

Alberto Lozano Alcántara*, Laura Romeu Gordo, Julia Simonson,
Claudia Vogel

Erwerbsminderungsrente: Reduzieren Partnerschaften das Zugangsrisiko?

Disability Pension: Do Partnerships Reduce the Risk of Entry?

<https://doi.org/10.1515/zsr-2025-0005>

Zusammenfassung: Die Deutsche Rentenversicherung verzeichnet jährlich rund 165 000 Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente. Das Risiko einer Erwerbsminderung hängt von verschiedenen, nicht nur individuellen Faktoren ab. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Partnerschaften für die Gesundheit, der Herausforderungen bei der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente und des wachsenden Anteils von Personen, die nicht in Partnerschaften leben, untersuchen wir, wie der Partnerschaftsstatus und Partnercharakteristika mit dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente zusammenhängen. Anhand von SOEP-RV-Daten zeigen ereignisanalytische Auswertungen, dass Personen, die mit dem/der Partner*in zusammenleben, ein geringeres Zugangsrisiko haben. Zudem stehen sowohl ein hohes Bildungsniveau als auch eine Erwerbstätigkeit des/der Partner*in im Zusammenhang mit einem geringeren Zugangsrisiko, während für dessen/deren Gesundheitsstatus kein signifikanter Zusammenhang festgestellt wird.

Schlüsselwörter: Erwerbsminderungsrente, Partnerschaftskontext, Gesundheit, Partnerlose, SOEP-RV

Abstract: The German Statutory Pension Insurance records approximately 165 000 new entries into disability pension each year. The risk of receiving a disability pension depends on various factors, not only individual ones. Given the importance of partnerships for health, the challenges involved in applying for a disability pension, and the increasing proportion of individuals not living in partnerships,

***Kontaktperson:** Alberto Lozano Alcántara, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101, Berlin, Deutschland; E-mail: alberto.lozano@dza.de.
<https://orcid.org/0000-0001-7970-805X>

Dr. Laura Romeu Gordo, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA); E-mail: laura.romeu-gordo@dza.de.
<https://orcid.org/0000-0003-4434-3753>

Dr. Julia Simonson, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA); E-mail: julia.simonson@dza.de.
<https://orcid.org/0000-0001-8078-7189>

Prof. Dr. Claudia Vogel, Hochschule Neubrandenburg; E-mail: cvogel@hs-nb.de.
<https://orcid.org/0000-0001-9412-807X>

this study examines how partnership status and partner characteristics are associated with the risk of entering disability pension. Using SOEP-RV data, event history analyses show that individuals living with a partner have a lower risk of entry. Furthermore, a partner's higher education level and employment are associated with a lower risk of entry, whereas the partner's health status shows no significant association.

Keywords: Disability Pension, Partnership Context, Health, Unpartnered Individuals, SOEP-RV

1 Einleitung

Derzeit beantragen jedes Jahr mehr als 300 000 Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft nicht mehr erwerbsfähig sind und deren Erwerbsfähigkeit nicht durch medizinische oder berufliche Rehabilitation wieder hergestellt werden kann, eine Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung. Etwa 165 000 Erwerbsminderungsrenten werden pro Jahr bewilligt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024b). Insgesamt beziehen aktuell 1,8 Millionen Menschen eine Erwerbsminderungsrente. Dies entspricht 8,6 % aller Versichertenrenten der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024c). In der Regel haben Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beantragen, bereits eine längere Krankheitsphase bzw. Phase der Erwerbsminderung durchlaufen, in der Arbeitnehmende z. B. Krankengeld beziehen (Söhn/Mika 2016).

Wie hoch das Risiko ist, im Laufe des Lebens erwerbsgemindert zu werden, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, etwa von unterschiedlichen berufsbedingten Gesundheitsrisiken und von sozioökonomischen Faktoren (Hagen et al. 2011; für eine Einordnung siehe auch Hergesell 2019). Beispielsweise weisen Personen mit einem niedrigen Qualifikationsniveau ein stark erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderung auf. Für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente sind auch versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung entscheidend (vgl. Abschnitt 2.1).

In diesem Artikel untersuchen wir das Risiko, erstmalig eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, und analysieren dabei insbesondere, welche Rolle der Partnerschaftskontext spielt. Unter Partnerschaftskontext verstehen wir sowohl den Partnerschaftsstatus (ohne Partner*in oder mit Partner*in im Haushalt) als auch Merkmale des/der Partner*in (z. B. Bildungsniveau, Erwerbsstatus oder Gesundheitsstatus).

Partnerschaften können das Übergangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente auf drei Weisen beeinflussen: Erstens hat der Partnerschaftskontext einen relevan-

ten Einfluss auf die Gesundheit, z. B. durch die Motivation zu präventivem Verhalten (Arránz Becker et al. 2017; Hank/Steinbach 2018; Rapp/Klein 2015; Stauder et al. 2019), und dadurch einen schützenden Effekt vor gesundheitlichen Einschränkungen, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen können. Mit Fokus auf psychische Erkrankungen zeigt sich ein deutlich erhöhtes Depressionsrisiko bei Personen, die nicht in einer Partnerschaft bzw. die allein leben (Cohrdes et al. 2022), sowie ein ebenfalls deutlich erhöhtes Einsamkeitsrisiko (Huxhold/Tesch-Römer 2023) gegenüber Personen, die in einer Partnerschaft bzw. in einem Mehrpersonenhaushalt leben. Einsamkeit ist wiederum nicht nur mit einer erhöhten Anzahl psychischer Erkrankungen, sondern auch mit einer erhöhten Anzahl körperlicher Erkrankungen assoziiert (Böger/Huxhold 2018). Allerdings spielt auch die Qualität der Partnerschaft eine Rolle: Stress durch andauernde Paarkonflikte oder Scheidung können zu einer höheren Prävalenz psychischer Störungen, einem höheren Rückfallrisiko (z. B. bei Schizophrenie und Depression) oder einem höheren Ausmaß an akuten und chronischen Infektionen führen (Schindler et al. 2019).

Zweitens kann die finanzielle Unterstützung des/der Partner*in die wirtschaftliche Sicherheit steigern. Einerseits können Wohlstandsgewinne durch das gemeinsame Wirtschaften zu gesundheitlichen Profiten führen (Rapp/Klein 2015), da ein höherer sozioökonomischer Status wiederum mit einer besseren Gesundheit (für einen Überblick vgl. Mergenthaler 2018) und somit einem geringeren Risiko für Erwerbsminderung assoziiert ist. Andererseits kann die finanzielle Absicherung im Paarhaushalt den Druck zur Erwerbsarbeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen reduzieren, sodass möglicherweise auf die Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente verzichtet wird. Dies kann langfristig eine Belastung für die gesundheitliche Situation des/der erwerbstätigen Partner*in (Elling et al. 2025) und die soziale Absicherung des Haushalts darstellen.

Drittens kann der/die Partner*in auch eine wichtige Unterstützung im Beantragungsprozess der Erwerbsminderungsrente leisten. Da dieser Prozess oft kompliziert und langwierig ist, sind Kompetenzen im Umgang mit Ämtern von Vorteil. Studien zeigen, dass Krankheit und höheres Alter nicht nur den Bedarf an sozialer Unterstützung erhöhen, sondern auch die exekutiven Funktionen beeinträchtigen können, also jene kognitiven Prozesse, die es Menschen ermöglichen, zielgerichtet, planvoll und zukunftsorientiert zu handeln (Christensen et al. 2020; Suchy 2009). In solchen Fällen kann die Hilfe eines/einer Partner*in die Antragstellung sowohl für Reha-Maßnahmen als auch für eine Erwerbsminderungsrente erleichtern, was einerseits zur Reduzierung, andererseits zur Erhöhung des Erwerbsminderungsrentenrisikos beitragen kann.

In den letzten Jahrzehnten hat eine Pluralisierung der Lebensformen stattgefunden, die bereits in den Familienverläufen der in den 1960er- und den 1970er-Jahren Geborenen sichtbar wird. Mehr Menschen in Deutschland leben alleine

(Hochgürtel/Sommer 2021). So stieg beispielsweise der Anteil der Alleinlebenden in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen von 12 % im Jahr 2000 auf 19 % im Jahr 2022. Bei den 55- bis 64-Jährigen stieg der Anteil in diesem Zeitraum von 16 % auf 24 %, d. h., fast jede vierte Person dieser Altersgruppe lebt ohne Partnerschaft (Institut Arbeit und Qualifikation 2023). Auch laut SOEP-Daten lebten im Jahr 2020 fast ein Viertel der 55- bis 64-Jährigen allein, der überwiegende Anteil von 70 % lebte hingegen in Paarhaushalten.

Vor diesem Hintergrund untersuchen wir die folgenden Forschungsfragen: Wie steht der Partnerschaftsstatus im Zusammenhang mit dem erstmaligen Zugangsrisiko zur Erwerbsminderungsrente? Wie hängen Partnercharakteristika (insbesondere Bildung, Erwerbstätigkeit und Gesundheit) mit diesem Zugangsrisiko zusammen? Und wie unterscheiden sich diese Zusammenhänge geschlechtsspezifisch?

Die gewonnenen Erkenntnisse sind relevant für die Ausgestaltung sozialpolitischer Maßnahmen, die sowohl für Individuen, die in Partnerschaften leben, als auch für jene Alleinlebenden, die ohne partnerschaftliche Unterstützung sind, passgenau sein sollen. Im Sinne eines Crowding-in gehen wir davon aus, dass die familiäre Hilfe nicht vorenthalten wird, wenn staatliche Hilfen für die Bewältigung von Krankheit, Rehabilitation und ggfs. Erwerbsminderung bereitgestellt werden (Künemund/Vogel 2006). Auch eine Ausrichtung der rentenpolitischen Maßnahmen auf die Alterssicherung im Partnerschaftskontext erscheint mit Blick auf individuelle Lebensläufe, die vermehrt durch Partnerwechsel und Phasen ohne Partnerschaften gekennzeichnet sind, möglicherweise nicht mehr zeitgemäß. Eine Ausrichtung der Alterssicherung alleine am individuellen Erwerbsverlauf könnte aber zu neuen Risiken führen, z. B. bezüglich der Gesundheit und der Armutsgefährdung von Alleinlebenden.

Die Forschungsfragen werden anhand des verknüpften SOEP-RV-Datensatzes 2022 (Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung 2025) untersucht. Dieser Datensatz kombiniert detaillierte Informationen aus der Versicherungskontenstichprobe (VSKT) der Deutschen Rentenversicherung (RV) mit den soziodemografischen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Er ermöglicht eine präzise Bestimmung des Beginns einer Erwerbsminderungsrente auf Monatsbasis und enthält zugleich detaillierte Informationen zum Partnerschaftskontext.

Im Folgenden werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Verbreitung von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland, der Forschungsstand sowie die daraus abgeleiteten Hypothesen dargestellt (Abschnitt 2). Anschließend werden die Daten und Methoden beschrieben (Abschnitt 3). In Abschnitt 4 präsentieren wir die Ergebnisse der Analysen, bevor diese in Abschnitt 5 diskutiert und mit einem Fazit abgeschlossen werden (Abschnitt 6).

2 Erwerbsminderungsrenten in Deutschland

2.1 Rentenrechtliche Regelungen und Reformen

Die Erwerbsminderungsrente ist eine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung, die Menschen bei gesundheitlich bedingter Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit nach § 43 SGB VI finanziell absichert. Im Unterschied zur Altersrente, die eine lebenslange Leistung ab dem gesetzlich festgelegten Renteneintrittsalter darstellt, dient die Erwerbsminderungsrente der Absicherung beim gesundheitlich bedingten Verlust der Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund 2025). Sie kann daher als eine vorgezogene Leistung verstanden werden, ist jedoch an gesundheitliche Voraussetzungen gebunden und endet mit dem Erreichen der Altersgrenze durch den Bezug einer Altersrente.

