

Ein amerikanischer Traum?

Demenz und Migration in den USA

Die USA, die in ihrer Nationalhymne als „Land of the free“ besungen werden, stehen für viele Menschen für Freiheit und für den amerikanischen Traum. Doch wie steht es um die Freiheit und die Rechte der Menschen mit Migrationshintergrund bzw. verschiedener Ethnien im übertragenen Sinne? Der vorliegende Artikel wagt den Blick über den Atlantik Richtung USA und gibt einen Einblick in die Strukturen, Risiken, Herausforderungen, Barrieren und Chancen, mit denen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. verschiedener Ethnien in den USA konfrontiert sind.

In diesem Artikel wird die Definition der Vereinten Nationen übernommen, die Personen mit Migrationshintergrund als Personen definiert, die in einem anderen Land leben als dem, in dem sie geboren wurden (United Nations 2019a).

Personen, die in den USA geboren wurden, aber dennoch einer ethnischen Minderheit angehören, werden als „Ethnie“ benannt.

Personengruppen, die in der Literatur als Afroamerikaner:innen oder Schwarze bezeichnet werden, werden im Folgenden „People of Color“ genannt, eine internationale Selbstbezeichnung laut Amnesty International (2017).

Nation der Immigrant:innen

Aufgrund der Siedlungsgeschichte der USA begreifen sich viele US-Amerikaner:innen als „Nation of Immigrants“ bzw. als „Melting Pot“. Die USA sind mit 51 Millionen (im Jahre 2019) das Land mit den weitaus meisten Menschen mit Migrationshintergrund weltweit. Ihre Zahl ist in den letzten zwei Jahrzehnten stark gestiegen. Im Jahre 2000 waren es noch 35 Millionen (United Nations 2019b). Der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund liegt im Jahre 2016 bei 13,55% (Franco & Choi 2020). Im Jahr 2022 geben ca. 41% der US-Amerikaner:innen an, sich einer Ethnie (z. B. Hispanoamerikaner:innen, People of Color, Asiat:innen, Ureinwohner:innen) zugehörig zu fühlen (Statista 2024).

Prävalenz der demenziellen Erkrankung

Durch den demografischen Wandel wird die Zahl der Menschen mit Demenz in den kommenden Jahren rapide ansteigen. 2021 lebten in den USA 58 Millionen Menschen, die älter als 64 Jahre waren. Im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 88 Millionen sein (Powell 2018, Rajan et al. 2021). Ursächlich für die steigende Zahl der demenziell erkrankten Menschen ist die „Baby-Boom-Generation“, welche in den USA zwischen 1946 und 1964 geboren wurde. Mehr als eine/einer von neun „Baby-Boomern“ (6,2 Millionen Menschen) lebt mit einer demenziellen Erkrankung vom Alzheimer Typ. Bis 2060 wird die Zahl der älteren Menschen mit Alzheimer-Demenz voraussichtlich 13,8 Millionen erreichen (Powell 2018, Rajan et al. 2021).

Gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten

People of Color, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, haben ein deutlich höheres Risiko an einer Demenz zu erkranken (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Chen & Zissimopoulos 2018, Franco & Choi 2020). So konstatieren Franco & Choi (2020), dass die Erkranken-

