und Razum 2016), die Konvergenz der Rauchgewohnheiten über den Zeitverlauf (Zunahme des Tabakkonsums unter Migrant_innen) sowie die Zunahme koronarer Herzerkrankungen (durch die Übernahme eines westlichen Lebensstils) gelten als Belege für *Health Transitions* (Razum und Twardella 2002; Stenzel 2016).

1.2.5 Lebenslaufansatz

Innerhalb des Lebensverlaufs eines Individuums und teils über Generationen hinweg wirken biologische wie verhaltens- und psychosoziale Prozesse, die die Ausprägung von Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken beeinflussen (Spallek und Razum 2016). Identifiziert und erklärt man selbige und untersucht den gesamten Lebenslauf, gewinnt man nach Spallek und Razum (2016) auch neue Erkenntnisse zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten und kann das Entstehen bestimmter Gesundheitsrisiken besser verstehen. Beispielsweise kann das soziale Umfeld auf den Schwangerschaftsverlauf (wie das Auftreten von Komplikationen), das Geburtsergebnis und damit ggf. auf die spätere Gesundheit des Kindes als Erwachsener (geringes Geburtsgewicht erhöht Risiko für Adipositas) einwirken oder die eigene soziale Position und Gesundheit über die Zeit auf verschiedenen Ebenen zusammenhängen (ebd.). „Angewendet auf die gesundheitliche Situation von Migranten bedeutet das: Die jeweilige individuelle und soziale Situation führt zu einer Clusterung negativer und positiver Faktoren über die Zeit und auf verschiedenen Ebenen. Zu welchem Zeitpunkt die Belastungen auftreten und welche Bedeutung sie für die Entstehung von Krankheiten haben, hängt vom jeweiligen Gesundheitsproblem und den kritischen Phasen für seine Ausprägung ab“ (Spallek und Razum 2016, S. 256).

1.2.6 Inanspruchnahme Gesundheitsdienste – Zugangsbarrieren

Auch die Art und Weise der medizinischen Versorgung sowie der Zugang zu Gesundheitsdiensten haben schließlich entscheidenden Einfluss auf Gesundheit und Krankheit. Eine unzureichende medizinische Versorgung im Aufnahme-land kann etwa körperliche und seelische Gesundheitsstörungen zur Folge haben (Krämer und Baune 2004). Dabei ist die Befundlage für Deutschland eindeutig. Migrant_innen suchen die psychosozialen und medizinischen ambulanten Angebote weniger auf, sind aber stärker in den Notfallambulanzen anzutreffen (Kirkcaldy et al. 2006; Knipper und Bilgin 2009; Kutalek 2009). Die Liste der Zugangsbarrieren ist lang: gesetzliche Limitationen wie durch das deutsche Asylbewerberleistungsgesetz oder aufgrund eines illegalisierten Aufenthalts, die oftmals ethnozentristische⁶ Ausrichtung der Angebote und fehlende (interkulturelle) Kommunikationskompetenz des medizinischen Personals, Sprachbarrieren, Informationsdefizite über den Aufbau und die Funktionsweise der Gesundheitsorganisation oder präventivmedizinische Maßnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen), unterschiedliche Erwartungen von Migrant_innen und ‚Einheimischen‘ im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung etc. (Knipper und Bilgin 2009; Kutalek 2009; Schenk 2007; Sting 2010). Vor allem der Zugang zu Beratungs- und Therapieangeboten im Bereich psychischer Gesundheit erscheint hinsichtlich eines höheren Stigmatisierungsrisikos bei einigen Migrant_innengruppen, aber auch der nur selten kultursensiblen Versorgung sowie multi-kulturellen Vermittlung und Übersetzung hochschwierig (Kutalek 2009).

Neben den hier ausgewählten und eben vorgestellten Erklärungsansätzen zum Zusammenhang von Migration, Gesundheit und gesundheitlichen Unterschieden: der Migrationsstresshypothese, der Theorie der Unterprivilegierung, dem Ansatz des gesundheitlichen Übergangs, dem Lebenslaufansatz und den Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem können auch soziale Netzwerke, in die Migrant_innen eingebettet sind, relevanten Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten nehmen. Dafür soll zunächst phasenweise die Rolle sozialer Netzwerke im Migrationsprozess diskutiert werden, bevor in Abschn. 3 die wenigen international vorhandenen Studien zum Zusammenhang sozialer Netzwerke mit der Gesundheit von Migrant_innen rezipiert werden.

⁶Gefühl der Überlegenheit des Herkunftslandes (der eigenen Gruppe) gegenüber anderen Ländern (anderen Gruppen), das sich in überhöhtem Selbstbild sowie negativen Fremdbildern manifestiert und in Einstellungen wie Verhaltensweisen zeigt.

2 Soziale Netzwerke von Migrationsanderen – Die Rolle sozialer Netzwerke im Migrationsprozess

Während das Konzept sozialer Netzwerke in der Migrationsforschung sehr früh eine Rolle gespielt hat (z. B. Kettenmigration) (Boyd 1989; Jedlicka 1978), werden Methoden der Netzwerkanalyse erst in jüngerer Zeit eingesetzt (Lubbers et al. 2010; Gamper und Reschke 2010). Auffällig ist jedoch, dass die Netzwerkanalyse hauptsächlich einen Bezug zur Sozialkapitaltheorie aufweist (Gamper 2015) und vor allem die Unterstützungsleistung von Migrant_innenetzwerken untersucht wird (Portes 1995; Pohjola 1991). Vor diesem Hintergrund können die Studien nach strukturbeschreibenden und ressourcenorientierten Forschungsperspektiven unterschieden werden.

Aus einer *strukturbeschreibenden* Forschungsperspektive werden die Beziehungen und deren Netzwerkstruktur von Migrant_innen wie ihre individuelle Einbettung in das soziale Umfeld untersucht (Lubbers et al. 2010; Gamper et al. 2013). Hier besteht häufig ein starker Bezug zur Netzwerkanalyse, umfasst aber auch andere methodische Ansätze. Bei *ressourcenorientierten* Ansätzen stehen eher die verfügbaren und zu mobilisierenden Unterstützungsleistungen (z. B. Geldleihen, emotionale Unterstützung) im Mittelpunkt (Haug 2000b). Auch wenn dabei z. T. von Netzwerken gesprochen wird, findet eine Netzwerkanalyse, im engeren Sinne, hierbei selten statt.

Neben der vorangegangenen methodischen Unterscheidung können Netzwerke, theoretisch, in drei unterschiedlichen Phasen der Migration eine bedeutende Rolle einnehmen: Erstens bei der Entscheidung für eine Emigration, zweitens innerhalb der Wanderung bzw. des Migrationsprozesses sowie drittens nach der Ankunft im Zielland. Diese drei genannten Prozesse können sich im Lebenslauf auch wiederholen. In den Forschungen werden hierbei unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt.

