

Dagmar Ellerbrock

Die Etablierung von Public Health in der BRD

Von der Sozialhygiene zu Public Health: Traditionsverlust oder Innovation?

Seit Ende der 1980er Jahre sind in der Bundesrepublik im Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege bedeutende Veränderungen beobachtbar. Statt von Gesundheitswissenschaften ist zunehmend von Public Health die Rede, neue Studiengänge wurden etabliert, an denen der Bachelor und Master of Public Health erworben werden konnte, neue Zeitschriften wurden gegründet und Public Health-Forschungsverbände organisiert. Ziel dieses kurzen Beitrages ist es, die historischen Vorbedingungen und den politischen Kontext dieser Entwicklung zu analysieren. Dafür wird untersucht, in welcher Beziehung die Public Health Bewegung zu deutschen Traditionen, insbesondere der Sozialhygiene stand (1), welche Faktoren und Gründe für die Etablierung von Public Health in der BRD maßgeblich waren (2) und schließlich der Frage nachgegangen, wie diese Entwicklung zu bewerten ist (3). Untersuchungsfeld ist für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg die amerikanische und britische Besatzungszone und ab 1949 die Bundesrepublik.

Die Entwicklung in der DDR wird in diesem Beitrag nicht betrachtet. Grundsätzlich ist für Ostdeutschland festzuhalten, dass sich die gesundheitspolitische Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg im Wesentlichen auf eine Renaissance sozialhygienischer Traditionen konzentrierte, bzw. eine am sowjetischen Vorbild orientierte Umstrukturierung verfolgte.

1945 Kriegsende in Deutschland

Für die amerikanische Militärregierung war Gesundheit bedeutsamer Bestandteil ihrer Besatzungspolitik nach dem Zweiten Weltkrieg. Um den guten Gesundheitszustand der eigenen Truppen sichern zu können, war es wichtig, die Verbreitung von Krankheiten auch in der deutschen Zivilbevölkerung zu unterbinden. Zweitens war für die alliierten Besatzungsplaner eine angemessene gesundheitspolitische Versorgung des besetzten Landes aus humanitären Überlegungen elementar und drittens sahen amerikanische Militärstrategen einen guten Gesundheitszustand der Deutschen als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg ihrer Besatzung und als Grundlage für die angestrebte Demokratisierung der Deutschen an. Gesundheit und Politik waren somit in den Jahren der Besatzung von 1945-1949 unmittelbar miteinander verschränkt.

Um die Gesundheit der deutschen Bevölkerung sicherzustellen, wurden von den Alliierten umfangreiche Aktionen initiiert: sanitäre Maßnahmen, wie die Reparatur von Wasserleitung, ordnungsgemäße Müll- und Trümmerbeseitigung, Entlausung der Bevölkerung, Chlorierung von Wasser, die Erhebung aktueller Seuchenstatistiken über ansteckende Krankheiten, öffentliche Wiegungen und Schulspeisungen, Ernährungszulagen für Tuberkulosekranke und Impfprogramme für Kinder und Erwachsene gehörten zum breiten Maßnahmenbündel alliierter Gesundheitspolitik.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Abb.1: Entlausung der deutschen Zivilbevölkerung im Auftrag der amerikanischen Militärregierung.



Photo: National Archives Washington, D.C.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Abb.2: Wiegung deutscher Schulkinder.



Photo: National Archives Washington, D.C.