Eine volle Erwerbsminderungsrente wird gewährt, wenn eine Person aus gesundheitlichen Gründen weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann; eine teilweise Erwerbsminderungsrente, wenn eine Person zwischen drei und unter sechs Stunden täglich arbeiten kann. Um eine Rente zu erhalten, muss eine gesundheitliche Einschränkung nachgewiesen werden, und die Person muss eine Mindestversicherungszeit von fünf Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt haben. Zudem müssen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen belegt sein. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Erwerbsminderungsrente zunächst zeitlich befristet gewährt, kann jedoch auch unbefristet gewährt werden. Darüber hinaus hat die Wiederherstellung der Gesundheit durch medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen Vorrang. Dieses Vorgehen folgt dem Grundsatz ‚Rehabilitation vor Rente‘, der darauf abzielt, die Erwerbsfähigkeit möglichst zu erhalten oder wiederherzustellen und damit eine vorzeitige Berentung zu vermeiden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2025).

Die Erwerbsminderungsrente ist eine individuelle Versicherungsleistung der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 SGB VI). Das bedeutet, die Höhe der Erwerbsminderungsrente oder der Anspruch auf Erwerbsminderungsrente sind seitens der Rentenversicherung nicht abhängig von der familiären oder wirtschaftlichen Situation im Haushalt (z. B. werden bei der Bewilligung weder Einkommen des/der Ehepartner*in noch Vermögen im Haushalt berücksichtigt).

In den letzten 25 Jahren wurde die Erwerbsminderungsrente mehrfach reformiert (Geyer 2021). Die im Jahr 2001 verabschiedete Reform des EM-Rentensystems ersetzte die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente (teilweise und volle Erwerbsminderungsrente). Zusätzlich wurde die Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit für Personen,

die ab dem 02.01.1961 geboren wurden, abgeschafft. Mit dieser Reform wurden auch die Zurechnungszeiten verlängert. Des Weiteren wurden ab 2001 zum ersten Mal Rentenabschläge (0,3 % pro Monat) bei einem Renteneintritt vor dem 63. Lebensjahr eingeführt. Diese Änderungen führten zu einer kontinuierlichen Senkung der Zahlungsbeträge für neue Erwerbsgeminderte in den Folgejahren sowie zu einem tendenziell kleineren Kreis von Personen, welche die Erwerbsminderungsrente beantragen (Geyer 2021). Mit der Reform im Jahr 2014 wurden die Zurechnungszeiten bei den neu zugehenden Erwerbsgeminderten vom 60. Lebensjahr auf das vollendete 62. Lebensjahr angehoben. Ab Juli 2014 wurden zudem die vier Jahre vor Erwerbsminderungseintritt nicht mehr für die Durchschnittsbewertung berücksichtigt, wenn dies zu einer schlechteren Gesamtleistungsbewertung führen würde (Geyer 2021; Zollmann/Martin 2013).

Mit dem EM-Leistungsverbesserungsgesetz im Jahr 2017 wurde zunächst beschlossen, die Zurechnungszeit schrittweise bis zum Jahr 2024 auf 65 Jahre anzuheben. Stattdessen wurde sie bereits im Jahr 2018 in einem Schritt auf 65 Jahre angehoben. Laut einer Simulationsstudie von Geyer (2021) konnten die verschiedenen Anhebungen der Zurechnungszeiten in den Jahren 2014, 2017 und 2018 einen Teil der Erwerbsminderungsrenten aufwerten. Allerdings wurde kritisiert (Geyer 2021; Sozialverband Deutschland 2022), dass sich alle Verbesserungen nur auf Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente bezogen. EM-Bestandsrentner*innen, die beispielsweise zwischen 2001 und 2014 in die Erwerbsminderungsrente eingetreten sind, haben von den Verbesserungen nicht profitiert. Als Reaktion darauf wurde im Jahr 2023 beschlossen, Personen mit einem EM-Rentenbeginn zwischen 2001 und 2018 ab Juli 2024 einen pauschalen Rentenzuschlag zu gewähren. Die Reformen der Erwerbsminderungsrenten spiegeln sich teilweise in den Rentenzahlungsbeträgen. So lag der durchschnittliche Rentenzahlungsbetrag bei EM-Bestandsrentner*innen im Jahr 2000 bei 718 Euro, sank bis 2013 leicht auf 699 Euro und stieg anschließend auf 978 Euro im Jahr 2023 an (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a).

2.2 Verbreitung und Bezug von Erwerbsminderungsrenten

Im Jahr 2023 bezogen in Deutschland knapp 1,8 Millionen Menschen eine Erwerbsminderungsrente, 164 364 Personen davon gingen neu in die Erwerbsminderung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a). Damit machten Erwerbsminderungsrenten 14,7 % der Renten-neuzugänge aus (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024b). Im Zeitverlauf ist der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Renten-neuzugängen leicht rückläufig (1995: 22,7 %. Deutsche Rentenversicherung 2024b; siehe auch Geyer 2021). Dieser Anteil ist aktuell bei Frauen und Männern ähnlich hoch (2023 betrug er 14,9 % bei Frauen und 14,4 % bei Männern). Im Jahr 1995 lag

er bei Männern mit 25,5 % jedoch noch deutlich höher als bei Frauen (19,2 %) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a). Damit hat eine Angleichung stattgefunden: Das Zugangsrisiko bzw. die Zugangsmöglichkeit in diesen Alterssicherungspfad hat sich bei Männern stärker reduziert als bei Frauen.

Einen eindeutigen Aufwärtstrend weist seit der Jahrtausendwende das Zugangsalter auf (Brussig 2025): So lag das durchschnittliche Alter beim Zugang in die Erwerbsminderungsrente im Jahr 2024 bei 54 Jahren. Im Jahr 2000 lag es noch bei 51,4 Jahren, nachdem es in den drei Jahrzehnten zuvor deutlich gesunken war, von 58,3 Jahren im Jahre 1970 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a). Zugleich hat sich das Krankheitsspektrum, das in den Diagnosestellungen, die den bewilligten Erwerbsminderungsrenten zugrunde liegen, sichtbar wird, verschoben. Einen zunehmenden Anteil stellen dabei Diagnosen aufgrund psychischer Erkrankungen. Im Jahr 2023 wurden die neu zugegangenen Erwerbsminderungsrenten zu 41,8 % aufgrund von psychischen Störungen bewilligt; mehr als doppelt so häufig wie im Jahr 1996 (20,1 %) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a). Mittlerweile stellen psychische Erkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern die häufigsten Diagnosen für Erwerbsminderungsrenten dar (Aurich-Beerheide et al. 2018; Dannenberg et al. 2010; Gross et al. 2022). Andere Diagnosegruppen haben demgegenüber eine weit geringere Bedeutung. Insbesondere der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe ist zwischen 1996 und 2023 deutlich zurückgegangen (27,5 % gegenüber 10,4 %). Aber auch der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist stark rückläufig (1996: 17,6 %; 2023: 9,4 %) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2024a). Die Verschiebungen der Diagnosegruppen können Veränderungen aufgrund sich wandelnder Lebensbedingungen und insbesondere auch Veränderungen in der Arbeitswelt widerspiegeln. So ist die Zahl von Arbeitsplätzen mit körperlichen Schwerbelastungen gesunken, gleichzeitig steigen die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt, z. B. durch Arbeitsverdichtung (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2020). Der Anstieg psychischer Erkrankungen kann aber auch mit einer verbesserten Diagnostik und Identifizierung psychischer Störungen im Rentenantragsverfahren sowie mit einer insgesamt gestiegenen Akzeptanz und abnehmenden Stigmatisierung von psychischen Störungen in der Gesellschaft zusammenhängen (Dannenberg et al. 2010; Hagen et al. 2011). Im Vergleich zu anderen Diagnosen ist bei psychischen Erkrankungen eine befristete Erwerbsminderungsrente jedoch deutlich häufiger als eine unbefristete (Zink/Brussig 2022: 6).

2.3 Stand der Forschung

Aus der Forschungsliteratur sind verschiedene Risiko- bzw. Schutzfaktoren bezüglich einer Erwerbsminderung bekannt. Allerdings fokussieren diese in der Regel die Individualebene (Götz et al. 2019; Hagen/Himmelreicher 2020; Mika 2013). Nur sehr wenige Studien liegen vor, die den Partnerschafts-, Haushalts- oder Familienkontext der Erwerbsgeminderten berücksichtigen (vgl. den ausführlichen Bericht von Hergesell 2019). Auch international liegen nur sehr wenige Studien mit Berücksichtigung des Partnerschaftskontextes vor, z. B. aus Norwegen, wo entsprechende Daten schon länger verfügbar sind (Christiansen/Kravdal 2023). Dabei kann der Partnerschafts- und Haushaltskontext beispielsweise nicht nur für die materielle Lage, sondern auch für die Gesundheit und die Lebensqualität mit von entscheidender Bedeutung sein und sich vermittelt über verschiedene Faktoren auch auf das Risiko des Übergangs in die Erwerbsminderungsrente auswirken. Gleichzeitig kann der/die Partner*in den Beantragungsprozess einer Erwerbsminderungsrente unterstützen. Die Antragstellung ist ein komplexer und langwieriger Prozess, für den u. a. Kompetenz im Umgang mit Administration und Bürokratie erforderlich ist (Chudnovsky/Peeters 2021). Studien betonen auch die Rolle kognitiver Ressourcen und exekutiver Funktionen in der Interaktion mit staatlichen Institutionen. Dabei sind Faktoren, die Menschen häufiger auf soziale Unterstützung und Sozialleistungen angewiesen machen – Armut, Krankheit – oft dieselben, die auch die exekutiven Funktionen beeinträchtigen (Christensen et al. 2020). In diesem Prozess kann die Unterstützung durch den/die Partner*in daher eine entscheidende Hilfe sein.

Partnerschaftskontext: In Hinblick auf die Erwerbsminderungsrente zeigt Martin (2017), dass Erwerbsgeminderte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung seltener in Partnerschaften oder Familien leben und häufiger alleinstehend sind. Ähnliche Ergebnisse zeigen Christiansen/Kravdal (2023) auf Basis norwegischer Registerdaten: Unverheiratete haben ein höheres Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen als Verheiratete. Bei der Differenzierung zwischen EM-Rentenzugängen aufgrund psychischer und solcher aufgrund körperlicher Erkrankungen zeigt sich, dass der Partnerschaftsstatus einen stärkeren Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen aufweist. Dies steht im Einklang mit der gut erforschten Verbindung zwischen Partnerschaften, wenn in diesen partnerschaftliche Solidarität gelebt wird, und einer besseren, subjektiv berichteten, psychischen und allgemeinen Gesundheit, die wiederum mit einer besseren objektiven Gesundheit korreliert (vgl. z. B. Liu/Umberson 2008; Rapp/Klein 2022).

Für diesen Zusammenhang gibt es mehrere Erklärungsansätze: Zunächst könnten Selektionseffekte eine Rolle spielen, wenn Menschen mit schlechter Gesundheit seltener in Partnerschaften leben, da sie schwieriger Partner*innen

finden (Rapp/Gruhler 2018) bzw. das Trennungsrisiko bei ihnen erhöht ist (Karraker/Latham 2015; Vignoli et al. 2025). Zudem bieten Partnerschaften oft emotionale, wirtschaftliche und physische Unterstützung, die helfen kann, Stress zu reduzieren. Personen, die allein leben und nicht in einer Partnerschaft sind, haben beispielsweise ein deutlich erhöhtes Risiko, Einsamkeit zu erleben. Einsamkeit korreliert nachweislich mit einem erhöhten Risiko für sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen (vgl. Huxhold/Tesch-Römer 2023).

