

NEXUS Magazin: <http://www.nexus-magazin.de/artikel/lesen/strophanthin-das-herzensmittel>

Strophanthin – das „Herzensmittel“

Schon vor mehr als 150 Jahren wurde ein Mittel entdeckt, das Herzbeschwerden nachweislich und nebenwirkungsfrei bessern kann. Doch die Schulmedizin will nichts davon wissen. Das Plädoyer eines Arztes für mehr Selbstverantwortung der Patienten und eine Besinnung auf die Weisheit der „Erfahrungsmedizin“.

Bei der Betrachtung von Krankheit und der ihr angemessenen Behandlung finden wichtige Umstände häufig nicht die erforderliche Beachtung, weil deren Einbeziehung als wissenschaftlich nicht gerechtfertigt gilt oder sie eine nur wenig favorisierte bzw. nicht anerkannte Therapierichtung repräsentieren.

Manchmal aber werden Erkenntnisse, deren Wert längst als gesichert gelten durfte, ohne zunächst ersichtliche Gründe sogar wieder aufgegeben und schließlich vergessen. Dies geschah auch mit dem Strophanthin, einem herzwirksamen Mittel, dessen positive Wirkungen einst – über Jahrzehnte hinweg! – von begeisterten Anwendern dokumentiert wurden.

Warum dies so ist, kann heute kaum mehr jemand sagen. Wichtig ist jedoch allein zu wissen, dass der Naturstoff Strophanthin seine segensreichen Wirkungen unverändert beibehalten hat, da sich die Substanz selbst ja nicht veränderte.

Dass es heutzutage trotzdem bessere Herzmittel gebe, wie behauptet wird, die das Strophanthin in seinen einmaligen Wirkungen ersetzen können, ist jedenfalls nicht richtig. Diese Veröffentlichung soll aufzeigen, dass es – unabhängig von den Zeitströmen und deren teils komplizierten Zusammenhängen – manchmal durchaus angebracht sein kann, als Patient zur Selbsthilfe zu greifen. Die folgenden Ausführungen erheben zwar keinen sogenannten wissenschaftlichen Anspruch, doch beruhen sie auf eigener Erfahrung als Patient (zwei Infarkte und eine Bypass-OP) und meinem ausgedehnten Studium der Materie.

Eigenes Erleben

Vermeintlich bin ich „erblich belastet“: Ein Onkel starb mit 46 Jahren an Herzinfarkt, mein Vater war 66 Jahre, als er während einer Operation einen Re-Infarkt erlitt und nicht wieder aus der Narkose erwachte.

Im Jahr 1991 erkrankte ich an einer Virusgrippe, die offenbar auch mein Herz in Mitleidenschaft zog. Fürchterliche Rhythmusstörungen traten damals auf, die mich wochenlang beeinträchtigten. Zurückschauend vermute ich, dass eine Herzmuskelentzündung die Ursache dieser Beschwerden war. Leider habe ich danach weiter geraucht und lebte, was Essen und Trinken betraf, auch nicht gerade zurückhaltend.

1999 erlitt ich dann meinen ersten Herzinfarkt, ein Jahr später folgte der zweite.

Schon Jahre davor war es zu anfallweise auftretenden Brustschmerzen gekommen, die sich bevorzugt dann bemerkbar machten, wenn ich unter Psycho-Stress stand – was ja im Arztberuf häufiger vorkommt. Wie viele meiner Patienten habe auch ich diese Erscheinungen zunächst ignoriert und verdrängt.

Verheiratet und mit zwei erwachsenen Kindern, bin ich heute 61 Jahre alt. Meine berufliche Tätigkeit musste ich aufgeben.

Während meiner ärztlichen Tätigkeit habe ich, bei ähnlichem Verlauf, Herzpatienten stets nach dem heute noch immer üblichen Schema behandelt: Verbote, Diäten, Gewichtsreduktion, Bewegung, Alkohol- und Nikotinkarenz. Und jede Menge Tabletten! Als Notarzt sah ich viele Herztote und glaubte im Grunde, jeder Verstorbene habe einen großen Teil eigener Schuld an seinem Schicksal.

Nach meinem ersten Infarkt, der sehr schmerzhaft für mich ablief, wurde eine „Lyse“ durchgeführt. Mit Erfolg, wie man mir sagte. Wenig später folgte eine Herzkatheter-Untersuchung, bei der drei hochgradig verengte Herzkranzgefäße entdeckt wurden. Eine umgehende Bypass-OP sei dringend anzuraten, hieß es. Es bestehe

Lebensgefahr.

Nach einigem Hin und Her lehnte ich den Eingriff ab, weil mir viele Erklärungen, selbst anhand der bewegten Filmbilder, nicht schlüssig genug schienen. Dies war eine Entscheidung „aus dem Bauch heraus“, die sich noch nicht auf jene anderen Vorstellungen stützte, die ich mir später erarbeitet habe.

Zunächst unterzog ich mich einer Chelat-Therapie in Gestalt von 30 Infusionen, was mir gut bekam. Schon sehr bald konnte ich wieder Fahrrad fahren und genoss es, beinahe wieder die alten Kräfte zu spüren und zu erproben. Auf die Einnahme von Medikamenten verzichtete ich weitgehend, bis auf das Mittelsosorbitnitrat. Meine Frau hatte ihre Küche außerdem mehr vegetarisch umgestellt und ich machte regelmäßig meine Radtouren.

So verging ein Jahr. An einem wunderschönen Sommertag, meine Tochter war zu Besuch, machten wir eine gemeinsame Radtour. Ich fuhr vorweg, als mir auf dem letzten Kilometer des Heimwegs plötzlich unwohl wurde. Dieser Zustand legte sich nicht mehr, und meine Frau musste das Auto holen. Zu Hause legte ich mich den Rest des Tages hin, nahm ein Schmerzmittel und verbrachte eine unruhige Nacht. Am Morgen bat ich meine Frau, einen Krankenwagen anzufordern.

Wieder lag ich in der Klinik und nahm morphiumumnebelt wahr, was sich um mich herum tat. Unwilliges Kopfschütteln und beredtes Schweigen jedes Mal dann, wenn ich die Gründe für die Verweigerung der schon vor einem Jahr angeratenen Operation nannte. Nun gab es jedenfalls keinen Ausweg mehr. So viel war mir klar, schien doch der ungünstige Verlauf allen recht zu geben.

Dem familiären wie dem ärztlichen Druck konnte ich, geschwächt wie ich war, nicht länger standhalten. Drei Tage später verlegte man mich in ein Universitätskrankenhaus, wo ich schon bald erfolgreich operiert wurde.

Sobald es ging, überstellte man mich einer Reha-Einrichtung, in der ich vier weitere Wochen verbrachte. Danach ging es nach Hause.

Eines Tages zeigte mir meine Frau einen Artikel über Strophanthin, den sie in einem Blatt der Regenbogenpresse entdeckt hatte. Es war dort von einer Renaissance die Rede, die das Medikament erleben würde, weil man nun entdeckt habe, dass es sich um ein endogenes, in der Nebennierenrinde produziertes Hormon handele. In mir erwachte die Neugierde und ich machte mich an die Beschaffung weiterer Informationen, die ich vor allem im Internet fand.

