

Die Schwangerschaftsunterbrechung und die psychiatrische Indikation in Finnland

O. Katila und K. Achté

Zusammenfassung

In Finnland genügt die soziale Indikation für eine legale Schwangerschaftsunterbrechung nicht. Trotzdem benützen viele Psychiater die soziale Indikation als Grund für eine Schwangerschaftsunterbrechung. In Finnland haben die psychiatrischen Indikationen besonders in Helsinki und in der Provinz Uusimaa stark zugenommen. In Uusimaa ist ebenfalls das Verhältnis der Zahl der Unterbrechungen zur Zahl der Sterilisationen, als beispielsweise in der Provinz Kuopio. In Schweden erreichte die Zahl der legalen Unterbrechungen mit 50 pro 1000 Geburten im Jahre 1952 einen Gipfelpunkt. In Finnland beträgt die selbe Zahl heute 70, und für Helsinki sogar 230. Somit endigt in Helsinki jede 4. bis 5. Schwangerschaft mit einem legalen Abort. Anhand eines Vergleichs mit den Verhältnissen im Ausland ergibt sich, daß das finnische Abortgesetz ungenügend ist. Da 60% der positiven Gutachten zur Schwangerschaftsunterbrechung heute von Psychiatern ausgestellt werden, wäre es notwendig, daß die Praxis der psychiatrischen Begutachtung revidiert und vereinheitlicht würde. Dafür käme ein zentrales Organ, das noch zu schaffen wäre, eventuell in Frage.

Summary

In Finland social indications are not enough for legal abortion. Yet many psychiatrists write medical certificates on social indications alone. In Finland and, notably, in the province of Uusimaa and the city of Helsinki, abortions on psychiatric grounds have increased. Also, the ratio of abortions to sterilizations in Uusimaa is entirely different from what it is, e.g., in the province of Kuopio. In Sweden the peak year was 1952, in which over 50 abortions per 1000 births were undertaken. The corresponding figure in Finland was 70 and, in Helsinki, as high as 230 per 1000 births. Thus, every fourth or fifth pregnancy ended in legal abortion in Helsinki. The authors criticize the Finnish abortion law and review the literature published in other countries. In Finland the certificate is given in 60% of cases by psychiatrists; hence, they should endeavour to make the indications uniform. A central organ of some kind might be set up for the purpose.

Die in unserem Lande für die psychiatrischen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung angewandten Kriterien haben in letzter Zeit scharfe Kritik erfahren. *Pitkänen* (1963) stellt fest: «Wir sind weit von dem Weg abgewichen, den die Gesetzgeber seinerzeit im Gesetz über die Schwangerschaftsunterbrechung festgelegt haben. Dieses Gesetz ist zwar weiterhin unerlässlich. Jedoch darf seine praktische Anwendung nicht dazu führen, daß wir den Patientinnen haltlos nachgeben, wenn sie das Gesetz zur Geburteneinschränkung ausnützen wollen. Es bedarf vielmehr vernunftmäßiger und kritischer

ärztlicher Tätigkeit, um die Mütter vor den mit Schwangerschaft und Geburt verknüpften ernsten und wirklichen, nicht aber vor deren vermeintlichen Gefahren zu bewahren.» *Viukari* (1963) bezeichnet die Zahl der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen in unserem Land als «schimpflich hoch». Er beklagt es ferner, daß bei uns das keimende Leben leichtfertig vernichtet wird, während es doch Aufgabe des Arztes sein soll, das Leben zu schützen und die immer mehr um sich greifende Abortmentalität zu bekämpfen. *Viukari* meint, die Vieldeutigkeit des Gesetzes und mangelnde Kontrolle wären an dieser abwegigen Tendenz schuld. *Paavilainen* (1963) diskutierte sozialpsychiatrische Aspekte und außergewöhnlich schwere Lebensverhältnisse als Abort-Indikationen.

Besonders in letzter Zeit wurde vielfach auf den § 1 des Abortgesetzes verwiesen, der offenbar in sehr unterschiedlicher Weise gedeutet werden kann. Die Indikationen, auf Grund deren die Schwangerschaft unterbrochen werden kann, sind im Gesetz über die Schwangerschaftsunterbrechung (17. 2. 1950) in § 1, Absatz 1 folgendermaßen umschrieben: «Wenn der Fortgang der Schwangerschaft oder die Entbindung infolge von Krankheit, körperlichen Gebrechen oder Schwäche der Frau für ihre körperliche oder seelische Gesundheit eine ernste Gefahr bedeutet...; bei der Beurteilung dieser Gefahr sollen auch besonders schwierige Lebens- und sonstige Verhältnisse, welche die Gesundheit der Frau bedrohen, berücksichtigt werden.»

