Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 70 (1972)

Heft: 5

Artikel: Die Reanimation des Neugeborenen

Autor: Tomovic, D,

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951383

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes
Bern, 1. Mai 1972 Monatsschrift 70. Jahrgang Nummer 5

Aus der Abteilung für Peri- und Neonatologie
(Chefarzt: Prof. Dr. med. G. von Muralt)

der Universitätsfrauenklinik Bern
(Direktor: Prof. M. Berger)

Die Reanimation des Neugeborenen

von D. Tomovic

Bei der Reanimation des Neugeborenen muss man klar zwischen primärer und sekundärer Reanimation unterscheiden. Als primäre Reanimation bezeichnet man alle therapeutischen Massnahmen, welche unmittelbar nach der Geburt durchgeführt werden müssen, wenn die Adaptation des Neugeborenen an das extrauterine Leben gestört ist. Diese primären Reanimationsmassnahmen werden noch im Gebärsaal durchgeführt. Die sekundäre Reanimation dagegen wird meist auf einer zu diesen Zwecken speziell eingerichteten Abteilung durchgeführt. Alle Kinder mit persistierendem schlechtem Allgemeinzustand nach der Geburt oder mit zunehmender Verschlechterung des Zustandes infolge pulmonaler, cardialer oder cerebraler Komplikationen werden auf die neonatologische Intensivpflegestation verlegt und dort der sekundären Reanimation zugeführt.

Für das Verständnis und die sinnvolle Anwendung der Reanimationsmassnahmen ist die Kenntnis der physiologischen Vorgänge der Adaptation des Neugeborenen an das extrauterine Leben nötig. Von den primären Adaptationsmechanismen sind der post partale Beginn der Lungenatmung, die Umstellung des foetalen Kreislaufes, die Aenderungen im Säure-Basenstatus und die Erhaltung der Körpertemperatur am wichtigsten.

Bei lebensfrischen Neugeborenen erfolgt der erste Atemzug durchschnittlich nach 6 Sekunden. Nach durchschnittlich 28 Sekunden hat sich bereits die normale Atmung eingestellt. Vor der Geburt stellen die Atemwege des Foetus einen geschlossenen, flüssigkeitsgefüllten Raum dar, der wegen der Kompression des Kopfes und des Stammes im Geburtskanal einem erhöhten Druck ausgesetzt ist. Nach der Entwicklung des kindlichen Kopfes wird dieser Raum nach aussen zu geöffnet, so dass durch den Druck der Geburtswege auf den Thorax des Kindes die Flüssigkeit aus den Lungen und den oberen Luftwegen gepresst wird. Sobald die Brust vom Druck der Geburtswege befreit ist, kommt es zu einer elastischen Ausdehnung der Brustwand. Das Volumen der Flüssigkeit, die auf diese Art aus den oberen Luftwegen ausgepresst wird, ist von der Art der Entbindung abhängig. Bei einer vaginalen Entbindung ist der äussere Druck auf den Thorax des Kindes grösser und von längerer Dauer als bei der Entbindung durch Sectio caesarea. Nach der Geburt entsteht durch den ersten Atemzug ein negativer intrapleuraler Druck von —10 bis —70 cm Wassersäule. Als Folge dieses negativen intrapleuralen Druckes werden 20 bis 80 ml Luft in die Lungen aufgenommen. Bei der folgenden ersten Ausatmung entsteht ein positiver intrapleuraler Druck von +10 bis +20 cm Wassersäule. Schon beim zweiten Atemzug genügt dann ein negativer Druck von —40 cm Wassersäule um etwa 35 ml Luft einzuatmen. Beim dritten Atemzug ist noch knapp ein Druck von —30 cm Wassersäule nötig, um ein Atemvolumen von etwa 30 ml Luft zu fördern.

