

Dezember 2025

Erwerbsminderungsrente – Die Rolle des Partnerschaftskontexts beim Zugangsrisiko

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

Abschlussbericht des vom Forschungsnetzwerk Alterssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojekts

Danksagung

Die Autor*innen danken Anna Rohde und Leonie Casal für ihre Unterstützung bei der Überarbeitung und Fertigstellung des Berichts sowie Ulrike Ehrlich für ihren fachlichen Rat bei methodischen Rückfragen und Unterstützung im Analyseprozess.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	1
2	Problemstellung.....	3
3	Stand der Forschung.....	6
3.1	Erwerbsminderungsrente: Rentenrechtliche Regelungen und Reformen der letzten 25 Jahre	6
3.2	Entwicklung der Anzahl der Erwerbsminderungsrenten und der zugrundeliegenden Diagnosen	9
3.3	Risiko- bzw. Schutzfaktoren für den Übergang in die Erwerbsminderungsrente	10
4	Forschungslücken und Forschungsfragen.....	16
4.1	Bedeutung der Partnerschaft (Teil I).....	17
4.2	Bedeutung der Charakteristika des/der Partner*in (Teil II).....	18
5	Daten und Methoden.....	19
5.1	Daten.....	19
5.2	Variablen	20
5.3	Methoden	23
6	Ergebnisse	26
6.1	Deskriptive Analyse: Beschreibung der Stichprobe	26
6.2	Der Partnerschaftsstatus und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente	29
6.3	Der Partnerschaftsstatus und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente nach Geschlecht	29
6.4	Das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente bei Alleinerziehenden.....	31
6.5	Die Partnerschaftsdauer und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente	31
6.6	Charakteristika des/der Partner*in und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente ..	32
6.7	Die Partnerschaftsqualität und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrisiko	34
7	Zusammenfassung und Diskussion	35
8	Fazit.....	38
9	Output des Projektes.....	41
9.1	Publikation.....	41
9.2	Vorträge auf Fachkonferenzen.....	41
10	Literaturverzeichnis	42
11	Anhang.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der SOEP RV-VSKT Erwerbsstatus-Informationen	25
Tabelle 2: Deskriptive Statistiken der Stichprobe zum Start der ersten Episode mit Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Alter von 40 bis 60 Jahren	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsstatus und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente.....	30
Abbildung 2: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsdauer und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente.....	32
Abbildung 3: Der Zusammenhang zwischen Merkmalen des/der Partner*in und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente	33
Abbildung 4: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsqualität und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente.....	34

1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

- Personen mit Partner*in im gemeinsamen Haushalt weisen im Vergleich zu Alleinstehenden ein signifikant geringeres Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente auf (Hazard Ratio: 0,40). Dieser Effekt bleibt auch nach Kontrolle soziodemografischer Faktoren wie Geschlecht, Bildung und subjektiver Gesundheit stabil. Wir interpretieren diesen Effekt als einen schützenden Faktor, was jedoch keineswegs gegen eine Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente bei Vorliegen der dafür vorgeschriebenen Voraussetzungen sprechen soll. Für Personen mit einem/einer Partner*in, der/die nicht im selben Haushalt lebt, sowie für Alleinerziehende konnte unter Kontrolle soziodemografischer Faktoren hingegen kein statistisch signifikant geringeres Risiko im Vergleich zu Alleinstehenden festgestellt werden.
- Das geringere Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente bei Personen mit Partner*in im gemeinsamen Haushalt im Vergleich zu Alleinstehenden besteht sowohl für Frauen (Hazard Ratio: 0,54) als auch für Männer (Hazard Ratio: 0,45). Neben diesem Partnerschaftseffekt zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern, dass eine höhere Bildung und eine gute subjektive Gesundheit mit einem deutlich verringerten Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente einhergehen.
- Alleinerziehende haben im Vergleich zu Alleinstehenden kein signifikant höheres Zugangsrisiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Allerdings zeigt die Studie, dass Personen mit Partner*in im gemeinsamen Haushalt nicht nur ein geringes Risiko aufweisen als Alleinstehende, sondern auch ein signifikant geringeres Risiko (Hazard Ratio: 0,60) als Alleinerziehende.
- Es lassen sich keine Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Vorhandensein einer Partnerschaft und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente in Abhängigkeit von der Partnerschafsdauer feststellen. Das mit einer Partnerschaft im Vergleich zu Alleinstehenden verbundene geringere Zugangsrisiko unterscheidet sich nicht statistisch signifikant zwischen Personen mit kürzeren (< sieben Jahre) und längeren (≥ sieben Jahre) Partnerschaften.