Als wir Juristen nach dem Sinn dieses § 1 des Abortgesetzes fragten, stellten sich die verschiedensten Auffassungen heraus. Der eine Jurist verweist im Wortlaut des Gesetzes besonders auf den Ausdruck «ernste Gefahr» und erklärt, wie eng gefaßt und streng der Begriff der Gefahr nach der Gesetzterminologie zu interpretieren sei, und der gleiche Jurist weist außerdem noch darauf hin, daß im Gesetz ausdrücklich von «*ernster*» Gefahr die Rede sei. Ein anderer Jurist wieder meint, das Gesetz sei sehr weit gefaßt und deswegen sehr brauchbar. Wenn ärztliche Ethik und Moral einerseits und gesetzliche Bestimmungen andererseits in Widerstreit geraten, kommt es stets zu Schwierigkeiten und Konflikten. Es dürfte sich aber doch wohl so verhalten, daß der Arzt das Gesetz in Anwendung zu bringen und zu vollstrecken hat, gegebenenfalls oft sogar gegen seine persönliche ethische Auffassung. Auch dieser Gesichtspunkt ist in letzter Zeit diskutiert worden. *A. Palmén* (1961) hat dazu seinen Standpunkt dargelegt und auf die ethische Verantwortung des Arztes verwiesen.

Mit dem Abortgesetz sind indessen neben den medizinischen auch vielfach andere, wie z. B. bevölkerungspolitische, ideologische und auch wirtschaftliche Aspekte verknüpft. Dennoch dürfen Überbevölkerung oder eugenische Gesichtspunkte bei der Entscheidung des Arztes keine Rolle spielen. Derartige Ansichten trifft man jedoch gelegentlich unter Ärzten. Es gibt ja Länder, z. B. Japan, wo der artifizielle Abort, wahrscheinlich wegen der Überbevölkerung, gänzlich frei ist. In den meisten Ländern sind jedoch die gesetzlichen Bestim-

mungen ähnlich wie bei uns. In den meisten Staaten der USA wird der Abort nur zur Rettung des mütterlichen Lebens bewilligt. Bloß in einzelnen Teilstaaten (Colorado, New Mexico) ist die Gesetzgebung liberaler, indem sie den Abort auch zur Rettung der Gesundheit zuläßt. In England und in Schottland ist der artifizielle Abort nur dann erlaubt, wenn die Frau in der Schwangerschaft schwer geisteskrank wird (. . . seriously mentally ill during her pregnancy). In vielen südamerikanischen Staaten ist der Abort nur mit medizinischen Indikationen gestattet. In Österreich kann der Abort im allgemeinen nur auf Grund von schwerwiegenden medizinischen Indikationen bewilligt werden, jedoch nicht auf Grund von sozialen und eugenischen Indikationen (*Rylander* 1961). In Dänemark und Schweden weicht die Gesetzgebung nicht viel von der unsrigen ab. In mehreren osteuropäischen Ländern werden bloße soziale Indikationen für den Abort anerkannt. In diesen Ländern, wie Jugoslawien, Polen und Ungarn, arbeiten besondere Komitees, die alle Gesuche behandeln. (International Digest of Health Legislation 1958–1962.)

In der folgenden Tabelle 1 sind die Zahlen der im Jahre 1960 in den verschiedenen Provinzen Finnlands ausgeführten legalen Schwangerschaftsunterbrechungen sowie die Zahlen der gleichzeitig vorgenommenen Sterilisationen zusammengestellt.

