

Leserbriefe/Lettres à la rédaction

**Zum Artikel: Laaser U, Wolter P.
Das Gesundheitswissenschaftliche
Graduiertenstudium an der Universität
Bielefeld im Rahmen vergleichbarer
Bestrebungen. Soz Praeventivmed 1989;
34:223-226**

Stellungnahme zum Leserbrief von Irmgard Nippert:

Die Rahmenbedingungen in Deutschland machen es nicht gerade leicht, neue – wenn auch übereinstimmend als dringlich angesehene – Ausbildungsgänge für das Gesundheitswesen zu etablieren. Dies zeigt sich u a sowohl in der fehlenden akademischen Anschlussausbildung von Führungskräften in der Pflege wie in der offenbar stark verzögerten Einrichtung von gesundheitswissenschaftlichen Zusatzausbildungen an weiteren deutschen Universitäten (Ausnahme: Medizinische Hochschule Hannover). Immerhin hat in Bielefeld die zweite Generation von Studierenden inzwischen mit dem Graduiertenstudium begonnen.

Dem Leserbrief von Irmgard Nippert aus Münster ist eine umfassende Darstellung des Aufbaus und des Ausbildungsangebots der Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Baltimore zu verdanken, – wesentlich umfassender als es in unserem räumlich beschränkten Beitrag möglich gewesen wäre. Vielleicht ist es ja auch beklagenswert, dass zumindest in der Bundesrepublik an keiner Stelle genügend Ressourcen zur Verfügung stehen*, bzw nach heutigem Stand bereitgestellt werden, die es erlauben würden, in einen Ausstattungswettbewerb mit den grossen amerikanischen Schools of Public Health zu treten (es gibt dort allerdings auch kleinere Einrichtungen!). Den Autoren – von denen der eine (U. Laaser) das Glück hatte, selbst den Masters Degree für Public Health in Baltimore

zu erwerben – lag es fern, das noch junge Studienprojekt in Bielefeld mit seit siebzig Jahren kontinuierlich gewachsenen Einrichtungen gleichzusetzen; dies ist dem Text u E auch nicht zu entnehmen. Vielmehr ging es um einen Vergleich des multidisziplinären Fächerspektrums (vgl dazu die Legende zu unserer von Irmgard Nippert zitierten Tab. 3), um das beiden Institutionen gemeinsame breite Verständnis von Public Health bzw Gesundheitswissenschaften zu dokumentieren. Dies scheint nicht unwesentlich angesichts einer Diskussion, die in der Bundesrepublik dazu tendiert, Public Health auf eine rein medizinische und epidemiologische Perspektive zu verkürzen.

Qualitätsunterschiede zwischen deutschen und vielen – vielleicht nicht allen – amerikanischen Angeboten werden natürlich für längere Zeit bestehen bleiben, auch wenn die Zuweisung neuer Stellen zumindest in Bielefeld wie geplant erfolgen sollte. Die von Irmgard Nippert aufgeworfene Frage nach internationalen Standards berührt auch diesen Aspekt, nämlich die Problematik einer Qualitätssicherung der neuen Lehrangebote. Für Bielefeld ist dies durch die vielfältige inneruniversitäre (7 Fakultäten), regionale (Verträge mit den örtlichen medizinischen Institutionen) und internationale Verflechtungen (u a durch die Mitgliedschaft in der Association of Schools of Public Health in the European Region, ASPHER) zumindest vorgebahnt wenngleich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ausreichend strukturiert. Ausschliesslich in medizinischen Fakultäten angesiedelte Fort- oder Weiterbildungsprojekte für Mediziner (wie etwa in Düsseldorf geplant) sind noch wesentlich stärker als Bielefeld auf Mechanismen angewiesen, wie sie in der gemeinsamen Berliner Entschliessung¹ i S eines wechselseitigen Peer Review empfohlen werden.

