

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Interview mit Univ.-Prof. Dr. med.
Thomas Brücke, Neurologische
Abteilung, Wilhelminenspital, Wien:**

**Positiver Nutzen des
vigilanzsteigernden Effektes von
Amantidin - auch bei anderen
neurologischen Erkrankungen mit
Tagesmüdigkeit**

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2003; 4 (1)

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

POSITIVER NUTZEN DES VIGILANZSTIEGERNDEN EFFEKTS VON AMANTADIN – AUCH BEI ANDEREN NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN MIT TAGESMÜDIGKEIT

INTERVIEW

Interview mit Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Brücke, Neurologische Abteilung, Wilhelminenspital, Wien

Wie bewerten Sie die Glutamatantagonisten wie PK-Merz? Würden Sie PK-Merz in allen Stadien der Erkrankung zur Senkung der L-Dopa-Dosis einsetzen, bzw. wäre auf diese Weise L-Dopa in der Frühphase ganz zu ersetzen? Welche Dosierung wäre dann nötig?

PK-Merz ist sowohl in der Frühphase der Parkinsonschen Erkrankung als auch in Spätstadien einsetzbar. Im Anfangsstadium der Erkrankung kann – in Abhängigkeit vom Schweregrad – eine Monotherapie mit PK-Merz versucht und damit der Einsatz einer dopaminergen Therapie mit Dopaminagonisten oder L-Dopa hinausgezögert werden. Die nötige Dosierung liegt bei 3×1 bis max. 3×2 Tbl. PK-Merz bzw. Hofcomant.

Amantadin steigert, so zeigten Untersuchungen von Jörg et al., im Gegensatz zu allen Dopaminergika die Vigilanz und wirkt so der Tagesmüdigkeit der Parkinsonpatienten entgegen. Konnten Sie ähnliche Beobachtungen unter einer PK-Merz-Behandlung machen, und wie bewerten Sie diese Tatsache?

Der Vorteil von PK-Merz gegenüber Dopaminagonisten oder L-Dopa besteht u. a. auch darin, daß keine Somnolenz induziert wird, sondern die Vigilanz der Patienten unter Umständen gesteigert werden kann. Der vigilanzsteigernde Effekt von PK-Merz kann auch bei anderen neurologischen Erkrankungen, die mit vermehrter Tagesmüdigkeit einhergehen, wie z. B. multipler Sklerose, positiv genutzt werden.

Welchen Stellenwert besitzt die Pharmakotherapie bei M. Parkinson? Welche entscheidende Rolle spielt hier das dopaminerge System, welche das glutamaterge?

Die Pharmakotherapie ist die wesentlichste Säule in der Behandlung der Parkinsonschen Erkrankung. Das dopaminerge System spielt in der Therapie die zentrale, das glutamaterge

erge System eine zum dopaminergen System antagonistische Rolle. Dies erklärt wiederum, warum Glutamatantagonisten in der Therapie der Parkinsonschen Erkrankung eingesetzt werden können.

Die Monotherapie des M. Parkinson mit L-Dopa ist äußerst problematisch, da sie häufig zu motorischen Spätkomplikationen wie Dyskinesien und Fluktuationen führt. Als Rationale in der Parkinson-Behandlung gilt daher heute die Kombinationstherapie. Wie sieht Ihr Therapieschema bei De-novo-Patienten aus, wie in späteren Stadien?

Das Therapieschema bei De-novo-Parkinson-Patienten richtet sich primär nach dem Alter der Patienten. Während bei Patienten über 70 Jahren bzw. biologisch älteren Patienten nach wie vor die Dopa-Therapie im Vordergrund steht, sollten jüngere Patienten primär nicht mit einer Dopa-Monotherapie behandelt werden, um das Dopa-Langzeitsyndrom zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Bei jüngeren De-novo-Parkinson-Patienten mit eher leicht ausgeprägter Symptomatik kann primär eine Monotherapie mit PK-Merz oder auch Selegilin oder eine Kombination dieser beiden Präparate versucht werden. Bei Zunahme der Beschwerden sollte dann eine Therapie mit Dopaminagonisten erfolgen, und erst wenn mit diesen Präparaten nicht das Auslangen gefunden wird, eine Kombination aus Dopaminagonisten und Dopa.