The public health miracle: no major epidemics occurred

1947 wurde offenbar, dass die gesundheitspolitischen Befürchtungen, dass Deutschland nach Ende des Krieges in Krankheit und Not versinken werde, sich glücklicherweise nicht bewahrheiteten. Als ein „public health miracle“ – ein Gesundheitswunder bezeichnete der amerikanische Militärgouverneur Lucius D. Clay den überraschend guten Gesundheitszustand der Deutschen. Nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes wandte sich die gesundheitspolitische Aufmerksamkeit folgerichtig strukturellen und institutionellen Änderungen im Gesundheitswesen zu. Alle vier Besatzungsmächte strebten dabei eine strukturelle Reform des deutschen Gesundheitswesens an, die sich die Institutionen des Gesundheitswesens im Heimatland der jeweiligen Besatzungsmacht zum Vorbild nahm. Die institutionelle Organisation der deutschen Krankenversicherung stand dabei ebenso zur Diskussion, wie die strukturelle Verfasstheit der Ärzteverbände und

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

die staatliche bzw. kommunale Trägerschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Aus dem umfangreichen Kontext der Reformdebatte interessieren hier vor allem die Aktivitäten, die im Zusammenhang mit public health standen.

Projekt: Gründung einer *School of Public Health* in Heidelberg

Für die institutionellen Veränderungen der deutschen Krankenversicherung hatte die amerikanische kein eigenes Modell anzubieten und verließ sich daher weitgehend auf die Vorschläge deutscher Exilanten. Auch hinsichtlich der Organisation der deutschen Ärzteverbände verfolgte die amerikanische Besatzungsmacht aufgrund der grundlegenden deutschen Opposition gegen jegliche Veränderung ihre Reformambitionen ab 1948 nicht weiter. Im Bereich von public health aber konnten vor allem Amerikaner und Engländer auf eine langjährige eigenständige Tradition rekurrieren, die für eine Reform und Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens vielversprechend schien: Ziel war es, in Deutschland eine Akademisierung der Gesundheitsberufe zu etablieren und eine universitäre Ausbildung für public health- Berufe zu schaffen, wie sie in den USA seit langem üblich war. Dafür sollten z.B. am US-amerikanischen Vorbild orientierte Ausbildungsstätten gegründet werden.

Scheitern der Gründung einer *School of Public Health* in Heidelberg 1947/48

Pionierinstitution sollte eine *School of Public Health* sein, die 1947/48 in Heidelberg gegründet werden sollte. Diese universitäre Institution sollte sich am Modell der renommierten *Johns Hopkins School of Public Health* orientieren. Finanziert werden sollte das ambitionierte Projekt durch einen großzügigen Beitrag der Rockefeller Foundation, deren Kooperation die Militärregierung bereits organisiert hatte. Trotz der gründlichen Vorarbeiten scheiterte das vielversprechende Projekt der Neugründung einer *School of Public Health* 1948 in Deutschland. Gründe dafür waren zum einen die untragbare NS-Vergangenheit des von den Deutschen favorisierten Direktors, zum anderen das wenig ausgearbeitete und ausschließlich sozialhygienisch ausgerichtet Curriculum, das die Deutschen vorlegten. Das deutscherseits kaum ausgearbeitete Ausbildungskonzept für die Heidelberger Neugründung ließ nicht nur die Bereitschaft vermissen, sich mit neuen – hier amerikanischen – Modellen und Optionen auseinander zu setzen, sondern rekurrierte ausschließlich auf deutsche Traditionen der Sozialhygiene. Eine derartige Restauration der deutschen Gesellschaft unter Rückgriff auf Weimarer Traditionen war von der amerikanischen Besatzungsmacht jedoch ausdrücklich nicht gewünscht.

Unterschiede zwischen Sozialhygiene und Public Health

Was nun unterschied sozialhygienische Konzepte deutscher Provenienz von amerikanischen Public Health Modellen? Die deutsche Sozialhygiene, die ihre Blütezeit im deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik gehabt hatte, hatte ihre Fragestellungen und Maßnahmen aus der engen Verbindung zur kommunalen Gesundheitspflege geschöpft. Auch institutionell war sie primär an die kommunale Gesundheitsfürsorge angebunden gewesen und auch die wenigen Lehrstühle folgten diesem Fokus.