- Neben den individuellen Merkmalen zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen den Charakteristika des/der Partner*in und dem Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs in der Gruppe der Personen, die mit ihrem/ihrer Partner*in zusammenleben. Insbesondere eine mittlere oder hohe Bildung des/der Partner*in ist im Vergleich zu niedriger Bildung mit einem signifikant geringeren Zugangsrisiko verbunden. Auch eine Erwerbstätigkeit des/der Partner*in geht im Vergleich zu Nichterwerbstätigkeit mit einem reduzierten Risiko des Rentenzugangs einher.
- Es bestehen geschlechtsspezifische Muster: Bei Frauen steht insbesondere die Erwerbstätigkeit des Partners mit einem signifikant geringeren Zugangsrisiko in Zusammenhang. Bei Männern zeigt sich dagegen ein starker Zusammenhang mit der Bildung der Partnerin. Eine mittlere oder hohe Bildung der Partnerin geht mit einem deutlich verringerten Risiko eines Zugangs zur Erwerbsminderungsrente einher, während die Erwerbstätigkeit der Partnerin keinen signifikanten Zusammenhang aufweist. Weder für Frauen noch für Männer zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit des/der Partner*in und dem individuellen Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs.
- Eine hohe Zufriedenheit mit dem Familienleben geht mit einem geringeren Risiko für eine Erwerbsminderungsrente einher. Nach Kontrolle der subjektiven Gesundheit ist der Zusammenhang jedoch nicht mehr statistisch signifikant.

Die empirischen Ergebnisse sind im Kontext der vergleichsweise traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Partnerschaft und auf dem Arbeitsmarkt sowie der gegebenen familienzentrierten Ausgestaltung der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in Deutschland zu interpretieren. Wir empfehlen, den Zugang in die Erwerbsminderungsrente zu verbessern, sowohl für Partnerlose, als auch für Personen in Partnerschaften. Es gibt keinen Grund, bei Erfüllen der Voraussetzungen auf Versicherungsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im Falle von Invalidität zu verzichten – insbesondere nicht zu Lasten einer höheren finanziellen Abhängigkeit in der Partnerschaft.

2 Problemstellung

Ungefähr 1,8 Millionen Personen bezogen im Jahr 2023 in Deutschland eine Erwerbsminderungsrente (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a). Diese Zahl ist vergleichbar mit dem Rentenbestand aufgrund von Erwerbsminderung des Jahres 2000 – und zwar, obwohl heute insbesondere die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre das Lebensalter erreicht haben, das mit einem erhöhten Erwerbsminderungsrisiko einhergeht. Was sich in dieser Periode stark verändert hat, ist die Art der Diagnosen, aufgrund derer die Personen eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Jahr 2023 wurden 39,7 Prozent der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Störungen gewährt, was nahezu doppelt so häufig ist wie im Jahr 1996 (20,1 Prozent) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a).¹

Das Risiko, eine Erkrankung oder Behinderung zu entwickeln, die in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente mündet, wird maßgeblich durch sozio-ökonomische Faktoren mitbestimmt (Hagen et al., 2011; für eine Einordnung siehe auch Hergesell, 2019). Insbesondere Personen mit einem niedrigen Qualifikationsniveau weisen ein stark erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderung auf. Die Risikofaktoren für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente variieren dabei je nach dem Spektrum der Erkrankungen bei den Erwerbsgeminderten. So schützt beispielsweise ein hohes Qualifikationsniveau weniger vor psychischen als vor körperlichen Erkrankungen (Hagen und Himmelreicher, 2020; Hagen et al., 2011).

Zudem spielt der Partnerschaftskontext eine wichtige Rolle als protektiver Faktor für das Risiko einer Erwerbsminderung, insbesondere aufgrund psychischer Störungen. So zeigen beispielsweise Personen, die allein leben oder nicht in einer Partnerschaft sind, ein deutlich erhöhtes Risiko für Depressionen (Cohrdes et al., 2022) sowie Einsamkeit (Huxhold und Tesch-Römer, 2023) im Vergleich zu Personen in Partnerschaften bzw. Mehrpersonenhaushalten. Einsamkeit ist wiederum nicht nur mit einer erhöhten Anzahl psychischer, sondern auch mit einer erhöhten Anzahl körperlicher Erkrankungen assoziiert (Böger und Huxhold, 2018).

