

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Stellenwert von Amantadin im
medikamentösen Behandlungskonzept
des M. Parkinson**

Ott E

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2003; 4 (3), 33

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria_HFB/Alto/Wiki | Stock Adobe

STELLENWERT VON AMANTADIN IM MEDIKAMENTÖSEN BEHANDLUNGSKONZEPT DES M. PARKINSON

E. Ott

STELLUNGNAHME
ZU M. PARKINSON
UND AMANTADIN

Für die medikamentöse Behandlung des M. Parkinson (Synonym: idiopathisches Parkinsonsyndrom, IPS) stehen mehrere Substanzgruppen zur Verfügung, die sich auf Basis ihrer pharmakologischen Eigenschaften wie folgt einteilen lassen:

- a) Dopaminerge Ersatztherapie
 - L-Dopa (und DH)
 - Dopaminagonisten (DA)
- b) In den Dopaminstoffwechsel eingreifend
 - MAO-B-Inhibitoren
 - COMT-Inhibitoren
- c) Nichtdopaminerge Substanzen
 - Anticholinergika
 - Amantadine

Obwohl sich seit einigen Jahren im generellen therapeutischen Konzept des Morbus Parkinson (M. P.) der Stellenwert der Medikamente für die Initialbehandlung zugunsten der Dopaminagonisten verschoben hat, gilt L-Dopa noch immer als Goldstandard in der Parkinsontherapie. L-Dopa wirkt in allen Krankheitsstadien auf alle Kardinalsymptome des M. P. und zeigt konstant in Vergleichsstudien mit anderen dopaminergen Ersatzstoffen die bessere Wirkung auf die motorischen Symptome. Der Wirkungseintritt ist rasch.

Die Indikation zur L-Dopa-Behandlung richtet sich heute in erster Linie nach der objektiven und subjektiven Behinderung, wobei davon auszugehen ist, daß praktisch jeder Parkinsonpatient in seinem Krankheitsverlauf irgendwann einmal „L-Dopa-pflichtig“ wird. Da aber neben den objektiven klinischen Kriterien, wie etwa der UPDRS-Skala, auch die subjektive Einschätzung der Behinderung durch den Patienten selbst sehr wesentlich ist, kann die objektive „L-Dopa-Pflicht“ nicht alleine anhand klinischer Kriterien festgelegt werden. Dies gilt vor allem für M. P.-Patienten mit objektiver geringer Behinderung, aber der subjektiven Notwendigkeit einer rasch einsetzenden wirksamen Parkinsonbehandlung.

Das Nebenwirkungsprofil von L-Dopa ist zwar ähnlich dem der übrigen dopaminergen Ersatzstoffe, unterscheidet sich aber im Langzeitgebrauch wesentlich. Die langjährige Erfahrung mit der Substanz hat gezeigt, daß ein Großteil der so behandelten Patienten mit M. P. nach etwa 2–10 Jahren Nebenwirkungen entfaltet, die durch Wirkungsfluktuationen und/oder Dyskinesien gekennzeichnet sind und üblicherweise als L-Dopa-Langzeitsyndrom bezeichnet werden. Sie treten umso rascher auf, je höher die verabreichte L-Dopa-Dosis ist. Aus diesem Grund versucht man vor allem bei jüngeren Patienten mit M. P. den Einsatz von L-Dopa zu verzögern. Eine vorausgehende Monotherapie mit einem Dopaminagonisten oder die frühe Kombinationsbehandlung können die Ausprägung des L-Dopa-Langzeitsyndroms mitigieren.

Die Wirkung von L-Dopa-Präparaten kann durch Substanzen, die direkt in den Dopaminstoffwechsel eingreifen (COMT- und MAO-B-Hemmer), modifiziert werden.

Im Frühstadium der Erkrankung werden also vor allem bei jüngeren Patienten Dopaminagonisten (DA) verabreicht, die den Vorteil haben, nicht dem Dopaminstoffwechsel zu unterliegen. Darüber hinaus ist ihr Hauptangriffspunkt an der postsynaptischen Nervenendigung, die beim IPS relativ lange weitestgehend intakt bleibt. Allerdings müssen DA langsam auftitriert werden, weswegen sie für einen raschen Therapieeinsatz nicht in Frage kommen.

Amantadine spielen im Behandlungskonzept des M. P. insofern eine wichtige Rolle, als sie aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften als NMDA-Antagonisten in jedem Stadium der Erkrankung eingesetzt und auch parenteral verabreicht werden können. Damit haben sie sich vor allem in akinetischen Krisen (200–

400 mg/d) und bei der Behandlung des L-Dopa-Langzeitsyndroms (v. a. Dyskinesien) bewährt. In fortgeschrittenen Stadien des IPS kann man sich auch eine gewisse vigilanzsteigernde Wirkung des Amantadins zunutze machen, da die Patienten dadurch den Rehabilitationsmaßnahmen besser zugänglich werden. Allerdings besitzen Amantadine eine gewisse Potenz an psychotischen Nebenwirkungen, welche vor allem bei älteren Patienten gebrauchslimitierend sein kann.

Im Sinne des derzeit gültigen Behandlungskonzeptes können Amantadine in der Frühphase des IPS vor allem dann eingesetzt werden (200–300 mg/d), wenn die Behinderung des Patienten subjektiv und objektiv noch gering ist. Sie wirken auf alle Symptome des IPS schwächer als L-Dopa, weswegen sie letztlich diese Therapieform in weiterer Folge nicht ersetzen können. Aufgrund eigener Erfahrungen ist eine Monotherapie mit Amantadin in der Frühphase des IPS nur für einen begrenzten Zeitraum von etwa 6–12 Monaten möglich. Dann muß meist eine Kombinationstherapie mit einem DA und in weiterer Folge auch mit einem L-Dopa-Präparat angestrebt werden.

Anticholinergika haben eine gute Wirkung gegen den Parkinsontremor. Andere Symptome des IPS können damit nicht ausreichend beeinflusst werden. Wegen dieser therapeutischen Limitationen ist ihre Anwendung immer mehr in den Hintergrund getreten. Bei Patienten mit kognitiven Defiziten sind sie kontraindiziert.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Erwin Ott
Vorstand der Universitätsklinik
für Neurologie
Karl-Franzens-Universität
Auenbrugger Platz 22
A-8036 Graz
E-Mail: erwin.ott@uni-graz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)