Dabei ging es mir körperlich keineswegs gut. Schon bei kleinen Belastungen pustete ich wie ein uralter Mann. Die Treppe bewältigte ich nur in mehreren Portionen und nach jeder kleinen Steigung musste ich vom Fahrrad steigen und schieben. Nachts weckten mich Attacken von Luftnot, die mich zwangen, sitzend zu „schlafen“. Brustschmerzen hatte ich zum Glück jedoch keine. Nur Lesen ging schließlich noch.

Ich nahm die ganze unglaubliche Geschichte des Strophanthins in mich auf und beschloss, dieses Mittel selbst auszuprobieren. Meine behandelnden Ärzte schwiegen, wenn ich die Rede darauf brachte oder ließen allenfalls hören: „Es wird aber nicht zur Genüge resorbiert“. Ich dachte mir jedoch mein Teil. Vor allem fragte ich mich aber, warum man mir nicht ein bisschen mehr Mut machte.

Natürlich nahm ich auch einen Betablocker ein, der mir aber schlecht bekam.

Ein Digitalis-Präparat machte mir üble Rhythmusstörungen, die mich an jene Zeit vor 10 Jahren erinnerten, als ich die Virusgrippe hatte.

Aspirin vertrug sich nicht mit meinem Magen-Darm-Trakt – aber außer mir regte sich niemand darüber auf!

Mit dem zunächst zurückhaltenden Gebrauch von Strophanthin (als Strodival-mr-Kapseln) begann gewissermaßen der zweite Akt meiner Rehabilitation.

Erfreut stellte ich fest, wie meine Fähigkeiten auf dem Fahrrad wuchsen. Ich konnte auch wieder schlafen und das Essen schmeckte immer besser. Die Lebenslust im Allgemeinen kehrte zurück. Nahm ich weniger von dem Mittel ein, wurde die Luft jedoch wieder knapp und die körperliche Leistungsfähigkeit sank rapide.

Mein Verhalten, im Zusammenhang mit meiner Krankheit, muss aus der geltenden medizinischen Sicht als

wenig rational und beinahe schon naiv erscheinen ... zumindest einem Arzt nicht angemessen. Aber Patienten sind immer so, und Ärzte sind auch nur Menschen! Nach dem Studium der Theorien, die den Herzinfarkt ganz anders erklären – hier erwähne ich vor allem die Arbeiten von Dr. Berthold Kern –, habe ich jedoch andere Vorstellungen davon bekommen, was sich möglicherweise abspielen kann, wenn man einen Infarkt bekommt.

So sehe ich Hinweise dafür, dass der Infarkt Kranke unter einem Symptom leidet, dessen auslösende Grundkrankheit man noch nicht kennt. In den sogenannten Pathomechanismus dieser Erkrankung ist der Säure-Basen-Haushalt der unterschiedlichsten Organe – vielleicht auch das Endothel der Koronararterien – auf Mikro-Ebene einbezogen, ohne dass dies jedoch schon die Krankheit wäre. Am ehesten würde ich sie Azidose-Krankheit nennen – ein Begriff, der nicht von mir stammt.

So habe ich lange genug den intrazellulären pH-Wert nach der Methode von Jörgensen gemessen, um zu wissen, dass sehr viele Menschen zellulär übersäuert sind. Mein eigener schlechter Ausgangswert konnte bis heute von meinen Patienten nicht übertroffen werden. Mit einer Säure-Basen-Mischung, die ich regelmäßig einnehme, komme ich nun jedoch auf bessere Werte. Man weiß außerdem vom Strophanthin, dass es lokal entsäuert. Auch Dr. Kern hat sich intensiv mit der entsäuern Wirkung von Alkali-Gemischen befasst und dazu Therapieempfehlungen ausgesprochen.

Merkwürdigerweise ist der Schulmedizin dieses Problem jedoch nicht bekannt. Sie will die Säurekatastrophen des Körpers zwar aus dem Blut erkennen, doch gelingt ihr dies erst zu einem Zeitpunkt, an dem es für Gegenmaßnahmen fast zu spät ist. Auf der anderen Seite bietet der Buchmarkt ca. 30 verschiedene Titel zum Thema Säure-Basen-Störungen an, was man durchaus so werten kann, dass dem Thema erhebliche praktische Bedeutung zukommt.

Mehr und mehr frage ich mich auch, ob die Zustände von Luftknappheit (Dyspnoe) wirklich immer und nur durch einen Sauerstoffmangel induziert werden oder ob nicht die Erhöhung der Atemfrequenz gleichzeitig auch auf einen anderen bedrohlichen Zustand hinweist – die allgemeine Übersäuerung –, den der Organismus durch Abgabe von CO₂ ausgleichen will.

Zugegeben, das ist alles sehr spekulativ. Es könnte allerdings längst anders sein, wenn sich die medizinisch unterschiedlichen Richtungen nicht wie feindliche Parteien, sondern wie Geschwister verhalten würden. Ich möchte jedenfalls an meinem eigenen Beispiel deutlich machen, dass es nicht immer des ausdrücklichen Segens der Wissenschaft bedarf, wenn man etwas bewegen möchte! Erfahrung ist auch etwas wert, und zudem gilt: „Probieren geht über Studieren“.

Allgemeine Betrachtungen

In der Reihenfolge der Krankheiten, die den Menschen töten, steht der Herzinfarkt auch in unserem Land an erster Stelle. In der jüngeren Vergangenheit gab es eine beunruhigende Zunahme an Opfern, und für die Zukunft werden für den Infarkt sogar epidemische Ausmaße erwartet.

Daher zeigen viele Menschen ein gesteigertes Interesse an allen Fragen, die im Zusammenhang mit diesem Thema stehen.

Der Bedrohlichkeit dieser Entwicklung trägt vermeintlich eine Informationsflut Rechnung, die ihrerseits jedoch wiederum unter einem Mangel an Überschaubarkeit leidet. Sie erreicht uns in Form von Radio- und Fernsehberichten, Zeitschriftenartikeln und vor allem kommt sie in massiven Werbebotschaften daher: Wir sollen richtig essen, uns mehr bewegen, nicht mehr rauchen und dem Alkohol entsagen; letztlich hängt vieles davon ab, ob wir auch regelmäßig die richtigen Tabletten schlucken! Hat all dies nicht geholfen und uns der Infarkt ereilt, werden wir dann im Krankenhaus aus einem umfangreichen Maßnahmenkatalog bedient, der uns sichere und schnelle Hilfe verheißt.

Krank sein heißt dann aber auch, ausgeliefert zu sein, ein Stück entmündigt zu werden und glauben zu müssen, was man uns dort über unsere Krankheit erzählt.

Doch wer hört dann schon gern, dass es, über die allseits bekannten Theorien hinaus, durchaus unterschiedliche Ansichten über Entstehung, Behandlung und Vermeidung unserer Herz-Krankheit gibt? Der informierte Infarkt Kranke weiß heute schließlich „mit Gewissheit“, dass sich eine wichtige Arterie seines

Herzens verschlossen hatte, und das von ihr ernährte Herzmuskelgewebe dadurch so sehr an Sauerstoffmangel litt, dass es deshalb schließlich unterging. Dabei werden diesem Patienten die Besonderheiten seines eigenen Falles von den behandelnden Ärzten auch noch im Sinne dieser Theorie erläutert und es besteht daher kein ersichtlicher Grund, irgendetwas davon zu hinterfragen.