kungswahrscheinlichkeit von älteren Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Weißen um 70 % erhöht ist. Differenzierte Zahlen der verschiedenen Ethnien zeigen, dass ältere People of Color in etwa doppelt so häufig von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind wie ältere Weiße (Potter et al. 2009, Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Rajan et al. 2021). Ältere Hispanoamerikaner:innen erkranken etwa eineinhalb Mal so häufig an Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen wie ältere Weiße (Gurland et al. 1999, Haan et al. 2003, Samper-Ternent et al. 2012, Alzheimer's Association 2021). Sie haben außerdem eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass ihre demenzielle Erkrankung nicht diagnostiziert wird (Franco & Choi 2020). Die Ursache hierfür liegt in gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten, welche durch den strukturellen Rassismus bedingt sind, der in der Geschichte der USA tief verwurzelt ist. Dieser betrifft viele Aspekte des Lebens, die sich direkt oder indirekt auf die Fähigkeit auswirken können, gesunde Verhaltensweisen beizubehalten oder Zugang zu Ressourcen zu erhalten, die das Demenzrisiko beeinflussen. Mit Blick auf das erhöhte Demenzrisiko, bestehen die gesundheitlichen Ungleichheiten insbesondere in einem erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen, in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen oder chronischen Krankheiten, die mit einem höheren Demenzrisiko assoziiert sind (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes). Weitere Faktoren sind sozioökonomische, soziale und umweltbedingte Ungleichheiten (z. B. ein niedrigeres Bildungsniveau, geringere Qualität der Ausbildung, höhere Armutsraten) (Dickman et al. 2017, Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Franco & Choi 2020, Alzheimer's Association 2021). Bestehen neben den erläuterten gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten auch noch sprachliche Barrieren, wie begrenzte Englischkenntnisse, erschwert dies zudem die Diagnostik (Franco & Choi 2020). Eine Möglichkeit der Ungleichheit entgegenzuwirken sind Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung sowie die Förderung des Bildungsniveaus und gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Chen & Zissimopoulos 2018, Garcia et al. 2019).

Gesundheitliche und kognitive Vorteile

Studien zur kognitiven und physischen Gesundheit der ethnischen Bevölkerungsgruppe der People of Color, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, im Vergleich zu Weißen, diskutieren und erforschen neben den erläuterten Ungleichheiten auch gesundheitliche und kognitive Vorteile:

Es gibt Daten, die vermuten lassen, „Personen mit Migrationshintergrund könnten kognitiv weniger eingeschränkt und gesünder sein als Menschen ohne Migrationshintergrund“. Eine mögliche Erklärung dafür ist der „Salmon-Bias“, der dadurch entsteht, dass

Personen mit Migrationshintergrund im Alter und bei Krankheit in ihre Heimatländer zurückkehren (Turra & Elo 2008, Aguila et al. 2013). Da sie dann aus der Statistik herausfallen, steigt (jedoch nur scheinbar) die durchschnittliche Lebenserwartung und der durchschnittliche kognitive Status der im Land Verbliebenen. Gesundheitliche oder kognitive Vorteile könnten demzufolge das Ergebnis einer verzerrten Datenlage sein.

Ein weiterer Forschungsbereich betrifft den „Healthy-Migrant-Effect“ (Cho et al. 2004, Markides & Rote 2019). Dieser beschreibt Personen mit Migrationshintergrund als eine Gruppe, welche im besonderen Maße körperlich gesund, fit und belastbar ist. Eine Begründung dafür ist, dass sie ansonsten den Strapazen der Migration nicht gewachsen gewesen wären. Markides & Rote (2019) konstatieren jedoch, dass nach 10–20 Jahren eine Angleichung an die einheimische Bevölkerung stattfindet und dass bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter hohe Raten von Komorbidität und Behinderung zu finden seien. Fokus einiger Studien ist das hispanische Paradoxon, von dem gesprochen wird, wenn Hispanoamerikaner:innen trotz ihres durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Status und anderer Risikofaktoren gesünder sind als (nicht-hispanische) Weiße. Ein Faktor hierfür könnten starke soziale Bindungen sein. So besteht in Vierteln mit einer hohen Dichte an hispanischen und mexikanischen Ethnien eine verbreitete soziale Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe und Pflege im häuslichen Umfeld (Markides & Rote 2019). Die Hypothese, ein besseres Gesundheitsverhalten könne ursächlich sein, wird in einer Studie von Thomson et al. (2013) nicht bestätigt. Das hispanische Paradoxon sei vielmehr eine Kombination des „Healthy-Migrant-Effect“ und der „Salmon-bias-Hypothese“.

