

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Interview mit Univ.-Prof. Dr.
Gerhard Ransmayr, Allgemeines
öffentliches Krankenhaus der Stadt
Linz: Einsatz von Amantadin bereits
zu Beginn der Parkinsonerkrankung**

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2002; 3 (3)

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/THP/Alto/Warri | Stock Adobe

EINSATZ VON AMANTADIN BEREITS ZU BEGINN DER PARKINSONERKRANKUNG

INTERVIEW

Interview mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Ransmayr,
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Stadt Linz

L-Dopa gilt nach wie vor als Goldstandard, doch wird in der Initialtherapie heute eher auf andere Substanzen ausgewichen bzw. eine „Low-dose“-Behandlung propagiert. Wo liegen die Gründe, und wie würden Sie einen De-novo-Patienten im Frühstadium der Parkinsonerkrankung behandeln?

Da es unter L-Dopa, vor allem bei jüngeren Patienten, nach wenigen Jahren zu Nebenwirkungen in Form des L-Dopa-Langzeitsyndroms (motorische Fluktuationen und Dyskinesien) kommt, soll der allgemeine Grundsatz gelten, daß L-Dopa so spät als möglich eingesetzt wird. Dies bedeutet, daß man De-novo-Patienten vorerst mit mild-symptomatisch wirksamen Medikamenten, wie z. B. Amantadin, Deprenyl oder Budipin behandelt, später, wenn möglich, mit Dopaminagonisten und nur, wenn Dopaminagonisten nicht ausreichen bzw. wegen Nebenwirkungen nicht geeignet sind, mit L-Dopa.

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 (Amantadin) ist bei geringen Parkinsonsymptomen gut wirksam und kann auch dazu beitragen, die Therapie mit L-Dopa oder einem Dopaminagonisten hinauszuzögern. Erfahrungsgemäß kann PK-Merz L-Dopa nur zu Behandlungsbeginn, und da meist nur über wenige Monate, ersetzen. Die dafür übliche Dosis beträgt 3×100 mg.

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 PK-Merz-Behandlung machen, und wie bewerten Sie diese Tatsache?

Die vigilanzsteigernde bzw. tagesmüdigkeitshemmende Wirkung von PK-Merz wird in der Literatur beschrieben. Ähnliche Beobachtungen konnte ich vor allem bei Patienten mit fortgeschrittener Parkinsonerkrankung unter PK-Merz-Infusionen machen.

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

Wir empfehlen Amantadinsulfat zu Krankheitsbeginn, um die Gabe von Dopaminagonisten bzw. L-Dopa hinauszuzögern; in der Phase des mittelgradig fortgeschrittenen Parkinsonsyndroms, wenn therapieinduzierte Dyskinesien auftreten, um die Dyskinesien zu reduzieren; sowie im fortgeschrittenen Krankheitsstadium, wo Amantadinsulfat eine gute parenterale therapeutische Alternative darstellt. Die Tagesdosierungen bewegen sich um 300 mg.

L-Dopa, Glutamatantagonisten, Dopaminagonisten, Anticholinergika, COMT-Hemmer, MAO-B-Hemmer. Wie bewerten Sie die einzelnen Substanzgruppen für eine rationale Parkinson-Therapie?

L-Dopa ist nach einigen Jahren Erkrankungsdauer trotz optimaler Therapie mit Dopaminagonisten in den meisten Fällen unverzichtbar. L-Dopa führt jedoch in den meisten Fällen zum L-Dopa-Langzeitsyndrom.

Bezüglich der Glutamatrezeptorantagonisten (vor allem Amantadin) gilt das bereits zuvor gesagte (siehe oben).

Dopaminagonisten sind die Therapie der ersten Wahl zu Beginn bzw. bei leicht fortgeschrittenem Parkinsonsyndrom, vor allem bei jüngeren Patienten, Anticholinergika dagegen fast ausschließlich bei Patienten mit heftigem Tremor, die auf andere Medikamente nicht ansprechen. Die Behandlung mit COMT-Hemmer (Entacapone) hilft, die Bioverfügbarkeit von L-Dopa zu steigern und vermindert damit das

Wearing-off-Phänomen. Der MAO-B-Hemmer Deprenyl wirkt leicht depressionslindernd und hat einen geringen Effekt auf das Wearing-off-Phänomen. Weiters kann die Substanz vor Beginn der L-Dopa bzw. Dopaminagonisten zur Therapie angewandt werden.

Wann wäre eine Monotherapie, wann eine Kombinationstherapie indiziert? Welche wären die Kombinationspartner?

Kombinationstherapien sind immer dann indiziert, wenn man mit Monotherapien (siehe obige Indikationen) nicht das Auslangen findet. Die klassischen Kombinationspartner sind L-Dopa und Dopaminagonisten, L-Dopa und COMT-Hemmer, L-Dopa und Amantadin, aber auch andere Kombinationen sind möglich.

Untersuchungen haben gezeigt, daß die Wirksamkeit von Amantadin auch über einen Zeitraum von einem Jahr nicht nachläßt. Wie ist diese Beobachtung zu bewerten?

Diese Beobachtung weist darauf hin, daß es Sinn macht, Amantadin länger als 1 Jahr zu verabreichen.

Angenommen, Sie diagnostizieren bei einem 42jährigen männlichen Patienten M. Parkinson. Wie sieht Ihr kurz-, mittel- und langfristiges Therapieregime aus?

Therapiebeginn mit Amantadin und/oder L-Deprenyl; bei heftigem Tremor eventuell Anticholinergikum. Wenn diese Therapie nicht ausreicht, Dopaminagonist. Mittelfristig reichen Dopaminagonisten nicht und müssen durch L-Dopa-Therapie ergänzt werden. Mit längerer Krankheitsdauer und Zunahme des L-Dopa-Langzeitsyndroms sind Kombinationstherapien erforderlich. Im weitest fortgeschrittenen Krankheitsstadium soll die Apomorphin-Therapie überlegt werden. Schließlich kommen auch operative Therapieverfahren, wie Deep-Brain-Stimulation, in Betracht.

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](#)