Tabelle 1 Legale Sterilisationen und Schwangerschaftsunterbrechungen im Jahre 1960

Provinz	Ohne Sterilisation	Mit Sterilisation	Total	pro 10000 Frauen
Uusimaa	2208	444	2652	58,7
Turku-Pori	586	285	871	25,1
Åland	3	1	4	3,6
Häme	658	241	899	29,1
Kymi	319	150	469	26,8
Mikkeli	89	67	156	13,0
Nord-Karelien	32	108	140	13,4
Kuopio	60	137	197	14,3
Mittelfinnland	86	74	160	12,9
Vaasa	157	136	293	12,7
Oulu	68	151	219	10,9
Lappland	53	53	106	10,6
Ausland	9	3	12	
Unbekannt	7	3	10	
Total	4335	1853	6188	26,8

In Finnland ist besonders darauf hingewiesen worden, daß die psychiatrischen Abortindikationen zugenommen haben und daß insbesondere in der Provinz Uusimaa und in der Stadt Helsinki die psychiatrischen Indikationen ganz unverkennbar weiter gefaßt werden als in den nördlichen und mittleren Partien unseres Landes. Ferner fällt es auf, daß das Verhältnis zwischen Aborten

und Sterilisationen in Uusimaa ganz anders ist als beispielsweise in der Provinz Kuopio, wo die Sterilisation weit häufiger ist als der Abort (*Erkkilä* 1963).

Die mit Erlaubnis des Medizinalamtes ausgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen machen in Finnland 5% von allen Unterbrechungen aus, während 1959 in Schweden der entsprechende Anteil 92% betrug. In Finnland wurden im Jahre 1960 pro 1000 Geburten 75,3 Schwangerschaftsunterbrechungen vorgenommen. Die entsprechende Zahl betrug für die Provinz Uusimaa 183,1 und für Helsinki allein 230,2. Dies bedeutet, daß jede vierte bis fünfte Schwangerschaft in Helsinki mit einem legalen Abort endet, was im Licht ausländischer Statistiken als sehr hohe Zahl zu gelten hat. In Turku war die entsprechende Zahl 140,4, in Tampere 60,9, in den übrigen Städten und größeren Wohnzentren Finnlands durchschnittlich 90,0 und in den Landkommunen 43,8 (Amtliche Statistik von Finnland 1960).

In der nächsten Tabelle 2 ist der prozentuale Anteil verschiedener Indikationen an den legalen Aborten der Jahre 1950–1952, 1953–1957 sowie 1958–1962 zusammengestellt.

Tabelle 2 Aufteilung der legalen Aborte in Finnland auf die verschiedenen Indikationsgruppen.

	Jahre Gesamtzahl	1950–52 7386	1953–57 19758	1958–62 29109
<i>Indikation</i>		%	%	%
Tuberkulose		25,0	15,5	6,7
Herz- und Gefäßkrankheiten		10,5	5,7	6,3
Andere innere Krankheiten		15,9	12,5	6,7
Erschöpfungs- und Schwächezustände		14,8	18,4	1,7
Geisteskrankheiten		3,2	2,1	59,2
Psychische Reaktionen		17,3	30,5	
Nervenleiden		1,3	1,2	1,9
Gynäkologisch-obstetrische Krankheiten		5,9	8,3	9,0
Chirurgische Krankheiten		4,7	4,8	7,0
Ohrenkrankheiten		0,7	0,4	
Haut- und Geschlechtskrankheiten		0,4	0,4	0,2
Augenkrankheiten		0,3	0,2	
Sonstige Ursachen		–	–	1,3
		100,0	100,0	100,0

Man sieht, daß in den Jahren 1958–1962 die psychiatrischen Indikationen 59,2% von allen Abortindikationen ausmachten. Im Laufe eines Jahrzehnts ist ihr Anteil rasch angewachsen.

Die Tabelle 3 enthält die absoluten Zahlen der seit 1953 jährlich mit psychiatrischen Indikationen ausgeführten legalen Schwangerschaftsunterbrechungen.

Der Anteil der psychiatrischen Indikationen ist in den Jahren 1957–1959

und seither so angewachsen, daß er 1960 nicht weniger als 62,6% aller Indikationen ausmachte.

Bezüglich der Rolle der sozialen Verhältnisse als Abortindikation gehen die Ansichten besonders auseinander. Nach dem Gesetz ist Krankheit, körperliches Gebrechen oder Schwäche für die Schwangerschaftsunterbrechung erforderlich. Dessen ungeachtet herrscht vielenorts unter den Psychiatern die Auf-

Tabelle 3 Legale Aborte mit psychiatrischen Indikationen in Finnland 1953–1962.