Sozialsysteme und Gesundheitsfürsorge

Die USA geben im Jahr etwa 17 Prozent (Stand 2019) ihres Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aus – weitaus mehr als vergleichbare Länder (Statista 2021). Trotzdem beschränkt sich die staatliche Verantwortung der 1965 erstmals ins Leben gerufenen Gesundheitsvorsorge auf Bedürftige (Medicaid) und Senior:innen (Medicare). Im Jahr 1986 bestand erstmals Anspruch auf Notfallversorgung durch Krankenhäuser für die gesamte Bevölkerung. Eine Ausweitung des Versicherungsschutzes durch ObamaCare erfolgte 2010. Der Affordable Care Act, wie ObamaCare offiziell heißt, ist für Menschen gedacht, die nicht über ihre:n Arbeitgeber:in versichert sind, aber auch nicht „arm genug“ für Medicaid oder „alt genug“ für Medicare sind. Dank ObamaCare sinkt die Zahl der nicht versicherten Personen von 43 Millionen im Jahr 2013 auf 27 Millionen 2016 (Huguet et al. 2019). ObamaCare ist in den USA einer der großen politischen Streitpunkte, da die Republikaner (insbesondere in der Versicherungspflicht) einen Verstoß gegen die individuelle Frei-

heit und die Verfassung sehen (Handelsblatt 2021). ObamaCare wird jedoch durch Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs wiederholt bestätigt. Trotzdem sind (im Jahr 2018) 8,5 % Menschen in den USA weiterhin nicht krankenversichert (Lanz 2019).

Zugang zum Gesundheitssystem und Finanzierung

Demenziell erkrankte Menschen, die Langzeitpflege und Betreuung benötigen, sind durch die staatliche Gesundheitsfürsorge finanziell nicht abgedeckt. Eine Pflegeversicherung ist in den USA freiwillig und nicht in den Versicherungsleistungen der Pflichtversicherung (durch ObamaCare) enthalten. 21,9 % bezahlen diese privat (The SCAN Foundation 2013). Die Seniorenversicherung Medicare zahlt zwar für Kurzzeitpflege (Rehabilitation), für Langzeitpflege dagegen nicht. Im Pflegefall muss, sofern keine Versicherung abgeschlossen wurde, Laienpflege organisiert oder professionelle Pflege bezahlt werden. Im Falle einer häufig resultierenden Verarmung, die sowohl bei Versicherten als auch Unversicherten weit verbreitet ist (Dickman et al. 2017, Powell 2018), besteht die Möglichkeit, von Medicaid aufgefangen zu werden. Viele Familien, die sich die Pflege der demenziell erkrankten Menschen nicht leisten können, versuchen diese Finanzierungs- und Betreuungslücken privat durch häusliche Pflege zu kompensieren. Die unbezahlte Pflege der demenziell erkrankten Menschen wird häufig von Familienmitgliedern übernommen. Von den mehr als 2 Millionen Menschen, die sich in den USA jährlich um sterbende, ältere Menschen kümmern, von denen viele an Demenz erkrankt sind, sind 9 von 10 unbezahlt (Ornstein et al. 2017, Powell 2018).

Entwickeln Menschen mit Migrationshintergrund, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, eine demenzielle Erkrankung, haben sie neben den allgemeinen Hürden der Finanzierung im Pflegefall zudem einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen: Sie sind überproportional häufig einkommensschwach und nicht kranken- oder pflegeversichert (Dickman et al. 2017). Um Medicaid (für Bedürftige) zu erhalten, sind immense Hürden zu überwinden. Menschen mit Migrationshintergrund müssen sich legal in den USA aufhalten und die Voraussetzungen für einen Wohnsitz erfüllen. Erst dann besteht in den meisten Fällen nach fünf Jahren Anspruch auf Medicaid. Auch für Medicare, die Versicherung für Senior:innen, muss man sich seit mindestens fünf Jahren in den USA aufhalten.

Nationale Identität im Umgang mit älteren Menschen in den USA

Die Nationale Identität im Umgang mit älteren Menschen steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des amerikanischen Gesundheitswesens. Während Deutschland im Jahre 1883 als erstes Land eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ein-

fürte, steht in den USA nach wie vor die private Selbstvorsorge im Mittelpunkt. Das kollektive Verständnis ist das einer persönlichen Selbstverantwortung. Ist man nur fleißig genug, so die Vorstellung, gelingt der „Amerikanische Traum“ vom höheren Lebensstandard. Es wird als gesellschaftliche Pflicht angesehen durch eigene Anstrengungen nicht abhängig zu sein. Dies könnte den Umstand erklären, dass die USA über keinen tragfähigen Plan für die Bereitstellung und Bezahlung der Pflege demenziell erkrankter Menschen verfügen (Powell 2018). Betroffene, die nicht die finanziellen Mittel haben sich eine private Pflegeversicherung zu leisten, sind auf sich allein gestellt oder auf die Hilfe von Familie und Freunden angewiesen. Alte Menschen werden, sofern mittellos, allein gelassen.