Interessant ist der von Irmgard Nippert zu Recht hervorgehobene Aspekt einer engen Zusammenarbeit der Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health mit der Johns Hopkins School of Medicine in der Lehre, – und übrigens auch in der Forschung. Dieser Austausch ist wegen der grossen Bedeutung medizinischer Fächer für die öffentliche Gesundheit unverzichtbar. Er wird allerdings in den Vereinigten Staaten mit ganz wenigen Ausnahmen durch externe Kooperation (wie in Baltimore) und nicht durch Integration der Schools of Public Health in medizinische Fakultäten abgedeckt. Insofern entspricht die Konstruktion des Bielefelder Modells für eine gesundheitswissenschaftliche Zusatzausbildung exakt der Konstellation in Baltimore: enge, vertraglich abgestützte Vereinbarungen mit den medizinischen Einrichtungen der Region und mit kooperierenden Universitäten in Nordrhein-Westfalen.

Während für die amerikanische Public Health Ausbildung zunehmend ein Praxisdefizit konstatiert wird (FW Schwartz und B. Badura: Bericht im Auftrag der Bosch-Stiftung über die amerikanischen Schools of Public Health, 1989 unveröffentlicht), ermöglicht die explizite Anwendungsorientierung des Bielefelder Modells hoffentlich neue Erfahrungen, die über die ausschliessliche Nachahmung amerikanischer Entwicklungen hinausführen und spezifisch europäische Traditionen (z B in der Berücksichtigung sozialer und struktureller Faktoren) aufnehmen werden.

Ulrich Laaser, Paul Wolters, Bielefeld

¹Vgl die Entschliessung der bundesdeutschen Hochschulinitiativen zur Gründung von «Public Health»-Aufbaustudiengängen vom 7.10.89 in Berlin (abgedruckt in Forum Gesundheitswissenschaften 1/1 1990).

Mitteilungen/Communications

Ausschreibung 1991 des Bad Kissinger Parkwohnstift-Preises für Gerontologie Wissenschaftspreis der Stiftung Parkwohnstift Bad Kissingen und der Stadt Bad Kissingen

Der Preis wird Nachwuchswissenschaftlern für kürzlich veröffentlichte oder zur Veröffentlichung bestimmte Arbeiten in deutscher Sprache auf dem Gebiete der Altersforschung in allen ihren Disziplinen verliehen.

Die Arbeiten sollen in wissenschaftlicher Methode gerontologische Fragenkreise im Hinblick auf die Situation des Heims, der Bewohner im Heim und der Mitarbeiter dort, sowie Fragen der Rehabilitation, behandeln und in die Praxis umsetzbare Erkenntnisse enthalten.

Der Preis wird jährlich verliehen. Die Preis-

summe beträgt DM 10000.–. Die Arbeiten für den Preis 1991 sind bis zum 31. Oktober 1990 (Datum des Poststempels) in drei Exemplaren unter einem Kennwort einzureichen an: Herrn Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer, c/o Gesamthochschule Kassel Universität, Fachbereich 4 Sozialwesen Soziale Gerontologie, Arnold Bode-Strasse 10, D-3500 Kassel.

Name und Adresse des Verfassers sind in einem verschlossenen und mit demselben Kennwort versehenen Umschlag beizufügen. Die arbeiten selbst dürfen keinen Hinweis auf den Verfasser enthalten.

Die Zuerkennung des Preises erfolgt durch das Kuratorium der Stiftung unter Ausschluss des Rechtsweges. Dem Kuratorium gehören acht wissenschaftliche Mitglieder aus den verschiedenen Disziplinen der Ge-

rontologie, fünf Mitglieder gesellschaftlicher Interessen und vier Mitglieder aus dem Parkwohnstift Bad Kissingen an.

Die Preisverleihung findet im Rahmen einer Festveranstaltung im Frühjahr 1991 im Parkwohnstift Bad Kissingen statt.

Ergänzende Auskünfte erteilt: Stiftung Parkwohnstift Bad Kissingen (Frau Schanz), Heinrich-von-Kleist-Strasse 2, D-8730 Bad Kissingen. Tel. 0971/8031.