In welchen Stadien der Erkrankung können Sie den Einsatz von Amantadinsulfat empfehlen? Warum? In welcher Dosierung?

Der Einsatz von Amantadinsulfat ist nicht nur im Frühstadium der Erkrankung gerechtfertigt, sondern vor allem auch in späteren Stadien der Erkrankung, in denen Fluktuationen in der Beweglichkeit mit On-/Off-Phasen und Dyskinesien auftreten. Bei diesen Patienten kann der Einsatz von

Amantadinsulfat einerseits zu einer Verbesserung der Beweglichkeit in den Off-Phasen führen, andererseits zu einer Abnahme der Dys- und Hyperkinesien. Die Dosierung liegt bei 3×1 bis 3×2 Tbl. täglich.

L-Dopa, Glutamatantagonisten, Dopaminagonisten, Anticholinergika, COMT-Hemmer, MAO-B-Hemmer – wie bewerten Sie die einzelnen Substanzgruppen für eine rationale Parkinsontherapie?

Diese Frage ist teilweise schon beantwortet. L-Dopa ist nach wie vor der Goldstandard in der Parkinson-Therapie und die wirksamste Therapie, deren Einsatz allerdings bei jüngeren Parkinson-Patienten nicht primär erfolgen soll.

Glutamatantagonisten wie Amantadinsulfat können, wie bereits erwähnt, im Früh- und Spätstadium der Erkrankung eingesetzt werden. Denkbar ist, daß diese Substanzen auch einen neuroprotektiven Effekt aufweisen, der bisher aber nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist.

Dopaminagonisten werden vor allem im Frühstadium der Erkrankung zunehmend primär eingesetzt, verhindern oder verzögern das Auftreten der Dopa-Spätkomplikationen und können über mehrere Jahre auch als Monotherapie eingesetzt werden. Nach wie vor wichtig sind Dopaminagonisten aber auch im Spätstadium der Erkrankung, da sie dort beim Auftreten von Fluktuationen in Kombination mit Dopa-Präparaten eingesetzt werden können und zu einer Einsparung der Dopa-Gesamttagesdosis führen können. Besonders interessant sind Dopaminagonisten mit langer Halbwertszeit, die aufgrund theoretischer Überlegungen besonders geeignet sein sollten, das Auftreten von Dyskinesien zu verhindern oder zu vermindern. Neueste Forschungsergebnisse aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren weisen auf einen neuroprotektiven Effekt von Dopaminagonisten hin.

Anticholinergika haben ihre früher wichtige Rolle in der Parkinson-Therapie verloren, sie werden vor allem noch bei Patienten mit im Vordergrund stehendem Tremor eingesetzt, wobei bei älteren Patienten mit mnestischen Problemen Vorsicht bei dem Einsatz dieser Substanzen geboten ist.

COMT-Hemmer verstärken den Dopa-Effekt und führen zu einer

Verlängerung der täglichen On-Zeiten bei fluktuierenden Patienten. Durch den Einsatz von COMT-Hemmern können Dopa-Plasmaspiegel etwas geglättet werden. Dies kann bei gleichzeitiger Reduktion der Dopa-Tagesdosis zu einer ausgeglicheneren Antiparkinsonwirkung führen.

Untersuchungen haben gezeigt, daß die Wirksamkeit von Amantadin auch über einen Zeitraum von einem

Jahr hinaus nicht nachläßt. Wie ist diese Beobachtung zu bewerten?

Die Untersuchungsergebnisse, die zeigen, daß die Wirksamkeit von Amantadin über einen längeren Zeitraum nicht nachläßt, sind prinzipiell ermutigend und belegen die Sinnhaftigkeit des Einsatzes dieser Präparate auch über einen längeren Zeitraum.

Wir danken für das Gespräch.

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](#)