Oder etwa doch?

Die Zeiten haben sich geändert. Im Zeitalter der Information bedeutet das Aufkommen des Internet einen neuen Höhepunkt, der es mit sich bringt, dass auch Patienten Zugriff auf Wissen haben, das vormals nur den Ärzten vorbehalten war.

Folglich darf es aber auch immer weniger als ungewöhnlich gelten, dass Ärzte von Patienten lernen. Allerdings überschreitet die Geschwindigkeit dieser Entwicklung damit oftmals auch die Fähigkeit der Ärzte – wie auch der vom Infarkt Betroffenen –, mit diesen neuen Umständen souverän umzugehen.

Was beispielsweise sagt denn etwa der Infarkt Kranke, wenn er hört, dass es auch andere Theorien gibt, die gleichfalls einleuchtend erklären, wie er zu seinem Infarkt kam? Welche Gefühle kommen in ihm auf, wenn er sich vorstellt, dass eine gegenwärtig akzeptierte Theorie möglicherweise auf Mittel und Maßnahmen verzichtet, die ihm helfen könnten? Mehr über Medizin und deren wissenschaftlichen Hintergrund zu erfahren, bedeutet schließlich auch zu erkennen, dass es zu jeder wissenschaftlichen Erkenntnis eine entgegengesetzte Auffassung gibt, und dass beide so lange miteinander konkurrieren, bis sich eine schließlich durchsetzt.

Aber dieser beinahe schon evolutionär anmutende Prozess bedeutet nicht, dass sich deshalb das Bessere stets und sofort durchzusetzen vermag.

Die Medizingeschichte bietet jedenfalls viele Beispiele dafür, wie unterschiedliche Auffassungen von Gelehrten miteinander konkurrierten, ohne dass sich das Bessere zunächst behaupten konnte. Langfristig haben sich jedoch alle besseren Konzepte schließlich doch durchsetzen können. Wir müssen also nicht unbedingt darüber empört sein, dass ein Carl Ludwig von Schleich erst Jahre nach der Entdeckung der örtlichen Betäubung Anerkennung fand oder etwa Ignaz Semmelweis mit der von ihm empfohlenen Asepsis zunächst auf Ablehnung stieß.

Hoffnung für eine zukünftige Rehabilitierung des Strophanthins erwächst auch aus einem anderen, unrühmlichen Beispiel, das wir gegenwärtig verfolgen können. So geht derzeit das Glaubensbekenntnis „Hormonersatztherapie für Frauen jenseits der fruchtbaren Jahre“ mit fliegenden Fahnen unter. Dabei hatte der deutsche Berufsverband der Frauenärzte die Langzeitverabreichung von Hormonen doch als einen „der größten Fortschritte der vorbeugenden Medizin der letzten Jahrzehnte“ gepriesen. Doch:

„Nach und nach werden die Mängel zahlreicher älterer Untersuchungen aufgedeckt, und man kann nunmehr wenig oder gar keinen Nutzen mehr in der Hormonkur erkennen. Massive Trugschlüsse seien aus untauglichen Daten gezogen worden und vom angeblichen Segen der Östrogene werde kaum etwas übrig bleiben.“¹ [Hervorhebung durch den Autor]

Gedanken sollten wir uns allerdings um die vielen Menschen machen, die unter derlei Unklarheiten in der Wissenschaft leiden und gelitten haben.

Auch wenn es uns unvorstellbar scheint, dass sich heute nochmals ähnliche Situationen wiederholen, müssen wir schließlich doch erkennen, dass die alten Gesetze des wissenschaftlichen Fortschritts unverändert gelten. Auch die gegenwärtig anerkannte Theorie des Herzinfarkts und dessen „richtiger“ Behandlung ist nämlich im weitesten Sinne verdächtig, auf falschen Lehren zu beruhen, womit die Mutmaßung einhergeht, dass die wahre Bedeutung des Herzmittels Strophanthin bis heute nicht angemessen gewürdigt wurde.

Das Strophanthin wurde im Jahr 1859 entdeckt. Seither wurden Unmengen Papier mit Erkenntnissen über alle möglichen Eigenschaften dieser Substanz und vor allem ihrer Auswirkungen auf den herzkranken Menschen bedruckt. Man sollte meinen, dass bis in die Gegenwart also Zeit war, alle noch offenen Fragen zu klären und deren therapeutischen Wert zu gewichten. Offenbar ist der evolutionär-wissenschaftliche Prozess aber noch nicht so weit gediehen, dass sich schon endgültig sagen ließe, welche Rolle das Strophanthin einst

spielen wird.

Irgendwann werden wir auch das genauer wissen. Jedoch hat sich seit 1859 die Anzahl der Infarktkranken vervielfacht. Tag für Tag sterben Menschen vielleicht unnötig früh, obwohl uns das infarktverhütende Mittel, nach dem die Pharmaindustrie heute so intensiv fahndet, möglicherweise längst in Form des Strophanthins zur Verfügung steht.

Vor mir haben sich schon andere, die gleichfalls zweifelten, Gedanken zu dieser Frage gemacht. Gegenüber manch anderem habe ich jedoch den Vorteil, einer auf allgemeiner Evidenz beruhenden Auffassung meine eigene, subjektive Erfahrung mit dem Herzmedikament Strophanthin entgegenhalten zu können. Dabei stört mich herzlich wenig, dass die Wissenschaft dieses Mittel inzwischen für „unwirksam“ erklärte und Ärzte mehrheitlich bemüht sind, seine Verbreitung zu unterbinden – denn ich weiß, dass es wirkt!

Weiter unten werde ich die Gründe, die zum Scheitern dieses Mittels führten, ausführlicher darlegen. Eine bedauerliche Erkenntnis, angesichts der vielen vergeblichen Versuche zur Rehabilitierung dieses Medikaments, sei aber schon hier kurz angesprochen:

Zu einer allgemeinen Wertschätzung des Strophanthins wird es auch durch noch so viele wissenschaftliche Versuche und Nachweise nicht kommen (können).

Nachdem die schulmedizinisch-wissenschaftlich orientierte Medizin nämlich bis heute nicht für Klarheit sorgen konnte, wird man vielmehr letztlich die Erfahrungsmedizin bemühen müssen, um für jedermann den Nutzen dieser Therapie deutlich zu machen.

Die dazu notwendigen Erfahrungen müssen die Patienten allerdings selbst machen. Sie sind es daher auch, an die ich mich hiermit wende.

Die Patienten sollen – abseits aller wissenschaftlichen Streitereien – durch die selbstbestimmte Einnahme von Strophanthin herausfinden, ob es ihnen hilft.

Kurze Geschichte des Strophanthins

Sie beginnt 1859 mit Dr. Kirk, einem Teilnehmer der Livingstone-Expedition durch Afrika. Die Fama besagt, dass sich nach Benutzung einer mit *Strophanthus*-Samenverunreinigten Zahnbürste seine Herzbeschwerden besserten.