¹ Nicht alle Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen keiner Erwerbsarbeit nachgehen, beziehen eine Erwerbsminderungsrente. Von der Deutschen Rentenversicherung wird etwa jeder zweite Antrag auf Erwerbsminderungsrente abgelehnt, dies ist etwa möglich, wenn Wartezeiten nicht erfüllt sind oder wenn keine verminderte Erwerbsfähigkeit festgestellt wird (vgl. Sozialverband Deutschland, 2020). In diesen Fällen sind bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen Sozialtransfers nach SGB vorgesehen.

Gleichzeitig kann die finanzielle Unterstützung des/der Partner*in die wirtschaftliche Sicherheit steigern. Einerseits können Wohlstandsgewinne durch das gemeinsame Wirtschaften zu gesundheitlichen Profiten führen (Rapp und Klein, 2022), da ein höherer sozio-ökonomischer Status wiederum mit einer besseren Gesundheit und somit einem geringeren Risiko für Erwerbsminderung assoziiert ist (für einen Überblick vgl. Mergenthaler, 2018). Andererseits kann die finanzielle Absicherung im Paarhaushalt den Druck zur Erwerbsarbeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen reduzieren, so dass 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.

Allerdings hängt der schützende Effekt einer Partnerschaft maßgeblich auch von der Beziehungsqualität ab (Leach et al., 2013). Belastungen oder Konflikte in der Partnerschaft können Stress verstärken und sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Coyne und DeLongis, 1986; Kiecolt-Glaser und Newton, 2001; Kiecolt-Glaser und Wilson, 2017; Robles et al., 2014).

In den letzten Jahrzehnten hat eine Pluralisierung der Lebensformen stattgefunden, die bereits in den Familienverläufen der in den 1960er und den 1970er Geborenen sichtbar wird. Mehr Menschen in Deutschland leben alleine (Hochgürtel und Sommer, 2021), auch im mittleren und im höheren Alter. So stieg beispielsweise der Anteil der Alleinlebenden in der Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen von 12 Prozent im Jahr 2000 auf 19 Prozent im Jahr 2023. Bei den 55- bis 65-Jährigen stieg der Anteil in diesem Zeitraum von 16 Prozent auf 24 Prozent (Institut Arbeit und Qualifikation, 2023).² Trotz dieser Zunahme lebt weiterhin der Großteil der Menschen im mittleren Alter in Paarhaushalten: Laut SOEP-Daten lebten im Jahr 2020 71 Prozent der 45- bis 54-Jährigen und 70 Prozent der 55- bis 64-Jährigen in Paarhaushalten. Gleichzeitig gewinnen andere Partnerschaftsformen an Bedeutung, wie etwa das Living-apart-together-Modell (LAT), bei den Personen eine feste Beziehung führen, jedoch in getrennten Haushalten leben (Asendorpf, 2008). Laut Asendorpf (2008) stieg der Anteil

² Laut dem IAQ-Portal Sozialpolitik Aktuell (www.sozialpolitik-aktuell.de) werden für das Jahr 2000 der Anteil Alleinlebende und für das Jahr 2022 der Anteil Alleinstehender ausgewiesen, letztere definiert als partner- und kinderlos, aber nicht zwingend in einem Einpersonenhaushalt lebend. Da laut Statistischem Bundesamt jedoch 93,5 Prozent der Alleinstehenden faktisch auch alleine in einem Einpersonenhaushalt leben, wird der Anstieg des Anteils Alleinlebender im dargestellten Zeitraum 2000 bis 2023 durch diesen Vergleich nur minimal überschätzt.

der Personen in einer LAT-Beziehung von 8,5% im Jahr 1992 auf 10,9% im Jahr 2006 an. Darüber hinaus nimmt der Anteil der unverheirateten Paare zu, während der Anteil verheirateter Paare sinkt (vgl. z.B. Engstler und Klaus, 2017).