Ein Großteil der instrumentellen Unterstützung im Alltag wird von dem/der Partner*in geleistet – eine solche Unterstützung fehlt jedoch bei Personen ohne Partner*in (vgl. Klaus/Vogel 2019; 2021). Darüber hinaus verbessert das Leben mit Partner*in die wirtschaftliche Sicherheit, da durch gemeinsame Haushaltsführung Skaleneffekte entstehen und Einsparmöglichkeiten genutzt werden können. Außerdem ist bekannt, dass Personen in einer Partnerschaft oft gegenseitig ihr Gesundheitsverhalten beobachten, was sich ebenfalls positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Literatur zeigt, dass dieser schützende Aspekt der Partnerschaft auf die Gesundheit für Männer ausgeprägter ist (Liu et al. 2023; Liu/Umberson 2008; Liu/Waite 2014; Rapp/Klein 2022; Wang et al. 2020), Männer also hinsichtlich der Gesundheit stärker von einer Partnerschaft „profitieren“ als Frauen. Dies wird damit erklärt, dass in traditionellen heterosexuellen Partnerschaften Frauen häufiger als Männer die Rolle übernehmen, soziale Kontakte zu pflegen, soziale Aktivitäten zu fördern sowie ihren Partner mitzuversorgen und emotional zu unterstützen (Liu et al. 2023; Simon 2002). In Hinsicht auf die Erwerbsminderungsrente stellten Christiansen und Kravdal (2023) für Norwegen fest, dass Unverheiratet- oder Geschiedensein bei Männern mit einem höheren Risiko für eine Erwerbsminderungsrente verbunden war als bei Frauen.

Auf dieser Grundlage formulieren wir zur Frage, ob ein Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und dem Risiko des Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente in Deutschland besteht, unsere erste Hypothese:

*Hypothese 1: Personen ohne Partner*in haben ein höheres Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente als Personen in einer Partnerschaft.*

Zur Forschungsfrage, ob sich der Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und dem Risiko des Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente zwischen Frauen und Männern unterscheidet, leiten wir folgende Hypothese ab:

Hypothese 2: Der negative Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Risiko für den Übergang in einen Erwerbsminderungsrentenbezug ist für Männer stärker als für Frauen.

Auch *Merkmale des/der Partner*in* können eine Rolle für die Gesundheit und damit für das Risiko einer Erwerbsminderung spielen. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass das *Bildungsniveau des/der Partner*in* positiv mit der Gesundheit einer Person zusammenhängt, selbst wenn das eigene Bildungsniveau berücksichtigt

wird (Brown et al. 2014; Huijts et al. 2010; Li et al. 2013; Monden et al. 2003; Stauder et al. 2019). Es scheinen zudem geschlechtsspezifische Unterschiede zu bestehen. Stauder, Rapp und Klein (2019) zeigen, dass das Bildungsniveau des/der Partner*in positiv mit der körperlichen Gesundheit von Frauen und Männern sowie mit der psychischen Gesundheit von Frauen, jedoch nicht mit der psychischen Gesundheit von Männern zusammenhängt. Es wird vermutet, dass dieses Ergebnis durch das traditionelle Geschlechterrollenmodell („Male-Breadwinner“-Modell) erklärt werden könnte, bei dem eine hohe sozioökonomische Position des/der Partner*in für Männer weniger relevant ist als für Frauen. Vor diesem Hintergrund untersuchen wir, inwieweit Partnercharakteristika mit dem Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs zusammenhängen und ob sich diese Zusammenhänge geschlechtsspezifisch unterscheiden. Dazu formulieren wir folgende Hypothesen:

*Hypothese 3: Ein höheres Bildungsniveau des/der Partner*in geht mit einem niedrigeren Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente einher.*

*Hypothese 4: Der Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau des/der Partner*in und dem Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente ist für Frauen stärker als für Männer.*

Auch die *Erwerbstätigkeit des/der Partner*in* kann mit der Gesundheit und dem Risiko einer Erwerbsminderung assoziiert sein. Studien zeigen, dass die berufliche Unsicherheit des/der Ehepartner*in in einem negativen Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit steht, insbesondere bei Frauen, die oft wirtschaftlich stärker abhängig sind als Männer (Bubonya et al. 2017; Bünnings et al. 2017; Mendolia 2014; Stauder et al. 2019). Wir formulieren daher die folgenden Hypothesen:

*Hypothese 5: Die Erwerbstätigkeit des/der Partner*in geht mit einem niedrigeren Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente einher.*

*Hypothese 6: Der Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit des/der Partner*in und dem Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente ist für Frauen stärker als für Männer.*

Ebenso kann die *Gesundheit des/der Partner*in* einen negativen Einfluss auf die eigene Gesundheit haben. Studien haben gezeigt, dass Gesundheitsprobleme des/der Partner*in depressive Symptome bei Frauen verschärfen und die selbstberichtete Gesundheit bei Männern verschlechtern (Braakmann 2009; Valle et al. 2013). Dementsprechend lauten unsere Hypothesen:

*Hypothese 7: Eine schlechtere Gesundheit des/der Partner*in geht mit einem höheren Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente einher.*

*Hypothese 8: Der Zusammenhang zwischen der Gesundheit des/der Partner*in und dem Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente ist für Frauen stärker als für Männer.*

3 Empirie und methodisches Vorgehen

3.1 Daten

Diese Studie basiert auf längsschnittlichen Daten des SOEP-RV 2022 (Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung 2025). Dieser Datensatz verknüpft detaillierte monatliche Informationen aus der Versicherungskontenstichprobe (VSKT) der Deutschen Rentenversicherung (RV) mit soziodemografischen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), das seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland durchgeführt wird. Die VSKT enthält etwa Angaben zu Rentenanwartschaften sowie Rentenzahlbeträgen. Der Datensatz eignet sich aus mehreren Gründen für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Partnerschaftskontext und dem Risiko des Übergangs in den EM-Rentenbezug. Erstens ermöglichen die detaillierten Informationen zu der Erwerbsbiografie aus den RV-Daten es, genau zu identifizieren, ab wann eine Person eine Erwerbsminderungsrente bezieht. Zweitens ermöglichen die SOEP-Daten den Einbezug zahlreicher Informationen (Bildung, Gesundheit, Migrationshintergrund) der Individuen. Drittens ermöglichen die SOEP-Daten die Verknüpfung der individuellen Daten mit Informationen der Partner*innen. Dadurch kann die Rolle der Partnerschaft und die Rolle unterschiedlicher Partnercharakteristika differenzierter als bisher untersucht werden.

Wir nutzen Informationen aus den Jahren 1983 bis 2022 für Personen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren aus der SOEP-RV-Stichprobe. Dies sind Personen, die in den Jahren 2020 und 2021 zugestimmt haben, ihre Versicherungskonten der Deutschen Rentenversicherung mit ihren SOEP-Daten zu verknüpfen. Wir wählen diese Altersgruppe, da in diesem Alter die meisten Übergänge in die Erwerbsminderungsrente stattfinden (Hagen/Himmelreicher 2020). Wir möchten in unserer Analyse jene Personen einbeziehen, die ein Risiko für den ersten Bezug einer Erwerbsminderungsrente tragen. Deshalb schließen wir Personen aus, die die in Abschnitt 2.1 beschriebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllen und nicht berechtigt sind, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen. Das bedeutet, unsere Stichprobe umfasst ausschließlich Personen, die zu jedem Beobachtungszeitpunkt zwischen dem Alter von 40 und 60 Jahren sowohl über eine Mindestversicherungsdauer von fünf Jahren verfügten als auch in mindestens drei der unmittelbar vorangegangenen fünf Jahre Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Darüber hinaus dürfen sie noch nie eine Erwerbsminderungsrente bezogen haben. Nach diesen Auswahlkriterien sowie nach Berücksichtigung fehlender Werte umfasst unsere Analysestichprobe 7,732 Personen (63 % der SOEP-RV-Stichprobe im Alter von 40 bis 60 Jahren).

3.2 Variablen

Die zentralen Variablen unserer Analysen sind:

Erwerbsstatus Erwerbsminderungsrente: Die abhängige Variable ist der Übergang von irgendeinem Erwerbsstatus (außer Ruhestand) in den ersten Bezug einer Erwerbsminderungsrente, wobei wir aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht zwischen befristeten und unbefristeten Erwerbsminderungsrenten differenzieren. Die Variable basiert auf den monatlichen Angaben zum Erwerbsstatus der administrativen RV-Daten.

Da im selben Monat mehrere Erwerbsstatus auf Befragte zutreffen können, wurde die Variable so angepasst, dass nur der jeweils relevanteste Erwerbsstatus pro Monat für die Analyse berücksichtigt wird. So kann eine befragte Person beispielsweise in einem Monat sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein und gleichzeitig eine berufliche Ausbildung machen. Die überlappenden Informationen wurden aufgelöst, indem eine Rangfolge der Erwerbsstatus festgelegt wurde, die bestimmte Status gegenüber anderen priorisiert (siehe Reihenfolge der Erwerbsstatus in Tabelle A1 im Anhang). Da wir das Risiko des ersten Zugangs zur Erwerbsminderungsrente untersuchen, wurde diesem Status die zweithöchste Priorität nach dem Ruhestand zugewiesen. Das bedeutet, wenn der Status Erwerbsminderungsrente mit einem anderen Status mit einer niedrigeren Priorität wie „Arbeitsunfähigkeit oder Krankheit“ zusammenfiel, wurde dem jeweiligen Monat der Status Erwerbsminderungsrente zugewiesen.

Eine der zentralen unabhängigen Variablen ist der *Partnerschaftsstatus*. Es wird zwischen Personen ohne Partner*in und Personen mit Partner*in im Haushalt unterschieden. Aufgrund der begrenzten Fallzahl homosexueller Paare in unserer Stichprobe betrachten wir ausschließlich heterosexuelle Paare. Aus demselben Grund werden Personen mit einem/einer Partner*in außerhalb des Haushalts nicht berücksichtigt. Die Informationen zum Partnerschaftsstatus basieren auf mehreren längsschnittlichen Informationen des SOEP sowie des RV-Datensatzes und bilden eine zeitlich variierende Variable (aktualisiert zu jedem Messzeitpunkt). Aus dem SOEP nutzen wir hauptsächlich Informationen aus dem BIOCOUPLM-Datensatz: Dieser enthält monatliche Informationen über Beziehungsbiografien seit dem ersten Teilnahmejahr der Individuen am SOEP. Diese Daten werden durch Informationen aus anderen partnerbezogenen Variablen oder haushaltsbezogenen Variablen ergänzt. Zudem erweitern wir die Partnerbiografie mit weiteren Informationen zu Beziehungs- und Heiratsbiografien aus den BIOCOUPLY¹- und BIOMARSY²-Datensätzen.

¹ Der BIOCOUPLY-Datensatz sammelt retrospektiv jährliche Informationen zu Beziehungsbiografien seit dem Geburtsjahr der Befragten, die den Biografie-Fragebogen nach Welle 27 (2010) beantwortet haben.

² Der BIOMARSY-Datensatz erfasst jährliche retrospektive Informationen zu Heiratsbiografien seit dem Geburtsjahr.