Man beachte: Ein gänzlich unbekannter Wirkstoff, zufällig über den Mund-Magen-Darm-Kanal aufgenommen, führte nach kurzer Zeit zur Besserung von Herzbeschwerden. Wäre die heute so umstrittene Substanz nach oraler Aufnahme damals wirkungslos gewesen, hätte es die Geschichte des Strophanthins so nicht gegeben. Schon aus dieser Sicht relativieren sich alle später vorgebrachten Einwände!

Die medizinische Bedeutung dieser Substanz wurde vom Edinburgher Arzt Thomas R. Fraser erkannt, der sie 1885 als Tinctura Strophanthi in den Arzneischatz einführte. Danach erschien eine Flut zustimmender Publikationen, welche die Bedeutung dieses Mittels immer wieder herausstrichen.

Da die Tinktur aber ein Gesamtextrakt mit vielen übel-schmeckenden und abführend wirkenden Begleitstoffen war, verbreitete sich ab 1905 die intravenöse Anwendung innerhalb eines Jahres wie ein Lauffeuer in ganz Deutschland, wobei die gleichzeitige Entwicklung eines oralen Reinextrakts leider unterging.

Auch die intravenöse Anwendung des Medikaments bestätigte uneingeschränkt die zuvor mit der Tinktur gemachten Erfahrungen, hatte aber zur Folge, dass die orale Form der Anwendung mehr und mehr in Vergessenheit geriet.

Die Erfordernis einer wiederholten intravenösen Injektion beschränkte jedoch zugleich die praktische Anwendung der Substanz, da diese Methode sowohl für den Patienten als auch für den Arzt beschwerlich und unangenehm war.

Mit dem Aufkommen der Koronar-Theorie (ca. 1930) ließ man sich dann aber nicht mehr allein von der praktischen Erfahrung am Patienten leiten, obwohl die Erfolge mit Strophanthin unvermindert anhielten. Jetzt

trat die nach Sachwissen und Denktechnik so einfache Koronar-Theorie ihren Siegeszug an. Sie verdrängte alle gemachten Erfahrungen der Praxis, sodass jene schließlich weitgehend in Vergessenheit gerieten.

Nach dem Zweiten Weltkrieg war es dann vor allem Dr. Berthold Kern, der dieser Auffassung entgegentrat. Er entwickelte später ein oral verträgliches Mittel – das Strothoral –, das heute jedoch nicht mehr hergestellt wird. In ähnlicher Zusammensetzung ist nur noch ein Präparat erhältlich: das *Strodival*.

In wohlüberlegten und dokumentierten Versuchen konnte Dr. Berthold Kern den Nachweis für viele seiner Hypothesen erbringen, die er in oftmals provozierender Form an die Öffentlichkeit brachte. Seine Thesen lauteten:

- Herzinfarkte entstehen fast nur aufgrund von Stoffwechselstörungen des Herzmuskels und sind so gut wie nie Folge eines Blutmangels durch Erkrankungen der Herzkranzgefäße.
- Herzinfarkte sind daher nur mit Mitteln zu verhüten, die den Herzmuskel unterstützen und seinen gestörten Stoffwechsel wieder normalisieren. Zum Beispiel durch Strophanthin.
- Das vorgebliche Versagen der offiziellen Kardiologie in der Infarktforschung und -verhütung stelle das größte Theorie- und Therapieversagen in der Geschichte der Medizin dar. Neun von zehn Herzkranken hätten nicht sterben müssen. Sie seien Opfer einer falschen Lehre.

Bis zum 19. November 1971 hatte die öffentliche Auseinandersetzung darüber schließlich solche Formen angenommen, dass es zu einem Treffen der Vertreter der unterschiedlichen Auffassungen im Saal des Heidelberger Restaurants „Molkenkur“ kam. Die Größen der medizinischen Forschung gaben sich dort in großer Zahl die Ehre, während Dr. Kern nur ein paar Getreue an seiner Seite wusste. Auf Verlauf und Ausgang dieser Sitzung sei hier nicht weiter eingegangen. Ein Zitat von Prof. Hans Schaefer, einem jahrzehntelang führenden Physiologen, macht die damalige Situation jedoch nachträglich deutlich:

„In einem nur als ungeheuerlich zu bezeichnenden ‚Tribunal‘ auf der Heidelberger ‚Molkenkur‘ wurde Kern buchstäblich exekutiert. Die orale Strophanthin-Therapie galt danach wegen einer angeblich fehlenden oder zumindest unkontrollierbaren intestinalen Resorbierbarkeit als Kunstfehler.“²

Seither galten sowohl Dr. Berthold Kern und seine Thesen als auch das orale Strophanthin endgültig tabu.

Das bedeutete im Klartext: Strophanthin könne man als Medikament in jeder Form und bei allen Indikationen getrost vergessen. Folgerichtig wird die orale Strophanthin-Therapie heute in Monographien, Lehrbüchern und Therapiewerken nicht mehr erwähnt, da sie nach übereinstimmender Ansicht so wirkungslos ist, dass sich ihre Nennung oder gar ihre Nachprüfung von vornherein erübrigt.

Damit hat die medizinische Wissenschaft das Kapitel Strophanthin endgültig zu den Akten gelegt. Seine Anwendung an Mensch und Tier ist längst nicht mehr Gegenstand der medizinischen Lehre und die einstmals geltenden Wahrheiten wurden in alten Nachschlagewerken begraben. Nur noch vereinzelt gibt es Studien, die die überaus positiven Erfahrungen der Praxis bestätigen, jedoch auf keine Resonanz stoßen.

Strophanthin heute: Überlegungen und Vermutungen

Teil der Medizingeschichte ist aber auch, dass es immer noch Menschen gibt, die dafür kämpfen, dass dieses Medikament endlich als ein Mittel anerkannt wird, das viele Menschenleben retten könnte. Sie behaupten – häufig genug aufgrund eigener Erfahrung –, dass Strophanthin Angina-pectoris-Beschwerden beenden und Herzinfarkte verhindern könne und es also eigentlich schon lange das gebe, wonach die großen Pharmafirmen vorgeblich weltweit suchen.

Den Strophanthin-Befürwortern will nicht in den Sinn, warum ein Mittel, das praktisch frei von Nebenwirkungen ist und gemeinsam mit den anderen, für notwendig erachteten Medikamenten eingenommen werden könnte, nicht in jedem geeigneten Krankheitsfall auch auf seine Wirksamkeit getestet werden soll.

Diesem Ansinnen stehen natürlich all jene entgegen, die ihr Handeln einzig und allein nach den Aussagen groß angelegter Studien ausrichten. Für sie ist es offenbar unerheblich, dass es einen über Jahrzehnte gewachsenen und dokumentierten, einmaligen Erfahrungsschatz gibt, der ganz deutlich für das Mittel

Strophanthin spricht.

Mit der beharrlichen Forderung nach einer solchen Groß-Studie, die heutiger wissenschaftlicher Norm, (also eine randomisierte Doppelblindstudie) entsprechen solle – und deren finanzieller Aufwand gewaltig ist! – wird also die Unterdrückung des Heilmittels Strophanthin gleichsam instrumentalisiert und dies, obwohl dessen außerordentliche Wirkungen längst auf andere Weise, nämlich erfahrungswissenschaftlich, überzeugend nachgewiesen sind.