	Gesamtzahl	Psychiatrische Indikationen	Prozent
1953	3791	929	24,5
1954	3690	1050	28,4
1955	3662	1080	29,4
1956	4065	1300	31,9
1957	4550	1748	38,4
1958	5275	2740	51,9
1959	5771	3431	59,8
1960	6186	3877	62,0
1961	5862	3597	61,4
1962	6015	3589	59,6

fassung, daß schon soziale Schwierigkeiten zum Ausstellen der Bewilligung genügen. Freilich wird die Indikation dann als «sozialpsychiatrisch» bezeichnet.

Der größte Übelstand scheint darin zu liegen, daß die Indikationsstellung in den verschiedenen Gegenden Finnlands ganz unterschiedlich erfolgt. Es gibt Psychiater, die fast immer ein zustimmendes Gutachten ausstellen. Bei gewissen Psychiatern ist das Verhältnis zwischen Gesuchen und Bewilligungen 3:2, während bei anderen die Bewilligungen weniger als 30% ausmachen. Schließlich gibt es Psychiater, die die psychiatrische Indikationen kaum jemals zum Anlaß einer Schwangerschaftsunterbrechung nehmen. *Viukari* u. a. (1963) sind der Auffassung, daß Psychosen, sogar wenn sie schizophrener oder manisch-depressiver Natur sind, im allgemeinen keine Abortindikation darstellen. Auf der Sozialberatungsstelle des «Bundes für Bevölkerungs- und Familienwohlfahrt» in Helsinki sind durchschnittlich bei 30% der behandelten Gesuche Schwangerschaftsunterbrechungen bewilligt worden, in manchen Monaten nur bei 18%. Vom Psychiater dieser Organisation haben durchschnittlich etwa 25% ein zusagendes Gutachten bekommen. Der Anteil der von der Organisation bei allen Gesuchen erteilten Bewilligungen ist ungefähr gleich geblieben oder sogar eher etwas gesunken. Dagegen ist in Gesamt-Finnland die Zahl der mit psychiatrischen Indikationen ausgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen von 25% auf 60% aller legalen Aborte angestiegen. In Schweden wurden seit dem «Gipfeljahr» 1952 im Verhältnis zur gesamten Geburtenzahl immer weniger Aborte bewilligt. Während 1952 in Schweden über 50 Unterbrechungen pro 1000 Geburten vorgenommen wurden, beträgt diese Zahl nunmehr 30. Bei

uns dagegen kamen in den letzten Jahren nicht weniger als 70 Schwangerschaftsunterbrechungen auf 1000 Geburten. Es wurde behauptet, in Schweden seien die Aborte wegen des höheren Lebensstandards zurückgegangen. Ganz offenbar ist dies aber nicht der Fall, sondern die Indikationen sind strenger gestellt worden. Das sieht der praktizierende B-Arzt schon daran, daß Schwedinnen in Finnland um den Abort ansuchen. In Deutschland wurden in den letzten Jahren weit weniger als 10 legale Aborte auf 1000 Geburten vorgenommen; die Schwangerschaftsunterbrechungen machen dort also nur einen Bruchteil von denjenigen in Finnland aus. In Hamburg wies das Jahr 1950 das Maximum aller Jahre auf (15,4 Unterbrechungen auf 1000 Einwohner), was deutsche Autoren (*Rohden* 1956, *Albrecht* 1956, *Philipp* 1956) als eine sehr hohe Zahl bezeichneten, die dann auch steil absank (1955 noch 8,9 Unterbrechungen pro 10000 Einwohner). Diese Gipfelzahl kommt aber längst nicht an die entsprechenden Ziffern in Helsinki heran (1960 230 legale Aborte pro 1000 Schwangerschaften und 39,2 pro 10 000 Einwohner).