Nationaler Plan zur Bewältigung der Alzheimer-Krankheit

Im Jahr 2011 hat das US-Gesundheitsministerium den „National Alzheimer’s Project Act“ in Kraft gesetzt, der den Staatssekretär des US-Gesundheitsministeriums beauftragt, das „National Alzheimer’s Project“ zu etablieren, unter anderem mit dem Ziel:

- einen integrierten nationalen Plan zur Bewältigung der Alzheimer-Krankheit zu erstellen,
- die Forschung zur Alzheimer-Krankheit und der entsprechenden Dienste in allen Bundesbehörden zu koordinieren,
- die Entwicklung von Behandlungsmethoden zu beschleunigen, die den Verlauf der Alzheimer-Krankheit verhindern, aufhalten oder umkehren können,
- der Verbesserung der Frühdiagnose und der Koordination der Pflege und Behandlung der Alzheimer-Krankheit,
- der Verringerung der Ungleichheiten bei der Alzheimer-Krankheit für ethnische Minderheiten, die ein höheres Risiko für die Alzheimer-Krankheit haben,
- der Koordinierung internationaler Gremien zur weltweiten Bekämpfung der Alzheimer-Krankheit (HSS 2021).

Gute Praxis – Healthy Brain Initiative Road Map

Die „Healthy Brain Initiative Road Maps“ der Alzheimer’s Association und der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ermöglichen langfristig viele verschiedene Gute-Praxis-Projekte. Derzeit befindet sich bereits die vierte „Healthy Brain Initiative Road Map“ (2023-2027) in der Umsetzung (Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention 2023).

Erklärtes Ziel ist es, die kognitive Gesundheit als integralen Bestandteil der öffentlichen Gesundheit zu fördern. Erreicht werden soll dies durch verschiedene Maßnahmen wie Bildungsprojekte, Entwicklung von Strategien, Mobilisierung von Partnerschaften und Sicherstellung kompetenter Arbeitskräfte. Kernprinzipien sind die Vermeidung gesundheitlicher Ungleichheiten, sektoren-

übergreifende Zusammenarbeit sowie die Nutzung von Ressourcen mit nachhaltiger Wirkung. Realisierte Projekte haben u. a. die Sensibilisierung, Aufklärung, Schulung, das Empowerment sowie den Abbau von Stigmatisierung und Mythen zum Ziel. Zugang zu People of Color wird häufig durch Glaubensgemeinschaften gesucht. Auch werden Informationen über verschiedene Internetkanäle zugänglich gemacht, wie z. B. bei der Entwicklung des „National Brain Health Center for African Americans“. Ziel ist es, gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken. Es werden Bildungs- und Schulungsprogramme zur Sensibilisierung für das Thema Demenz und die Probleme der People of Color angeboten. Dies erfolgt z. B. durch kulturell angepasste Informationen und Aufklärung oder Schulung von Gesundheitsfachkräften bezüglich einer kultursensiblen Pflege (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018).

Ein Projekt des Minnesota Department of Health (MDH) in Zusammenarbeit mit dem Caregiver Support and Dementia Services Team der Volunteers of America (VOA) zielt darauf ab, das Bewusstsein für die Mundgesundheit von Menschen mit Demenz in der Gemeinde zu stärken. Im Rahmen des Projekts werden Schulungen für community health workers (CHWs) entwickelt und durchgeführt, die sich auf Mundgesundheit, Vorbeugung von Zahnerkrankungen bei älteren Menschen mit Demenz und praktische Anleitungen konzentrieren. Die geschulten CHWs fungieren anschließend als Multiplikator:innen und bilden 75 Ehrenamtliche in der Mundpflege für ältere Erwachsene und Menschen mit Demenz weiter. Aufbauend auf diesem Erfolg wurde in Zusammenarbeit mit der Minnesota Community Health Worker Alliance ein umfassendes, fortlaufendes Schulungsprogramm entwickelt, das sich auf Demenzprävention, Früherkennung und Unterstützung für Pflegepersonen spezialisiert (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2023).