Bei allem Hin und Her, das es in den letzten 30 Jahren um dieses Medikament gab, ist nicht nachvollziehbar, warum die Auseinandersetzungen mit einer Vehemenz geführt wurden, die man als wohl einmalig bezeichnen muss. Es muss besondere Gründe gehabt haben, die über die rein wissenschaftlichen Belange hinausgehen und dafür sorgen, dass dem Strophanthin sein Platz in der Reihenfolge nützlicher Pharmaka verweigert wird, der ihm eigentlich gebührt. Welche Gründe könnten das aber sein?

Die gerühmte Wirkung des Strophanthins – antistenokardisch und infarktverhütend – beruhte anfangs auf Zusammenhängen, die man nicht verstand. Fehlten doch zunächst die Erkenntnisse, über die wir dank moderner technischer Untersuchungsverfahren heute verfügen. Erst diese gestatteten dann einen tieferen Einblick in Aufbau und Funktion des Herzens und ermöglichten schließlich eine Theoriebildung über das Zusammenwirken von gestörten Organfunktionen und jenen Maßnahmen, die sich dagegen als hilfreich erwiesen hatten.

Es war vor allem die Lipid-Theorie, die sich seit den 1970er Jahren durchsetzen konnte. Sie besagt, ein gestörter Fettstoffwechsel führe zu Ablagerungen in den Koronararterien, die bei zunehmender Verengung schließlich nicht mehr die Sauerstoffversorgung der Gewebe gewährleisten könnten. Unausweichliche Folge solcher Verschlüsse seien Minderdurchblutungen des Herzmuskels mit oder ohne Angina-pectoris-Anfällen und schlimmstenfalls ein Herzinfarkt.

Fortan richteten sich beinahe alle diagnostischen und therapeutischen Bemühungen an dieser Modellvorstellung aus, die von berufener Seite später einmal geringschätzig als „Klempnermodell“ bezeichnet wurde.

Die Verfechter des Strophanthins ließen hingegen keinen Zweifel daran, dass die Wirkungen dieses Mittels sich an ganz anderer Stelle des Herzens – keinesfalls nur an den Koronararterien – entfalteten. Mit den „Innenschichten“ des linken Herzmuskels und ihren leicht störbaren Funktionen hatten sie eine Schwachstelle des Herzmuskels ausgemacht, die unter krankmachenden Belastungen am ehesten zur Dekompensation neigt.

Nach dieser Vorstellung beginnen alle Krankheitserscheinungen des Herzens in diesen Innenschichten und setzen sich, unter Zunahme ihrer Komplexität, in die Außenschichten fort, wobei die blutleitenden Arterien einbezogen sein können.

Diese unterschiedlichen Auffassungen über Ursache und Wirkung wurden von beiden Seiten stets kompromisslos verfochten.

Dies bedeutete aber: Eine gesicherte und unbezweifelbare Wirkung von Strophanthin würde in der Folge die vorherrschende Theorie der Infarktentstehung – wonach der Infarkt durch einen Gefäßverschluss verursacht werde – wanken lassen!

Es versteht sich, dass eine marktbeherrschende Theorie zugleich auch mit ganz persönlichen Interessen und Lebensgrundlagen ihrer einflussreichsten Vertreter verbunden ist. Auch dass unter dem Einfluss einer solchen Theorie ganz bestimmte, theorielastige Medikamente und neue Operationsverfahren entwickelt wurden und werden, leuchtet ein.

Das wird besonders dann bedenklich, wenn als Folge einer solchen Theorie Milliarden in Gesundheitseinrichtungen investiert wurden und werden, und sich deren Betreiber damit nicht mehr ausschließlich von wissenschaftlichen, sondern eben auch oder nur noch von ökonomischen Erwägungen leiten lassen müssen.

Eine Ursache für die ungewöhnliche Härte der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um das Strophanthin

mag folglich darin liegen, dass eine Anerkennung der Strophanthinwirkung die derzeit geltenden Annahmen in weiten Teilen widerlegen würde.

An diesem Punkt eines Wissenschaftsstreites kann sich jemand, der unmittelbar durch eigene Erkrankung betroffen ist, kein eigenes fundiertes Urteil mehr bilden. Ein Studium der wissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet würde Jahre in Anspruch nehmen und selbst dann fiele es schwer, zu einem eindeutigen Urteil zu kommen. Selbst die neuerliche Untersuchung strittiger Zusammenhänge würde immer nur zu einem Kampf gegen Windmühlenflügel werden, schon weil für die immensen Kosten allein niemand aufkäme.

Dass trotzdem – auch von etablierter Seite – immer wieder mal dazu aufgefordert wird, die bekannten Positionen neu zu prüfen, mögen die folgenden Zitate belegen:

„Laut Literatur wird die Substanz [Ouabain bzw. g-Strophanthin] nach peroraler Gabe nur in geringem Maße resorbiert. Die anhand der gemessenen Blutspiegel bestimmte Resorptionsquote betrug ein bis fünf Prozent. Hierfür wurden bislang die Anzahl der OH-Gruppen und die daraus resultierende Hydrophilie der Verbindung verantwortlich gemacht. Radioaktives Ouabain (g-Strophanthin) reichert sich jedoch nach peroraler Gabe über einige Wochen in den Nebennieren hypertensiver Ratten an und wird dort vermutlich gespeichert. Das Glykosid wurde auch bei Menschen in der Nebennierenrinde und im Hypothalamus in erhöhter Konzentration nachgewiesen und wird dort wahrscheinlich gespeichert. Daher erscheint die beobachtete schlechte Resorption von Ouabain (g-Strophanthin) nach peroraler Applikation in einem anderen Licht: Das gespeicherte Ouabain wird mittels Serumspiegel-Bestimmung oder Messung der Konzentration im Harn nicht erfasst. Die Resorptionsquote von Ouabain könnte damit nach peroraler Gabe wesentlich höher sein als bisher angenommen. Aufgrund des Hormoncharakters der Substanz und seiner Speicherung sind daher die ermittelten pharmakokinetischen Daten zu hinterfragen. Klarheit könnte hierbei die Ermittlung der Resorptionskinetik mit Hilfe einer Methode mit radioaktiv markiertem Ouabain (g-Strophanthin) bringen, bei der auch die Gewebekonzentrationen erfasst werden.“³ [Hervorhebung durch den Autor]

Ein anderes Beispiel:

„Zur Klärung einer modernen Infarkt-Theorie müsste auch das Dogma einer schlechten Strophanthin-Resorption durchleuchtet werden. Meine eigenen, sehr begrenzten Erfahrungen sprechen ebenso gegen dieses Dogma, wie die schlichte Überlegung des Physiologen, ob denn die hier beschworene unterschiedliche Lösbarkeit von Strophanthin und Digitalis oder anderen Herzglykosiden wirklich vernünftig ist.

Außerdem wäre unabhängig von der Resorptions-Problematik neu zu durchdenken, ob nicht zelluläre Angriffspunkte am Myokard zu wenig beachtet wurden, zumal sich Strophanthin inzwischen als ein vom Körper selbst produzierter Stoff erwies, dessen Funktion man offensichtlich ignorierte.“²

Aufforderungen solcher Art sind zwar anerkennenswert und mutig, werden aber von der Wissenschaft einfach ignoriert. Für diese Methode, die man in der Politik als „Aussitzen“ bezeichnet, gibt es in der medizinischen Wissenschaft keinen adäquaten Begriff. Allerdings gibt es die wohl jedem bekannte Figur der drei Affen, die nichts hören, nichts sehen und nichts sagen. Sie kennzeichnen ganz trefflich eine Situation, die sich durch ihre Einmaligkeit von ähnlichen Vorgängen in der Vergangenheit besonders unvorteilhaft abhebt.