2.1 Entscheidungsfindung zur Migration

Bereits 1964 führten MacDonald und MacDonald (1964) das Konzept der Kettenmigration ein. Hier wird davon ausgegangen, dass Pionier-Migrant_innen die Akteure in ihrem Netzwerk durch Unterstützung und Informationsweitergabe beeinflussen. Es wird behauptet, dass Pioniermigrant_innen hohen Migrationskosten und -risiken ausgesetzt sind, während nachfolgende Migrant_innen einen geringeren Aufwand betreiben müssen, da sie ihre Netzwerkressourcen, die

Migrant_innen, die vor ihnen gewandert sind, mobilisieren können, um z. B. Arbeit oder Wohnungen zu finden und Hilfe beim Einholen oder Ausfüllen offizieller Dokumente zu erhalten (Fussel und Massey 2004).

Studien konnten belegen, dass, unabhängig von früherer Migrationserfahrung der befragten Personen, die Wahrscheinlichkeit zur Migration steigt, wenn diese Kontakt mit Akteuren im Ankunftsland (z. B. gute Freund_innen, Familie) besitzen (Massey et al. 1993; Palloni et al. 2001). Mit Hilfe von Simulationen konnte Teteryatnikova (2013) illustrieren, dass selbst ein kleiner Anstieg der persönlichen Verbindungen zu Personen in einem Zielland die Migrationsrate signifikant erhöhen kann. In einigen Fällen suchen erfahrene Migrant_innen sogar explizit nach Neuankömmlingen, wobei sie sorgfältig auswählen, welche Akteure sie unterstützen (Bashi 2007).

Der Einfluss sozialer Netzwerke auf die Entscheidungsfindung sollte jedoch nicht ausschließlich positiv betrachtet werden. Drei Argumente werden dafür angeführt. Netzwerke können 1) die Auswahl der Auswanderungsziele durch sogenannte „Migrationskorridore“ beschränken, indem sich bestimmte Migrationsgruppen auf bestimmte Zielländer fokussieren, wodurch eine Abhängigkeit (z. B. Kosten für Schleuser) entstehen kann (z. B. De Haas 2007; Parsons et al. 2007). Auch wenn die Auswirkungen von Netzwerkstrukturen noch nicht im Detail erforscht sind, gehen Forscher_innen davon aus, dass 2) dichte Netzwerke und starke, unterstützende Verbindungen im Ausreiseland (z. B. durch enge emotionale Bindungen) Migration auch verhindern können (Haug 2000a; Stelzig-Willutzki 2012). Schließlich kann 3) netzwerkbasierte Migration sowohl zu Abhängigkeit von Personen als auch von ganzen Volkswirtschaften führen, in dem z. B. Länder abhängig von Rücküberweisungen sind (Boyd 1989).

2.2 Migrant_innennetzwerke in der Transit- oder Grenzübergangsphase

Ein weiterer Forschungsstrang beleuchtet die Rolle von sozialen Netzwerken während der Wanderung auf den unterschiedlichen Migrationsrouten. Aktuelle Ethnografien (z. B. Andersson 2014) beschreiben die physischen Gefahren, Gewalt und Ausbeutung, denen Migrant_innen häufig auf Süd-Nord-Routen ausgesetzt sind. Die wenigen Studien, die sich mit der Rolle von sozialen Netzwerken in dieser Phase befassen, argumentieren, dass persönliche Bindungen die Grenzüberschreitung erleichtern. Zum Beispiel liefern persönliche Verbindungen wertvolle Informationen über die Suche nach Helfer_innen oder

Schmuggler_innen, um nationale Grenzen zu überschreiten (z. B. Bilecen 2012; Garip 2016). Koser (1997) argumentiert, dass der Ansatz des sozialen Netzwerks für das Verständnis des Asylverfahrens von entscheidender Bedeutung ist. Koser und Pinkerton (2002) behaupten weiter, dass soziale Netzwerke Einfluss auf das Wann und Wo der Migration nehmen. Neuere Ergebnisse unter syrischen Flüchtlingen in Jordanien weisen zudem darauf hin (Lagarde und Dorai 2016), dass die zunehmend restriktive Einreisepolitik Jordaniens Migrant_innen dazu zwingt auf schwächere Bindungen, professionelle Akteure und Schmuggler_innen zurückzugreifen, die im Folgenden die Reisepläne von Migrant_innen beeinflussen und Bewältigungsstrategien zur Verfügung stellen. Vor diesem Hintergrund wird sowohl auf die Netzwerkanalyse, wie auch auf andere Methoden, für die Beschreibung von Relationen, zurückgegriffen.

2.3 Migrant_innennetzwerke in der Post-Migrationsphase

Der Großteil der Migrationsstudien zu sozialen Netzwerken konzentriert sich auf die Postmigrationsphase. Diese Studien fokussieren in erster Linie egozentrierte Netzwerke und setzen diese häufig in Beziehung mit umstrittenen Konzepten wie der sozialen Integration oder sozialen Assimilation. Hierfür analysieren die Forschungsarbeiten allgemeine Merkmale des Netzwerks, wie die Größe und die Zusammensetzung des Netzwerks in Bezug auf die Anzahl der „einheimischen Bevölkerung“, „Landsleuten“ und „anderen Migrant_innen“. Weitere Faktoren sind beispielsweise die Rolle der Alteri (z. B. Arbeitskolleg_innen, Freund_innen) oder die Stärke und Dauer der Bindung (z. B. Brandes et al. 2008, 2010; Gamper et al. 2013; Kindler et al. 2015). Die Hauptannahme dieser Forschungsrichtung lautet: Je mehr Bindungen Migrant_innen mit der einheimischen Bevölkerung im Einwanderungsland haben, desto höher ist ihre soziale Integration (Eisenstadt 1952; Gordon 1964; Nauck 1989; Facchini et al. 2014). Studien zeigen, dass Migrant_innen in der ersten Ankunftsphase stark von wenigen Kontakten mit ihren Landsleuten in ihrem neuen Wohnsitzland abhängen (z. B. Bashi 2007; Bauer et al. 2009), die Netzwerke mit der Aufenthaltsdauer aber immer heterogener werden (Facchini et al. 2014).

Neben der Beschreibung der persönlichen Netzwerke hinsichtlich ihrer Größe, Zusammensetzung und Struktur haben Forscher_innen die sozialen Unterstützungsleistungen in Netzwerken analysiert. Der Fokus liegt hier auf den Unterstützungsleistungen durch lokale, internationale und transnationale Beziehungen

(z. B. Bilecen 2016; Herz 2015; Schweizer et al. 1998; Olbermann 2003). Auch wenn die Forschungsarbeiten im Allgemeinen von einem positiven Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Stress oder der Gesundheit und Netzwerken ausgehen, greifen diese meist nicht auf die Netzwerkanalyse zurück.

Eine andere Forschungslinie, die sich auf den Austausch von Ressourcen in Migrant_innennetzwerken konzentriert, stellt die Sozialkapitalforschung dar. Theorien des Sozialkapitals neigen dazu, Begriffe der Unterstützung und der sozialen Integration zu verbinden. Im Fokus stehen hier vor allem die „Integration“ in den Arbeitsmarkt (z. B. Sommer und Gamper 2018). Dabei zeigen die bislang vorliegenden Studien, dass die Einbindung in den Arbeitsmarkt nicht nur von Netzwerken, sondern insbesondere von den jeweiligen Kontextbedingungen abhängig ist. Auf der Grundlage des Projekts „The Migrations between Africa and Europe Project“ (MAFE) konnte eine aktuelle Netzwerkstudie von Toma (2015) zeigen, dass die Verbindung zu früheren Migrant_innen bei der Ankunft positive Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage senegalesischer Männer in Frankreich hat. In Frankreich ist die senegalesische Gemeinschaft sozioökonomisch breitgefächert und bietet damit viele Anknüpfungspunkte. Ein solcher Netzwerkeffekt findet sich hingegen in Spanien oder Italien nicht. Hier sind die Netzwerke meist nur auf den Niedriglohnsektor konzentriert. Diese Ergebnisse legen nahe, dass das Funktionieren persönlicher Netzwerke und ihre Ergebnisse auch stark von dem rechtlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Kontext abhängen, in dem diese Netzwerke operieren (z. B. Sommer und Gamper 2018).