Nach *Viukaris* Erfahrungen wäre die Schwangerschaftsunterbrechung wegen reaktiver Depressionen und depressiver Psychopathien öfter indiziert als bei endogenen Psychosen. Auch *Rylander* (1961) sagt: «Reactive mental diseases, as in the case of reactive depressions, must then be caused by severe insoluble conflicts with imminent risk of suicide in order to warrant abortion. Endogenous depression is not considered a justification for abortion.» Nach unserer Ansicht wäre jedoch bei endogenen Psychosen die Schwangerschaftsunterbrechung eher angezeigt als bei reaktiven Zuständen. Nach *Viukari* (1963) ist keine Zunahme der Schizophrenie in der Schwangerschaft beobachtet worden. *Kaila* (1961) stellt dagegen fest, daß schizophreiforme und depressive Psychosen die Neigung haben, insbesondere in der Schwangerschaft oder im Puerperium auszubrechen. Dann besteht natürlich die Möglichkeit, den Fall aufgrund von § 1, Absatz 3 mit endogenen Indikationen zu entscheiden. *Uotila* (1961) weist darauf hin, daß bei Frauen der Selbstmord oft mit dem Geschlechtsleben verknüpft ist und daß während der Menstruation, in der Gravidität, im Puerperium und Klimakterium depressive Zustände aufkommen, die zum Selbstmord führen können. In der Praxis scheint jedoch Selbstmord im Wochenbett eine Seltenheit zu sein. Unter 100 000 Frauen, die in den USA in den Jahren 1916–1946 in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden waren, befanden sich nur 2% Schwangere oder Wöchnerinnen. Puerperalpsychosen kommen nur bei jeder 500. Geburt vor (*Kummer* 1963). *Glaus* (1963) konstatiert, daß der allgemeinen Auffassung gemäß Suicid in der Schwangerschaft sehr selten vorkommt. In der Schweiz entfiel auf 1000 ledige Schwangere 1 Selbstmord, und unter 100 000 verheirateten Schwangeren kam kein einziger vor. Die entsprechenden Zahlen bei ledigen, nicht schwangeren Frauen waren 0,13 pro 1000 und 10 pro 100 000. Demnach wäre der Selbstmord in der Schwangerschaft seltener als außerhalb der Schwangerschaft.

Hamilton (1962) diskutiert in einer Monographie die postpartalen Psychosen und andere psychische Störungen.

Nach *Kummer* (1963) kommen psychische Störungen nach Aborten viel seltener vor, als im allgemeinen angenommen wird. *Ekblad* (1955) konnte in seinem Material von 479 Frauen, bei denen die psychiatrisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen worden war, feststellen, daß nur 1% der psychische Zustand sich so sehr verschlechterte, daß die Arbeitsfähigkeit dadurch beeinträchtigt wurde. Die gleiche Untersuchung ergab, daß es bei 77% von den ledigen Frauen, denen der Abort bewilligt wurde, zum Bruch mit dem Partner kam. Von diesen Frauen verließen 8% selbst ihren Partner, und in 69% verhielt es sich umgekehrt. Am größten ist die Gefahr des Selbstmords und kriminellen Aborts nach *Ekblad* gerade bei den ledigen und im Stich gelassenen Frauen. Von den verheirateten Frauen seines Materials wurden 40% im Laufe der nächsten 22 Monate erneut schwanger. Bei denen, deren Schwangerschaft dann nicht mehr unterbrochen wurde, konnten weder ernste Schäden noch Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit beobachtet werden. Neurosen waren in dem Untersuchungsgut häufig, und Alkoholmißbrauch beim Partner schien sehr häufig zu sein.

Bei uns hat *Katila* (1961) klar über die psychiatrischen Indikationen des Aborts geschrieben und unzweideutige Stellung zu der Frage genommen. Unseres Erachtens liegt kein Grund vor, von dieser bereits bei der ärztlichen Ausbildung gelehrten Linie abzuweichen.

In dem Material von *Glaus* (1963) war bei 61 Patientinnen die Schwangerschaft aus psychiatrischen Gründen unterbrochen worden. Von diesen klagten später 7 darüber, der Eingriff habe ihren Zustand verschlimmert, aber nach dem Verfasser war dies nur in zwei Fällen objektiv nachzuweisen. Das Untersuchungsgut enthielt ferner 40 verheiratete Frauen, deren Abortgesuch abgelehnt worden war. Von diesen gebaren 32 das Kind und 8 abortierten, zwei davon spontan. Die Nachuntersuchung ergab, daß 24 von diesen Frauen völlig gesund waren, zwei waren gesund, aber unzufrieden, und bei den übrigen wurden mehr oder weniger starke psychische Beschwerden festgestellt. Aber nur ein Fall von diesen letzteren hatte höchstwahrscheinlich mit der Schwangerschaft zu tun, und der Zustand war vermutlich aus diesem Grund schlimmer geworden. In der Schweiz sind die Abortindikationen bekanntlich strenger als bei uns.