Von solchem Wissenschaftsstreit unbeeinflusst, bleibt aber die Frage, wie dem betroffenen Kranken geholfen werden kann. Bevor es möglich war, diagnostisches Gerät zum Verstehen unklarer Krankheitsbilder einzusetzen, benutzten Ärzte eine Methode, die als „ex iuvantibus remediis“ bezeichnet wird. Dabei schlossen die Behandler aus der Wirkung eines Heilmittels auf das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung. Dass diese Methode in der alltäglichen Praxis nach wie vor zum Einsatz kommt und sich unverändert großer Beliebtheit erfreut, darf als sicher gelten. Wenn die Dinge aber nun schon so liegen, wie noch weiter ausgeführt wird, ist es auch heute für Arzt und Patient dringend geboten, bei Vorliegen gewichtiger Symptome einen solchen Versuch zu unternehmen.

Da Strophanthin so gut wie frei von Nebenwirkungen ist und zugleich über eine große therapeutische Breite verfügt, ist seine versuchsweise Anwendung mit keinerlei Gefahren verbunden.

Wenn Sie als Betroffener erkennen, dass Ihr Arzt nicht ausreichend mit dem Thema Strophanthin vertraut ist,

so überlassen Sie ihm vorübergehend diese Ausführungen. Ärzte müssen damit leben lernen, dass auch Patienten heute Zugriff auf Informationen haben, die ihnen früher verwehrt waren.

Ablehnung sollten Sie als Patient daher nur dann akzeptieren, wenn Ihr Arzt aus eigener Erfahrung spricht. Sollte er Erfahrung vorgeben, Ihnen aber eine versuchsweise Verordnung verweigern, so gehen Sie zu einem anderen Arzt und versuchen es da – es geht schließlich um Ihr Leben und nicht um seins.

Ärzte, die in der Anwendung von Strophanthin erfahren sind, haben jedenfalls ausschließlich gute Erfahrungen gemacht und werden daher auch keinen Grund sehen, Sie von dem Mittel fernzuhalten.

Es liegt mir fern, mit einer solchen Empfehlung meinen Berufsstand oder die mit ihr verbundene medizinische Forschung verächtlich zu machen. Ich sehe aber eine Interessenverflechtung von Kommerz und Medizin, die mit Erfolg oft nachhaltig verhindert, dass die gemeinsamen Interessen der Patienten ausreichend wahrgenommen und gewürdigt werden.

Patienten haben keine Lobby und müssen unter Umständen daher selbst tätig werden – jeder auf seine Weise. Dies ist der einzige Weg, Bevormundung zu entgehen, die im Falle des Strophanthins fast schon groteske Formen angenommen hat.

Kleine Fachkunde

Wer noch mehr über jene Gründe erfahren will, die dazu führten, dass ein Medikament mit dem hohen Stellenwert des Strophanthins aus dem Verordnungsschatz fast verschwunden ist, muss sich mit ein paar grundsätzlichen Fakten vertraut machen.

Da ist zunächst der Krankheitsbegriff *KHK*. Er steht als Abkürzung für Koronare Herzkrankheit. Als Koronargefäße werden die Arterien des Herzmuskels bezeichnet, die auf der Außenwand des Herzens verlaufen und sich aufzweigen. Mit dem Kürzel *KHK* wird zugleich aber auch voreilig auf den angeblichen Ort und die vermutete Ursache eines Herzinfarktes verwiesen. Dabei darf diese suggestive Begriffsbildung aber nicht davon ablenken, dass es sich hier um theoretische, unbewiesene Annahmen handelt.

Nach neuerer Auffassung steht am Anfang einer krankhaften Entwicklung ein chronischer Entzündungsprozess unbekannter Ursache in den Arterienwänden. Kleine Geschwüre provozieren Wundheilungsvorgänge, die zur Ausbildung von atheromatösen Plaques führen. Aufgrund ihrer weichen Konsistenz sind diese außerordentlich vulnerabel und im Falle ihrer Verletzung komme es zu einer überschießenden Thrombozyten-Ansammlung, die zum Verschluss der Arterie mit einem nachfolgendem Infarkt des von hier aus versorgten Muskelgewebes führen könne.

Eine andere – ebenfalls unbewiesene! – Theorie geht vom Myokard als dem Ort aus, an dem ein Herzinfarkt entsteht. Unter einem Myokard wird die Herzmuskelmasse als Ganzes verstanden. Da sie jedoch als Ausgangspunkt einer Krankheit, die zum Herzinfarkt führen kann, nicht anerkannt ist, existiert auch kein griffiger Terminus, der dem Begriff *KHK* vergleichbar wäre.

Nach dieser „etwas anderen“ Theorie der Infarktentstehung kommt es im Herzmuskel – trotz ausreichender Sauerstoffversorgung – durch Stoffwechselstörungen zunächst zu punktuellen Nekrosen (Gebetod), die bei anhaltender Störung zu größeren Arealen zusammenfließen können und zuletzt zum Infarktgeschehen werden.

Strophanthin gehört mit anderen, ähnlich aufgebauten Substanzen zur herzwirksamen Gruppe der *Glykoside*. Neben ihren vier Hauptwirkungen wurde diesen eine hypothetische fünfte Wirkung zugesprochen, die man als *Chemotropismus* bezeichnet. Strophanthin wirke „positiv chemotrop“ – im Gegensatz zum *Digitalis*, einem anderen, bekannten herzwirksamen Glykosid. Strophanthin kann intravenös und peroral (als Kapsel oder Tablette) angewendet werden.

Dreh- und Angelpunkt aller Kritik am Strophanthin ist seine angeblich zu geringe Resorption, also die Aufnahme eines Medikaments in das Blut aus einem Depot, das innerhalb des Organismus liegt – hier der Mund-Magen-Darm-Kanal.

Im Prinzip kann aus der verbleibenden Menge im Enddarm geschlossen werden, wie viel von der Substanz in

das Blut übergegangen ist – vorausgesetzt, der Stoff wird im Darm selbst nicht verändert. Die dann im Blut messbare Konzentration steht für Heilwirkungen, in diesem Fall am Herzen, zur Verfügung und wird als Bioverfügbarkeit bezeichnet.

Strophanthin wird im Darm chemisch nicht verändert und wird zu 100 Prozent resorbiert, was gleichfalls längst bewiesen wurde. Seine besondere Wasserlöslichkeit bringt es mit sich, dass es aus dem Blut sehr schnell in andere Körperflüssigkeiten übertritt. Die Konzentration im Blut hängt damit hauptsächlich davon ab, wie viel und wie oft man dieses Mittel einnimmt.

Ein Nachweis von nicht resorbiertem Strophanthin im Darminhalt der unteren Darmabschnitte ist stets erfolglos geblieben – obwohl das trotzdem immer wieder behauptet wurde.