Diese beiden skizzierten Trends, die steigende Relevanz psychischer Erkrankungen für die Erwerbsminderung und der wachsende Anteil von Alleinlebenden bei gleichzeitiger Pluralisierung der Lebensformen, lassen es fruchtbar erscheinen, zu untersuchen, wie der Partnerschaftskontext (differenziert nach Personen in einer Partnerschaft, die im gemeinsamen Haushalt leben oder die nicht im gemeinsamen Haushalt leben (LAT) und nach Personen ohne Partnerschaft und Alleinerziehenden) das Risiko des Übergangs in den Erwerbsminderungsrentenbezug beeinflusst. Darüber hinaus umfasst der Partnerschaftskontext in unseren Analysen auch Informationen über den/die Partner*in, wie z.B. die berufliche Tätigkeit, die Bildung und die Gesundheit, sowie Informationen über die Zufriedenheit mit dem Familienleben als Proxy für die Qualität der Partnerschaft.

Vor diesem Hintergrund haben wir in diesem Projekt das Zugangsrisiko zu Erwerbsminderungsrente unter besonderer Berücksichtigung des Partnerschaftskontexts untersucht. Die zentrale Fragestellung lautet, ob Partnerschaften einen Effekt auf das Zugangsrisiko zu Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung haben, und wenn ja, welchen.

Das Zugangsrisiko selbst ist dabei ein komplexes Phänomen, das durch mehrere Vorbedingungen strukturiert wird: 1) eine vorausgehende Erwerbstätigkeit, 2) das Vorliegen einer Erkrankung oder Behinderung und 3) der Prozess der Beantragung und Bewilligung der Erwerbsminderungsrente. Aufgrund der verfügbaren Daten konnten diese einzelnen Selektionen nicht modelliert werden, sondern lediglich das Zugangsrisiko insgesamt. Ebenso ließ sich nicht zwischen dem Zugangsrisiko aufgrund verschiedener Diagnosen wie psychischer oder körperlicher Erkrankungen unterscheiden, so dass in diesem Bericht jeweils das erstmaligen Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente insgesamt dargestellt wird.

3 Stand der Forschung

3.1 Erwerbsminderungsrente: Rentenrechtliche Regelungen und Reformen der letzten 25 Jahre

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).

Nimmt man den Prozess der Zugangssteuerung in den Blick, zeigt sich, dass es Unterschiede in den Zugangschancen geben kann, wenn die Transparenz für Antragstellende, bürokratische Hürden bei der Antragsstellung sowie der wechselseitige Bezug von Sozialleistungsträgern mit unterschiedlichen Interessen beeinflussen, ob Leistungsberechtigte ihre Ansprüche einlösen können, oder ob sie durch Intransparenz und Fehlberatung daran gehindert werden (Aurich-Beerheide et al., 2018). In ihrem Modell zur Zugangssteuerung nennen Aurich-Beerheide et al. (2018: 38) als prozessbeteiligte Akteure die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Agenturen für Arbeit bzw. die Jobcenter und gegebenenfalls das Sozialamt. Schließlich müssen für eine Erwerbsminderungsrente nicht nur versicherungsrechtliche, sondern auch medizinische Nachweise über eine vorliegende Erwerbsminderung erbracht werden, die vom ärztlichen Dienst der Rentenversicherung ausgewertet werden, zudem kann die Rentenversicherung ein sozialmedizinisches Gutachten fordern. Antragstellende können darüber hinaus auf eigene Kosten weitere sozialmedizinische Gutachten einholen und ihre Chance auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente dadurch möglicherweise verbessern (Aurich-Beerheide et al., 2018).

In den letzten 25 Jahren wurde eine Reihe von Reformen der Erwerbsminderungsrente durchgeführt (Geyer, 2021). Die im Jahr 2001 verabschiedete bedeutende Reform des Erwerbsminderungsrentensystems ersetzte die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente: eine teilweise Erwerbsminderungsrente bei einem Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von drei bis unter sechs Stunden; und eine volle Erwerbsminderungsrente bei einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden. 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.³ 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 Zahlbeträge für neue Erwerbsminderungsrentner*innen in den Folgejahren sowie zu einem tendenziell kleineren Kreis von Personen, welche die Erwerbsminderungsrente beantragen (Geyer, 2021).

³ Zurechnungszeiten sind die Zeitspanne, für die bei einer Erwerbsminderungsrente fiktive Rentenbeiträge auf Grundlage des Erwerbslebens vor dem Eintritt der Erwerbsminderung bis zum Referenzalter (bis zum 60. Lebensjahr ab 2001) berücksichtigt werden.