Andere unabhängige Variablen sind die *Merkmale des/der Partner*in: Bildung, Erwerbstätigkeitsstatus und Gesundheitsstatus*. Die Bildungsvariable ist eine kategoriale Variable mit drei Kategorien: niedrig (Primarbereich), mittel (Sekundarbereich I und II sowie postsekundärer, nicht tertiärer Bereich) und hoch (Tertiärbereich). Der Erwerbstätigkeitsstatus ist eine Dummy-Variable, die den Unterschied zwischen erwerbstätig und nicht erwerbstätig abbildet. Der Gesundheitsstatus ist eine Dummy-Variable, die anhand der Zufriedenheit mit der Gesundheit gebildet wird, indem eine 0–10-Skala zu zwei Kategorien (schlechte und gute Gesundheit) vereinfacht wird. Dabei entspricht eine schlechte Gesundheit den Werten von 0 bis 5, während eine gute Gesundheit den Werten von 6 bis 10 zugeordnet wird. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit bietet eine globale subjektive Einschätzung, die zwar keine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Gesundheitsaspekten zulässt, aber ein etabliertes Instrument ist. Dieses hat sich in der Forschung als zuverlässiger Indikator für Erkrankungen, funktionale Einschränkungen und depressive Symptome sowie für Mortalität (Lorem et al. 2020; Spuling et al. 2017) erwiesen. Alle drei Partner*innenmerkmale sind zeitlich variierende Variablen.

Die Variable *Geschlecht* wird in unseren Analysen in zweifacher Hinsicht berücksichtigt: erstens als Kontrollvariable und zweitens, um geschlechtsspezifische Unterschiede in den Zusammenhängen der anderen unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable zu untersuchen. Darüber hinaus wird für weitere individuelle Merkmale wie *Bildung, Migrationshintergrund, Region* sowie den *individuellen Gesundheitsstatus* (ebenfalls anhand der Zufriedenheit mit der Gesundheit) kontrolliert. Außer dem Migrationshintergrund sind alle anderen Kontrollvariablen zeitlich variierende Variablen. Zusätzlich kontrollieren wir für Periodeneffekte durch eine kategoriale Variable, die die wesentlichen Phasen der gesetzlichen Reformen der Erwerbsminderungsrente zwischen 1984 und 2022 abbildet (1984–2000; 2001–2013; 2014–2017; 2018–2022).

In der Tabelle 1 sind die deskriptiven Statistiken separat nach Partnerschaftsstatus dargestellt.

3.3 Methoden

Wir verwenden die Ereignisanalyse (Event-History-Analysis), um zu untersuchen, ob der Partnerschaftskontext – also der Partnerschaftsstatus und partnerbezogene Merkmale – mit dem Übergang in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zusammenhängt. Wiederholte Übergänge in eine EM-Rente sind möglich, aber selten (Zink/Brussig 2022). Diese finden sich nur bei befristeten EM-Renten. Da unser Fokus auf dem Zusammenhang zwischen Partnerschaftskontext und dem Übergang in den Bezug einer EM-Rente liegt – unabhängig von der Befristung –, berücksich-

tigen wir in unseren Analysen nur den ersten Übergang in eine EM-Rente. Mithilfe der Cox-Regression für proportionale Hazards (Cox 1972) berechnen wir Hazard Ratios (HR) für den ersten Eintritt in den EM-Rentenbezug. Die Cox-Regression (Cox 1972) eignet sich für diese Fragestellung, da sie Rechtszensierung der Daten berücksichtigen kann (z. B. wenn Personen bis zum Alter von 60 Jahren keine EM-Rente bezogen haben) und keine spezifischen Annahmen über den zeitlichen Verlauf der Hazard-Funktion trifft, was eine flexible Modellierung der Zeitdimension erlaubt. Die einzige Annahme ist, dass die Form der Hazard-Funktion für jedes Subjekt gleich ist (Cleves et al. 2010).

Die Analysezeit beginnt mit dem 40. Lebensjahr bzw. dem ersten Zeitpunkt mit vollständigen Informationen zu den Kovariaten und endet mit dem erstmaligen Bezug einer EM-Rente (Ereignis). Sie wird rechtszensiert beim Erreichen des 60. Lebensjahrs, im Todesfall oder am Ende des Beobachtungszeitraums. Als „at risk“ gelten alle Personen zwischen 40 und 60 Jahren, die einen Erwerbsstatus aufweisen, der weder „Erwerbsminderung“ noch „Ruhestand“ ist. Dadurch werden Personen ausgeschlossen, die bereits bei Beobachtungsbeginn eine EM-Rente beziehen oder im Ruhestand sind.

Die Ergebnisse werden als Hazard Ratios dargestellt, die die geschätzte Änderung des Risikos angeben, wenn sich eine erklärende Variable um eine Einheit verändert. Die Analyse erfolgt in zwei Schritten: Als Erstes untersuchen wir den Zusammenhang zwischen dem Partnerschaftsstatus und dem Risiko, erstmalig eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen (Modelle 1 und 2) und differenzieren diese Analyse nach Geschlecht (Modelle 3 und 4). Im zweiten Schritt konzentrieren wir uns auf Personen, die mit Partner*in im Haushalt leben, und analysieren, inwiefern partnerbezogene Merkmale mit dem Risiko eines EM-Rentenbezugs zusammenhängen (Modell 5). Auch hier erfolgt eine geschlechtsspezifische Betrachtung (Modelle 6 und 7). Die statistischen Analysen wurden mit Stata 19 durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Analyse: Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 1 zeigt die deskriptiven Statistiken der Variablen, die in der Ereignisanalyse verwendet werden. Sie bezieht sich ausschließlich auf den Start der ersten Episode mit dem Risiko eines Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente ab dem Alter von 40 Jahren, für die Informationen zu allen Kovariaten vorliegen. Das durchschnittliche Alter beträgt 46,1 Jahre, da ein Teil der Personen in unserer Stichprobe erst zu einem späteren Zeitpunkt als mit 40 erstmals alle Voraussetzungen erfüllt

(z. B. die notwendigen Versicherungsjahre) oder erst dann vollständige Informationen zu allen Kovariaten vorlagen. Rund 81 % der Personen in der Stichprobe leben mit ihrem/ihrer Partner*in im Haushalt, 19 % haben keinen/keine Partner*in. Nach Geschlecht aufgeschlüsselt zeigt sich, dass Frauen häufiger partnerlos sind als Männer.

In unserer Stichprobe sind etwa 55 % Frauen und rund 45 % Männer. Etwa 25 % der Personen leben in Ostdeutschland, während etwa 75 % in Westdeutschland leben. Rund 16 % der Personen in der Stichprobe haben einen direkten oder indirekten Migrationshintergrund, wobei der direkte Hintergrund eine eigene Migrationserfahrung repräsentiert und der indirekte ausdrückt, dass mindestens ein Elternteil über eine Migrationserfahrung verfügt. In der Stichprobe haben 8 % ein niedriges, 68 % ein mittleres und 24 % ein hohes Bildungsniveau. In der ersten risikobehafteten Episode nach dem 40. Lebensjahr geben 76 % der Personen an, mit ihrer Gesundheit zufrieden zu sein.

Vergleicht man die Teilstichprobe der Personen, die mit einem/einer Partner*in im selben Haushalt leben, mit den Personen ohne Partner*in, zeigt sich, dass erstere ein etwas höheres Bildungsniveau aufweisen und etwas zufriedener mit ihrer Gesundheit sind. Dies deutet – wie auch in der Literatur gezeigt wird (Rapp 2012; Rapp/Klein 2022) – darauf hin, dass gesündere Personen eher eine Partnerschaft eingehen und eher zusammenbleiben. Betrachtet man die Merkmale des/der Partner*in, insbesondere nach Geschlecht aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass Frauen in unserer Stichprobe tendenziell einen Partner mit einem höheren Bildungsniveau haben, während dies bei Männern mit einer Partnerin umgekehrt ist. Darüber hinaus haben 30 % der Männer eine nicht erwerbstätige Partnerin, während dies nur auf etwa 13 % der Frauen zutrifft. Zudem haben Männer etwas häufiger eine Partnerin mit guter Gesundheit als Frauen einen Partner mit guter Gesundheit.

Außerdem enthält die Tabelle die Anzahl der beobachteten Übergänge in eine Erwerbsminderungsrente, aufgeschlüsselt nach Partnerschaftsstatus, Geschlecht sowie nach Perioden, welche die Basis unserer ereignisanalytischen Untersuchungen bilden. Insgesamt wechseln 310 Personen in unserer Stichprobe in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, darunter 198 Frauen und 112 Männer. Bei den Personen ohne Partner*in ergeben sich 116 Übergänge, während es bei den Personen mit Partner*in 172 Übergänge gibt.

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken der Stichprobe zum Start der ersten Episode mit Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Alter von 40 bis 60 Jahren

	Alle			Ohne Partner*in			Mit Partner*in im Haushalt		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Individuelle Merkmale:									
Ohne Partner*in	19,23 %	23,00 %	14,54 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Partner*in im Haushalt	80,77 %	77,00 %	85,46 %						
Alter	46,11	46,05	46,17	46,88	46,67	47,28	45,81	45,74	45,87
Frau	55,44 %	100 %		66,31 %	100 %		51,52 %	100 %	
Mann	44,56 %		100 %	33,69 %		100 %	48,48 %		100 %
Ostdeutschland	24,52 %	24,89 %	24,06 %	26,36 %	25,96 %	27,15 %	24,63 %	25,37 %	23,84 %
Westdeutschland	75,48 %	75,11 %	75,94 %	73,64 %	74,04 %	72,85 %	75,37 %	74,63 %	76,16 %
Mit Migrationshintergrund	16,45 %	16,56 %	16,31 %	16,21 %	16,84 %	14,97 %	16,37 %	16,34 %	16,40 %
Ohne Migrationshintergrund	83,55 %	83,44 %	83,69 %	83,79 %	83,16 %	85,03 %	83,63 %	83,66 %	83,60 %
Bildungsniveau: niedrig	8,33 %	9,49 %	6,88 %	11,30 %	12,27 %	9,38 %	7,84 %	9,03 %	6,58 %
Bildungsniveau: mittel	68,13 %	69,72 %	66,15 %	70,01 %	69,37 %	71,26 %	68,02 %	70,05 %	65,86 %
Bildungsniveau: hoch	23,54 %	20,78 %	26,97 %	18,70 %	18,36 %	19,36 %	24,14 %	20,92 %	27,56 %
Gute Gesundheit	75,83 %	73,90 %	78,23 %	69,00 %	67,24 %	72,46 %	76,96 %	75,37 %	78,65 %
Schlechte Gesundheit	24,17 %	26,10 %	21,77 %	31,00 %	32,76 %	27,54 %	23,04 %	24,63 %	21,35 %
Partnerbezogene Merkmale:									
Bildungsniveau: niedrig							8,15 %	6,61 %	9,78 %
Bildungsniveau: mittel							65,55 %	65,05 %	66,08 %
Bildungsniveau: hoch							26,30 %	28,34 %	24,14 %
Nicht erwerbstätig							21,25 %	13,44 %	29,56 %
Erwerbstätig							78,75 %	86,56 %	70,44 %
Gute Gesundheit							75,50 %	74,74 %	76,31 %
Schlechte Gesundheit							24,50 %	25,26 %	23,69 %

Tabelle 1 (fortgesetzt)

	Alle			Ohne Partner*in			Mit Partner*in im Haushalt		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Anzahl an Ereignisse:									
Gesamt:	310	198	112	116	82	34	172	103	69
Nach Perioden:									
1984-2000	31	19	12	5	4	1	24	14	10
2001-2013	107	66	41	40	26	14	59	35	24
2014-2017	88	55	33	39	28	11	44	25	19
2018-2022	84	58	26	32	24	8	45	29	16
N (Personen)	7.732	4.287	3.445	1.487	986	501	5.547	2.858	2.689

Quelle: SOEP-RV VKT 2022, eigene Berechnungen. Die Anzahl der Ereignisse (Übergänge in Erwerbsminderungsrente) bezieht sich auf den gesamten Beobachtungszeitraum. Alle anderen Angaben beziehen sich ausschließlich auf den Start der ersten Episode mit Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Alter von 40 bis 60 Jahren.