«Hufeland-Preis 1989»

Die mit dem «Hufeland-Preis 1989» ausgezeichnete Arbeit «Das Münchner Blutdruck-Programm – Ein Demonstrationsprojekt zur Prävention der Hypertonie» ist ein im Sinne der Stiftung «Hufeland-Preis» bedeutender Beitrag zur «Vorbeugenden Gesundheitspflege».

Epidemiologische Längsschnittuntersuchungen der letzten 40 Jahre belegen, dass der unentdeckte und unbedandelte hohe Blutdruck in der Bevölkerung einer der wichtigsten und am weitesten verbreiteten Risikofaktoren für die Entstehung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ist. Mit der Münchner Blutdruck-Studie (MBS) von 1980/81, einer epidemiologischen Querschnittsstudie an einer Zufallsstichprobe von 3400 Münchner Bürgern im Alter von 30 bis 69 Jahren, gelang es erstmals in der Bundesrepublik Deutschland, repräsentative und international vergleichbare Daten zur Häufigkeit sowie zum Bekanntheits- und Behandlungsgrad der arteriellen Hypertonie in der Bevölkerung zu ermitteln. Es zeigte sich, dass im Durchschnitt etwa jeder fünfte Münchner Bürger aus dieser Altersgruppe einen hohen Blutdruck aufwies (systolischer Blutdruck > 160 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck > 95 mmHg oder Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten). Das Wissen um das Vorliegen einer Hypertonie, also der Bekanntheitsgrad der Erkrankung, lag mit 60% bei Männern wesentlich niedriger als bei Frauen und war für beide Geschlechter unter jüngeren Hypertonikern geringer als bei Älteren. Ähnlich verhielt es sich mit dem Ausmass und der Wirksamkeit der antihypertensiven Therapie, also dem Behandlungsgrad der Hypertonie. Nur etwa jeder fünfte männliche Hypertoniker und nur etwa jede dritte Hypertonikerin erreichte unter der Medikation normotone Blutdruckwerte.

Die durch diese epidemiologischen Basisdaten beschriebene Situation bezüglich der Verbreitung und Versorgung der Hypertonie in der Münchner Bevölkerung gab den Anstoss zu der Gründung eines Demonstrations- und Modellprojektes zur Hypertonieprävention: im Jahre 1983 begann das Münchner Blutdruck-Programm (MBP) seine Arbeiten aufzunehmen.

Auf der Grundlage der Erfahrungen des Münchner Blutdruck-Programmes wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes ein Nationales Blutdruck-Programm gegründet. Blutdruckmesskurse und betriebliche Früherkennungsaktionen, wie sie im MBP entwickelt wurden, finden damit nun bundesweit Verbreitung.

Daten zum Gesundheitszustand der deutschen Wohnbevölkerung

Angesichts der vorrangigen gesundheitspolitischen Bedeutung der Prävention hat der Bundesminister für Forschung und Technologie seit 1979 Forschungsvorhaben initiiert, die Grundlagen zur Anwendung vorbeugender Massnahmen zum Schutze vor Herz-Kreislauf-Krankheiten schaffen sollen.

Ein bedeutsames Projekt im Rahmen des Regierungsprogramms «Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit» ist die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Die DHP ist eine gemeindeorientierte, multizentrische Interventionsstudie mit dem Ziel der Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Herz-Kreis-

lauf-Mortalität (ICD 9, 410–414 und 430–438) über einen Zeitraum von acht Jahren.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden in den sogenannten Interventionsprogrammen der DHP – in Bremen-Nord und Bremen-West, in Berlin-Spandau, in Stuttgart-West und Stuttgart-Vaihingen, im Landkreis Traunstein und in Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach – Präventionsprogramme zum Abbau und zur Eindämmung der Risikofaktoren Rauchen, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht und Bewegungsmangel in der unselektierten Bevölkerung durchgeführt.