Mit der Reform im Jahr 2014 wurden die Zurechnungszeiten bei den neu zugehenden Erwerbsminderungsrentner*innen auf das vollendete 62. Lebensjahr angehoben. Vor der Reform waren die Zurechnungszeiten bis zum 60. Lebensjahr der Versicherten begrenzt. Ab Juli 2014 wurden zudem die vier Jahre vor Erwerbsminderungseintritt nicht mehr für die Durchschnittsbewertung berücksichtigt, wenn dies zu einer schlechteren Gesamtleistungsbewertung führt. Damit sollte in Betracht gezogen werden, dass viele Menschen aufgrund von Gesundheitsproblemen oft schon vor dem Eintritt in die Erwerbsminderung ihre berufliche Tätigkeit reduzieren müssen (vgl. Söhn und Mika, 2016), was sich nachteilig auf die Berechnung der Zurechnungszeit auswirkt (Geyer, 2021; Zollmann und Martin, 2013).

Mit dem Erwerbsfähigkeitsminderung-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 einmalig 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 (SoVD), 2022), dass sich alle Verbesserungen nur auf Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente bezogen. Bestands-Erwerbsminderungsrentner*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 Erwerbsminderungsrentenbeginn zwischen 2001 und 2018 ab Juli 2024 einen pauschalen Rentenzuschlag zu gewähren. Für diejenigen, deren Rente zwischen Januar 2001 und Juni 2014 begann, wird die Rente um 7,5 Prozent erhöht. Bei Rentenbeginn zwischen Juli 2014 und Dezember 2018 beträgt der Zuschlag 4,5 Prozent.

Die Reformen der Erwerbsminderungsrenten spiegeln sich teilweise in den Rentenzahlbeträgen. So lag der durchschnittliche Rentenzahlbetrag bei EM-Bestandsrentner*innen im Jahr 2000 bei 718 Euro, fiel dann bis 2013 leicht auf 699 Euro und stieg danach wieder auf 978 Euro im Jahr 2023 an (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a).

3.2 Entwicklung der Anzahl der Erwerbsminderungsrenten und der zugrundeliegenden Diagnosen

Im Jahr 2023 bezogen in Deutschland knapp 1,8 Millionen Menschen eine Erwerbsminderungsrente (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a). Im gleichen Jahr gingen 164.364 Personen neu in die Erwerbsminderung. Damit machten Erwerbsminderungsrenten 14,7 Prozent der Rentenneuzugänge aus (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024b). Im Zeitverlauf ist der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Neuzugängen leicht rückläufig. Im Jahr 1995 entfielen noch 22,7 Prozent der Rentenneuzugänge auf Erwerbsminderungsrenten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024b; siehe auch Geyer, 2021). Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten unter den Rentenneuzugängen ist aktuell bei Frauen und Männern ähnlich hoch (2023: Frauen: 14,9 Prozent; Männer: 14,4 Prozent), im Jahr 1995 lag der Anteil bei Männern mit 25,5 Prozent noch deutlich höher als bei Frauen mit 19,2 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024b); hier hat eine Angleichung stattgefunden, das Zugangsrisiko bzw. die Zugangsmöglichkeit in diesen Alterssicherungspfad der Frühverrentung hat sich bei Männern stärker reduziert als bei Frauen.

Einen eindeutigen Aufwärtstrend weist seit etwa der Jahrtausendwende das Zugangsalter in eine Erwerbsminderungsrente auf (Brussig, 2025): So lag das durchschnittliche Alter beim Zugang in die Erwerbsminderungsrente im Jahr 2023 bei 54,0 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). Auch dieser Indikator verweist darauf, dass die Zugangsmöglichkeiten in diesen Alterssicherungspfad bei Erwerbsminderung sich über die Zeit verschlechtert haben (vgl. auch Brussig, 2025).

Zugleich hat sich das Krankheitsspektrum, das in den Diagnosestellungen bewilligter Erwerbsminderungsrenten zum Ausdruck kommt, stark verschoben. Einen zunehmenden Anteil stellen dabei Diagnosen aufgrund psychischer Erkrankungen. Im Jahr 2023 wurden die neu zugegangenen Erwerbsminderungsrenten zu 39,7 Prozent aufgrund von psychischen Störungen bewilligt, mehr als doppelt so häufig wie im Jahr 1996 (20,1 Prozent) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a). Mittlerweile stellen psychische Erkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern die häufigsten Diagnosen für Erwerbsminderungsrenten (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 Diagnosen aufgrund von Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe ist zwischen 1996 (27,5 Prozent) und 2023 (10,4 Prozent) deutlich zurückgegangen. Aber auch der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist stark rückläufig (1996: 17,6 Prozent; 2023: 9,4 Prozent). Einen geringen und im Zeitvergleich weitgehend stabilen Anteil (mit leicht abnehmender Tendenz) stellen Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Verdauungssystems (1996: 4,9 Prozent; 2023: 3,1 Prozent). Leicht zugenommen hat der Anteil aufgenommener Erwerbsminderungsrenten aufgrund von Neubildungen (1996: 10,8 Prozent; 2023: 14,5 Prozent) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a).