4.2 Ereignisanalyse: Zusammenhänge des Zugangs zur Erwerbsminderungsrente mit Partnerschaftsstatus und Partnercharakteristika

Abbildung 1 zeigt die Hazard Ratios verschiedener Variablen, die mit dem Risiko eines Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente assoziiert sind. Die Ergebnisse basieren auf vier Cox-Regressionsmodellen. In Modell 1 wird der Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable berücksichtigt und in Modell 2 werden Geschlecht, Region, Migrationshintergrund, Bildung und Zufriedenheit mit der Gesundheit als Kontrollvariablen hinzugefügt. Darüber hinaus wird dasselbe Modell separat für Frauen (Modell 3) und Männer (Modell 4) berechnet. Mit diesen Modellen können wir beantworten, ob ein Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Risiko, in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu wechseln, besteht und ob sich dieser Zusammenhang nach Geschlecht unterscheidet. Die Hazard Ratios zeigen, wie stark das Risiko für eine bestimmte Gruppe im Vergleich zur Referenzgruppe erhöht oder verringert ist. Ein HR von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied im Risiko gibt. Ein HR größer als 1 weist auf ein erhöhtes Risiko hin, während ein HR kleiner als 1 ein verringertes Risiko anzeigt.

Die Ergebnisse von Modell 1 zeigen, dass Personen, die in einer Partnerschaft leben, bei der der/die Partner*in im selben Haushalt wohnt, ein geringeres Risiko des Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente haben als die Referenzgruppe (Personen ohne Partner*in). Das Risiko der Personen mit Partner*in beträgt lediglich 42 % des Risikos von Personen ohne Partner*in. Um besser zu verstehen, wie sich das Risiko, in eine Erwerbsminderungsrente zu wechseln, im Laufe des Alters entwickelt, zeigt Abbildung 2 die kumulativen Nelson-Aalen-Hazard-Kurven nach Partnerschaftsstatus differenziert, basierend auf Cox-Modell 1. Die Grafik verdeutlicht, dass das kumulative Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente mit dem Alter für alle Gruppen ansteigt, insbesondere ab dem Alter von 50 Jahren. Auch erkennbar ist, dass das kumulative Risiko für Personen ohne Partner*in höher ist und stärker ansteigt als das für Personen mit Partner*in. Dadurch vergrößert sich der Unterschied im kumulativen Risiko nach Partnerschaftsstatus mit zunehmendem Alter. Beispielsweise beträgt der Unterschied im Alter von 50 Jahren nach Partnerschaftsstatus etwa 7 Prozentpunkte (9,2 % für Personen ohne Partner*in versus 2,1 % für Personen mit Partner*in). Im Alter von 60 Jahren steigt er hingegen auf 12 Prozentpunkte an (21,5 % bei Personen ohne Partner*in gegenüber 9,2 % bei Personen mit Partner*in).

Wird im Modell 2 für andere soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Bildung und Gesundheit kontrolliert, bleibt der negative Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Risiko des Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente nahezu unverändert (Abbildung 1). Unsere erste Hypothese wird somit bestätigt. Wenn geprüft wird, ob sich der Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und

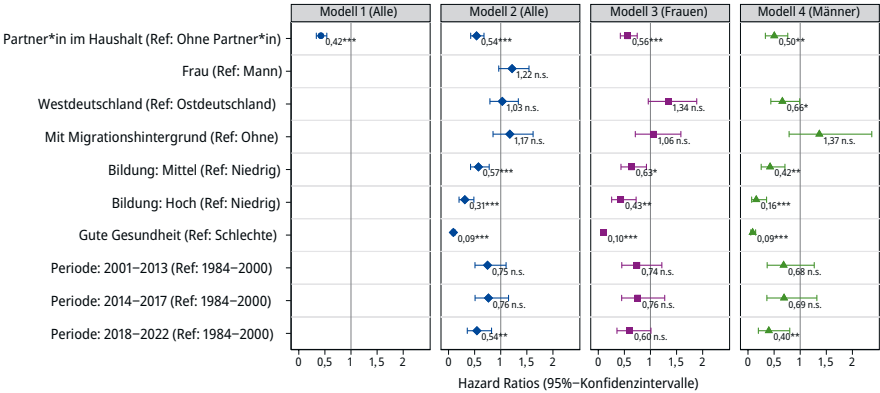


Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsstatus und dem Risiko, in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu wechseln
Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.2 (Anhang) zu finden. Signifikanzniveaus: *n.s.* nicht signifikant, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

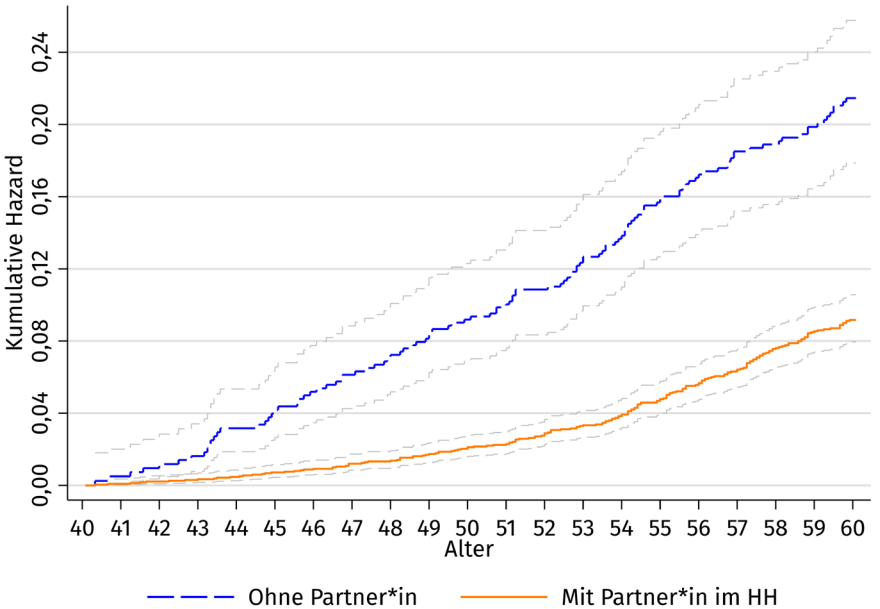


Abbildung 2: Kumulative Nelson-Aalen-Hazard-Kurven nach Partnerschaftsstatus
Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen. Die kumulativen Hazards basieren auf Modell 1.

dem Risiko des EM-Rentenzugangs nach Geschlecht unterscheidet, insbesondere, ob er für Frauen stärker ist als für Männer; zeigen die geschlechtsspezifischen Modelle ähnliche Zusammenhänge für Frauen und Männer. Eine zusätzliche Überprüfung durch Interaktionseffekte, die hier nicht ausgewiesen ist, ergab keinen statistisch signifikanten Geschlechterunterschied im Partnerschaftsstatuseffekt. Hypothese 2 wird daher nicht bestätigt, sondern widerlegt. Lediglich im Zusammenhang zwischen der Region und dem Risiko eines EM-Rentenbezugs scheinen sich geschlechtsspezifische Unterschiede abzuzeichnen: Während Männer in Westdeutschland ein vergleichsweise geringeres Risiko haben, ist der Ost-West-Unterschied bei Frauen nicht signifikant (Modell 3 und Modell 4).

Hinsichtlich der soziodemografischen Variablen zeigt sich, dass ein höheres Bildungsniveau erwartungsgemäß mit einem niedrigen Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs assoziiert ist. Zudem geht eine gute subjektive Gesundheit, ebenfalls wie erwartet, mit einem sehr niedrigen Risiko einer Erwerbsminderungsrente einher. Personen, die mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, weisen eine um 91 % niedrigere Hazard Ratio im Vergleich zu Personen auf, die mit ihrer Gesundheit unzufrieden sind. Im Zeitvergleich zeigt sich zudem, dass das Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs in der Periode 2018–2022 niedriger war als in der Referenzperiode 1984–2000 (Modell 2). Dieser Unterschied ist jedoch nur für Männer statistisch signifikant, nicht aber für Frauen (Modell 3 und Modell 4).

Abbildung 3 zeigt die Hazard Ratios verschiedener individueller und partnerbezogener Merkmale bezogen auf das Risiko, in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu wechseln, für Personen mit Partner*in im Haushalt (Modell 5), für Frauen mit einem Partner im Haushalt (Modell 6) und für Männer mit einer Partnerin im Haushalt (Modell 7). Die Ergebnisse zeigen, dass ein höheres Bildungsniveau des/der Partner*in mit einem geringeren Risiko eines EM-Rentenzugangs einhergeht, auch unter Kontrolle des eigenen Bildungsniveaus. Personen mit Partner*in mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau weisen eine Hazard Rate auf, die nur ca. 55 % der Hazard Rate von Personen mit einem/einer niedrig gebildeten Partner*in beträgt. Gleichzeitig haben Personen mit einem/einer erwerbstätigen Partner*in ein niedrigeres Risiko als Personen mit einem/einer nicht erwerbstätigen Partner*in. Der Zusammenhang des Gesundheitsstatus des/der Partner*in mit dem Risiko eines EM-Rentenzugangs ist jedoch nicht statistisch signifikant. Die Hypothesen 3 und 5 können somit bestätigt werden, während Hypothese 7 verworfen werden muss.

Wir nehmen jedoch an, dass sich die Zusammenhänge je nach Geschlecht bei heterosexuellen Paaren unterscheiden. Tatsächlich zeigen sich Unterschiede beim Bildungsniveau und beim Erwerbstätigkeitsstatus. Männer mit einer höher gebildeten Partnerin haben eine niedrigere Hazard Ratio als Männer mit einer niedrig gebildeten Partnerin. Bei Frauen ist die Assoziation zwischen dem Bildungsniveau des Partners und dem Risiko eines EM-Rentenzugangs hingegen nicht statistisch

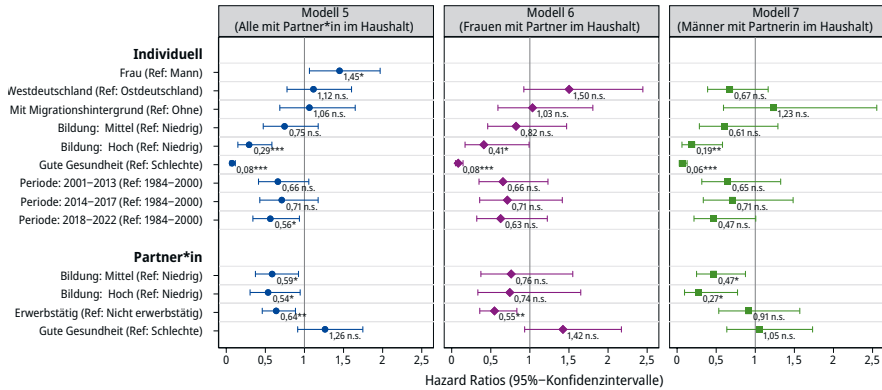


Abbildung 3: Der Zusammenhang zwischen Partnercharakteristika und dem Risiko, in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu wechseln

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.3 (Anhang) zu finden. Signifikanzniveaus: n. s. nicht signifikant, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

signifikant. Beim Erwerbstätigkeitsstatus verhält es sich umgekehrt: Während bei Frauen eine negative Assoziation zwischen der Erwerbstätigkeit des Partners und dem Risiko eines EM-Rentenzugangs besteht, ist der entsprechende Zusammenhang bei Männern mit einer erwerbstätigen Partnerin nicht signifikant. Die Hazard Ratios des Gesundheitsstatus des/der Partner*in sind bei beiden Geschlechtern nicht signifikant. Aufgrund dieser Ergebnisse müssen die Hypothesen 4 und 8 verworfen werden, während Hypothese 6 bezüglich des stärkeren Zusammenhangs des Erwerbstätigkeitsstatus des Partners bei Frauen bestätigt werden kann.