Die Evaluation dieser Programme im Hinblick auf eine Risikofaktorenreduktion in der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 25–69 Jahren erfolgt unter anderem mit Hilfe von Gesundheits-Surveys, die sowohl in den oben genannten Interventionsregionen als auch in der Bundesrepublik als Referenz durchgeführt wurden und noch werden. Die Daten der vom Bundesgesundheitsamt (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie) und Infratest Gesundheitsforschung durchgeführten Basiserhebung des Nationalen Untersuchungs-Surveys aus den Jahren 1984–1986 stehen nun als Public Use File für die wissenschaftliche Öffentlichkeit zur Verfügung.

Im Nationalen Untersuchungs-Survey wurden ca 5000 Probanden (Netto-Fallzahl) einer ausführlichen Befragung und medizinischen Untersuchung unterzogen. In 200 Sample Points, die aus allen Gemeinden und Bundesländern der Bundesrepublik als repräsentative Stichprobe ausgewählt wurden, sind 7200 Adressen der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 25–69 Jahren aus den Karteien der Einwohnermeldeämter gezogen worden. Von den angeschriebenen 7200 Personen nahmen nahezu 5000 Probanden an der Untersuchung teil, was einer Ausschöpfungsrate von fast 70% entspricht.

Der Nationale Untersuchungs-Survey umfasst folgende Messvariablen: Körpergrösse und -gewicht, Blutdruck (systolisch und diastolisch), Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin und Thiocynat. Der in den Surveys eingesetzte Fragebogen beinhaltet soziodemographische Variablen, Angaben zum Ernährungsverhalten, zum Rauchen, zur körperlichen Aktivität, zu Tätigkeiten am Arbeitsplatz, zu Freizeitaktivitäten, die BORTNER-Skala, die OECD-Symptomliste, den ROSE-Fragebogen. Angaben zu Krankheiten und Arzneimitteln sowie zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Mit diesen Daten ist es zum erstenmal in der Bundesrepublik möglich, repräsentative Aussagen über Häufigkeiten (Prävalenzen) von bestimmten Krankheitszeichen, Beschwerden, kardiovaskulären Risikofaktoren und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zu machen.

Der Public Use File wird wissenschaftlichen Instituten auf schriftlichen Antrag hin unter Angabe des Auswertungszweckes vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

des Bundesgesundheitsamtes (General-Pape-Strasse 62–66, 1000 Berlin 42) gegen Kostenerstattung zur Verfügung gestellt. Er beinhaltet eine Studienbeschreibung, das Codebuch, die Erhebungsunterlagen (Fragebogen und medizinisches Messblatt) sowie das maschinenlesbare Datenmaterial in Form eines EDV-Bandes oder als Diskette. Der Rohdatensatz wird nur vollständig abgegeben. Über die schriftlich beantragte Abgabe des Datensatzes entscheidet ein Review-Committee, das sich aus Vertretern des Gesamtvorstandes der DHP sowie aus Mitgliedern des Beirates der DHP zusammensetzt.

Für Obligatorium in der Krankenversicherung

Die Schweizerische Arbeitsgruppe für Patientenfragen (SAP), der rund 20 Patienten-, Behinderten- und Konsumentenorganisationen angehören, hat sich an einer Sitzung in Bern für ein allgemeines Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung ausgesprochen.

Die Solidarität in der Krankenversicherung ist stark bedroht durch den Konkurrenzkampf unter den Krankenkassen, welcher zur Bildung von neuen Kassen für die guten Risiken führt. Auch die neuen Versicherungsformen (Bonusversicherung und wählbare Jahresfranchisen) sowie die Kollektivversicherungen tragen zur Entsolidarisierung bei. Betroffen sind insbesondere die Betagten, Behinderten und Chronischkranken, deren Prämien in den letzten Jahren infolge der Entsolidarisierung über die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen hinaus angestiegen sind. Ein Kassenwechsel ist für diese Kreise praktisch nicht mehr möglich.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Älteren muss mit der Revision des KUVG wieder verstärkt werden. Es ist nicht einzusehen, weshalb alle andern Sozialversicherungen ein Obligatorium vorsehen, dieses aber in der Krankenversicherung nicht notwendig sein sollte. Die SAP fordert die volle Freizügigkeit der Versicherten und die Einführung eines allgemeinen Obligatoriums, wie es vom Bundesrat vorgeschlagen wurde. Sie schliesst sich der Forderung von Bundesrat Cotti an, dass die Partner im Gesundheitswesen endlich von einseitigen Interessenstandpunkten abrücken und Hand bieten sollen, damit die dringend notwendige Revision des KUVG innert nützlicher Frist realisiert werden kann.