In den USA hatte sich dagegen nach dem Ersten Weltkrieg eine wissenschaftliche Gesundheitsfürsorge etabliert, die an universitären Fakultäten gelehrt wurde und nicht mehr aus der Praxis

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

der städtischen Gesundheitsämter hervorging, sondern sich als universitärer Ausbildungsgang verstand, der gleichberechtigt neben der universitären Medizinausbildung stand. Die amerikanische Public-health Wissenschaft war forschungsorientiert, naturwissenschaftlich und interdisziplinär ausgerichtet und hatte das Ziel, ein professionelles Public-health Berufsfeld zu etablieren. Der Versuch, dieses Modell nach Westdeutschland zu transferieren, misslang 1948/49 mit dem Scheitern der Heidelberger Neugründung. Statt institutioneller Veränderungen setzte die amerikanische Besatzungsmacht in der Folgezeit auf die *Re-education* deutscher *key-people*. Durch wissenschaftlichen Austausch bzw. Ausbildung in den USA sollten deutsche Amtsärzte/innen und Gesundheitsfürsorger/innen nun direkt in den USA vor Ort lernen, was in Heidelberg nun doch nicht gelehrt werden konnte.

Als erstes Zwischenfazit lässt sich somit ziehen, dass die Bundesrepublik 1949 ohne die Wiederbelebung der klassischen sozialhygienischen Traditionen, aber eben auch ohne neue public health Institutionen startete.

BRD 1960er Jahre: Etablierung von Sozialmedizin

Seit den 1960er Jahren fand mit der Etablierung sozialmedizinischer Verfahren und Perspektiven eine erste Annäherung an den internationalen Forschungs- und Ausbildungsstand statt. Dabei knüpfte die explizite Einbeziehung sozialer Faktoren in die sozialmedizinischen Krankheitsanalysen an sozialhygienische Fragestellungen an und entwickelten diese weiter. Die sozialhygienische Einsicht, dass soziale Lage und soziale Lebensumstände maßgeblich für Krankheit und Gesundheit waren, wurden mit neuartigen epidemiologischen und statistischen Verfahren kombiniert und zunehmend in die medizinische Ausbildung integriert.

BRD 1990er Jahre: Institutionalisierung von Public Health

Seit den 1990er Jahren schließlich lässt sich in der nun wiedervereinigten Bundesrepublik eine umfangreiche Institutionalisierung von Public Health beobachten. Neben Studiengängen und Forschungsverbänden wurden eigenständige Publikationsorgane gegründet und weitreichende public health Forschungsprojekte initiiert. Dabei war die Frage, „was ist Public Health?“ zunächst noch offen. Während Johannes Siegrist public-health nicht als „*eigenständige, neue Disziplin*“ sah und Hurrelmann und Laaser explizit an die gesundheitswissenschaftliche Begriffsbildung der 1920er Jahre anknüpfen wollten und in Anlehnung an Gottstein, Schlossmann und Teleký den Begriff der *Gesundheitswissenschaften* vorschlugen, sah Bernhard Badura, Professor für Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung an der neugegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld Public-health in Deutschland eine neue, „*blutjunge Disziplin*“ an. Zu klären ist also, welches Profil die bundesdeutsche Public Health Wissenschaft hat.

Public Health als Traditionsbruch oder Innovation?

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden viele sozialhygienische Maßnahmen, die in der Weimarer Republik vor allem im öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelt waren, in die Zuständigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft transferiert. Die neue Gewichtung und Umakzentuierung gesundheitspolitischer Maßnahmen, die Neulegitimierung innerhalb des Systems der deutschen Gesundheitsversorgung und vor allem das politisch neu verhandelte und legitimierte Verhältnis

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

zwischen Krankenversicherung und Ärzteverbänden kann als modifizierter Wiederaufbau beschrieben werden.