5 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Artikel haben wir untersucht, wie der Partnerschaftskontext (Partnerschaftsstatus und partnerbezogene Merkmale) mit dem Risiko eines Übergangs in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente in Deutschland zusammenhängt. Dafür haben wir Daten von Personen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren aus dem SOEP-RV 2022 verwendet und diese mithilfe von Ereignisanalysen (Event-History-Analysis) ausgewertet.

Durch die Schätzung von Cox-Regressionsmodellen zeigt sich, dass Personen mit Partner*in im Haushalt niedrigere Hazard Ratios für den Eintritt in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweisen, auch wenn für andere relevante individuelle Faktoren wie Geschlecht, Bildung oder Gesundheit kontrolliert wird. Dies

steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien (Christiansen/Kravdal 2023; Märtin 2017). Unsere Ergebnisse zeigen, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht statistisch signifikant ist. Dies widerspricht der Hypothese, dass eine Partnerschaft bei Frauen im Vergleich zu bei Männern mit einem geringeren Risiko eines EM-Rentenzugangs einhergeht.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass ein höheres Bildungsniveau sowie die Erwerbstätigkeit des/der Partner*in mit einem geringeren Risiko eines Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente assoziiert sind. Hypothesen 3 und 5 wurden somit bestätigt. Allerdings unterscheidet sich der Bildungseffekt des/der Partner*in zwischen Frauen und Männern: Während er bei Männern signifikant ist, zeigt sich bei Frauen kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Diese Ergebnisse bestätigen Hypothese 4 nicht und stehen im Widerspruch zu den Befunden von Stauder, Rapp und Klein (2019). Diese zeigen, dass das Bildungsniveau des/der Partner*in sowohl die körperliche Gesundheit von Männern und Frauen als auch die psychische Gesundheit von Frauen positiv beeinflusst. Auch beim Zusammenhang der Erwerbstätigkeit des/der Partner*in mit dem Risiko eines EM-Rentenzugangs zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Während bei Frauen ein signifikanter negativer Zusammenhang besteht, ist dieser bei Männern nicht statistisch signifikant. Mit diesem Ergebnis wird Hypothese 6 bestätigt.

Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus des/der Partner*in und dem Risiko eines EM-Rentenzugangs ist nicht statistisch signifikant, wodurch Hypothesen 7 und 8 nicht gestützt werden. Dies steht im Widerspruch zu den Befunden anderer Studien, die gezeigt haben, dass Gesundheitsprobleme des/der Partner*in mit eigenen gesundheitlichen Problemen zusammenhängen (Braakmann 2009; Valle et al. 2013) und infolgedessen mit einem höheren Risiko eines EM-Rentenbezugs einhergehen könnten.

Unsere Studie bietet Vorteile durch die Verknüpfung von administrativen Daten der Rentenversicherung und Survey-Daten des SOEP, weist jedoch auch Limitationen auf. So konnte der Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft und dem Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten, wegen datenbedingter Einschränkungen nicht berücksichtigt werden. Es ist bekannt, dass nicht nur das Vorhandensein einer Partnerschaft, sondern auch deren Qualität einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben kann (vgl. Robles et al. 2014). Zukünftige Forschung könnte diesen Zusammenhang untersuchen, um ein differenzierteres Verständnis der Rolle von Partnerschaftsmerkmalen im Kontext des Risikos einer Erwerbsminderungsrente zu erlangen. Aufgrund der begrenzten Fallzahlen konnten wir auch keine Aussagen über Partnerschaften außerhalb des Haushalts (Living apart together) oder gleichgeschlechtliche Partnerschaften treffen.

Auch konnte in der vorliegenden Studie der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation und einer Partnerschaft nicht in seiner gesamten Kom-

plexität berücksichtigt werden. So ist aus der Literatur zum einen bekannt, dass eine Partnerschaft positive Effekte auf den Gesundheitszustand haben kann (Rapp/Klein 2022; Liu/Umberson 2008) bzw. eine Trennung negativ mit gesundheitlichen Outcomes assoziiert ist (Brüggmann 2020). Zum anderen wissen wir auch, dass der Gesundheitszustand sich auf das Trennungsrisiko (Karraker/Latham 2015; Vignoli et al. 2025) bzw. auf die Wahrscheinlichkeit, eine Partnerschaft einzugehen, auswirken kann (Rapp/Gruhler 2018).

Eine weitere Limitation besteht darin, dass wir die genauen Wirkmechanismen der Partnerschaft nicht untersuchen können. Wie erwähnt, kann die Partnerschaft den Gesundheitsstatus bzw. Krankheitsverlauf, den Erwerbsverlauf sowie auch den Beantragungs- und Bewilligungsprozess beeinflussen. Die empirische Unterscheidung dieser Effekte ist allerdings mit unseren Daten nicht möglich. Stattdessen können wir mit unseren aufgrund der vorliegenden Daten erfolgten Analysen nur den resultierenden Zustandswechsel in den EM-Rentenbezug empirisch abbilden. Es ist davon auszugehen, dass diesem Übergang zahlreiche Zwischenschritte vorgeschaltet sind (Übergänge in Krankheit, Reha, Beantragung von Erwerbsminderungsrente) und dass die berücksichtigten Indikatoren und insbesondere der Partnerschaftskontext bei den einzelnen Selektionsschritten unterschiedliche Wirkung haben. Dies eröffnet ein breites Spektrum an Forschungsfragen für zukünftige Studien. Beispielsweise wäre zu untersuchen, ob im Beantragungs- und Bewilligungsprozess Diskriminierungen nach Geschlecht oder Migrationshintergrund auftreten oder wie andere soziale und ökonomische Merkmale die Schwierigkeiten beim Beantragungsprozess und den Bewilligungserfolg beeinflussen.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Analysen auf die Erwerbsminderungsrenten der Deutschen Rentenversicherung begrenzt sind. Die Zugänge zu Alterssicherungsleistungen aus betrieblicher Vorsorge und privater Versicherung bei Invalidität sind in der analysierten Datengrundlage aber nicht enthalten und deshalb in diesem Artikel nicht berücksichtigt. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die beschriebenen sozialen Ungleichheiten im Zugang auch dort finden müssten, möglicherweise sogar in verstärktem Ausmaß (Welti 2022).

6 Fazit

Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine Partnerschaft mit einem geringeren Risiko eines Zugangs zur Erwerbsminderungsrente assoziiert ist. Diese Ergebnisse sind im Kontext der vergleichsweise traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Partnerschaft und auf dem Arbeitsmarkt sowie bei der gegebenen familienzentrierten Ausgestaltung der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in Deutschland zu

sehen. Die Sozialpolitik basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip, dem zufolge staatliche Unterstützung erst dann greift, wenn Individuen oder Familien ihre Lebenssituation nicht aus eigener Kraft stabilisieren oder verbessern können.

Der Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Risiko eines EM-Rentenbezugs könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Partnerschaften sowohl den Erwerbsverlauf als auch die Gesundheit positiv beeinflussen können, wenngleich auch gegenläufige Einflüsse wie gesundheitliche Belastungen durch Partnerschaften mitgedacht werden müssen. Andererseits bietet eine Partnerschaft häufig eine finanzielle Absicherung und könnte dazu beitragen, dass trotz des bestehenden individuellen Anspruchs auf die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente verzichtet wird. In diese Richtung weisen auch die Befunde, dass ein höheres Bildungsniveau sowie die Erwerbstätigkeit des/der Partner*in (die häufig mit einer besseren finanziellen Absicherung verbunden sein dürften) mit einem geringeren Risiko des Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente einhergehen. Allerdings kann der/die Partner*in auch den Beantragungsprozess unterstützen, was sich in unseren Daten jedoch nicht in einem empirisch erhöhten Zugangsrisiko für Personen mit Partner*in im Haushalt niederschlägt. Für den negativen Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente könnten auch Selektionseffekte eine Rolle spielen, da beispielsweise Menschen mit schlechter Gesundheit seltener in Partnerschaften leben.

Unsere Befunde verweisen auf bestehende soziale Ungleichheiten im Zugang zur Erwerbsminderungsrente. Da insbesondere Partnerschaften mit höher Gebildeten und Erwerbstätigen mit einem geringeren Risiko eines EM-Rentenzugangs assoziiert sind, sind beim Zugang in die Erwerbsminderungsrente möglicherweise nicht nur Alleinlebende, sondern auch Personen benachteiligt, deren Partner*innen nicht erwerbstätig oder nur gering gebildet sind. Bei Erwerbsminderungsrenten handelt es sich um individuelle Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, die allein vom individuellen Versicherungsverlauf abhängen und faktisch ohne Berücksichtigung von Partnerschaftsmerkmalen bewilligt (nicht aber beantragt) werden. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Zugänge zu dieser Versicherungsleistung für alle – unter Berücksichtigung der Erfüllung der Voraussetzungen (volle oder teilweise Erwerbsminderung liegt vor, „Reha vor Rente“, fünf Jahre Beitragszahlungen in der gesetzlichen Rentenversicherung, drei Jahre Pflichtbeiträge) – gleich sind bzw. Benachteiligten eine Unterstützung beim Zugang gewährt wird. Eine solche Unterstützung wiederum kann beim Beantragungsprozess der Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung, aber auch schon früher ansetzen. Zum Beispiel ist es wichtig, den Partnerschaftskontext bereits bei Reha-Angeboten zu berücksichtigen, damit aus der familialen Situation kein Reha-Hindernis entsteht. Hier könnte durchaus auch eine aktive Einbindung von Angehörigen zielführend sein (Miluczenko et al. 2025). Gross et al. stellen fest:

„Die Beantragung einer EM-Rente ist also in erster Linie ein komplexes soziales Ereignis und kein primär gesundheitliches. Diese Erkenntnis ist nicht trivial und könnte weitreichende Konsequenzen bei der zukünftigen Ausgestaltung des Instrumentes ‚EM-Rente‘ haben“ (2022, S. 254). Sie empfehlen neben der Prävention und Rehabilitation auch, das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung auszubauen, um den Zugang zu den Leistungen, die Personen mit Erwerbsminderung zustehen, zu verbessern. So könnten bestehenden sozialen Ungleichheiten nicht nur in Bezug auf Krankheitsrisiken, sondern auch in Bezug auf Prävention und Rehabilitation entgegengewirkt werden.