Fazit

Durch die andauernde Einwanderung von Menschen aus aller Welt mit unterschiedlichen Kulturen, Hautfarben und Religionen, ist die Gesellschaft in den USA von Diversität gekennzeichnet. Die Zahl der demenziell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund und verschiedenen Ethnien wird in den kommenden Jahren rapide ansteigen. Sie sehen sich trotz diskutierter gesundheitlicher Vorteile mit einer Reihe von gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten konfrontiert, wie beispielsweise einem erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen. Da eine Pflegeversicherung freiwillig ist und aus eigenen Mittel bezahlt werden muss, sind viele Betroffene auf die Hilfe von Familie und Freunden angewiesen. Dennoch stand die kultursensible Versorgung demenziell erkrankter Menschen in den letzten 30 Jahren nicht im Fokus der Gesundheitspolitik. Es wird vielmehr

das Ziel verfolgt, durch ein neu entdecktes pharmazeutisches Heilmittel den „Kampf“ gegen die Demenz zu gewinnen (Powell 2018). Seit elf Jahren ist das Gesetz „National Alzheimer’s Project Act“ in Kraft, welches unter anderem die Verringerung der Ungleichheiten von ethnischen Minderheiten intendiert. Dadurch werden Best Practice Projekte möglich, die sensibilisieren, aufklären, schulen und der Stigmatisierung und anhaltenden Benachteiligung dieser besonders vulnerablen Personengruppe entgegenwirken.

Renate Berner & Anja Rutenkröger

Literatur

Aguila, E.; Escarce, J.; Leng, M.; Morales, L. (2013): Health status and behavioral risk factors in older adult Mexicans and Mexican immigrants to the United States. *Journal of Aging and Health* 25(1): 136-158.

Alzheimer’s Association (2021): Race, Ethnicity and Alzheimer’s in America. Special Report. Chicago: Alzheimer’s Association: <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-special-report.pdf> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention (2023): Healthy Brain Initiative: State and Local Road Map for Public Health, 2023–2027. Chicago: Alzheimer’s Association. https://www.alz.org/media/Documents/Healthy_Brain_Initiative_Road_Map_2023_2027.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention (2018): Healthy Brain Initiative, State and Local Public Health Partnerships to Address Dementia: The 2018-2023 Road Map. Chicago: Alzheimer’s Association.

Amnesty International (2017): Glossar für diskriminierungssensible Sprache. <https://www.amnesty.de/2017/3/1/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache> (zuletzt geprüft am 02.02.2022).

Chen, C.; Zissimopoulos, J. M. (2018): Racial and ethnic differences in trends in dementia prevalence and risk factors in the United States. *Alzheimer’s & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 4: 510-520.

Cho, Y.; Frisbie, W. P.; Hummer, R. A.; Rogers, R. G. (2004): Nativity, Duration of Residence, and the Health of Hispanic Adults in the United States. *International Migration Review* 38(1): 184-211.

Dickman, S. L.; Himmelstein, D. U.; Woolhandler, S. (2017): America: Equity and Equality in Health 1: Inequality and the health-care system in the USA. *Lancet* 389.

Franco, Y.; Choi, E. Y. (2020): The Relationship Between Immigrant

Status and Undiagnosed Dementia: The Role of Limited English Proficiency. *Journal of Immigrant and Minority Health*.

Garcia, M. A.; Downer, B.; Chiu, C.-T.; Saenz, J. L.; Rote, S.; Wong, R. (2019): Racial/Ethnic and Nativity Differences in Cognitive Life Expectancies Among Older Adults in the United States. *Gerontologist* 59(2): 281-289.

Gurland, B. J.; Wilder, D. E.; Lantigua, R.; Stern, Y.; Chen, J.; Killefer, E. H.; Mayeux, R. (1999): Rates of dementia in three ethnorracial groups. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(6): 481-493.