Aus diesen Zahlen ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit des gründlichen Absaugens der oberen Luftwege und des Mundes des Kindes sofort nach der Entwicklung des Kopfes. Geschieht dies nicht oder nur ungenügend, so wird das vorhandene Sekret (Schleim, Blut, Fruchtwasser) in die Luftwege gesaugt und anschliessend in die kleinen Bronchien gepresst, aus denen es nicht mehr entfernt werden kann. Dadurch wird die Entfaltung der Alveolen, die primäre physiologische Atelektasen aufweisen, verhindert. Jedes Neugeborene muss daher unbedingt schon vor dem ersten Schrei abgesaugt werden. So können Aspiration und andere Komplikationen meist vermieden werden. Aus dem oben gesagten geht auch hervor, welches Atemvolumen und welcher Druck von Neugeborenen für die Entfaltung primärer physiologischer Atelektasen aufgewendet werden muss. Daran ist auch bei der künstlichen Beatmung zu denken: Druck für Neugeborene ca. 30 cm Wassersäule, für Frühgeburten 15—20 cm Wassersäule. Diese Druckwerte dürfen in der Regel wegen der Gefahr der Ueberblähung und Zerreissung der Alveolen (Pneumothorax!) nicht überschritten werden.

Eng mit der post partalen Adaptation der Lungenfunktion ist die Anpassung des Kreislaufes verknüpft. Wir unterscheiden zwischen foetalem Kreislauf und Neugeborenenkreislauf. Im foetalen Kreislauf fliesst das partiel oxygenierte Blut aus der Vena umbilicalis in die Vena cava und nach Eintritt in den rechten Vorhof findet es seinen Weg direkt durch das offene Foramen ovale zum linken Herzen. Der Lungenkreislauf ist gedrosselt. Das schlecht oxygenierte Blut aus dem rechten Ventrikel gelangt über die Arteria pulmonalis durch den Ductus Botalli (sog. Rechts-Linksshunt) direkt in die Aorta. Diese Einmündung befindet sich distal des Aortenbogens. Im definitiven Kreislauf indessen gelangt das Blut über die Pulmonalarterie in die Lungen. Von grosser Bedeutung ist die anatomische Tatsache, dass die Gefässe, die das foetale Gehirn versorgen, ihren Abgang oberhalb der Ductus Botalli haben. Auf diese Weise enthält das dem Gehirn zugeführte Blut eine höhere Sauerstoffkonzentration als das in die Aorta deszendens fliessende Blut. Dieser foetale Kreislauf wird unmittelbar nach dem Abnabeln auf den Neugeborenenkreislauf umgeschaltet. Nach Unterbrechung des Plazentarkreislaufes und der sukzessiven Eröffnug der Lungenstrombahn steigt der Druck im linken Herzen, wodurch sich das Foramen ovale automatisch schliesst. Immer noch fliesst aber venöses Blut über den Ductus Botalli in die Aorta. Diese Verhältnisse dauern an bis die Lungenstrombahn ganz eröffnet ist (nach 3—24 Std.). Erst wenn der Ductus Botalli obliteriert, ist der Erwachsenenkreislauf hergestellt.

Die Erhaltung der Körpertemperatur ist ein weiteres wichtiges Moment nach der Geburt. Während der Geburt ist die Körpertemperatur etwa 0,5° C und die Hauttemperatur etwa 2,5° C höher als im späteren extrauterinen Leben. Wegen der Verdunstung des Fruchtwassers und der relativ grossen Körperoberfläche (ca. 15 Prozent der Körperoberfläche des Erwachsenen) sinkt unter den üblichen Bedingungen im Gebärsaal die Körpertemperatur um 2—3° C ab. Dieser Temperaturabfall erfolgt in den ersten Minuten nach der Geburt besonders rasch. Während dieser Zeit verliert das Neugeborene pro kg Körpergewicht ca. 200 cal/Min. Diese Abkühlung führt zu einem erhöhten Sauerstoffverbrauch und zur Verschlechterung der metabolischen Azidose. Ferner wird dadurch das Auftreten einer schweren Hypoglykämie begünstigt. Daraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit, Neugeborene und insbesondere

Frühgeburten gegen jegliche Abkühlung zu schützen. Neugeborene müssen sofort nach der Entbindung mit warmen Tüchern getrocknet und auf eine Wärmeplatte mit Thermostat und Infrarotstrahler gelegt werden.
Nach der Geburt kommt es zu einem raschen Anstieg des Milchsäurespiegels im Blut mit einem Maximum 10 Minuten p. p. Die Säure-Basen-Verhältnisse müssen daher nach der Geburt bonders sorgfältig beachtet werden. Dieser Anstieg der Milchsäure im Blut hat 2 Ursachen:

1. Diaplazentarer Uebertritt von mütterlicher Milchsäure auf das Kind
2. Zunahme der Milchsäurebildung im foetalen Organismus infolge O_2-Mangel (sog. O_2-Sparschaltung).