Die Zahl der Partnerlosen, die ein deutlich höheres Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente aufweisen, steigt im Zeitverlauf und wird voraussichtlich noch weiter ansteigen (Hoymann/Schlömer 2021; Institut Arbeit und Qualifikation 2023). Dadurch wird auch das private Unterstützungspotenzial durch eine Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt gesamtgesellschaftlich betrachtet weiter abnehmen. So können Partnerlose weder auf die finanzielle Absicherung im Haushaltskontext noch auf die Unterstützung durch einen/eine Partner*in im mehrmonatigen Beantragungsprozess zurückgreifen. Daher sollten auch Partnerlose stärker in den Fokus von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen rücken. Darüber hinaus ist empfehlenswert, den Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen wie der Erwerbsminderungsrente durch professionelle Unterstützung im Beantragungsverfahren zu erleichtern, etwa durch eine Ausweitung der Beratungsstrukturen und eine bereichsübergreifende Begleitung. Diese könnte von Sozialarbeiter*innen übernommen werden, die Arbeitsmarkt, Alterssicherung, Gesundheit, Rehabilitation und Pflege berücksichtigen (Stichwort: Case Management). Dies kommt sowohl Alleinstehenden, die keine partnerschaftliche Unterstützung erhalten, als auch Personen in Partnerschaften sowie deren Partner*innen zugute.

Für einen verbesserten Zugang in die Erwerbsminderungsrente spricht vieles, sowohl aus der Sicht von Partnerlosen, als auch aus der Sicht von Personen in Partnerschaften: Es gibt keinen Grund, im Falle von Invalidität bei Erfüllen der Voraussetzungen auf Versicherungsleistungen der Deutschen Rentenversicherung zu verzichten, und schon gar nicht zulasten einer höheren finanziellen Abhängigkeit in der Partnerschaft. Schließlich zeigen Studien auch, dass sich der Erhalt von Leistungen wie Erwerbsminderungsrenten insofern entlastend auf Partnerschaften auswirkt, als z. B. das Scheidungsrisiko in Ehen durch das verlässliche Einkommen in Form einer Erwerbsminderungsrente sinkt (Baviskar et al. 2018). Eine sozialpolitische Neuausrichtung, die eine Umverteilung der unbezahlten Sorgearbeit und der Erwerbstätigkeit ebenso einschließt wie Maßnahmen gegen die Gender-Pay-Gap/Gender-Pension-Gap und für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, ist unumgänglich. Andernfalls ist davon auszugehen, dass Partnerschaften auch künftig die zentrale Rolle als Unterstützungsressource einnehmen werden.

Danksagung: Die Autor*innen danken dem Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA) der Deutschen Rentenversicherung Bund für die finanzielle Förderung des Projekts „Erwerbsminderungsrente – Die Rolle des Partnerschaftskontexts beim Zugangsrisiko“ (Förderkennzeichen: FNA-P-2023-18), auf dem dieser Beitrag basiert. Ebenso danken wir Anna Rohde und Leonie Casal für ihre wertvolle Unterstützung bei der Überarbeitung und Fertigstellung des Manuskripts.

Referenzen

- Arránz Becker, Oliver; Loter, Katharina; Becker, Sten (2017): „Familie und Gesundheit: Ein methoden-kritischer Blick auf die aktuelle Forschung“, in: Monika Jungbauer-Gans; Peter Kriwy (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS, 1–27.
- Aurich-Berheide, Patrizia; Brussig, Martin; Schwarzkopf, Manuela (2018): *Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Baviskar, Siddhartha; Bengtsson, Kirstine; Bengtsson, Steen (2018): „Do disability pension awards have a causal impact on recipients' marital stability? Evidence from the Danish Social Security Programme“, *Alter* 12(04): 208–224.
- Böger, Anne; Huxhold, Oliver (2018): „Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age?“, *Developmental Psychology* 54(1): 181–197.
- Braakmann, Nils (2009): „Other-regarding preferences, spousal disability and happiness evidence from German couples“, Working Paper Series in Economics 130: 1–10.
- Brown, Dustin C.; Hummer, Robert A.; Hayward, Mark D. (2014): „The importance of spousal education for the self-rated health of married adults in the United States“, *Population Research and Policy Review* 33: 127–151.
- Brüggmann, Daniel (2020): „Work Disability and Divorce“, in: Michaela Kreyenfeld; Heike Trappe (Hg.): *Parental Life Courses after Separation and Divorce in Europe*. Berlin, Rostock: Springer, 289–308.
- Brussig, Martin (2025): Erwerbsminderungsrenten im Altersübergang: Entwicklungstrends in einem Umfeld steigender Altersgrenzen. Altersübergangs-Report 01/2025. Düsseldorf, Duisburg: Hans Böckler Stiftung, IQA, Universität Duisburg-Essen.
- Bubonya, Melisa; Cobb-Clark, Deborah A.; Wooden, Mark (2017): „Job loss and the mental health of spouses and adolescent children“, *IZA Journal of Labor Economics* 6(1): 1–27.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020): Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA.
- Bünnings, Christian; Kleibrink, Jan; Weßling, Jens (2017): „Fear of unemployment and its effect on the mental health of spouses“, *Health Economics* 26(1): 104–117.
- Christensen, Julian; Aarøe, Lene; Baekgaard, Martin; Herd, Pamela; Moynihan, Donald P. (2020): „Human capital and administrative burdens: The role of cognitive resources in citizen-state interactions“, *Public Administration Review* 80(1): 127–136.
- Christiansen, Solveig Gjestad; Kravdal, Øystein (2023): „Union Status and Disability Pension“, *European Journal of Population* 39(21): 1–19.
- Chudnovsky, Mariana; Peeters, Rik (2021): „The unequal distribution of administrative burdens: A framework and an illustrative case study for understanding variation in people's experience of burdens“, *Social Policy & Administration* 55(4): 527–542.

- Cleves, Mario; Gould, William; Gutierrez, Roberto G.; Marchenko, Yulia (2010): *An Introduction to Survival Analysis Using Stata*. StataCorp LLC.
- Cohrdes, Caroline; Hapke, Ulfert; Nübel, Julia; Thom, Julia (2022): *Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1 – Erwachsenenalter*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Cox, David R. (1972): „Regression models and life-tables“, *Journal of the Royal Statistical Society* 34(2): 187–202.
- Dannenberg, Andreas; Hofmann, Jürgen; Kaldybajewa, Kalamkas; Kruse, Edgar (2010): „Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen“, *RV aktuell* (9): 283–293.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024a): *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024*. Berlin: DRV.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024b): *Rentenversicherung in Zahlen 2024*. Berlin: DRV.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024c): *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Berlin: DRV.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2025): *Erwerbsminderungsrente: Das Netz für alle Fälle*. Berlin: DRV.
- Elling, Jan Mathis; Hetzel, Christian; Hampel, Sarah; von Spee, Adelheid; Ollertz, Greta (2025): „Wie steht es um die Gesundheit pflegender erwerbstätiger Personen?“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 58(4): 296–302.
- Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung. (2025). SOEP-RV Versichertenkontenstichprobe 2022. Off-Site Scientific Use File. Download unter: <https://fdz-rv.de/soep.v39-RV.VSKT.2022.1-0>. (Zugriff am 06. Juni 2025)
- Geyer, Johannes (2021): *Der Einfluss von Rentenreformen auf Zugänge und Zahlungsbeträge in Erwerbsminderungsrenten – Modellrechnungen bis 2050*, DIW Berlin: Politikberatung kompakt (164).
- Götz, Simon; Dragano, Nico; Wahrendorf, Morten (2019): „Soziale Ungleichheiten der Erwerbsminderung bei älteren Arbeitnehmern“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52(1): 62–69.
- Gross, Brigitte; Brüggemann, Silke; Streibelt, Marco (2022): „Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten“, *Deutsche Rentenversicherung* (3): 242–254.
- Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K. (2020): „Erwerbsminderungsrente der erwerbsfähigen Bevölkerung in Deutschland – ein unterschätztes Risiko?“, in: Bernhard Badura; Antje Ducki; Helmut Schröder; Joachim Klose; Markus Meyer (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit*. Berlin: Springer, 729–740.
- Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kempfner, Daniel; Lampert, Thomas (2011): „Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung“, *WSI-Mitteilungen* 64(7): 336–344.
- Hank, Karsten; Steinbach, Anja (2018): „Families and health: A review“, in: Gabriele Doblhammer; Jordi Gumà (Hg.): *A demographic perspective on gender, family and health in Europe*. Frankfurt: Springer, 23–39.
- Hergesell, Jannis (2019): „Forschungsstand Erwerbsminderungsrente – eine qualitative Metaanalyse“, *Deutsche Rentenversicherung* (2): 150–171.
- Hochgürtel, Tim; Sommer, Bettina (2021): „Lebensformen in der Bevölkerung und Kinder“, in: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hg.): *Datenreport 2021 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, 51–64.
- Hoymann, Jana; Schlömer, Claus (2021): *Raumordnungsprognose 2040 – Haushaltsprognose*. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).
- Huijts, Tim; Monden, Christiaan W. S.; Kraaykamp, Gerbert (2010): „Education, educational heterogamy, and self-assessed health in Europe: a multilevel study of spousal effects in 29 European countries“, *European Sociological Review* 26(3): 261–276.

- Huxhold, Oliver; Tesch-Römer, Clemens (2023): „Loneliness Increased Significantly among People in Middle and Older Adulthood during the Covid-19 Pandemic“, in: Julia Simonson; Jenna Wünsche; Clemens Tesch-Römer (Hg.): *Ageing in Times of the COVID-19 Pandemic*. Wiesbaden: Springer, 183–197.
- Institut Arbeit und Qualifikation (2023): Lebensformen der Bevölkerung nach Altersgruppen 2000 und 2022. IAQ. Download unter: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/infografiken-sozialpolitik-soziale-lage-demografie.html#lebensformen> (Zugriff am 24. Juli 2025).
- Karraker, Amelia; Latham, Kenzie (2015): „In sickness and in health? Physical illness as a risk factor for marital dissolution in later life“, *Journal of Health and Social Behavior* 56(3): 420–435.
- Klaus, Daniela; Vogel, Claudia (2019): „Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte“, in: Claudia Vogel; Markus Wettstein; Clemens Tesch-Römer (Hg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Äterwerden im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer, 91–112.
- Klaus, Daniela; Vogel, Claudia (2021): „Geht das stärkere Engagement von Frauen in Pflege und Unterstützung auf ihre geringere Arbeitsmarktbeteiligung zurück? Ein Beitrag zur Gleichstellungsdebatte“, *Sozialer Fortschritt* 70(2): 53–74.
- Künemund, Harald; Vogel, Claudia (2006): „Öffentliche und private Transfers und Unterstützungsleistungen im Alter – ‚crowding out‘ oder ‚crowding in‘?“, *Zeitschrift für Familienforschung* 18(3): 269–289.
- Li, Yang; Fu, Hua; Zhao, Fang; Luo, Jianfeng; Kawachi, Ichiro (2013): „Influence of spousal education on partner’s self-rated health: cross-sectional study among 1382 married couples in Shanghai, China“, *Asia Pacific Journal of Public Health* 25(5): 398–408.
- Liu, Hui; Copeland, Molly; Nowak, Gerald III; Chopik, William J.; Oh, Jeewon (2023): „Marital Status Differences in Loneliness Among Older Americans During the COVID-19 Pandemic“, *Population Research and Policy Review* 42(74): 1–25.
- Liu, Hui; Umberson, Debra J. (2008): „The times they are a changin’: marital status and health differentials from 1972 to 2003“, *Journal of Health and Social Behavior* 49(3): 239–253.
- Liu, Hui; Waite, Linda (2014): „Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults“, *Journal of Health and Social Behavior* 55(4): 403–423.
- Lozem, Geir; Cook, Sarah; Leon, David A.; Emaus, Nina; Schirmer, Henrik (2020): „Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time“, *Scientific Reports* 10(1): 4886.
- Martin, Stefanie; (2017): *Materielle Absicherung bei Erwerbsminderung im Kontext der Lebensform*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mendolia, Silvia (2014): „The impact of husband’s job loss on partners’ mental health“, *Review of Economics of the Household* 12: 277–294.
- Mergenthaler, Andreas (2018): „Gesundheitliche Ungleichheiten in der zweiten Lebenshälfte“, in: Klaus R. Schroeter; Claudia Vogel; Harald Künemund (Hg.): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer VS, 1–19.
- Mika, Tatjana (2013): „Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen“, *Bundesgesundheitsblatt* 56(3): 391–398.
- Miluczenko, Hanah; Bindels, Helen; Schuler, Michael; Gerlach, Daniel; Thiller, Annina (2025): „Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten‘ (FER) – Welche Erwartungen und Befürchtungen bestehen seitens der Rehabilitand*innen?“, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): *34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*. Berlin: DRV, 33–35.