Die Gründe für die anteilige Zunahme von Erwerbsminderungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind nicht vollständig geklärt (Aurich-Beerheide et al., 2018) und werden unterschiedlich diskutiert. Die Verschiebungen der Diagnosegruppen können einerseits Veränderungen aufgrund sich wandelnder Lebensbedingungen und Lebensweisen 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 (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 Rente (Zink und Brussig, 2022, S. 6).

3.3 Risiko- bzw. Schutzfaktoren für den Übergang in die Erwerbsminderungsrente

Aus der Forschungsliteratur sind verschiedene Risiko- bzw. Schutzfaktoren bezüglich des Erwerbsminderungsrisikos bekannt. Allerdings fokussieren diese in der Regel die Individualebene (Mika, 2013; Hagen und Himmelreicher, 2020; Götz et al., 2019). Nur

sehr wenige Studien liegen vor, die den Partnerschafts-, Haushalts- und/oder Familienkontext der Erwerbsgeminderten berücksichtigen (vgl. den ausführlichen Bericht von Hergesell, 2019). Auch international existieren kaum Studien vor, z.B. aus Norwegen, wo die entsprechenden Daten verfügbar sind (Christiansen und 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 wie Gesundheitsverhalten und Entscheidungen über Erwerbstätigkeit 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 sein kann (Chudnovsky und Peeters, 2021). Studien betonen die Rolle kognitiver Ressourcen und exekutiver Funktionen in der Interaktion mit staatlichen Institutionen. Interessanterweise sind die Faktoren, die Menschen häufiger auf soziale Unterstützung und Wohlfahrtsleistungen angewiesen machen – wie Armut, Krankheit und ein höheres Alter – oft dieselben, die die exekutiven Funktionen beeinträchtigen (Christensen et al., 2020). D.h. Menschen, die ein höheres Risiko haben, erwerbsgemindert zu werden, könnten im Schnitt auch mehr Unterstützung bei der Beantragung benötigen. In diesem Prozess kann die Unterstützung durch den/die Partner*in daher eine entscheidende Hilfe sein.

Gesundheitliche Situation: Zahlreiche Studien belegen, dass eine schlechte individuelle Gesundheit das Risiko signifikant erhöht, die Erwerbstätigkeit aufgrund einer Erwerbsminderungsrente zu beenden (Alavinia et al., 2009; Leijten et al., 2015; Kouwenhoven-Pasmooij et al., 2016). Eine Metaanalyse von Rijn et al. (2014) zeigt, dass sowohl psychische Gesundheitsprobleme als auch das Vorliegen chronischer Erkrankungen zentrale Risikofaktoren für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente darstellen. Sie stellen fest, dass insbesondere die subjektiv wahrgenommene schlechte Gesundheit ein relevanter Risikofaktor für den Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit durch eine Erwerbsminderungsrente ist. Dabei wird die Gesundheit selbst wiederum von zahlreichen Faktoren beeinflusst.

Bildung/Qualifikation: Bei niedriger Bildung/Qualifikation ist das EM-Risiko höher (z.B. Götz et al., 2019; Hagen und Himmelreicher, 2020; Geyer, 2021). Dabei ist der Unterschied zwischen verschiedenen Bildungsgruppen noch stärker für körperliche als für psychische Erkrankungen (Hagen und Himmelreicher, 2020). Martin (2017, S. 170) berichtet, dass knapp 80 Prozent der Erwerbsgeminderten eine einfache oder mittlere Schulbildung haben. Gründe hierfür können unter anderem sowohl in der Berufswahl als auch im Gesundheitsverhalten gesehen werden: Personen mit hoher Bildung/Qualifikation weisen tendenziell ein besseres Gesundheitsverhalten auf (Jordan und Hoebel, 2015); Personen mit niedriger Bildung arbeiten außerdem häufiger in Berufen mit körperlichen Fehlbelastungen oder in einfachen Dienstleistungsberufen, was mit einem erhöhten Risiko für eine Erwerbsminderungsrente verbunden ist (Mika, 2013). Auch sind die Einkommenssituation und die Gesundheitsversorgung von Menschen mit niedriger Bildung tendenziell schlechter als von Personen mit höherer Bildung (Kuntz et al., 2018; Arrich et al., 2024), was sich ebenfalls auf den Gesundheitszustand und auf das Risiko einer Erwerbsminderung auswirken kann. Zudem haben Personen mit niedriger Bildung möglicherweise größere Schwierigkeiten bei dem oft komplexen Beantragungsprozess einer Erwerbsminderungsrente – ähnlich wie bei der Grundversicherung, bei der die Nichtinanspruchnahme bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus besonders hoch ist (Buslei et al., 2019).