Kinder in gutem Allgemeinzustand korrigieren diese Azidose spontan und rasch; deprimierte Neugeborene indessen brauchen eine Korrektur der Azidose durch Injektion von Pufferlösung (Na-Bic 8,4 Prozent mit Glucose).
Wir können alle Neugeborenen in 2 Gruppen einteilen:

1. Normale, lebensfrische Neugeborene. Es liegt kein anamnestisches Risiko vor, ferner bestehen keine praenatalen Asphyxiezeichen und die ph-Werte liegen über 7,25. Es handelt sich um eine normale geburtshilfliche Situation.
2. Risikogeburten: Es finden sich eine anamnestische Belastung, abnorme geburtshilfliche Situationen, Herztonalterationen, Absinken der ph-Werte unter 7,25 (MBU). Risikogeburten müssen gut überwacht werden, weil diese Neugeborenen häufig einen schlechten Neugeborenenstatus (Apgar) aufweisen. Folgende Neugeborene gelten als «Risikokinder»:
   Neugeborene mit Asphyxie, Neugeborene von diabetischen- und toxaemischen Müttern, Neugeborene mit Icterus praecox bei Rh-Inkompatibilität, Neugeborene mit Zeichen von Plazentadysfunktion (Mangelgeburt), aus Beckenendlagen entwickelte Neugeborene, durch Vacuum oder Zange entbundene Neugeborene, durch Sectio caesarea entbundene Kinder, Zwillinge (besonders der 2. Zwilling), Frühgeborene und übertragene Kinder. Die Indikation zur aktiven primären Reanimation wird anhand des Apgarschemas gestellt, bei welchem der Zustand des Neugeborenen 1 Minute nach der Geburt mit einem Zahlenstatus erfasst wird. Dieser Neugeborenen-Zahlenstatus trägt den Namen der Autorin (Virginia Apgar, Anästhesieärztin). Mit den Apgarnoten werden Farbe, Atmung, Herzfrequenz, Reflexe (beim Absaugen und Muskeltonus beurteilt. Diese 5 klinischen Kriterien werden mit den Noten 0, 1, 2 bewertet. So ergeben die Gesamtnoten 7—10 einen guten, 5—6 einen mittelmässigen 0—4 einen schlechten Allgemeinzustand des Neugeborenen. Eine zweite Beurteilung nach dem Apgar-Schema erfolgt 5 Minuten nach der Geburt.

Ist der Zustand eine Minute nach der Geburt nicht normal, so sind bereits die entsprechenden Reanimationsmassnahmen durchzuführen. Der respiratorische Teil der Reanimation setzt sich aus 3 allgemeinen Prinzipien zusammen:

1. Freimachen der Atemwege (Absaugen)
2. Freihalten der Atemwege (richtige Lagerung)
3. Beatmung

1. *Absaugen*
Das Absaugen ist eine wichtige Prophylaxe der Aspiration von Schleim und Fruchtwasser mit dem ersten Atemzug und sollte daher bei jedem Neugeborenen bereits vor dem ersten Atemzug durchgeführt werden.
Technik: Gute Händedesinfektion (Sterillium). Nach vollständiger Entwicklung des Kopfes, noch vor der Geburt der Schultern wird mit einem Finger der Mund des Kindes geöffnet und mit einem Wegwerfsaugkatheter, der bis in den Rachen vorgeschoben ist, gut abgesaugt. Ebenfalls die Nasenöffnungen werden abgesaugt. Nach vollständiger Entwicklung des Neugeborenen nochmalige Wiederholung dieser Absaugung. Vor allem das Sondieren der Nase wirkt häufig als kräftiger Atemstimulus. Nach einem Husten- oder Niesreflex kommt häufig eine normale Spontanatmung in Gang. Falls das Neugeborene einen schlechten Allgemeinzustand zeigt, d. h. insuffiziente Atmung, Bradykardie (Herzfrequenz unter 100) oder Apgarstatus unter 6, so wird es sofort auf eine gut isolierte Wärmeplatte (Vorsicht Verbrennungsgefahr) gelegt. Dabei muss zum Zweck der Freihaltung der Atemwege die richtige Lagerung vorgenommen werden, d. h. das Kind muss in Deflexionshaltung mit dem Kopf gegen den Reanimator gelegt werden. Der Thorax wird etwas erhöht gelagert durch Unterstützen mit den Händen oder mit einer Windelrolle unter der Rücken-Schultergegend (nicht unter dem Nacken). Nach der Lagerung wird das Absaugen mit Saugpumpe und Gummikatheter durch die Nase wiederholt. Falls das Neugeborene nach dieser Stimulation (1 Minute lang) nicht regelmässig atmet, muss es beatmet werden. Dazu kann man eine Säuglingsmaske mit Sauerstoffanschluss, einen Ambubeutel oder verschiedene Apparate (Baby-Pulmotor) brauchen. Im Notfall wird von Mund zu Nase beatmet. Die Beatmungsstösse sollen kurz und nicht stark sein wegen Ueberdruckgefahr.
Beatmungsbeutel mit Maske oder sog. Ambubeutel haben den Vorteil der geringeren Infektionsgefahr und des höheren Sauerstoffgehaltes der Beatmungsluft. Der Erfolg dieser Beatmungsmassnahmen wird an den Thoraxexkursionen und an der Verbesserung der Hautfarbe beurteilt werden. Oft genügen wenige Atemstösse, um eine genügende spontane, regelmässige Atmung in Gang zu bringen. Wenn nach 1—2 Minuten kein Erfolg bei der Maskenbeatmung eintritt, muss das Neugeborene intubiert werden. Für Kinder unter 2500 g werden für die orale Intubation Rüsch-Tuben Nr. 12 oder für die Nasalintubation Portex-Tuben Nr. 2,5 verwendet. Bei Kindern über 2500 g kommen oral Rüsch-Tuben 14 oder 12 und nasal Portex-Tuben 3—3,5 zur Anwendung. Nach der Intubation muss vor der Beatmung mit einem Säuglingssystem mit Sauerstoffanschluss nochmals abgesaugt werden. Wenn die bisherigen Reanimationsmassnahmen nicht rasch zum Erfolg führen und das Kind deprimiert bleibt, so muss so rasch wie möglich eine Natrium-Bikarbonat-Glucose-Lösung gegeben werden. Bei intrauteriner Asphyxie (ph-Werte durch MBU unter 7,2) oder Herztonalteration ist die Lösung schon vor der Geburt bereitzustellen. In einer 20 ml Spritze werden Natrium-Bikarbonat 8,4 Prozent und 10 ml 10prozentige Glucose-Lösung aufgezogen.

Technik der Nabelvenenkatheterisierung
Die Schwester hält die Nabelschnur an der Nabelklemme senkrecht in die Höhe. Nabelschnur und Umgebung werden gut desinfiziert. Material: sterile Handschuhe, Schlitztuch zum Abdecken, Schachtel mit Instrumenten, Pharmaseal-Nabelkatheter, Spritze mit Natrium-Bikarbonat- und Glucose-Lösung (10—20 ml je nach Grösse des Kindes). Die Natrium-Bikarbonat-Glucose-Lösung wird langsam injiziert (2 ml/Min.). Anschliessend wird der Katheter mit 2 ml 10prozentige Glucose-Lösung nachgespühlt. Neugeborene, die neben der Atemstörung auch keine Herzaktion aufweisen, werden nach dem Absaugen intubiert und beatmet und danach muss sofort mit der Herzmassage begonnen werden.
Technik: Kompression des unteren Sternaldrittels mit Zeige- und Mittelfinger unter Kontrolle der Inguinalpulse. Herzmassagefrequenz 100—120/Min., Beatmungsfrequenz 30—40/Min. Verhältnis Herzmassagefrequenz zu Beatmungsfrequenz = 3:1. Danach folgt auch eine Natrium-Bikarbonatgabe.

Zusätzliche Medikamente: Bei Herzstillstand des Kindes wird Adrenalin (0,1 ml 1 ‰-Lösung) i. umb. oder intracardial gegeben, am besten in verdünnter Lösung (0,1 ml Adrenalin mit 0,9 ml NaC1).
Bessert sich der Zustand des Kindes nach diesen primären

Massnahmen nicht, so muss das Kind zur weiteren Behandlung in eine Reanimationsabteilung gebracht werden. Der Transport erfolgt am besten in einer Isolette. Wenn keine solche vorhanden ist, so muss das Kind gut warmgehalten und mit Sauerstoff versorgt transportiert werden.

