

Alt werden mit Rheuma: nicht weniger, sondern präziser behandeln

Im Alter verändert sich nicht nur der Körper, sondern auch das Immunsystem. Infekte verlaufen schwerer als noch in jüngeren Jahren, Impfungen können schwächer wirken, und zugleich nimmt die Neigung zu chronischen Entzündungen zu. Was diese Immunalterung - in der Medizin spricht man auch von Immunseneszenz - für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen bedeutet, diskutierten Expertinnen und Experten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinischen Immunologie e. V. (DGRh) auf der Kongress-Presskonferenz am 12. September 2026. Diese fand anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 statt.

Der Anteil der Über-65-Jährigen an der Bevölkerung in Deutschland liegt derzeit bei knapp einem Viertel und wird in den kommenden Jahren weiter steigen. „Auch die Rheumatologie wird älter - und zwar in doppelter Hinsicht“, sagt Professor Dr. med. Jan Leipe, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Kiel. Zum einen sorgen Fortschritte in der Therapie dafür, dass Menschen mit bestehenden rheumatischen Erkrankungen ein immer höheres Lebensalter erreichen. Zum anderen treten Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auf und werden mit der demografischen Entwicklung häufiger.

Immunalterung ist keine einfache Immunschwäche

Mit dem Alter nehmen Zahl und Vielfalt naiver T- und B-Zellen ab; zugleich entsteht ein chronisch niedriggradig entzündliches Milieu. Hierfür wurde der Begriff „Inflamagings“ geprägt, zusammengesetzt aus den englischen Wörtern für „Entzündung“ und „Altern“. Gleichzeitig verändern sich Infektabwehr, Impfantwort und Gewebereparatur. Für die Behandlung zählt deshalb nicht allein das Lebensalter, sondern auch das Zusammenspiel von Krankheitsaktivität, Organfunktion, Gebrechlichkeit und Begleiterkrankungen.

Altersveränderungen erschweren die Diagnose

„Schmerzen in Muskeln und Gelenken, aber auch Müdigkeit und Erschöpfung können auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung hinweisen. Gerade bei älteren Menschen besteht die Gefahr, dass solche Beschwerden als normale Alterserscheinungen abgetan werden“, sagt Leipe. Umgekehrt könnten alterstypische degenerative Veränderungen auch als aktive rheumatische Erkrankung fehlinterpretiert werden. Der DGRh-Experte plädiert daher für einen umfassenden diagnostischen Blick: Mögliche Rheuma-Symptome wie Gelenkschwellungen oder Morgensteifigkeit müssten strukturiert erfasst werden; ebenso Funktionsniveau, Sturzrisiko, Nieren- und Leberfunktion, vorausgegangene Infektionen und die eingenommenen Medikamente.

Hohes Alter ist kein Grund für Unterbehandlung

Entzündliche Erkrankungen sollten auch im hohen Alter konsequent behandelt werden. „Unkontrollierte Entzündungen fördern den Muskelabbau und die Gebrechlichkeit und erhöhen das Risiko für Herzinfarkte oder Schlaganfälle“, betont Leipe. Bei rheumatoider Arthritis liegt das Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse etwa 55 Prozent über dem der Allgemeinbevölkerung.

Gleichzeitig können Nebenwirkungen immunsuppressiver Therapien im höheren Lebensalter stärker ins Gewicht fallen. „Die richtige Konsequenz ist daher nicht weniger Therapie, sondern eine präzisere Therapie“, so der Experte. Dabei sollten auch Herz-Kreislauf-Risiken, Impfstatus und Infektionsrisiken systematisch berücksichtigt werden. Eine strukturierte kardiovaskuläre Risikoabschätzung sollte mindestens alle 5 Jahre, bei Hochrisikopatientinnen und -patienten jährlich erfolgen.

Was Patientinnen und Patienten selbst tun können

Patientinnen und Patienten mit rheumaähnlichen Beschwerden oder bereits diagnostiziertem Rheuma rät Leipe dazu, neue Gelenkschwellungen oder Allgemeinsymptome nicht einfach dem Alter zuzuschreiben, sondern immer ärztlich abklären zu lassen. Auch Impfstatus, Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker sollten bei Arztbesuchen regelmäßig angesprochen werden. „Wichtig ist es auch, Medikamente nicht selbst abzusetzen – auch dann nicht, wenn Nebenwirkungen oder ein Infekt auftreten. Dann lieber frühzeitig das Behandlungsteam kontaktieren“, so Leipe. Und nicht zuletzt: In Bewegung bleiben. Art und Umfang der Bewegung sollten an die eigene Leistungsfähigkeit angepasst werden; Schonung sollte jedoch nicht zum Dauerzustand werden.

Originalpublikation:

- Leipe J, Schirmer JH, Mojtahed-Poor S. Autoimmunität und Alter: Wie Immunalterung Krankheitsbild, Infektionsrisiko und Therapiesicherheit rheumatischer Erkrankungen prägt [Autoimmunity and ageing: How immune ageing shapes disease phenotype, infection risk and treatment safety in rheumatic diseases]. Z Rheumatol. 2026 Jul 10. German. doi: 10.1007/s00393-026-01852-y. Epub ahead of print. PMID: 42429930.
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. et al. S3-Leitlinie: Management kardiovaskulärer Komorbiditäten entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Version 1.0, 12.03.2026. AWMF-Register 060-010; verfügbar im AWMF-Leitlinienregister.
- Boers M et al. Low dose, add-on prednisolone in patients with rheumatoid arthritis aged 65+: the GLORIA trial. Ann Rheum Dis. 2022;81:925-936.
- Myasoedova E et al. The role of rheumatoid arthritis (RA) flare and cumulative burden of RA severity in the risk of cardiovascular disease. Ann Rheum Dis. 2016;75(3):560-565.
- Ohtsuki S et al. Deficiency of the CD155-CD96 immune checkpoint controls IL-9 production in giant cell arteritis. Cell Rep Med. 2023;4(4):101012.