Pour une assurance maladie obligatoire

Le Groupe suisse de travail pour les problèmes des patients (GPP) – dont font partie une vingtaine d'organisations de patients, de personnes handicapées et de consommateurs – se prononce pour l'obligation générale de l'assurance maladie.

Le principe de solidarité de cette assurance est gravement menacé par la concurrence entre les caisses. On assiste par exemple à la création de nouvelles sociétés qui n'acceptent que de «bons risques». En outre, les

nouvelles formes de l'assurance individuelle (Système du bonus ou de la franchise annuelle) et les assurances collectives portent atteinte au principe de solidarité. Les victimes de cette évolution sont surtout les personnes âgées, handicapées, ou celles souffrant d'affections chroniques. Leurs cotisations ont subi, ces dernières années, une hausse plus forte que celle des coûts de la santé. Pour ces groupes de personnes, il n'est pratiquement plus possible de changer de caisse. A l'occasion de la révision de la LAMA, la solidarité doit être renforcée entre malades et personnes bien portantes, entre gens d'âges différents. Alors que les autres assurances sociales instituent l'obligation d'assurance, il n'y a pas de raison que l'assurance maladie fasse exception.

Le G P P revendique l'entière liberté de passage d'une caisse à une autre et l'introduction de l'obligation générale d'assurance, comme cela a d'ailleurs été proposé par le Conseil fédéral. Il soutient l'exigence du Conseiller fédéral Flavio Cotti: «Dans le domaine de la santé publique, les partenaires doivent se montrer solidaires et renoncer enfin à des positions unilatérales». C'est la condition nécessaire pour que la révision urgente de la LAMA puisse aboutir dans un délai raisonnable.

Unterzeichnende Institutionen/
Organisations signataires:

- *Patientenstelle Zürich, Basel und Inner-schweiz*
- *Organisation suisse des patients, Zürich*
- *Associazione dei pazienti, Bellinzona*
- *Movimento per la salute, Locarno*
- *Pro Mente Sana, Weinfelden*
- *Association suisse l'enfant et l'hôpital, Gurbrü*
- *Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), Horgen*

- *Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG), Zürich*
- *Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH), Zürich*
- *Fédération suisse des organisations d'entraide de malades et invalides (ASKIO), Berne*
- *Association suisse des invalides (ASI), Olten*
- *Fédération suisse des consommateurs (FSC), Berne*
- *Fondation pour la protection des consommateurs (FPC), Berne*
- *Fédération romande des consommatrices (FRC), Genève*
- *Konsumentinnenforum der deutschen Schweiz, Zürich*

Nur noch gezielte Polio-Impfungen für Erwachsene in der Schweiz

Seit 1975 fanden in unserem Land, im Abstand von fünf Jahren, in Arztpraxen und Apotheken regelmässig Polio-Impfaktionen statt. Die konsequente Anwendung der beiden Impfstoffe (Schluckimpfung oder Injektion) konnte die Kinderlähmung stoppen. Ab Mitte der sechziger Jahre trat pro Jahr in der Schweiz noch durchschnittlich ein Krankheitsfall auf, der letzte datiert aus dem Jahr 1982. Dies ist klar eine Folge der guten Durchimpfung der Bevölkerung. Aus diesem Grund hat sich das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) dazu entschlossen, eine neue Impfstrategie zu empfehlen:

- Kinder werden normalerweise bis Ende ihrer Schulzeit mehrmals geimpft. Das ist auch in Zukunft der Fall. Bei Schulaustritt sind sie für den Rest ihres Lebens gegen Polio immun.
- Für Erwachsene mit ungenügendem Impfschutz und vor Reisen in Länder, wo Kinderlähmung noch vorkommt, ist eine Beratung durch den Arzt (und nötigenfalls eine Nachimpfung) angezeigt.