Die Langzeit- oder sekundäre Reanimation. Sie setzt sich im wesentlichen aus folgenden Pukten zusammen:

1. *Infusion:* Je nach Zustand des Kindes werden durch eine periphere Vene oder die Nabelvene Glucose 5—10 Prozent 65 ml/kg/24 Std. verabreicht. Ueberwachung der Werte mit Dextrostix oder Bestimmung des Blutzucker.
2. *Azidosebekämpfung:* Häufige Kontrollen der Säure-Basenverhältnisse (ph-Status) im Blut. Am besten wird dazu arterialisiertes Fersenblut verwendet. Zu diesem Zweck muss die Ferse des Neugeborenen 10 Min. in warmem Wasser 37° C gebadet werden. Die physiologische Pufferung durch Lungen und Nieren muss unter Umständen durch Pufferlösungen vorübergehend unterstützt werden. Als Puffersubstanz injiziert man Natrium-Bikarbonat-Lösung 8,4 Prozent (1 ml = 1 mAeq) mittels Infusionspumpe parallel zu den Infusionen.
3. *Langzeitreanimation mit apparativer Beatmung:* Dazu müssen die Kinder nasal intubiert werden. Die Beatmung erfolgt mit einem Respirator. Gut bewährt hat sich bei uns das Bird-Respirator-Kindersystem und der Looscoapparat. Der angewandte Druck soll 20 cm Wassersäule nicht überschreiten, da sonst die erwähnte Gefahr einer Ueberblähung und Ruptur von normalen Lungenpartien besteht. Die Kinder werden zunächst möglichst kurzfristig mit 100 Prozent Sauerstoff beatmet bis eine Cyanose verschwunden und die Blutgase normalisiert sind. Die Sauerstoffdosierung geschieht unter pO_2-Bestimmungen im arteriellen Blut (Arteria radialis oder Katheterisierung der Arteria umbilicalis). Danach wird die Sauerstoffkonzentration stufenweise reduziert, stündlich gemessen und in einem Verlaufsblatt protokolliert. Der Tubus muss halb-stündlich, später 1—2stündlich mit 0,5—1 ml physiologischer NaC1-Lösung gespült werden, um eine Schleimanschoppung zu vermeiden. Ebenso muss die zugeführte Luft dauernd befeuchtet und erwärmt werden. Streng aseptisches Vorgehen beim Tubus-Absaugen ist unbedingte Notwendigkeit (Handdesinfektion, sterile Handschuhe, sterile Absaugkatheter). Dadurch können Tubusinfektionen zu einem grossen Teil verhindert werden. Neugeborene, vor allem Frühgeburten sind auf infektiöse Lungenkomplikationen wenig resistent. Die Extubation geschieht unter Steroidschutz (Ultracorten 1 mg/kg Körpergewicht). Die aktive Ueberwachung des reanimierten Neugeborenen umfasst mindestens 24 Stunden.
4. *Medikamentöse Beseitigung der pulmonalen Vasokonstriktion:* Verabreichung von Alupent 0,1 ml, 4 stündlich i. v. oder per os.
5. *Kardiale Therapie* (Cedilanid)
6. *Antibiotika* (Ampiclox, Penbritin, Pyopen, Garamycin)
7. *Ueberwachung* (Tubuspflege, Bronchialtoilette, pH, Elektrolyte, Blutzucker, Blutbild, Hämoglobin, Hämatokrit, Bilirubin, Gewicht, Ausscheidung, Thoraxröntgen, Monitoring, bakteriologische Kontrollen, Ernährung). Bei allen erfolgten Massnahmen und verabreichten Medikamenten müssen Zeitpunkt und Dosis genau auf einem Verlaufsblatt protokolliert werden.

Wie alle therapeutischen Massnahmen hat auch die aktive Reanimation Komplikationsmöglichkeiten und Gefahren.

