

Mitteilungen.

An dieser Stelle werden u. a. *Anfragen an die Redaktion* erledigt, die allgemeines Interesse beanspruchen können; sie sind durch ein Sternchen (*) gekennzeichnet.

* (Beschleunigung des von selbst in Gang gekommenen Abortus durch den Arzt.) Folgende Anfrage wurde aus Südamerika vorgelegt: Nach Aussage des Arztes sprechen alle medizinischen Indikationen dafür, daß bei einer Frau ein Abortus von *selbst* bereits in Gang gekommen ist. Ist es dem Arzt nun erlaubt, den Abortus zu *beschleunigen*, um dadurch gefährliche Blutungen zu verhindern? Die Schwierigkeit besteht in der Möglichkeit, daß der Arzt mit den Indikationen sich *täuschen* kann. Wenn Ihre Entscheidung affirmativ ausfällt, was ich trotz der genannten Schwierigkeit erwarte, ist es dann pastoral klug, dem Arzt den Rat zu geben, wenn er durch andere Mittel die Blutung stillen kann, wenn aber, wie er sagt, diese Mittel eher eine Gefahr der Infektion mit sich bringen und nebenbei doch auch den Abortus *befördern*?

In der Anfrage wird nicht gesagt, um welche Methoden der Behandlung es sich handelt. So müssen wir vorerst unterscheiden: Es gibt konservative Methoden, die nur die Blutung stillen, der Frucht nicht schaden, sondern erwarten, daß mit Stillung des Blutes die Frucht sich weiter entwickeln kann. Daher gehören Bettruhe, eventuell mit erhöhter Beckenlage, gewisse Injektionen, bei größerem Blutverlust Bluttransfusionen, was allerdings nur in größeren Anstalten möglich sein wird. Diese Methoden muß der Arzt anwenden, solange noch eine begründete Wahrscheinlichkeit ist, daß die Frucht gerettet werden kann. Früher nahm man auch seine Zuflucht zum Tamponieren, d. h. man verstopfte die Scheide mit Wundwatte; dies hatte eine doppelte Wirkung: die Blutung stand still, aber dadurch konnten auch Wehen erregt und die Frucht ausgestoßen werden. Daher durfte diese Methode nur dann angewendet werden, wenn keine andere zur Verfügung stand oder wirksam war; man setzte eine indifferente Handlung, aus der vorerst und beabsichtigt nur die gute Wirkung folgte; wenn sich gegen die Absicht des Arztes auch die schlechte Wirkung einstellte, so war das praeter intentionem und nicht zur Schuld anrechenbar. Doch ist diese Methode des Tamponierens heute aufgegeben wegen Möglichkeit einer Infektion. Endlich kommt noch die radikale Behandlung in Betracht, die vom Einsender jedenfalls gemeint ist, wenn er von Beschleunigung der Fehlgeburt spricht. Sie besteht darin, daß das Organ einfach ausgeräumt wird. Sie kann natürlich nur angewendet werden, wenn keine begründete Wahrscheinlichkeit mehr ist, den Prozeß aufzuhalten, mit anderen Worten, wenn die Frucht mit moralischer Si-

cherheit schon verloren ist. Bloße Wahrscheinlichkeit, auch größere Wahrscheinlichkeit, daß die Frucht verloren ist, genügt hier nicht. Es ist das nicht ein Fall, der in das Gebiet der Moralsysteme gehört, sondern es ist hier das sichere Gesetz zu beobachten, daß jedes Menschenleben erhalten werden muß, solange es möglich ist. Wenn es aber mit moralischer Sicherheit feststeht, daß die Frucht nicht mehr gerettet werden kann, dann ist dieser Eingriff erlaubt. Es könnte jemand eine Schwierigkeit darin finden, daß es sich hier um eine *acceleratio mortis* handle, die doch auch verboten ist. Hierauf ist zu erwidern: Der Tod der Frucht ist nur eine Folge des zerrütteten Zustandes der mütterlichen Organe, die die Frucht nicht mehr in lebendem Kontakt halten können, sei es, daß diese Zerrüttung von der Natur, sei es, daß sie durch Unfall oder bösen Willen anderer eingeleitet wurde. Zugleich aber bringt diese Veränderung des mütterlichen Organs die Gefahr der Verblutung der Mutter; um längere Blutungen zu vermeiden, verkürzt der Arzt nur diesen Prozeß, was aber nicht gleichbedeutend ist mit formeller Tötung.¹⁾ Man kann auch nicht einwenden, die Handlung des Arztes sei in diesem Falle eine direkte Tötung, oder der Tod der Frucht sei ein Mittel, das mit Absicht angewendet wird, um die Mutter zu retten. Denn der todbringende Prozeß ist schon von anderer Seite eingeleitet und nicht mehr abwendbar, die Frucht ist vom mütterlichen Organismus im wesentlichen schon getrennt; was der Arzt tut, die örtliche Entfernung der Frucht von einer Stelle, wo sie ohnehin nicht mehr leben konnte, ist also eine indifferente Handlung, die mit der Absicht vorgenommen wird und mit der unmittelbaren Wirkung, daß die Blutungen der Mutter schneller gestillt werden.