Hultin und *Ottosen* (1962) berichten darüber, daß in Schweden die Frauen, die aufgrund von psychiatrischen Indikationen legale Schwangerschaftsunterbrechungen beantragen, gewöhnlich in eine psychiatrische Station zur Beobachtung eingewiesen werden. In Schweden ist auf Veranlassung des dortigen Reichsamtes für Gesundheitswesen bei über 2% der Gesuchstellerinnen eine solche Untersuchung empfohlen worden, und die Erfahrungen sind gut gewesen. Vielleicht könnte auch bei uns eine derartige Regelung zu einer Vereinheitlichung der Indikationen beitragen.

Außer den obgenannten Autoren haben in unserem Lande früher u. a. *Rauramo* und *Grönroos* (1961) die Abortfrage behandelt, ferner besonders im Hinblick auf den Alkoholismus des Mannes *Ingman* (1956), *Väänänen* (1954), *Turunen* (1955) und *Olki* (1954). In Schweden ist kürzlich die Monographie von *Höök* (1963) erschienen.

Der größte Übelstand liegt im jetzigen Gesetz offenbar darin, daß es zu frei gedeutet werden kann. Der Psychiater kann stets ein zustimmendes Gutachten ausstellen, und die Angelegenheit ist dann äußerlich legal geregelt. Die Patientinnen kommen in verschiedene Situationen, je nachdem, wo und bei wem sie den Abort beantragen. Dies dürfte kaum die Absicht der Gesetzgeber gewesen sein. Wenn man bedenkt, daß die Gutachten von B-Ärzten aller andern Fachgebiete der Medizin heutzutage im ganzen etwa 40% ausmachen und sich auf gut 10 verschiedene Krankheitsgruppen verteilen, fällt den Psychiatern die weitaus wichtigste Rolle bei der Stellung der Abortindikationen zu. Dementsprechend müßten ausgesprochen die Psychiater Übereinstimmung in ihre Indikationen bringen. Zum Beispiel wäre es denkbar, daß in den verschiedenen Provinzen Ausschüsse gebildet würden, und eventuell käme irgendein zentrales Organ in Frage. Das System dürfte aber nicht allzu langsam und schwerfällig sein. Möglicherweise könnte die Angelegenheit dem Medizinalamt unterstellt werden, oder zumindest könnte des Medizinalamt genauere und eingehendere Anweisungen geben. Daß solche fehlen, dürfte wohl als eine Billigung der heutzutage üblichen Praxis anzusehen sein. Eine andere Frage ist, ob das Gesetz abgeändert werden müßte. Solange das jetzige Gesetz gilt, hat der Arzt es in Anwendung zu bringen und zu vollstrecken, und er muß sich an den Wortlaut des Gesetzes halten.

Literatur

- Albrecht*: Diskussionsbemerkungen zu den Vorträgen von Dr. von Rohden und Prof. Harmsen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (1956), Heft 10 (Sonderdruck).
- Eklblad M.*: Induced abortion on psychiatric grounds. A follow up study of 479 women. Acta Psych. Neur. Scand. Suppl. 99 (1955).
- Erkkilä S.*: Schwangerschaftsunterbrechung als sozialmedizinisches Problem. Gesundheitsfürsorge. 13 (Sonderdruck), 1963.
- Glaus A.*: Über Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Verhütung. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1963.
- Hamilton J. A.*: Postpartum psychiatric problems. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1962.
- Hultin M.* und *J. O. Ottoson*: Klinisk observation av abortsökande kvinnor. En undersökning av 166 kvinnor som av Medicinalstyrelsen hänvisats till observation på psykiatrisk avdelning. Sv. Läk. Tid. 59, 1365-1407 (1962).
- Höök K.*: Refused Abortion. Acta Psych. Scand. 39, Suppl. 168 (1963).
- Ingman O.*: Alkoholismi aborttimotivaationa. Avioliitto ja Lääkäri 7, 85-88 (1956).
- International Digest of Health Legislation*: 9, 536-537 och (1961) 12, 619-622 och (1962), 13, 491-492, 140-145, Genève 1958.
- Katila M.*: Psykiatrin Oikeuslääketiede. U. Uotila: Oikeuslääketiede. WSOY, Porvoo/Helsinki 1961.
- Kummer J. M.*: Post-Abortion Illness - A Myth? Amer. J. Psychiat. 119, 980-983 (1963).
- Marcus R. L.*: Therapeutic Abortions. Amer. J. Psychiat. 119, 797-798 (1963).
- Olki M.*: Ruotsin aborttikomitean mietinnöstä. Avioliitto ja Lääkäri, 5, 15-16 (1954).
- Philipp*: Diskussionsbemerkungen zu den Vorträgen von Dr. von Rohden und Prof. Dr. Harmsen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (1956), Heft 10 (Sonderdruck).