I. *Beatmungsschwierigkeiten:*

1. *Maskenbeatmung unmöglich* wegen Choanalatresie (Diagnose durch Sondieren der Nasengänge).
2. Nach der Maskenbeatmung atmet das Kind regelmässig bleibt aber cyanotisch. Differenzialdiagnostisch kommen folgende Ursachen in Frage:
   a) Magen durch Beatmung mit Luft gefüllt, dadurch Behinderung der Zwerchfellatmung.
   Behandlung: Magensonde einlegen und Absaugen.
   b) *Aspiration* von Fruchtwasser, Mekonium, Schleim.
   Therapie: Absaugen der Trachea, am besten unter laryngoskopischer Sicht, evtl. Intubation und Absaugen durch den Tubus.
   c) *Pneumothorax*, Auskultation, Röntgenbild.
   Therapie: Thoraxpunktion.
   d) *Lungenagenesie*
   e) *cyanotisches Herzvitium* (Transposition der grossen Gefässe)
   f) *Zwerchfellhernie*
   Diagnose: Röntgenbild.
   Therapie: Bei Verdacht sofort mit der Maskenbeatmung aufhören, Magensonde einlegen, Luft so rasch als möglich entleeren, evtl. Intubation.
3. Ein Neugeborenes, das bereits intubiert ist, kann nicht beatmet werden: Differentialdiagnose, Tubus liegt einseitig zu tief, Aspiration (Mekonium, zähes Sekret), Pneumothorax, Bronchusagenesie oder andere Missbildungen.

II. *Gefahren:*

1. *Mechanische Verletzungen:* Larynxverletzungen, Blutungen, Glottisoedem.
2. Traumatisierung infolge Missverhältnis zwischen Beatmungsdruck.
   Resistenz der Lungenstrukturen (Pneumothorax).
3. Gefahr der retrolentalen Fibroplasie, vor allem bei Frühgeburten unter 2000 g bei unkontrollierter Sauerstoffgabe. Untersuchung durch Augenarzt.
4. *Infektionsgefahr* bei Venenkatheterismus oder Mund zu Nasenbeatmung. In diesen Fällen müssen immer Antibiotika verabreicht werden.
5. Gefahr einer cerebralen Schädigung, falls die Reanimation schlecht oder zu spät ausgeführt wurde. Alle diese Kinder müssen durch ein Zentrum für cerebral geschädigte Kinder nachkontrolliert werden.

Autorin: Fräulein Dr. med. D. Tomovic
Abteilung für Neonatologie, Universitäts-Frauenklinik Bern
CH - 3012 Bern

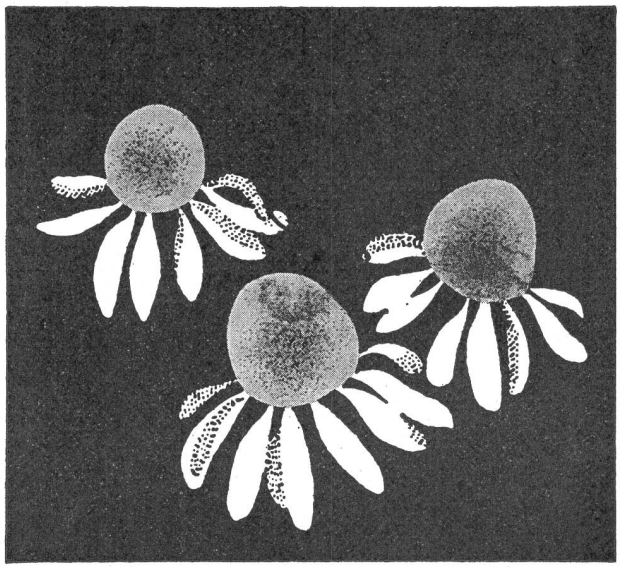
Himmelfahrt

Ihr werdet Kraft empfangen, wenn der heilige Geist über euch kommt und werdet meine Zeugen sein . . . *Apostelgeschichte 1,8*

Das letzte Wort des Herrn Jesus Christus vor seinem Weggang von der Erde. Er beginnt sofort, es wahr zu machen. Es wird sehr deutlich, dass Er seinen Thron im Himmel eingenommen hat.

Der ungelehrte Petrus empfängt die Kraft zu der unerhörten Pfingstpredigt in Jerusalem. Dann bricht der heilige Geist Bahn für die Christusbotschaft in die Heidenwelt. Dazu musste er Petrus und Philippus in handgreiflicher Weise zum römischen Hauptmann Kornelius und zum äthiopischen Finanzminister führen (Apg. 8, 26—40 und Kapitel 10). Der Herr beruft seinen erbittersten Gegner Saulus zum besonderen Heidenapostel (Apg. 9). Der Weg ans «Ende der Erde» hat begonnen.