Während die eben vorgestellten klassischen Migrationsforschungen den Migrationsprozess als „Einbahnstraße“ verstehen, existieren Forschungen die sich unter den Begriff Transmigration subsumieren lassen. Hier sind besonders soziale Beziehungsgeflechte von großer Bedeutung. Zu nennen wären hier die Konzepte des „Transnationalismus“ (Pries 2010), der „transstaatlichen Räume“ (Faist 2000) wie auch der „sozialen Felder“ (Levitt und Glick Schiller 2007). Diese Studien richten ihren Fokus auf das Beziehungsgeflecht von (Trans-)Migrant_innen (Lutz 2008), die in der Regel sowohl räumlich wie auch sozial mobil sind, ihr soziales Netzwerk global aufspannen und oftmals zwischen mehreren Staaten hin und her pendeln. „Trans-“ beschreibt hierbei die sozialen, ökonomischen, politischen sowie kulturellen grenzüberschreitenden Relationen von Migrant_innen und die aktive Gestaltung dieser konstruierten Grenzzräume. Qualitative wie auch quantitative Netzwerkforschungen untersuchen diesbezüglich z. B. die Art der Beziehungen, den sozialen Nutzen und die Rolle der Alteri in diesen transnationalen Netzwerken (Gamper und Fenecia 2013; Sommer und Gamper 2018; Bilecen und Sienkiewicz 2015; Lubbers et al. 2010).

3 Migration, soziale Netzwerke und Gesundheit

Während zahlreiche Studien zu den Themen „Migration und Gesundheit bzw. gesundheitliche Ungleichheiten“ und „Migration und soziale Netzwerke“ existieren, sind Forschungen, die alle drei Bereiche gemeinsam umfassen, sehr selten und betrachten 1) fast immer nur eine Bevölkerungsgruppe – hier ausschließlich Migrant_innen ohne Vergleichsgruppen – und ohne 2) den Blick zusätzlich auf vertikale Ungleichheitsdimensionen wie Einkommen oder Bildung zu weiten. Die meisten Studien benutzen zudem 3) den Begriff des Netzwerkes eher als Metapher, als Synonym für Gruppe oder Sozialkapital oder sie beforschen ausschließlich soziale Unterstützung als zentrale Funktion sozialer Netzwerke⁷. Vor allem bezogen auf die in Abschn. 1.2.1 erwähnte Migrationsstresshypothese und die in Abschn. 2 erwähnte ressourcenorientierte Forschungsperspektive werden dann neben persönlichen Ressourcen (z. B. förderlicher Kontrollüberzeugung, Optimismus, materielle Ressourcen) soziale Unterstützung aus sozialen Netzwerken als Puffer gegen migrationsbedingten Stress untersucht. Dabei ist „der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychischem Wohlbefinden von Migranten [...] vielfach belegt“ (Kirkcaldy et al. 2006, S. 875), indem beispielsweise ein ausreichendes soziales Unterstützungssystem die Auftretenswahrscheinlichkeit manifester psychiatrischer Störungen senkt (Kirkcaldy und Furnham 1995) und effektive soziale Unterstützung vielen Entwicklungsrisiken bei Migrant_innen und ihren Kindern entgegenwirkt.

Im nächsten Schritt stellen wir Forschungsarbeiten vor, die alle drei Bereiche – Migration, Gesundheit und soziale Netzwerke – versuchen zu verbinden. Aufgrund der unbefriedigenden Studienlage bedienen wir uns eines sehr weit gefassten „Migrations“-Begriffes und führen auch Studien auf, die mit dem Begriff „race“ oder „ethnicity“ arbeiten oder die Binnenmigration (etwa von ländlichen in urbane Räume) untersuchen. Die Darstellung ist thematisch gegliedert in Studien zu physischer Gesundheit und Gesundheitsvorsorge, der Bewältigung von Gesundheitsproblemen, zu Schwangerschaft, Verhütung, kindlicher Gesundheit und psychischer Gesundheit und Lebensqualität und muss wie oben angeführt größtenteils ohne Vergleichsgruppen auskommen.

⁷siehe zu sozialer Unterstützung u. a. Kupfer (2015).

3.1 Physische Gesundheit (Transplantation, Krebs) und Gesundheitsversorgung

Cetingok et al. (2008) untersuchten die Effekte sozialer Unterstützung für psychische wie auch physische Gesundheit von insgesamt 258 Transplantatempfänger_innen. Hierfür greifen die Autor_innen auf Netzwerkkarten zurück, in denen die Proband_innen ihre Beziehungen z. B. zu Freund_innen, Bekannten sowie Familienmitgliedern einzeichnen konnten. Maße wie die Netzwerkgröße und auch die Unterstützungsform wurden dann statistisch ausgewertet. Befragt wurden Personen, die hinsichtlich ihres Geschlechts, sozialer Klasse und „race“ unterschieden wurden. Die meiste Unterstützung erfolgt durch enge und weitere Familienmitglieder. Zudem stellen die Autor_innen heraus: „African American reported a higher frequency and longer duration of social support than did whites (...). Social and nursing intervention may improve the network closeness in males and may also augment support frequency and duration for whites.“ (Cetingok et al. 2008, S. 87).

Eine weitere Studie arbeitet mit sogenannten Ressourcengeneratoren, um die soziale Unterstützung von krebskranken Chines_innen in Hong Kong zu untersuchen. Hierbei wurden unterschiedliche Unterstützungsarten erhoben, die Rolle der Alteri abgefragt und die Größe des Unterstützungsnetzwerks in die statistische Berechnung miteinbezogen. Die Ergebnisse unterstützen den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und erfolgreicher Bewältigung nach einer Krebserkrankung. Während der postoperativen Phase scheinen materielle und informationelle Unterstützung für eine effektive Bewältigung relevanter zu sein als emotionale Unterstützung. Zudem ist der Einbezug von Familienmitgliedern in die Patientenversorgung entscheidend (Chan et al. 2004).

Ralston und Escandells (2012) Sekundärauswertung des *Mexican Migration Project* (MMP) beforscht für 1776 männliche Mexikaner zwischen 17 und 89 Jahren (interviewt zwischen 1998 und 2009) den Einfluss sozialer Netzwerke auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung im Krankenhaus durch Mexikaner in den USA. Erhoben werden Netzwerkbeziehungen über geschlossene Fragen, wie z. B. ob Mutter, Vater oder Geschwister während einer ihrer letzten Migrationsaufenthalte in den USA gelebt haben (0–6, enger familiärer Kontakt), sodass „social networks as the respondent’s family and friends‘ past and current migration experience to the United States“ konzeptualisiert wird (ebd., S. 327). Das *Mexican Migration Project* zeigt die Wichtigkeit (vor allem enger) familiärer sozialer Netzwerke von Migrant_innen als Mediatoren in das Gesundheitssystem. Migrant_innen mit einer höheren Anzahl an

Familienmitgliedern, die selbst migriert sind, nehmen auch eher die Krankenhausversorgung in Anspruch. Freundschaftsnetzwerke zeigten dagegen keinen signifikanten Einfluss. „Mexican migrants likely rely on family members for information about healthcare alternatives because close family networks facilitate higher levels of trust and obligation“ (ebd., S. 333).