- Paavilainen E.*: Aborttilain sosiaalipsykiatrisista indikaatioista. *Avioliitto ja Lääkäri* 14 (1963).
- Palmen A.J.*: Lääkärin etiikasta. U. Uotila: Oikeuslääketiede. WSOY, Porvoo/Helsinki 1961.
- Pitkänen H.*: Olemmeko hakoteilla myöskin laillisissa raskauden keskeyttämisissä? *Avioliitto ja Lääkäri* 14, 44–46 (1963).
- Rauramo L. und M. Grönroos*: Huomiota sosiaalivoulovan potilaiden aborttimotivaatioista. *Avioliitto ja Lääkäri* 12, 77–81 (1961).
- v. Rohden*: Die Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet im ersten Nachkriegsjahrzehnt. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* (1956) 196–208.
- Rylander G.*: Forens in Psychiatry in Relation to Legislation in Different Countries. *Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis. Band III Soziale und Angewandte Psychiatrie.* 435–436. Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1961.
- Suomen Virallinen Tilasto* XI:62: Yleinen Terveys ja Sairaanhoido, Helsinki 1962.
- Turunen A.*: Henkilökohtaisia kokemuksia nykyisestä raskaudenkeskeyttämisestä. *Avioliitto ja Lääkäri* 6, 51–55 (1955).
- Uotila U.*: Itsemurhasta. *Oikeuslääketiede.* 206–209 WSOY; Porvoo, Helsinki 1961.
- Vuokari M.*: Raskaudenkeskeyttäminen ja psykiatriset indikaatiot, *Suomen Lääk. L.* 18 1247–1254 (1963).
- Väänänen P.*: Laillista raskaudenkeskeyttämistä koskevia määräyksiä eri maissa. *Avioliitto ja Lääkäri* 5, 95–98 (1954).

Adressen der Autoren: Dr. O. Katila, Mariank 15 a A 27, Helsinki, Finnland
Doz. K. Achté, Ulvilantie 12 A I, Helsinki, Finnland

Mitteilungen - Communications

Preis Ausschreiben der ETS Magglingen

Zu den Aufgaben der Eidg. Turn- und Sportschule und ihrer Sektion für Forschung gehört auch die Förderung sportwissenschaftlicher Arbeiten außerhalb ihres eigenen Bereiches. Zu diesem Zweck verleiht sie Ende 1964 zwei bis vier Anerkennungspreise im Gesamtbetrag von Fr. 2800.— für die besten Arbeiten aus natur- und geisteswissenschaftlichen Gebieten (Biologie, Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Geschichte und Sporttechnik). Voraussetzung ist, daß die Arbeiten mit Turnen und Sport in Beziehung stehen, wissenschaftlich wertvoll sind und neue Erkenntnisse in der Theorie oder der Praxis der Leibesübungen bringen. Ergebnisse künstlerischen Schaffens können nicht einbezogen werden. Die Beurteilung der Arbeiten erfolgt durch eine von der Sektion für Forschung der ETS bestimmte Kommission endgültig. Sie entscheidet über die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel.

Bewerber (Schweizerbürgerinnen oder -bürger) werden hiermit eingeladen, ihre Arbeiten unter Angabe ihres Namens bis zum 31. Oktober 1964 einzureichen. Angenommen werden Manuskripte oder in den Jahren 1963 und 1964 veröffentlichte Texte. Allfällige weitere Auskünfte können beim Unterzeichneten eingeholt werden.

Prix d'encouragement de l'EFGS, Macolin

L'une des tâches particulières à l'Ecole fédérale de gymnastique et de sport, à sa section des recherches notamment, consiste à encourager la recherche scientifique, cela en dehors de son propre secteur d'activité également. C'est dans ce but qu'à la fin de 1964 l'EFGS décernera 2 à 4 prix d'un montant global de 2800 francs, destinés à récompenser les meilleures réalisations en matière de sciences naturelles et de sciences humaines (biologie,