Da in der Vergangenheit nicht in allen Landesgegenden mit der gleichen Konsequenz geimpft wurde, sollten Personen, die nicht sicher wissen, ob sie genügend immunisiert sind, sich bei Gelegenheit bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin erkundigen.

Vaccination antipolio des adultes en Suisse: seulement en cas de besoin

Tous les cinq ans, depuis 1975, des campagnes de vaccination antipolio sont menées dans notre pays par les pharmacies et par les médecins. L'administration systématique des deux vaccins existants (par voie orale et par injection) a permis d'enrayer la maladie. Depuis le milieu des années soixante, en effet, on n'a plus recensé qu'un cas en moyenne par année en Suisse. Cette évolution est incontestablement à mettre au crédit d'une bonne couverture vaccinale de la population.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a donc décidé de recommander une nouvelle stratégie de vaccination:

- Les enfants sont généralement vaccinés plusieurs fois jusqu'à la fin de leur scolarité. Il continuera d'en être ainsi à l'avenir, si bien que lorsqu'ils quittent l'école, les enfants sont immunisés pour le reste de leur vie.
- Quant aux adultes insuffisamment immunisés ou qui désirent se rendre dans des pays où la poliomyélite sévit encore, il leur est recommandé de consulter un médecin et, au besoin, de faire une vaccination de rappel.

Les campagnes de vaccination n'ayant pas été menées dans toutes les régions du pays avec la même intensité, il est recommandé aux personnes qui ignorent si elles sont suffisamment immunisées, de consulter leur médecin.

Tagungen/Congrès

6. International Conference on Aids

20-24 June 1990 at Moscone Convention Center and Marriott Hotel, San Francisco. Topics: Scientific Data in Aids Research, most Recent Results in Basic Science, Clinical Investigation, Social and Prevention Sciences. Information: International Conference on Aids, Congress Secretariat, University of California, PO Box 1505, San Francisco CA 94143-1505, USA.

2. Osteoporosis and Bone Mineral Measurement

26-27 June 1990 at Guildhall in Bath/GB. Topics: Dual Xray Absorptiometry, Clinical Biochemical Radiological Assessments, Controll Data, Osteoporosis Risk Assessment, Information: EF Ring, Dpt of Clinical Measurement, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Upper Borough Walls, Bath BA 1 1RL, Great Britain.

International Symposium on Health, Environment and Social Change

Emerging Health Problems in Rapid Socioeconomic Development
1-5 July 1990 in Taipei, Taiwan, ROC at College of Medicine, National Taiwan University. Information: Prof Kuang-Ho Chen - Secretary of the Symposium, c/o Taiwan Conference Management Co Ltd (TCM), PO Box 68-439, Taipei, Taiwan, ROC.

5. National Congress of Hygiene

4-6 July 1990 in Kecskemet (Hungary). Topics: Environmental Toxicology, Food Toxicology. Information: Dr Agnes Tempfli, Director of Hygiene Station, PO Box 112, Kecskemet, Hungary.

Internationales Sommerprogramm für angewandte Epidemiologie

International Summer-Programme for Applications of Epidemiology
15.-27. Juli 1990 im Zentrum für Gesund-

heitswissenschaften der Universität Bielefeld/at Centre for Health Sciences at the University of Bielefeld. Themen: Epidemiologie der rheumatischen Erkrankungen (Intensivkurs), Prof HH Raspe, Dr A Zink; Health Economics and Epidemiology (Crash Programme) MS Thompson, H Wenzel. Anmeldung: spätestens 15. Juni 1990 an: Frau B Meier, Universität Bielefeld, Universitätsstrasse, Postfach 86 40, D-4800 Bielefeld 1, Tel (0521)106-38 79 /-42 47/-42 55.

Tropical Child Health Unit Short Course - Institute of Child Health

30 July-7 September 1990 in London. Topic: Certificate in Nutrition and Child Health. Information: Institute of Child Health, Teaching Office, 30 Guildford Str, GB-London WC1 1EH.