3.2 Bewältigung von Gesundheitsproblemen

In der explorativen Forschungsarbeit von Li und Wu (2010) wird in Fallstudien der Frage nachgegangen, welche Rolle soziale Netzwerke für aus den ländlichen Regionen in die städtische Region Peking migrierende Chines_innen bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen haben. Hierzu führten die Autoren mit 36 Migrant_innen (16 Frauen, 20 Männer; 18–50 Jahre alt) halb-strukturierte Interviews durch, die anhand der *Grounded Theory* ausgewertet wurden. Die Netzwerkgröße und -zusammensetzung wurde anhand der Frage, wem sich die Befragten eng verbunden fühlen oder mit wem sie regelmäßig in Kontakt stehen, erhoben. In den Interviews wurden soziale und hier insbesondere familiäre Netzwerkmitglieder angesichts kritischer Lebensereignisse als große Unterstützung gesehen. Bei finanzieller Not werden vor allem Geschwister und Neffen/Nichten, aber auch Freund_innen mit derselben Migrationsgeschichte um Hilfe gebeten. Auch emotionale Unterstützung kommt vor allem von den genannten Supportquellen. Allerdings hindern der starke Bezug auf sogenannte *strong ties*, die nicht am Ankunftsort leben, und nur lose Kontakte außerhalb der familiären Netzwerke die Befragten, sich in emotional belastenden Situationen (Einsamkeit, Schlafmangel) der Migration an Menschen in ihrer Umgebung zu wenden. Eingeschränkte und am Ankunftsort fehlende soziale Netzwerke beeinflussen somit den Gesundheitszustand ebenso wie den Zugang zur Gesundheitsversorgung negativ. „However, due to the limited social networks of migrants in urban areas, it is difficult for them to obtain useful health information or information sources at the right time“ (ebd., S. 375).

In der frühen, repräsentativen Forschungsarbeit von Chatters et al. (1985) werden informelle Helfer_innennetzwerke von 581 älteren „Blacks“ erhoben und ihre Struktur als abhängige Variable (Netzwerkgröße und -zusammensetzung) von Gesundheitsfaktoren untersucht. Die Netzwerkerhebung fand hierbei über die Frage statt, wer bei Krankheit und gesundheitlichen Einschränkungen (z. B. körperliche Behinderung) helfen würde. Hierzu wurde eine Liste mit zwölf Personen vorgelegt (Partner_in, Sohn, Schwester, Freund_in, Nachbar_in etc.), die ihrerseits in Kategorien zusammengefasst wurden. Unverheiratete,

kinderlose Befragte verfügten über kleinere Netzwerke und Frauen gaben mehr Unterstützer_innen an als Männer. Das Erleben von gesundheitlichen Einschränkungen, Behinderungen, Gesundheitsproblemen und die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand (als Gesundheitsfaktoren) hatten allerdings keinen signifikanten Einfluss auf die Netzwerkgröße und -zusammensetzung (kin/non-kin/mixed).

3.3 Schwangerschaft, Verhütung und kindliche Gesundheit

Die qualitative Studie von Chakrabarti (2010) möchte die Bedeutung sozialer Netzwerke für eine gesunde Schwangerschaft von bengalischen Frauen in New York aufzeigen. Anhand von 40 Tiefeninterviews kann die Autorin belegen, dass nicht nur lokale Beziehungen hilfreich sind, sondern auch transnationale Beziehungen eine bedeutende Rolle einnehmen. Materielle und „virtuelle“ Unterstützung aus persönlichen Face-to-Face-Kontakten wie Telefongesprächen schienen dabei bedeutsam. Ratschläge bzgl. einer gesunden Schwangerschaft, gesunder Ernährung und Essenszubereitung, aber auch therapeutische Gespräche, erwiesen sich als wichtige Formen der Unterstützung durch „therapeutische Netzwerke“.

Den Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und verfügbarem persönlichem Kapital beleuchten auch Wakeel et al. (2013). Sie stellen sich die Frage, inwieweit die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Ethnizitäten (Hispanic, Black, White, Asian/Pacific Islander, gewonnen aus dem Geburtenregister) das während einer Schwangerschaft verfügbare persönliche Kapital beeinflusst und welche Rolle dabei die soziodemografischen Merkmale der 3716 befragten Mütter sowie deren Akkulturationsfaktoren (Herkunft, zu Hause gesprochene Sprache) einnehmen. Das persönliche Kapital wurde dabei als Skala über insgesamt 30, gruppenweise gewichtete Items erfasst, bestehend aus individuellen Ressourcen (z. B. Selbstwertgefühl, sieben Items), partnerschaftlicher Unterstützung (*Fragile Families Study*, sechs Items), familiäre und freundschaftliche Unterstützung (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*, sieben Items) und nachbarschaftlicher Unterstützung (*Project on Human Development in Chicago Neighborhoods*, zehn Items). Gerechnet wurde zunächst mit one-way ANOVA-Tests und anschließend mit multivariaten, generalisierten Linearmodellen, um den Zusammenhang von persönlichem Kapital und soziodemografischen Angaben sowie Akkulturationsfaktoren zu verstehen. Hierbei konnten vorhandene Unterschiede im verfügbaren persönlichen Kapital zwischen Black-White und

Hispanic-White über soziodemografische Merkmale wie Einkommen und Bildung sowie den Ehestand aufgeklärt werden. Es sind demnach vor allem ein geringer sozioökonomischer Status, die Lebensform als Alleinerziehende und geringe Akkulturation, die ausschlaggebend für geringere persönliche und soziale Ressourcen (Kapital) sind, die ihrerseits die mütterliche und kindliche Gesundheit beeinflussen können. Insgesamt finden sich in der Studie demnach, wie sonst kaum, Gruppenvergleiche, allerdings rückt der Fokus auf Gesundheit hierfür in den Hintergrund und wird nur über die Wahl von Müttern als Befragungspersonen und den Blick auf die künftige, ggf. durch das soziale Netzwerk beeinflusste Gesundheit von Mutter und Kind mitgedacht.

Thematisch angrenzend untersuchen Blackstock et al. (2010) den Einfluss sozialer Netzwerke und der medizinischen Grund-/Primärversorgung (wie Hausärzt_innen) auf Familienplanung und Verhütungsmittelleinnahme. Dabei bilden die steigenden Zahlen ungeplanter Schwangerschaften v. a. bei afro-amerikanischen Frauen aus den unteren Sozialschichten in städtischen Gebieten den Ausgangspunkt. So stehen ungeplante Schwangerschaften häufig im Zusammenhang mit schlechterer Gesundheit der Mütter und Neugeborenen. In den 20 halbstrukturierten Interviews berichten die Frauen von der Bedeutung vor allem weiblicher Netzwerkmitglieder für beispielsweise (erstmalige) Informationen über Verhütungsmittel (oft weibliche Verwandte), aber auch das Herausbilden von Einstellungen und subjektiven Normen bzgl. der eigenen Familienplanung.