Diese Veränderungen wurden in der Forschung als Bedeutungsverlust des öffentlichen Gesundheitsdienstes verstanden, der schließlich dazu führte, dass wesentliche sozialhygienische Traditionslinien verloren gingen. Hinsichtlich der institutionellen Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist diese Einschätzung zutreffend, was die sozialhygienischen Traditionsbestände angeht, liegen die Dinge jedoch komplizierter:

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass der in der öffentlichen Gesundheitspflege des Kaiserreichs und in der Weimarer Republik etablierte sozialhygienisch inspirierte Maßnahmenkatalog nach dem Zweiten Weltkrieg keineswegs ignoriert wurde, sondern in den Nachkriegs- und Besatzungsjahre überaus erfolgreich an diese gesundheitspolitischen Maßnahmen angeknüpft werden konnte. Dies führte u.a. dazu, dass kein massiver gesundheitspolitischer Problemdruck entstand, der institutionelle Veränderungen angeregt hätte. Die erfolgreiche Gesundheitspolitik der Besatzungsjahre und der jungen Bundesrepublik verhinderten somit erstens die Modernisierung der deutschen Gesundheitspflege in Richtung einer Public Health Ausrichtung und führten zweitens zu einer Integration vieler dieser inzwischen etablierten Maßnahmen in die Zuständigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft. Die erfolgreiche Integration seuchenprophylaktischer und gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen führten dazu, dass Sozialhygiene ebenso wie Public Health in diesem neuakzentuierten deutschen Gesundheitswesen ein Mauerblümchendasein fristeten und nicht zum Motor gesundheitspolitischer Innovationen der neuen Republik wurden.

Die Forschungsmeinung, dass es nach dem Zweiten Weltkrieg einen Traditionsbruch gegeben habe, ist somit zutreffend: Anders als in der DDR wurde die Sozialhygiene in der Bundesrepublik nicht mehr zur Leitwissenschaft der öffentlichen Gesundheitspflege. Diese Funktion hatte sie bereits während des Nationalsozialismus eingebüßt, als rassenhygienische Konzepte zur Richtschnur gesundheitspolitischer Handeln wurden.

Die Weimarer Sozialhygiene hatte ein breites Spektrum gesundheitspolitischer Ansätze umfasst. Einige ihrer Protagonisten, z. B. Alfred Grotjahn, favorisierten eugenische Modelle und waren für rassenhygienische Vorstellungen anschlussfähig. Diese politische Vorbelastung sozialhygienischer Konzepte bedingte, dass eine Rückkehr zu Weimarer Verhältnissen in der jungen BRD weder von den Alliierten akzeptiert wurde, noch politisch sinnvoll gewesen wäre. Gleichzeitig war die deutsche Bereitschaft, angelsächsische Vorbilder aufzugreifen, unmittelbar nach Kriegsende gering ausgebildet. Dies änderte sich schrittweise: In den 1960er Jahren erfolgte zunächst die Öffnung für sozialmedizinische Ideen und schließlich nach der deutschen Wiedervereinigung folgte der Boom der Public Health Bewegung und Wissenschaften in Deutschland. Damit ist offensichtlich, dass nicht nur Sozialhygiene, sondern auch Public Health eng mit den politischen Problemlagen der deutschen Geschichte verwoben waren.

Sowohl Sozialhygiene als auch Public Health folgten politischen Konjunkturen und Bedürfnissen. Aufgrund ihres gesundheitspolitischen Anliegens und ihrer gesellschaftspolitischen Fragestellung waren und sind sie eng mit politischen Ambitionen und Zäsuren verknüpft.

In diesem Sinne kann die Randständigkeit von Public Health in der Nachkriegszeit ebenso wie die enorme Konjunktur nach 1989 als Indiz einer demokratischen Erfolgsgeschichte interpretiert werden. Nach dem Zweiten Weltkrieg fand weder die Wiederbelebung einer inzwischen durch den Nationalsozialismus belasteten Sozialhygiene statt, noch war eine bloße Implementierung

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

anglo-amerikanischer Konzepte zu beobachten. Stattdessen wurden seuchenhygienische Aktionen und gesundheitsfürsorgende Maßnahmen in die bewährten Strukturen des deutschen Systems integriert. Darüber hinausgehende eigenständige deutsche Konzepte, die mit der neuen demokratischen Gesellschaft kompatibel gewesen wären, existierten noch nicht.