Bis zum heutigen Tag gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung, in der die Zweifler an der Resorption des Strophanthins ihre Behauptung belegt hätten.

Diese, nach wissenschaftlichen Kriterien also längst geklärte Frage, wurde in den frühen 1950er Jahren – höchst unwissenschaftlich – trotzdem durch neue, abwertende Behauptungen neu ins Spiel gebracht, und schnell wie ein Gerücht verbreitete sich die neue „Wahrheit“ rasch unter jenen, die ein Interesse an einer solchen Fehlentwicklung hatten. Wie sich nach und nach jedoch herausstellte, gab es aber niemanden unter diesen Kritikern, der aus eigener Sachkenntnis über die Resorptions- und Wirkungsfrage urteilen konnte, da keiner von ihnen jemals eine Untersuchung in dieser Richtung angestellt, noch irgendwann mit oralem Strophanthin gearbeitet hatte.⁴

Eine Reaktion auf diesen Skandal, der ja wesentlich dazu beitrug, dass bis heute dem Strophanthin seine guten Wirkungen abgesprochen werden, gibt es nicht!

Ouabain

Unter dieser anglo-amerikanischen Bezeichnung für das *g-Strophanthin* laufen weltweite Studien. Diese befassen sich aber nicht mit dem hier angesprochenen Problembereich, sondern untersuchen vorwiegend Elektrolytvorgänge auf zellulärer Ebene.

Seit Anfang der 1990er Jahre ist bekannt, dass Ouabain neben anderen, gleichfalls herzwirksamen Glykosiden in der Nebenniere als körpereigenes Hormon produziert wird, dessen physiologische Bedeutung – bis auf wenige Erkenntnisse, die an Versuchstieren gewonnen wurden – aber unbekannt ist. Dennoch gibt es bis heute keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die diese Entdeckung in einen Zusammenhang mit den alten Erkenntnissen bringen, die als fast ausschließlich deutsche Spezialität der heutigen internationalen Forschergemeinde unbekannt sein könnte. Die Beobachtung, dass auch der Herzmuskel der Ratte (und wahrscheinlich auch der des Menschen) Strophanthin bildet, und zwar vermehrt bei Sauerstoffmangel, bildet aber eine Brücke zu den therapeutischen Erfahrungen.⁵

Die große Zahl Infarkt-toter und die offensichtliche Fehleinschätzung der Resorptionsbedingungen von Ouabain im menschlichen Körper sollten bereits Grund genug sein, die Untersuchungen dort wieder aufzunehmen, wo man sie einst unter fragwürdigen Umständen beendete.

Dies wurde nur ansatzweise in einer Studie zum Thema getan, in der beobachtet wurde, dass 15 Minuten nach maximaler körperlicher Belastung der Ouabain Spiegel bei Sportlern deutlich ansteigt – stärker noch bei nicht trainierten gesunden Versuchspersonen –, und danach schnell wieder abfällt. Diese Studie zeigte auch, dass Betablocker und ACE-Hemmer die körpereigene Bildung von Strophanthin beim Hund fast vollständig verhindern. Sollte das auch beim Menschen der Fall sein, könnte sich dies sehr nachteilig auswirken.⁶

Eine interessante Anmerkung zum Thema „endogen gebildetes Ouabain (g-Strophanthin)“ machen Husemann und Wolff in ihrem Lehrbuch „Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst“⁷. Dort heißt es:

„Schon früher wurde aufgrund verschiedener Experimente ein ‚Herzhormon‘ postuliert, das interessanterweise der Leber entstammen sollte. Jedenfalls bewirkt die experimentelle Ausschaltung der Leber eine innerhalb von Minuten eintretende Funktionsstörung des Herzmuskels. Diese kann sowohl durch Wiedereinschaltung der Leber wie durch Strophanthin behoben werden [...] Es war naheliegend, an ein

Steroidhormon bzw. eine strophanthin-ähnliche körpereigene Substanz zu denken, die damals aber nicht isoliert werden konnte [...] Es ist durchaus möglich, dass eines Tages ein körpereigenes Herzhormon von Steroidcharakter evtl. sogar Glykosid gefunden wird.“

Was gestern noch prophetische Worte waren, ist heute aber teilweise Realität geworden: Wir wissen, dass g-Strophanthin (Ouabain) als hormonale Substanz in der Nebennierenrinde, im Gehirn und im Herzmuskel gebildet wird. Worin die Aufgabe von g-Strophanthin (Ouabain) als „Herzhormon“ genau besteht, wird sich in der Zukunft erweisen.

Zusammenfassung und Therapieempfehlung

Der Strophanthin-Test

Da eine solche Studie über Strophanthin zwar dringend erwünscht wäre, aber nirgendwo konkret geplant ist, bleibt offen, wie dem herzkranken Patient trotzdem geholfen werden kann.

Als Haupthindernis erweist sich die geistige Unfähigkeit der betroffenen Kranken. Sie wollen nicht als richtig anerkennen, was durch den vermeintlich kompetenten Arzt derart infrage gestellt wird.

Der Diplom-Chemiker Walter Dürsch, Autor des Buches „Sind die meisten Infarkte verhütbar?“, hat das selbst erlebt und folgendermaßen beschrieben:

„Aufgrund meiner überraschend guten eigenen Erfahrungen versuchte ich ab Mitte Mai 1987 auch Mitpatienten und Contra-Ärzte von den Vorteilen einer Therapie mit oralem g-Strophanthin zu überzeugen. [Anmerkung: Dürsch hatte einen Herzinfarkt und unterzog sich danach einer Bypass-OP.] Dabei merkte ich bald, dass sogar gut befreundete Mitpatienten nur die Medikamente einnehmen konnten, durften und wollten, die ihnen ihre Contra-Ärzte verordneten. Diesen Standpunkt musste ich respektieren, musste freilich auch miterleben, dass eine uns nahestehende ‚Kegel-Schwester‘ einen Herzinfarkt erlitt und ein Studien-Freund sogar an Herzinfarkt starb. Unter pro-geprägten Umständen würde er hochwahrscheinlich noch leben. Auch die meisten Diskussionen mit Contra-Ärzten verliefen frustrierend. Sie ergaben meist, dass diese Ärzte selbst nur sehr wenig über orales g-Strophanthin wussten. Sie lehnten es jedoch aufgrund ihrer einseitigen Contra-Prägung energisch ab und brachen tiefer schürfende Auseinandersetzungen bald von sich aus ab.“

Seither sind weitere 23 Jahre vergangen und es ist anzunehmen, dass es nur wenige Ärzte gibt, die überhaupt noch in der Lage sind, sich diesem Thema kompetent zu widmen.

Also muss jeder Betroffene für sich selbst entscheiden – es sei denn, er hat das Glück, auf einen Arzt zu stoßen, der bereit ist, ausnahmsweise von ihm zu lernen.

Dr. Berthold Kern, seinerzeit Kardiologe in Stuttgart und der hervorragendste Kenner einer oralen Strophanthin-Therapie, gab angesichts dieser Behandlungssituation folgende Empfehlungen:

„Jeder Kranke, der auch nur geringe Symptome einer ‚organischen‘ oder sogenannten ‚funktionellen‘ (= ‚nervösen‘) Störung des Herzens oder des sogenannten ‚Kreislaufs‘ bietet oder zu bieten verdächtig ist, sollte einer Probe-Strophanthinbehandlung unterzogen werden.“

Die Behandlung sollte mit ausreichender Höhe und Kontinuität der Dosierung – mindestens 2, besser 3 – 4 Darreichungen täglich – und mit ausreichender Dauer durchgeführt werden – mindestens eine Woche, mitunter wesentlich länger.