Donato und Duncan (2011) erforschen anhand der Daten aus dem *Health and Migration Survey* (HMS) die Folgen elterlicher Migration auf die kindliche Gesundheit, indem sie insgesamt 804 Kinder von Eltern, die von Mexiko in die USA migriert, remigriert und nie migriert sind bzgl. ihrer durch die Mutter eingeschätzte Gesundheit miteinander vergleichen. Familiäre Netzwerkressourcen (als unabhängige Variable) und hier die Netzwerkgröße, Kontakthäufigkeit und Koresidenz wurden über geschlossene Fragen zu Beziehungen und Interaktionen sowie Support von Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister, Cousins, Onkel/Tanten, Großeltern, Schwiegerfamilie) sowie eine offene Frage nach weiteren, noch nicht genannten Netzwerkbeziehungen erhoben. Haben Kinder in den USA einen besseren Gesundheitszustand als Kinder in Mexiko und hier vor allem im Vergleich zu Kindern remigrierter Eltern, nehmen soziale Netzwerke keinen (puffernden) Einfluss auf die Gesundheit der remigrierten Kinder. Ggf. sind hier nahe Netzwerkmitglieder der remigrierten Familien durch die nun fehlenden finanziellen Zuwendungen enttäuscht oder aber die Abwesenheit durch die Migration hat die Familienbeziehungen geschwächt. Dagegen haben soziale Netzwerke (als wöchentliches Zusammentreffen mit Freund_innen und Familie, zusammen mit

der Gesundheit und dem Bildungsstand der Mutter) einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der in den USA lebenden Kinder.

3.4 Psychische Gesundheit und Lebensqualität

Im Zentrum der Arbeit von Vega et al. (1991) steht die Frage nach dem Einfluss sozialer Netzwerke (Rollenbeziehung, Kontakthäufigkeit, Zufriedenheit) und der daraus gewonnenen sozialen Unterstützung auf die psychische Gesundheit (Depression) 679 mexikanischer Migrantinnen in den USA. „Family support and family income are the best predictors of low depression scores for immigrant Mexican women. In contrast, interaction contact frequency with friends and family is not correlated with depression“ (ebd., S. 159). Die bedeutsame Rolle (neuer) unterstützender Netzwerke im Ankunftsland, so die Autoren, könnte eine Erklärung dafür sein, warum mexikanische Migrantinnen – trotz großer Herausforderungen – keinem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind.

Die psychische Gesundheit steht auch in der Forschung von Teodorescu et al. (2012) im Vordergrund. Für 55 erwachsene Geflüchtete in psychiatrischer Versorgung (Norwegen) können sie einen starken Zusammenhang zwischen posttraumatischem Stress und depressiven/psycho-pathologischen Symptomen mit schwacher sozialer Integration und kleinen Freundschaftsnetzwerken zeigen – wohingegen größere Netzwerke auch eher mit posttraumatischem Wachstum einhergehen. Als Maß für das soziale Netzwerk wurde über die Frage „Wie viele gute Freunde hast du? Zähle diejenigen, mit denen du vertrauensvoll sprechen kannst und die dir bei Bedarf helfen.“ die Größe des Freundschaftsnetzwerks gewählt. Soziale Integration, gedacht als Integration in die norwegische Gesellschaft, wurde über vier Items erhoben (Sprache, Lesen norwegischer Zeitung, norwegische Besucher_innen, von Norweger_innen erhaltene Hilfe).

Eine andere Studie von Chandra und Batada (2006) beforcht die Wahrnehmung von Stress, sozialer Unterstützung und Bewältigungsstrategien von 26 jugendlichen Afroamerikaner_innen (9. Klasse) anhand eines triangulativen Forschungsdesigns, über das u. a. mit egozentrierten Netzwerkarten Supportnetzwerke erhoben wurden. Es zeigt sich, dass abhängig von der Thematik – Stress in der Partnerschaft, Konflikte in der Schule oder Familie – auch unterschiedliche Supportquellen (Partnerschaft – Freunde, Schule – Familie) angefragt wurden. Zudem berichten afroamerikanische Mädchen öfter als Jungen von aktiver Hilfesuche.

Schließlich befragten Baxter et al. (2015) 1039 über 60-jährige Hispanics und „non-Hispanic Whites“ in den USA zum Einfluss u. a. von Netzwerkgröße

(„Wie viele enge Freund_innen/Verwandte haben Sie?“) und Kontakthäufigkeit auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität. Unabhängig von „race“ und „ethnicity“ (die als Begriffe unklar bleiben) hat eine größere Anzahl enger Freund_innen und Verwandte und häufigerer Kontakt positiven Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität, wobei dieser Effekt sich für „non-Hispanic Whites“ stärker zeigt.

4 Fazit und Desiderata

4.1 Desiderata zu Migration und Gesundheit

Für eine weitere Erforschung des angenommenen und für bestimmte Gruppen belegten Zusammenhangs von Migration und Gesundheit stehen noch einige Arbeiten aus. Um etwa die Einflüsse der Mehrheitsgesellschaft/Dominanzkultur auf die Gesundheit von Migrant_innen zu ermitteln, bräuchte es Vergleichsstudien innerhalb verschiedener Aufnahmeländer (Kirkcaldy et al. 2006). Zudem gibt es in Deutschland laut Stenzel (2016) noch keine Untersuchung, die die oft diskutierte „Healthy-migrant“-Hypothese getestet oder aber Migration als potenziell kritisches Lebensereignis und damit als Stressor für Gesundheit untersucht hat. Des Weiteren fehlt es an Studien zum Einfluss der Kategorie „soziale Schicht“ auf Migration und Gesundheit (Stenzel 2016). Inwieweit gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte kulturell, migrationsbedingt oder sozial zu erklären sind, bedarf demnach weiterer Forschung (Razum et al. 2011; Knipper und Bilgin 2009). Ebenso sind Arbeiten zur Versorgungsforschung (Zugang, Unterschiede in der Nutzung und Compliance) (Razum et al. 2011) und die Auswirkung der Adaption eines „westlichen Lebensstils“ auf die Gesundheit von Migrant_innen rar (Krämer und Baune 2004).

Es bleibt zu fragen, inwieweit die mit dem Begriff Migration assoziierten Phänomene tatsächlich migrationspezifisch, d. h. beispielsweise verbunden mit einem konkreten Migrationsprozess sind, oder ob nicht andere soziale Gruppenzugehörigkeiten (höheren) Erklärungsgehalt für gesundheitliche Ungleichheiten besitzen. „Pointiert ausgedrückt: Migration ist keine ‚Krankheit‘ und ist nicht ‚pathologisch‘. Ein Zusammenhang mit Krankheitsphänomen kann bestehen, ist aber stets aufmerksam und differenziert zu erörtern, bzw. auf eine methodisch adäquate Art zu untersuchen“ (Knipper und Bilgin 2009, S. 17).