Public Health als Wissenschaft und Ausbildungsgang, die über diese längst etablierten Praktiken hinausgingen, drängende gesundheitspolitische Fragestellungen aufgriffen, eigenständige gesundheitspolitische Forschung jenseits der Interessenlagen von Krankenkassen und Ärzteverbände vorantrieben und eine professionelle, akademische Ausbildung im öffentlichen Gesundheitssektor, wurden nach 1989 ins Leben gerufen. Vier Jahrzehnte hatte es gedauert, bis die Bundesrepublik gesundheitspolitisch aus dem Schatten, den die nationalsozialistische Verbrechen auf den Sektor der öffentlichen Gesundheitspflege geworfen hatten, hinaustreten konnten und mit der Etablierung eines weit ausdifferenzierten Lehr- und Forschungssektors auch im Public Health Bereich ein eigenständiges bundesdeutsches Profil entwickelte.

Dieses Profil inkorporiert sozialhygienische Vorläufertraditionen ebenso, wie es sich an anglo-amerikanischen Public Health Modell orientiert und weitere internationale, z. B. skandinavische Fragestellungen und Forschungsergebnisse der Public Health Wissenschaften aufgreift, um die drängenden gesundheitspolitischen Probleme der deutschen Gesellschaft zu lösen. Das breite Forschungs- und Ausbildungsspektrum umfasst somit Altbekanntes ebenso, wie es neue Fragestellungen integriert: Soziale Ungleichheit als Faktor gesundheitlicher Belastung steht genauso auf der Agenda, wie z.B. die gesundheitlichen Folgen von Migration, der Zusammenhang zwischen Krankheit, Gesundheit und Geschlecht, spezifische Prophylaxemaßnahmen für Kinder und Jugendliche, die gesundheitspolitischen Herausforderungen der alternden Gesellschaft und vieles mehr.

Dass die Public Health Forschung und Ausbildung dabei längst über den nationalstaatlichen Rahmen hinausblicken und Gesundheit und Krankheit in ihren europäischen und globalen Dimensionen in den Blick nehmen, unterstreicht nicht nur die oben erläuterte politische Bedingtheit von Public Health, sondern betont vor allem, dass die deutsche Public Health Forschung und Ausbildung längst ihr eigenes Profil und einen zentralen Platz in einer demokratischen deutschen Gesellschaft gefunden haben.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

PD Dr. Dagmar Ellerbrock

Universität Bielefeld

Kontakt:

Universität Bielefeld

Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie

Universitätsstr. 25

33615 Bielefeld

E-Mail: dagmar.ellerbrock@uni-bielefeld.de

www.homes.uni-bielefeld.de/dellerbr/

Literatur/ Quellen:

Allers, Rudolf; Gottstein, Adolf; Schlossmann, Arthur; Teleky, Ludwig (1927): Soziale Physiologie und Pathologie, Berlin.

Billings, John Shaw (1891): Public health and municipal government, Philadelphia.

Blohmke, M., v. Ferber, Ch., Kisker, K.P., Schaefer H. (Hrsg. 1975-1977): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1-3, Stuttgart.

Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg. 1999): Public Health Forschung in Deutschland, Bern.

Dierks, Marie-Luise und Hofmann, Werner (1996): Public Health-Ausbildung in Deutschland. Eine Idee setzt sich durch. In: *Mabuse 101*, S. 35-40.

Eckart, Wolfgang U. (1990): Geschichte der Medizin, Berlin u.a.

Ellerbrock, Dagmar (2002): Zwischen Tradition und Innovation - Öffentliche Gesundheit, Sozialhygiene und Public Health. In: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher (Hrsg.): Sozialmedizin, Sozialhygiene, Public Health. Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive, Berlin, S. 59-66.