Wenn der Einsender nun von der „Möglichkeit“ spricht, daß der Arzt sich täuschen kann, so ist wohl zu unterscheiden zwischen „Möglichkeit“ und „Wahrscheinlichkeit“. Wahrscheinlichkeit besagt, daß ein solider Grund da ist, anzunehmen, daß man sich täuscht; in diesem Falle, haben wir oben gesagt, darf der Eingriff nicht vorgenommen werden. Eine bloße Möglichkeit, daß wir uns täuschen, ist immer vorhanden, solange wir nicht unfehlbar sind; diese hindert aber nicht die moralische Gewißheit vom Gegenteil; moralische Gewißheit schließt nicht jedes mögliche, auch unvernünftige Bedenken aus, sondern nur ein begründetes Bedenken. Wer aber in solchen Dingen, wo mehr als moralische Gewißheit nicht zu haben ist, sich auch von jeder Möglichkeit eines Irrtums beeinflussen ließe, könnte überhaupt nicht mehr ruhigen Gewissens etwas tun. Er würde einem Manne gleichen, der nicht wagt, auf der rechten Straßenseite zu gehen, weil es möglich ist, daß ein Ziegel ihn trifft.

¹⁾ Vgl. *Capellmann-Bergmann*, *Pastoralmedizin* 18, S. 41/42.

aber auch nicht auf der anderen Seite wegen derselben Möglichkeit, endlich auch nicht in der Mitte der Straße, weil die Möglichkeit besteht, überfahren zu werden.

Es muß also der Arzt mit Hilfe seiner Kenntnisse und der Erfahrung, eventuell der Beratung mit anderen, wo sie möglich ist, aus der Art und dem Grade der Blutung zu einem Urteil kommen: Ist noch eine begründete Aussicht, die Frucht zu retten, dann muß er die konservative Behandlung vornehmen; ist keine begründete Aussicht mehr, so kann er auch die Ausräumung vornehmen.

Innsbruck.

P. Alb. Schmitt S. J.

(Zurückversetzung in den Laienstand.) Carolus sacerdos propter discordias cum superiore suo muneri laicali, invito Ordinario suo, se vovit. Post triginta annos, gravi morbo perculsus, volens saluti animae suae consulere, per Ordinarium suum, cum ad statum pristinum se incapacem sentiret, reductionem ad statum laicalem a Sede Apostolica impetravit. Die 14. Junii 1933 ad Ordinarium hoc rescriptum datum est:

S. Cong. Concilii attentis peculiaribus circumstantiis in casu concurrentibus superscriptas preces benigne remittit prudenti arbitrio Ordinarii X, qui remoto opportunis modis scandalo, valeat dispensare oratorem ab oneribus presbyteratus, firma manente lege castitatis. Graviter tamen moneatur orator, ut ad sacramenta Poenitentiae et Eucharistiae frequenter accedat ac per bonos praesertim mores et opera christianae pietatis aliis exemplo ad virtutem praecellere satagat, contrariis quibuscumque non obstantibus. Datum Romae, die 14. Junii 1933.

Vorstehende Verfügung stimmt mit den Bestimmungen des Kodex überein. Can. 211, § 1, sagt, daß ein Majorist unter Aufrechterhaltung der gültig empfangenen Weihe durch ein apostolisches Dekret in den Laienstand zurückversetzt werden kann, doch bestimmt can. 213, § 2, daß die Zölibatspflicht regelmäßig bestehen bleibt. In diesem Sinne wurde im vorliegenden Falle auch vorgegangen.

Graz.

Prof. Dr. Joh. Haring.

*** (Kann ein nichtpfarrlicher Benefiziat im kurzen Wege abgesetzt werden?)** Der Pfarrer Eduard und der Benefiziat Anton sind in einer wissenschaftlichen Diskussion begriffen. Hierbei behauptet der Benefiziat Anton: Ich habe auf Grund der kanonischen Investitur eine festere Stellung als ein kanonisch investierter Pfarrer; denn nach can. 2147 ff., bezw. 2157 ff., Cod. jur. can., können wohl Pfarrer, nicht aber Benefiziaten im kurzen verwaltungsrechtlichen Verfahren abgesetzt werden. Dem widerspricht der Pfarrer Eduard mit dem Argument: Wenn