4.2 Desiderata zu Migration und sozialen Netzwerken

Wie die in Abschn. 2 vorgestellten Studien zeigen konnten, spielen soziale Beziehungen eine große Rolle bezüglich des Migrationsprozesses. Es muss jedoch gleichzeitig darauf hingewiesen werden, dass viele dieser Forschungen zum Teil zwar Beziehungen untersuchen, eine tiefe strukturelle Analyse (z. B. ERGMs) jedoch meist nicht stattfindet. Hier könnten signifikante Zusammenhänge zwischen persönlichen Attributen (z. B. Alter, Migrationshintergrund) und relationale Aspekte (z. B. Dichte) eruiert werden. Es werden z. B. Maßzahlen wie Größe des Netzwerkes und Netzwerkrollen (z. B. Familie, Freund_innen) als Variablen verwendet, darüber hinaus reichen die Analysen allerdings kaum. Ferner wird der Begriff des Netzwerkes häufig als Synonym für Gruppe, Sozialkapital oder auch soziale Unterstützung angewandt. Die wenigen Netzwerkstudien die existieren, sind der egozentrierten Netzwerkanalyse zuzuordnen und fokussieren hauptsächlich auf die Aspekte der sozialen Integration bzw. Assimilation von Migrant_innen in der „Aufnahmegesellschaft“. Negative Beziehungen (siehe Kap. „[Negative Beziehungsaspekte und gesundheitliche Ungleichheiten](#)“) wie beispielsweise rassistische Überbegriffe oder Anfeindungen sind bisher ein Desiderat. Auch Studien über Netzwerke in der Transit-Situation finden sich kaum.

4.3 Desiderata zu Gesundheit, Migration und sozialen Netzwerken

Forschungen, die die Faktoren Gesundheit, Netzwerke und Migration verbinden, liegen kaum vor. Die wenigen international vorhandenen beziehen sich – vorrangig im Krankheitsfall (Transplantatempfänger_innen, Krebserkrankung, Gesundheitsprobleme allgemein) – auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung sowie die Unterstützung von Netzwerken. Vereinzelt finden sich auch Studien mit präventivem Fokus auf Lebensqualität, Stressbewältigungsmechanismen oder den Umgang mit besonderen Lebenssituationen, wie beispielsweise Schwangerschaft. Soziale Netzwerke stellen dabei fast ausschließlich die unabhängige Variable dar.

In den vorgestellten Studien wird deutlich, dass soziale Unterstützung vor allem von der Familie und auch als andauernder und über regelmäßige Kontakte verfügbarer Support für Migrant_innen im Krankheitsfall und für den allgemeinen Gesundheitszustand sehr hilfreich sein kann. Auffallend ist weiter,

dass Studien, die unterschiedliche Migrationskontexte und Zugehörigkeiten miteinander vergleichen, sehr selten sind. Der Fokus liegt hier meist auf einer bestimmten Migrationsgruppe, wie z. B. Chines_innen in Hongkong.

Jenseits der Größe und der Unterscheidung zwischen starken und schwachen Beziehungen, die in den vorliegenden Studien häufig theoretisch nicht diskutiert werden, finden sich jedoch kaum strukturelle Analysen. Wie in Abschn. 2 „Soziale Netzwerke von Migrationsanderen“ wird hier deutlich, dass ein Defizit hinsichtlich der *Analyse* von sozialen Netzwerken existiert. Dazu kommen fehlende Längsschnittstudien, die die Veränderung von Netzwerken berücksichtigen oder die die Richtung des Zusammenhangs untersuchen: Also ob Netzwerke die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten beeinflussen oder Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten die Netzwerke (z. B. Homophilie).

Zudem wurden von uns Studien zitiert, die sowohl Menschen befragen, die eine Wanderung und Lebensortwechsel vollzogen haben (der mit Blick auf Transmigrationsphänomene mehrfach in Pendelbewegungen erfolgen kann) als auch aufgrund ihrer natio-ethno-kulturellen Zugehörigkeit oder einfach aufgrund ihrer „Hautfarbe“ anderen Zugehörigkeitskontexten und ggf. anderen Einflüssen auf ihre Gesundheit ausgesetzt sind. Dies zu unterscheiden erachten wir als notwendig und plädieren für Studien – die vor allem im deutschsprachigen Raum fehlen –, die besonders gefährdete Zielgruppen (z. B. Geflüchtete, arbeitslose Migrant_innen) differenziert befragen.

5 Ausblick

Auf was sollten zukünftige Studien achten, um die von uns aufgezeigten Forschungslücken zu schließen? Vor dem Hintergrund der fehlenden Gesamtnetzwerkanalysen sollte versucht werden, Forschungsfelder zu finden (z. B. Schulklassen, Altersheime), in denen Gesamtnetzwerkmaßzahlen für die Analyse herangezogen werden können. Hier könnten neue Einblicke gewonnen werden, die besonders strukturelle Aspekte noch besser berücksichtigen und jenseits von individuellen Attributen (z. B. Alter, Rolle) neue Zusammenhänge offenlegen. Bei der egozentrierten Netzwerkanalyse wäre es empirisch wichtig, Namensgeneratoren und Alter-Alter-Beziehungen noch stärker einzubeziehen, um auch hier weitere strukturelle Maßzahlen berechnen zu können. Dichte oder auch Cliquenbildungen wären beispielsweise Attribute, die neue Einblicke geben könnten. Auch eine Ausweitung der bislang stark auf Support konzentrierten Netzwerkstudien auf andere in sozialen Netzwerken realisierten Funktionen und Wirkmechanismen, wie soziale Einbindung, Einfluss, Ansteckung

oder Belastung (siehe Kap. „[Wirkmechanismen in sozialen Netzwerken](#)“ und „[Negative Beziehungsaspekte und gesundheitliche Ungleichheiten](#)“), wäre unseres Erachtens sinnvoll. Im Allgemeinen wäre es folgerichtig, gesundheitliche, migrationsbezogene und Netzwerkvariablen noch stärker zu verbinden, ohne dabei aber bestimmte Phänomene direkt als migrationstypisch zu erachten, sondern immer auch das Konzept der Intersektionalität (z. B. Geschlecht, Schicht) in die eigenen Forschungen miteinzubeziehen. Schließlich wäre es – wie in der Dissertation Olbermann (2003) zu sozialen Netzwerken älterer Migrant_innen (N=99) *angedeutet* – wichtig, lebensspezifische Besonderheiten der Migrant_innen zu berücksichtigen und soziale Beziehungen auch als abhängige Variable zu betrachten. So fehlten beispielsweise in der genannten Studie den älteren, arbeitslosen oder frühverrenteten Migrant_innen finanzielle Ressourcen zur Pflege sozialer Netzwerkbeziehungen, womit „die bei Hochaltrigen zu beobachtenden gesundheitsbedingten Verkleinerung ihrer sozialen Netzwerke bei den Migranten früher eintreten dürften“ (ebd., S. 144).