Dies. (2004): "Healing Democracy" - Demokratie als Heilmittel. Gesundheit Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945 - 1949, Bonn.

Ernst, Anna-Sabine (1997): "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus". Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 - 1961, Münster.

Fee, Elizabeth; Acheson, Roy M. (1991): A History of education in public health. Health that mocks the doctors' rules, Oxford, New York.

Gottstein, Adolf; Schlossmann, Arthur; Teleky, Ludwig (Hrsg. 1925-1927): Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Berlin.

Grotjahn, Alfred (1923): Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen den Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene, Berlin.

Ders. (1925): Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene, Karlsruhe.

Ders. (1930): Fünfundzwanzig Jahre Soziale Hygiene. Rückblick und Ausblick. In: *Sozialhygienische Mitteilungen*, S. 68-71.

Gutzwiller, Felix (1996): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Bern u.a.

Haisch, Jochen (1999): Wörterbuch Public Health. Bern u.a.

Henkel, Dieter; Abholz, Heinz-Harald (1992): Wer oder was ist "Public Health"?, Hamburg.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Hüppe, Ferdinand (1904): Zur Sozialhygiene der Tuberkulose, Wien.

Jörg Vögele; Wolfgang Woelk (Hrsg. 2002): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der "doppelten Staatsgründung", Berlin.

Kirch, Wilhelm (2004): Public health in Europe. 10 years European Public Health Association, Berlin u.a.

Klein-Lange, Matthias (1990): Public-Health-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Expertenbefragung zu Stand und Perspektiven der Forschung im Bereich der Bevölkerungsmedizin und des Gesundheitswesens, München.

Kuhlmann, Ellen; Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health, Weinheim u.a.

Labisch, Alfons; Woelk, Wolfgang (2006): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: K. Hurrelmann und O. Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim.

Lehr, Robert; Schlossmann, Arthur (Hrsg. 1927): Auf neuen Wegen zu neuen Zielen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Arthur Schlossmann, 16. Dezember 1927, Düsseldorf.

Milles, Dietrich (Hg.) (1999): Ludwig Teleky und die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie. Arbeiten für eine soziale Medizin (1903 - 1939), Düsseldorf.

Mosse, Max; Tugendreich, Gustav (1912): Krankheit und soziale Lage, München.

Pencheon, David (2006): Oxford handbook of public health practice, Oxford u.a.

Porter, Dorothy (1994): The history of public health and the modern state, Amsterdam u.a.

Dies. (1999): Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times, London u.a.

Rosen, George (1993): A history of public health, Baltimore u.a.

Schagen, Udo (2005): 100 Jahre Sozialhygiene Sozialmedizin und public health in Deutschland, Berlin.

Ders. (2006): Sozialhygiene als Leitkonzept für Wissenschaft und Gesellschaft. Der Bruch mit dem Biologismus in der Medizin der SBZ. In: Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Wissenschaftsgeschichte des 20. Jahrhunderts, Stuttgart, S. 223–232.

Schlossmann, Arthur; Fraenkel, Marta (1927): Ge-So-Lei. Grosse Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Düsseldorf.

Schott, Thomas; Hornberg, Claudia (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden.

Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard (1991): Public health. Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland, Gerlingen.

Skelton, John (1892): The handbook of public health, Edinburgh.

Stein, Rosemarie (1994): Gesundheitswissenschaften. Berlin.

Steuer, Walter (1982): Sozialhygiene. Sozialmedizinische Grundlagen öffentliches Gesundheitswesen, Stuttgart.

Teleky, Ludwig (1950): Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge. Deutschland-England-USA, Berlin.

The School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University (1926), Baltimore.

Turnock, Bernard J. (2004): Public health. What it is and how it works, Sudbury, Mass. u.a.

Waller, Heiko (1997): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis, Stuttgart u.a.

Walter, Ulla (1999): Public-Health-Forschung in Deutschland. Stand und Perspektiven der Public-Health-Forschung, Bern u.a.