- Monden, Christiaan W. S.; Van Lenthe, Frank; De Graaf, Nan Dirk; Kraaykamp, Gerbert (2003): „Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption?“, *Social Science & Medicine* 57(10): 1901–1912.
- Rapp, Ingmar (2012): „In Gesundheit und Krankheit?“, *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 64(4): 783–803.
- Rapp, Ingmar; Gruhler, Jonathan (2018): „Der Einfluss der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens auf die Entstehung von Partnerschaften“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 70(1): 25–52.
- Rapp, Ingmar; Klein, Thomas (2015): „Familie und Gesundheit“, in: Paul B. Hill; Johannes Kopp (Hg.): *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden: Springer, 775–790.
- Rapp, Ingmar; Klein, Thomas (2022): „Familie und Gesundheit“, in: Oliver Arránz Becker; Karsten Hank; Anja Steinbach (Hg.): *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden: Springer, 1–16.
- Robles, Theodore F.; Slatcher, Richard B.; Trombello, Joseph M.; McGinn, Meghan M. (2014): „Marital quality and health: a meta-analytic review“, *Psychological bulletin* 140(1): 140.
- Schindler, Ludwig; Hahlweg, Kurt; Revenstorf, Dirk (2019): „Bedeutung von Partnerschaft“, *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie: Handbuch für Therapeuten*. Springer, 1–11.
- Simon, Robin W. (2002): „Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health“, *American Journal of Sociology* 107(4): 1065–1096.
- Söhn, Janina; Mika, Tatjana (2016): „Die erwerbsbiografische Vorgeschichte der Frühverrentung wegen Erwerbsminderung“, *Zeitschrift für Sozialreform* 61(4): 461–492.
- Sozialverband Deutschland (2022): SoVD begrüßt Verbesserungen für Erwerbsminderungsrentner*innen. SoVD. Download unter: <https://www.sovd.de/presse/pressemitteilungen/meldung/sovdbegruesst-verbesserungen-fuer-erwerbsminderungsrentner> (Zugriff am 11. April 2025).
- Spuling, Svenja M.; Wurm, Susanne; Wolff, Julia K.; Wünsche, Jenna (2017): „Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen“, in: Katharina Mahne; Julia Katharina Wolff; Julia Simonson; Clemens Tesch-Römer (Hg.): *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer, 157–183.
- Stauder, Johannes; Rapp, Ingmar; Klein, Thomas (2019): „Couple relationships and health: The role of the individual's and the partner's education“, *Zeitschrift für Familienforschung* 31(2): 138–154.
- Suchy, Yana (2009): „Executive functioning: Overview, assessment, and research issues for non-neuropsychologists“, *Annals of Behavioral Medicine* 37(2): 106–116.
- Valle, Giuseppina; Weeks, Janet A.; Taylor, Miles G.; Eberstein, Isaac W. (2013): „Mental and physical health consequences of spousal health shocks among older adults“, *Journal of Aging and Health* 25(7): 1121–1142.
- Vignoli, Daniele; Alderotti, Giammarco; Tomassini, Cecilia (2025): „Partners' health and silver splits in Europe: A gendered pattern?“, *Journal of Marriage and Family* 87(4): 1639–1663.
- Wang, Yafeng; Jiao, Yurui; Nie, Jing; O'Neil, Adrienne; Huang, Wentao; Zhang, Lei; Han, Jiafei; Liu, Hao; Zhu, Yikun; Yu, Chuanhua (2020): „Sex differences in the association between marital status and the risk of cardiovascular, cancer, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of 7 881 040 individuals“, *Global Health Research and Policy* 5(4): 1–16.
- Welti, Felix (2022): „Erwerbsminderung: Ein ungelöstes Schlüsselproblem der Sozialpolitik“, in: Martin Nonhoff; Sebastian Haunss; Tanja Klenk; Tanja Pritzlaff-Scheele (Hg.): *Gesellschaft und Politik verstehen: Frank Nullmeier zum 65. Geburtstag*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 317–329.

- Zink, Lina; Brussig, Martin (2022): Erwerbsminderungsrente und Erwerbstätigkeit. Altersübergangs-Report 1/2022. Düsseldorf, Duisburg: Hans Böckler Stiftung, IAQ, Universität Duisburg-Essen.
- Zollmann, Pia; Martin, Stefanie (2013): „Gravierender Rückgang der versicherungspflichtigen Entgelte in den Jahren vor Zugang in die Erwerbsminderungsrente“, *RVaktuell* (8): 187–196.

Anhang

Tabelle A1: Übersicht der SOEP RV-VSKT Erwerbsstatus-Informationen

Rang	Vereinfachte Erwerbsstatus-Kategorien	Detaillierte SOEP RV-VSKT-Kodierungen
1	Ruhestand	Rentenbezug („RTB“)
2	EM-Rente	Anrechnungszeiten mit Rentenbezug („AZ1“)
3	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – West („WSB“) knappschaftliche Beschäftigung – West („WKN“) sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Ost ab 7/1990 („OSB“) knappschaftliche Beschäftigung – Ost ab 7/1990 („OKN“) sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Ost bis 6/1990 („DDR OSB“) knappschaftliche Beschäftigung – Ost bis 6/1990 („DDR OKN“) Pflichtbeitrag Selbstständige – West („WSS“) Pflichtbeitrag Selbstständige – Ost („OSS“)
4	Arbeitsunfähigkeit und Krankheit	Arbeitsunfähigkeit und Krankheit („AUF“)
5	Arbeitslosigkeit	Zeiten mit Arbeitslosigkeit („ALG“) Bezug von Arbeitslosenhilfe oder ALG2 („ALH“)
6	Geringfügige Beschäftigung	Geringfügige Beschäftigung mit und ohne Versicherungspflicht
7	Sonstiges	berufliche Ausbildung („BRF“) Bergmannprämie („BMP“) Vorruhestandsgeldbezug („VRS“) Wehr- und Zivildienstzeiten („ARM“) nicht erwerbsmäßige Pflege („PFL“) freiwillige Beiträge („FWB“) schulische Ausbildung („SCH“) sonstige („SON“) Pflichtbeiträge Mutterschaftsurlaub (01.07.1979–31.12.1983) („PMU“) unterstützte Beschäftigung („USV“) Nachzahlung Heirat („HRT“) Fremdrentenzeiten („FRG“) freiwillige Zusatzrentenversicherung der DDR („FZR“) Nebenjob („NJB“) Anrechnungszeiten ohne Rentenbezug („AZ0“)

Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkungen: Die in Klammern angegebenen Codes entsprechen den originalen Kodierungen im SOEP RV-VSKT-Datensatz. Der „Rang“ gibt die Priorität an: Bei mehreren Status im selben Monat überschreibt der Status mit dem höheren Rang (niedrigere Zahl) den niedrigeren Rang (höhere Zahl)

Tabelle A.2: Multivariate Cox-Regressionsmodelle: Individuelle Merkmale

	Modell 1 (Alle)		Modell 2 (Alle)		Modell 3 (Frauen)		Modell 4 (Männer)	
	HR	SE	HR	SE	HR	SE	HR	SE
Partner*in im Haushalt (Ref: Ohne Partner*in)	0,42***	(0,05)	0,54***	(0,06)	0,56***	(0,08)	0,50**	(0,11)
Frau (Ref: Mann)			1,22	(0,15)				
Westdeutschland (Ref: Ostdeutschland)			1,03	(0,14)	1,34	(0,23)	0,66*	(0,14)
Mit Migrationshintergrund (Ref: Ohne)			1,17	(0,19)	1,06	(0,22)	1,37	(0,38)
Bildung: Mittel (Ref: Niedrig)			0,57***	(0,09)	0,63*	(0,12)	0,42**	(0,11)
Bildung: Hoch			0,31***	(0,07)	0,43**	(0,11)	0,16***	(0,07)
Gute Gesundheit (Ref: Schlechte)			0,09***	(0,01)	0,10***	(0,02)	0,09***	(0,02)
Periode: 2001–2013 (Ref: 1984–2000)			0,75	(0,15)	0,74	(0,19)	0,68	(0,22)
Periode: 2014–2017			0,76	(0,16)	0,76	(0,20)	0,69	(0,23)
Periode: 2018–2022			0,54**	(0,12)	0,60	(0,16)	0,40**	(0,14)
Anzahl der Personen	7,732		7,732		4,287		3,445	
Anzahl der Ereignisse (EM-Rente)	310		310		198		112	
Log-Pseudolikelihood	-2425,94		-2212,62		-1304,13		-699,26	
Wald χ^2	51,26		412,82		254,83		155,71	

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen.
Anmerkungen: Robuste Standardfehler (in Klammern), gedulstert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie
*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Tabelle A.3: Multivariate Cox-Regressionsmodelle: Individuelle und partnerbezogene Merkmale

	Modell 5 (Alle mit Partner*in)		Modell 6 (Frauen mit Partner)		Modell 7 (Männer mit Partnerin)	
	HR	SE	HR	SE	HR	SE
Individuelle Merkmale						
Frau (Ref: Mann)	1,45*	(0,23)				
Westdeutschland (Ref: Ostdeutschland)	1,12	(0,21)	1,50	(0,37)	0,67	(0,19)
Mit Migrationshintergrund (Ref: Ohne)	1,06	(0,24)	1,03	(0,29)	1,23	(0,46)
Bildung: Mittel (Ref: Niedrig)	0,75	(0,17)	0,82	(0,24)	0,61	(0,23)
Bildung: Hoch	0,29***	(0,10)	0,41*	(0,18)	0,19**	(0,11)
Gute Gesundheit (Ref: Schlechte)	0,08***	(0,02)	0,08***	(0,02)	0,06***	(0,02)
Periode: 2001–2013 (Ref: 1984–2000)	0,66	(0,16)	0,66	(0,21)	0,65	(0,24)
Periode: 2014–2017	0,71	(0,18)	0,71	(0,25)	0,71	(0,27)
Periode: 2018–2022	0,56*	(0,15)	0,63	(0,21)	0,47	(0,18)
Partner*in Merkmale						
Bildung Partner*in: Mittel (Ref: Niedrig)	0,59*	(0,14)	0,76	(0,28)	0,47*	(0,15)
Bildung Partner*in: Hoch	0,54*	(0,16)	0,74	(0,30)	0,27*	(0,14)
Erwerbstätig (Ref: Nicht erwerbstätig)	0,64**	(0,11)	0,55**	(0,12)	0,91	(0,25)
Gute Gesundheit Partner*in (Ref: Schlechte)	1,26	(0,21)	1,42	(0,31)	1,05	(0,27)
Anzahl der Personen	5,547		2,858		2,689	
Anzahl der Ereignisse (EM-Rente)	172		103		69	
Log-Pseudolikelihood	-1145,35		-622,50		-401,13	
Wald χ^2	276,54		157,36		116,16	

Quelle: SOEP-RV VKST 2022, eigene Berechnungen.
Anmerkungen: Robuste Standardfehler (in Klammern), gedulstert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie
*** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$