Haan, M. N.; Mungas, D. M.; Gonzalez, H. M.; Ortiz, T. A.; Acharya, A.; Jagust, W. J. (2003): Prevalence of dementia in older latinos: the influence of type 2 diabetes mellitus, stroke and genetic factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(2): 169-177.

Handelsblatt (2021): Supreme Court weist Republikaner-Klage gegen Obamacare ab, 17.06.2021: Handelsblatt. <https://www.handelsblatt.com/politik/international/gesundheitsreform-supreme-court-weist-republikaner-klage-gegen-obamacare-ab/27298830.html> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

HSS (2021): National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2021 Update. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. <https://aspe.hhs.gov/reports/national-plan-2021-update> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Huguet, N.; Valenzuela, S.; Marino, M.; Angier, H.; Hatch, B.; Hoopes, M.; DeVoe, J. E. (2019): Following Uninsured Patients Through Medicaid Expansion: Ambulatory Care Use and Diagnosed Conditions. *Annals of Family Medicine* 17(4): 336-344.

Lanz, M. (2019): In den USA stehen wieder mehr ohne Krankenversicherung da, 14.09.2019: Neue Zürcher Zeitung. <https://www.nzz.ch/wirtschaft/krankenversicherung-usa-275-mio-2018-unversichert-id.1508049> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Markides, K. S.; Rote, S. (2019): The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *Gerontologist* 59(2): 205-214.

Ornstein, K. A.; Kelley, A. S.; Bollens-Lund, E.; Wolff, J. L. (2017): A National Profile Of End-Of-Life Caregiving In The United States. *Health Affairs* 36(7): 1184-1192.

Potter, G. G.; Plassman, B. L.; Burke, J. R.; Kabeto, M. U.; Langa, K. M.; Llewellyn, D. J.; Rogers, M. A. M.; Steffens, D. C. (2009): Cognitive performance and informant reports in the diagnosis of cognitive impairment and dementia in African Americans and whites. *Alzheimer's & Dementia* 5(6): 445-453.

Powell, T. (2018): Health Policy and Dementia. *Current Psychiatry Re-*

ports 20(1:4): 1-5.

Rajan, K. B.; Weuve, J.; Barnes, L. L.; McAninch, E. A.; Wilson, R. S.; Evans, D. A. (2021): Population estimate of people with clinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in the United States (2020-2060). *Alzheimer's & Dementia*.

Samper-Ternent, R.; Kuo, Y. F.; Ray, L. A.; Ottenbacher, K. J.; Markides, K. S.; Al Snih, S. (2012): Prevalence of health conditions and predictors of mortality in oldest old Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Journal of the American Medical Directors Association* 13(3): 254-259.

Statista (2024): USA: Zugehörigkeit zu den Ethnien nach Selbstzuschreibung im Jahr 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166858/umfrage/ethnien-in-den-usa/> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Statista (2021): Anteil der Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ausgewählter Länder im Jahr 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/283361/umfrage/anteil-der-gesundheitsausgaben-am-bruttoinlandsprodukt-ausgewaehlter-laender/> (zuletzt geprüft am 01.03.2022).

The SCAN Foundation (2013): Who Pays for Long-Term Care in the U.S.? (Updated). Long Beach: The SCAN Foundation: www.thescan-foundation.org/sites/default/files/who_pays_for_ltc_us_jan_2013_fs.pdf (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Thomson, E. F.; Nuru-Jeter, A.; Richardson, D.; Raza, F.; Minkler, M. (2013): The Hispanic Paradox and older adults' disabilities: is there a healthy migrant effect? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10(5): 1786-1814.

Turra, C. M.; Elo, I. T. (2008): The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Population Research and Policy Review* 27(5): 515-530.

United Nations (2019a): International Migration 2019: Report (ST/ESA/SER.A/438). New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. http://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jun/international_migration_2019_report_june20.pdf (zuletzt geprüft am 15.02.2024).

United Nations (2019b): International Migration 2019: Wall Chart (ST/ESA/SER/A/431): Department of Economic and Social Affairs, Population Division: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2019_internationalmigration_wallchart.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).