Zweifel an der Himmelfahrtsgeschichte sind völlig belanglos. Hier enden einfach menschliche Erfahrung und Begriffsvermögen. Entscheidend aber ist, ob wir, ob die Kirche, die Gemeinden uns von neuem so handgreiflich führen lassen wollen wie die Jünger nach Himmelfahrt. Sonst ist «all unser Tun umsonst...» Aus «Morgengruss» von Hans J. Rinderknecht



Die altbewährte Kamille
in moderner Form

KAMILLOSAN®

Liquidum* Salbe* Puder

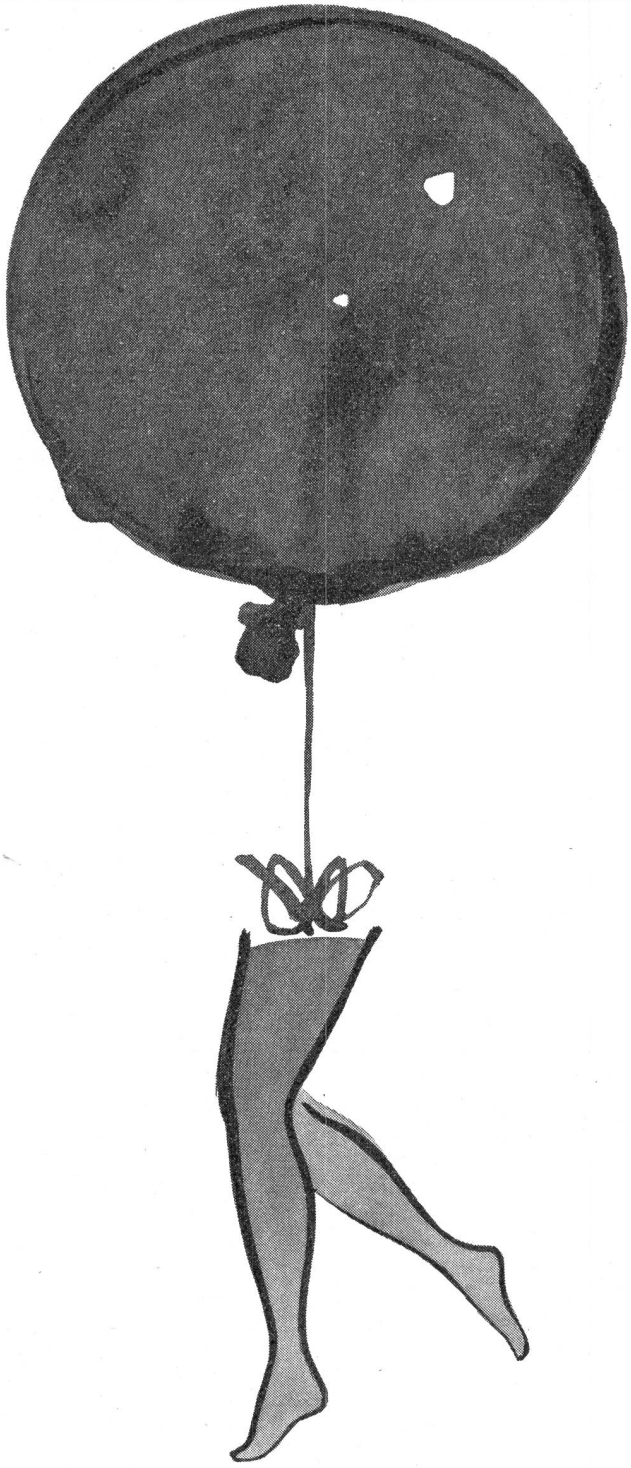
* kassenzugelassen

entzündungsheilend,
reizmildernd, adstringierend,
desodorierend

- standardisiert
- hygienisch
- praktisch
- sparsam und bequem
  im Gebrauch

Muster stehen zur Verfügung!

TREUPHA AG BADEN



Hemeran® Geigy
Venen-Crème

für alle, die viel auf den Beinen sind

3 Minuten herzwärts massieren
3 Minuten hochlagern –

und schwere, müde Beine
werden wieder springlebendig

330-2