Es sollte bedacht werden, dass die Strophanthin-Wirkung Magnesium und Kalium benötigt, dessen Zufuhr überprüft und gegebenenfalls ergänzt werden sollte.

Zeigt sich keine Besserung, so sollte nach weiteren ursächlichen Krankheitsfaktoren geforscht werden. Zeigt sich dagegen subjektiv und objektiv (nach den wiederholt betonten Kriterien) eine deutliche Besserung, so ist erwiesen, dass ein strophanthinbedürftiger und strophanthinreversibler Missstand des Myokards vorliegt. Im Zweifel kann das Ergebnis durch wiederholte Probegaben nach jeweils mehrwöchiger Probekarenz gesichert werden.“

Auch aus klinischen Untersuchungen mit oralem Strophanthin entstand um 1920 der „Strophanthin-Schnelltest“ der Sprechstunde:

„2 Tabletten à 3 mg zerkaut und verteilt im Munde gelöst. Meist schon nach 5 – 10 Minuten bringt das den gewünschten Aufschluss.“

Und wieder muss verwundern, dass eine derart bewährte, einfache und besonders wichtige diagnostische Methode – zudem ohne jegliche Gefahren – so völlig aus dem praktischen Medizinalltag verschwunden ist!

In heutigen Zeiten zunehmender Selbstmedikation – auch als Folge medienvermittelter Werbebotschaften – wird es Betroffenen aber vielleicht häufiger möglich sein, einen solchen Test für sich einzufordern und dann auch durchzuführen. Dabei ist es belanglos, welcher ursächlichen Theorie Arzt oder Patient anhängen. Bei eingeschränkter Sauerstoffzufuhr zum Herzen – egal aus welcher Ursache – bewirkt Strophanthin nämlich stets eine deutliche Symptomabschwächung, wie sich in Versuchen gezeigt hat.

Daraus folgt, dass die Strophanthingabe bei entsprechender Symptomatik nach wie vor ein unbedingtes Muss ist, seine Verweigerung sogar den Tatbestand einer unterlassenen Hilfeleistung erfüllt bzw. als Kunstfehler zu bezeichnen ist – auch wenn dies gegenwärtig nur ein medizinisches Urteil ohne rechtliche Konsequenzen darstellt.

Therapieempfehlung

Die Entstehung eines Herzinfarkts ist heute – hinsichtlich seiner Vorbedingungen und der ihn auslösenden Ursachen – offenbar keineswegs so eindeutig geklärt, wie die herrschende Theorie derzeit glauben macht.

Die Bedeutung des Strophanthins als Herzmedikament wird erfahrungswissenschaftlich und schulmedizinisch völlig konträr beurteilt. In Anbetracht der endogenen, körpereigenen Produktion dieses Stoffes wurden wichtige Fragen bislang noch nicht überzeugend geklärt und müssen zum Teil neu gestellt werden, vor allem die der Resorption.

Da der Kranke aber diese wissenschaftlichen Klärungsprozesse nicht abwarten kann, sei ihm hiermit dringend empfohlen, eigene Wege zu beschreiten.

Sie leiden an Herzbeschwerden, Angina-pectoris-Anfällen oder haben bereits einen Herzinfarkt erlitten? Dann tun Sie folgendes:

Bitten Sie Ihren Arzt um die Verordnung von Strophanthin, das in vier verschiedenen Zubereitungen erhältlich ist:

- Strodival 3 mg
- Strodival mr 3 mg
- Strophanthin-Tropfen der Schlossapotheke in Koblenz und der Apotheke am Markt in Ellwangen
- Ampullen zur intravenösen Verabreichung (Schlossapotheke Koblenz)

Die Strodival-3-mg-Kapsel wird bei Bedarf zerbissen und ihr Inhalt im Mund resorbiert. Die Tropfen kann man ebenfalls am besten über die Mundschleimhaut aufnehmen. Die Strodival-mr-Kapsel („mr“ steht für „magenresistent“) mit 3 mg Wirkstoff ist zur regelmäßigen und andauernden Einnahme.

Ist eine Dauereinnahme von Strodival mr beabsichtigt, kann gefahrlos folgendes Einnahmeschema angewandt werden:

- 2 x 1 für eine Woche
- 3 x 1 für eine weitere Woche
- 2 x 2 für eine weitere Woche
- 3 x 2 für eine weitere Woche
- 3 x 3 für eine weitere Woche
- 3 x 4 für eine weitere Woche

Bei guter Wirkung behalten Sie die Dosis auf der jeweiligen Stufe bei. Da Strophanthin sich mit allen bekannten Medikamenten ohne Interaktionen problemlos verträgt, kann der Arzt es zuerst zusätzlich

verschreiben, und dann bei verbesserter Symptomatik die anderen Medikamente ausschleichen oder absetzen. Strophanthin sollte ebenfalls unbedingt ausgeschlichen werden, um die körpereigene Bildung wieder hochfahren zu lassen. Sprechen Sie Ihr Vorgehen bitte unbedingt mit Ihrem Therapeuten ab!

Literaturverweise und Weblinks

- Petry, Rolf-Jürgen: „Die Lösung des Herzinfarkt-Problems durch Strophanthin – Die Verhinderung der optimalen Vorbeugung und Behandlung“ (Bremen: Florilegium Verlag, 2006, 2. Aufl. 2010)
- Einführung zum Thema: <http://strophanthin.twoday.net>
- Website von Dr. Debusmann mit ausführlichem Literaturteil: www.strophantus.de
- Deutsche Website mit zahlreichen Artikeln: www.strophanthin.de
- Arztlisten und weitere Infos erhältlich bei Rolf-Jürgen Petry unter strophanthin@web.de

Endnoten

1. Nimitz-Köster, Renate: „Die große Hormon-Blamage“ in Der Spiegel, 2001, Nr. 30, 23.07.01; <http://tinyurl.com/3x8zqcq>
 2. Schaefer, Hans; Jentsch, Gottfried; Huber, Ellis und Wegener, Bernd: „Herzinfarkt-Report 2000“ (Urban & Fischer, 2000), S. 8
 3. Kämmerer, Wolfgang: „Strophanthin wirkt wie ein Hormon“ in Pharmazeutische Zeitung, 1999, (114):32-7; <http://tinyurl.com/32jqpxz>
 4. Kern, Dr. med. Berthold: „Der Myokardinfarkt“ (Haug, 1969), S. 170 ff.
 5. D’Urso, G. et al.: „Production of ouabain-like factor in normal and ischemic rat heart“ in J Cardiovasc Pharmacol, 2004, (43):657-62
 6. Bauer, Natali et al.: „Ouabain-like compound changes rapidly on physical exercise in humans and dogs“ in Hypertension, 2005, (45):1024-8
 7. Husemann und Wolff in ihrem Lehrbuch „Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst“, Band III (Verlag Freies Geistesleben, 1993, 4. Aufl.), S. 176
-