Leseempfehlungen

Cetingok, M., Winsett, R. P., Russell, C. L., & Hathaway, D. K. (2008). Relationships between sex, race, and social class and social support networks in kidney, liver, and pancreas transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 18 (2), (S. 80–88). *Auf soziale Unterstützung konzentrierte explorativ-deskriptive Analyse, die psychische wie auch physische Gesundheit nach sozio-demografischen und ethnischen Merkmalen untersucht.*

Donato, K. M., & Duncan, E. M. (2011). Migration, social networks, and child health in Mexican families. *Journal of Marriage and Family*, 73 (4), (S. 713–728). *Quantitative Vergleichsstudie zwischen migrierten, nie migrierten und remigrierten Familien. Die Ergebnisse sind spannend, die berechneten Netzwerkmaße stehen allerdings nicht im Fokus.*

Datensätze

- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), enthält seit 1994/1995 Stichprobe von Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund (Zuwandererstichprobe) und Items zur Abbildung egozentrierter Netzwerke, <https://www.diw.de/soep/>.

Literatur

- Andersson, R. (2014). *Illegality.inc: Clandestine migration and the business of bordering Europe*. Oakland: California University Press.
- Bashi, V. (2007). *Survival of the knitted: Immigrant social networks in a stratified world*. Stanford: Stanford University Press.
- Bauer, T., Epstein, G. S., & Gang, I. N. (2009). Measuring ethnic linkages among migrants. *International Journal of Manpower*, 30(1/2), 56–69.
- Baxter, J., Shetterly, S. M., Eby, C., Mason, L., Cortese, C. F., & Hamman, R. F. (2015). Social networks factors associates with perceived quality of life. *Journal of Aging and Health*, 10(3), 287–310.
- Bilecen, B. (2012). How to cross? Migrant Perspectives. In A. Icduygu & D. Sert (Hrsg.), *Borders under stress: The cases of Turkey-EU and Mexico-USA borders* (S. 167–182). Istanbul: ISIS.
- Bilecen, B. (2016). A mixed-methods design of social network analysis to investigate transnational social protection. *International Review of Social Research*, 6(4), 233–244.
- Bilecen, B., & Sienkiewicz, J. J. (2015). Informal social protection networks of migrants: Typical patterns in different transnational social spaces. *Population, Space and Place*, 21(3), 227–243.
- Blackstock, O. J., Mba-Jonas, A., & Sacajiu, G. M. (2010). Family planning knowledge: The role of social networks and primary care providers as information sources for African American women. *American Journal of Sexuality Education*, 5(2), 128–143.
- Boyd, M. (1989). Family and personal networks in international migration: Recent developments and new agendas. *International Migration Review*, 23(3), 638–670.
- BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. <https://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mindestens-d.html>. Zugegriffen: 26. Juni 2018.
- Brandes, U., Lerner, J., Lubbers, M., McCarty, C., & Molina, J. L. (2008). *Visual statistics for collections of clustered graphs. Proceedings of the 2008 IEEE Pacific Visualization Symposium*, S. 47–54.
- Brandes, U., Lerner, J., Lubbers, M. J., McCarty, C., Molina, J. L., & Nagel, U. (2010). Recognizing modes of acculturation in personal networks of migrants. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 4, 4–13.
- Cetingok, M., Winsett, R. P., Russell, C. L., & Hathaway, D. K. (2008). Relationships between sex, race, and social class and social support networks in kidney, liver, and pancreas transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 18(2), 80–88.
- Chakrabarti, R. (2010). Therapeutic networks of pregnancy care: Bengali immigrant women in New York City. *Social Science and Medicine*, 71(2), 362–369.
- Chan, C. W., Hon, H. C., Chien, W. T., & Lopez, V. (2004). Social support and coping in Chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nursing*, 27(3), 230–236.
- Chandra, A., & Batada, A. (2006). Exploring stress and coping among urban African American adolescents: The shifting the lens study. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy*, 3(2), 1–10.
- Chatters, L. M., Taylor, Robert J., & Jackson, J. S. (1985). Size and composition of the informal helper networks of elderly blacks. *Journal of Gerontology*, 40(5), 605–614.
- De Haas, H. (2007). Morocco's migration experience: A transitional perspective. *International Migration*, 54(4), 39–70.

- Donato, K. M., & Duncan, E. M. (2011). Migration, social networks, and child health in Mexican families. *Journal of Marriage and Family*, 73(4), 713–728.
- Eisenstadt, S. N. (1952). The process of absorption of new immigrants in Israel. *Human Relations*, 5, 223–246.
- Elkeles, T., & Seifert, W. (1996). Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984–1992. *Social Science and Medicine*, 43(7), 1035–1047.
- Facchini, G., Patacchini, E., & Steinhardt, M. F. (2014). Migration, friendship ties and cultural assimilation. *IZA Discussion Paper Series*, 7881. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/sjoe.12096>. Zugegriffen: 28. Juni 2018.
- Faist, T. (2000). Grenzen überschreiten. Das Konzept Transstaatliche Räume und seine Anwendungen. In T. Faist (Hrsg.), *Transstaatliche Räume: Politik, Wirtschaft und Kultur in und zwischen Deutschland und der Türkei* (S. 9–57). Bielefeld: Transcript.
- Fussell, E., & Massey, D. S. (2004). The limits of cumulative causation: International migration from Mexican urban areas. *Demography*, 41(1), 151–171.
- Gamper, M. (2015). Die Sozialkapital-Theorie Bourdieus und ihre Bedeutung für die Migrationsforschung. In J. Reuter & P. Mecheril (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Migrationsforschung – Pionierstudien und Referenztheorien* (S. 343–360). Wiesbaden: Springer VS.
- Gamper, M., & Fenicia, T. (2013). Transnationale Unterstützungsnetzwerke von Migranten – Eine qualitative Studie zu Spätaussiedlern aus der ehemaligen UdSSR. In M. Schönhuth, M. Gamper, M. Kronenwett, & M. Stark (Hrsg.), *Visuelle Netzwerkforschung: Partizipative, qualitative und quantitative Zugänge* (S. 249–276). Bielefeld: Transcript.
- Gamper, M., & Reschke, L. (Hrsg.). (2010). *Knoten und Kanten: Soziale Netzwerkanalyse in Wirtschaftswissenschaften und Migrationsforschung*. Bielefeld: Transcript.
- Gamper, M., Fenicia, T., & Schönhuth, M. (2013). Transnationale Netzwerke, Sozialkapital und Migration – Eine triangulative Studie über die Vernetzung von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. In A. Herz & C. Olivier (Hrsg.), *Transmigration und Soziale Arbeit. Theoretische Herausforderungen und gesellschaftliche Praxis* (S. 249–272). Hohengehren: Schneider.
- Garip, F. (2016). *On the move. Changing mechanisms of Mexico-US migration*. Princeton: Princeton University Press.
- Gordon, M. (1964). *Assimilation and American life: The role of race, religion and national origins*. Oxford: Oxford University Press.
- Haug, S. (2000a). *Klassische und neuere Theorien der Migration*. Mannheim: MZES.
- Haug, S. (2000b). *Soziales Kapital und Kettenmigration: Italienische Migranten in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Herz, A. (2015). Relational constitution of social support in migrants' transnational personal communities. *Social Networks*, 40, 64–74.
- Jedlicka, D. (1978). Opportunities, information networks and international migration streams. *Social Networks*, 1(3), 277–284.
- Kindler, M., Ratcheva, V., & Piechowska, M. (2015). Social networks, social capital and migrant integration at local level. European literature review. *Iris Working Paper Series No. 6/2015*. Birmingham: Institute for Research into Superdiversity.
- Kirkcaldy, B., & Furnham, A. (1995). Coping, seeking, social support and stress among German police management. *European Review of Applied Psychology*, 45(32), 121–126.

- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblätter – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 9(49), 873–883.
- Knipper, M., & Bilgin, Y. (2009). Migration und Gesundheit. *Konrad-Adenauer-Stiftung Archiv*. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141705. Zugegriffen: 21. Febr. 2019.
- Koser, K. (1997). Social networks and the asylum cycle: The case of Iranians in the Netherlands. *International Migration Review*, 31(3), 591–611.
- Koser, K., & Pinkerton, C. (2002). The social networks of asylum seekers and the dissemination of information about countries of asylum. http://www.urbanlab.org/articles/Koser_2002_SocialNetworksOfAsylumSeekers.pdf. Zugegriffen: 21. Febr. 2019.
- Krämer, A., & Baune, B. T. (2004). Migrationen eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung. In A. Krämer & L. Prüfer-Krämer (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 9–20). Weinheim: Juventa.
- Kupfer, A. (2015). *Wer hilft helfen? Einflüsse sozialer Netzwerke auf Beratung*. Tübingen: dgvt.
- Kutalek, R. (2009). Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In M. Six-Hohenbalken & J. Tošić (Hrsg.), *Anthropologie der Migration: Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte* (S. 302–321). Wien: facultas.wuv.
- Lagarde, D., & Dorai, K. (2016). *Host state policies and the changing role of social networks for Syrian refugees in Jordan*. XIII Annual Conference of the Italian Society of the Italian Society for Middle Eastern Studies (SeSaMO), March 2016, Catane, Italy.
- Levitt, P., & Glick Schiller, N. (2007). Conceptualizing simultaneity: A transnational social field perspective on society. In A. Portes & J. DeWind (Hrsg.), *Rethinking migration. New theoretical and empirical perspectives* (S. 181–219). New York: Berghahn.
- Li, Y., & Wu, S. (2010). Social networks and health among rural–urban migrants in China: A channel or a constraint? *Health Promotion International*, 25(3), 371–380.
- Lubbers, M. J., Molina, J. L., Lerner, J., Brandes, U., Ávila, J., & McCarty, C. (2010). Longitudinal analysis of personal networks. The case of Argentinean migrants in Spain. *Social Networks*, 32(1), 91–104.
- Lutz, H. (2008). *Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung*. Opladen: Budrich.
- MacDonald, J. S., & MacDonald, L. D. (1964). Chain migration, ethnic neighborhood formation, and social networks. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 42, 82–94.
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, E. J. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431–466.
- Mecheril, P. (2010). Migrationspädagogik. Hinführung zu einer Perspektive. In: P. Mecheril, M. do M. Castro Varela, I. Dirim, A. Kalpaka, & C. Melter (2010): *Migrationspädagogik* (S. 7–22). Weinheim: Beltz.
- Nauck, B. (1989). Assimilation process and group integration of migrant families. *International Migration*, 27(1), 27–48.
- Nestmann, F. (1999). Psychische Störungen in der Migration und interkulturelle Beratung. In M. Gemende, W. Schröer, & S. Sting (Hrsg.), *Zwischen den Kulturen. Pädagogische und sozialpädagogische Zugänge zur Interkulturalität* (S. 171–193). Weinheim: Juventa.

- Olbermann, E. (2003). *Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten*. Dissertation, Universität Dortmund. <https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/2914/1/olbermannunt.pdf>. Zugegriffen: 22. März 2018.
- Palloni, A., Massey, D. S., Ceballos, M., Espinosa, K., & Spittel, M. (2001). Social capital and international migration: A test using information on family networks. *American Journal of Sociology*, 106(5), 1262–1298.
- Parsons, C. R., Skeldon, R., Walmsley, T. R., & Winters, A. L. (2007). Quantifying international migration: A database of bilateral migrant stocks. *World Bank Policy Research Working Paper*, 4165. <https://ssrn.com/abstract=969242>. Zugegriffen: 1. März 2019.
- Pohjola, A. (1991). Social networks: Help or hindrance to the migrant? *International Migration*, 29(3), 435–444.
- Portes, A. (1995). Economic sociology and the sociology of immigration: A conceptual overview. In A. Portes (Hrsg.), *The economic sociology of immigration* (S. 1–41). New York: Russel Sage Foundation.
- Pries, L. (2010). *Transnationalisierung. Theorie und Empirie grenzüberschreitender Vergesellschaftung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ralston, M. L., & Escandell, X. (2012). Networks matter: Male Mexican migrants' use of hospitals. *Population Research and Policy Review*, 31, 321–337.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 267–282). Wiesbaden: VS Verlag.
- Razum, O., & Twardella, D. (2002). Time travel with Oliver Twist – Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine & International Health*, 7(1), 4–10.
- Razum, O., Spallek, J., & Zeeb, H. (2011). Migration und Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 555–574). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52(2), 87–96.
- Schweizer, T., Schnegg, M., & Berzbon, S. (1998). Personal networks and social support in a multiethnic community of Southern California. *Social Networks*, 20, 1–21.
- Sommer, E., & Gamper, M. (2018). Transnational entrepreneurial activities: A qualitative network study of self-employed migrants from the former Soviet Union in Germany. *Social Networks*, 53, 136–147.
- Spallek, J., & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 153–166). Wiesbaden: VS Verlag.
- Stelzig-Willutzki, S. (2012). *Soziale Beziehungen im Migrationsverlauf: Brasilianische Frauen in Deutschland*. Wiesbaden: Springer.
- Stenzel, M. (2016). Migration und Gesundheit. Erklärungsansätze und bisherige Forschungsergebnisse. In J. Stauder, I. Rapp, & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen privater Lebensführung* (S. 283–303). Wiesbaden: Springer VS.
- Sting, S. (2010). Migration und Gesundheit. In E. Yildiz & G. Spiel (Hrsg.), *Ressourcen im Blick. Tagungsband zur Veranstaltung vom 7. Mai 2010, Klagenfurt*. IfEB Alpen-Adriana Universität Klagenfurt Archive. http://www.ifeb.uni-klu.ac.at/fileadmin/ib/dateien/Tagungsband_Ressourcen_im_Blick.pdf. Zugegriffen: 15. Jan. 2018.

- Teodorescu, D.-S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(84), 1–16.
- Tetryatnikova, M. (2013). *A model of social networks and migration decisions*. Vienna: University of Vienna.
- Toma, S. (2015). The role of migrant networks in the labour market outcomes of Senegalese men: How destination contexts matter. *Ethnic and Racial Studies*, 39(4), 593–613.
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Weir, J. (1991). Social Networks, Social Support, and their Relationship to Depression among Immigrant Mexican Women. *Human Organization*, 50(2), 154–162.
- Wakeel, F., Witt, W., Wisk, L. E., Lu, M. C., & Chao, S. M. (2013). Racial and ethnic disparities in personal capital during pregnancy: Findings from the 2007 Los Angeles Mommy and Baby (LAMB) Study. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 209–222.

Dr. Annett Kupfer ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften der Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden. PD Dr. Markus Gamper ist Akademischer Rat am Institut für vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften der Universität zu Köln.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