Geschlecht: Männer hatten in der Vergangenheit ein höheres EM-Risiko als Frauen, da Männer häufiger in gesundheitsgefährdenden Berufen arbeiten, zumindest bezogen auf somatische Erkrankungen. Bei psychischen Erkrankungen scheint es jedoch umgekehrt zu sein, möglicherweise, weil Frauen häufiger in emotional belastenden Berufen tätig sind als Männer, z.B. in sozialen und sozialpädagogischen Berufen (Hagen und Himmelreicher, 2020, S. 734). Darüber hinaus unterscheidet sich das Krankheitsspektrum von Frauen und Männern. So sind Frauen z.B. häufiger von Krankheiten betroffen, die die Mobilität beeinträchtigen (Wolff et al., 2017), was sich wiederum auf das EM-Risiko auswirken kann.

Region: In den neuen Bundesländern ist das Risiko für eine Erwerbsminderung höher als in den alten Bundesländern, da die Arbeitsverhältnisse häufiger durch belastende Umgebungsfaktoren und körperlich belastende manuelle Tätigkeiten charakterisiert sind (vgl. Hagen und Himmelreicher, 2020). Zudem differieren sowohl Einkommen und

Lebensstandard als auch die gesundheitliche Versorgungsqualität noch immer stark zwischen Ost- und Westdeutschland, unter anderem, da in Ostdeutschland ländliche Regionen vorherrschend sind (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2024).

Migration: Die bisherigen Forschungsergebnisse hinsichtlich des Einflusses eines Migrationshintergrunds auf das Risiko einer Erwerbsminderung sind heterogen, was sich bereits in den Debatten über den Healthy-Migrant-Effekt als epidemiologisches Paradoxon niederschlägt. Dieses Phänomen beschreibt, dass Zugewanderte zu Beginn ihres Aufenthalts meist einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als die einheimische Bevölkerung. Hauptgründe dafür sind eine positive gesundheitliche Selektion, da vor allem gesündere Personen migrieren können und wollen (Domnich et al., 2012). Brzoska et al. (2010) stellen einerseits ein höheres Risiko eine EM-Rente zu beziehen für Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit fest. Dies könnte unter anderem auf eine im mittleren und höheren Alter durchschnittlich schlechtere Gesundheit von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit oder mit Migrationshintergrund zurückzuführen sein, die teils durch einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, gesundheitsbezogene Informationsdefizite sowie eine schlechtere sozioökonomische Position erklärt werden können (Brzoska et al., 2015; Rommel et al., 2015). Andererseits zeigt Geyer (2021) anhand von SOEP-Daten, dass Personen mit Migrationshintergrund seltener eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Dies könnte – neben des Healthy-Migrant-Selektionseffektes – mit Hürden bei der Antragstellung sowie mit fehlenden Voraussetzungen wie einer nicht ausreichenden Beitragsdauer oder unerfüllten Wartezeit bei der Deutschen Rentenversicherung zusammenhängen.

Partnerschaftskontext: In Hinblick auf die Erwerbsminderungsrente zeigt Märtin (2017), dass Erwerbsgeminderte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung seltener in Partnerschaften oder Familien leben und häufiger alleinstehend sind. Ähnliche Ergebnisse zeigen Christiansen und Kravdal (2023) in einer Studie mit norwegischen Registerdaten: Alleinlebende Personen – insbesondere Unverheiratete – haben ein höheres Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen als Verheiratete. Bei der Differenzierung zwischen EM-Rentenzugängen aufgrund psychischer und körperlicher Erkrankungen zeigte sich, dass der Partnerschaftsstatus einen stärkeren Zusammenhang mit Renten wegen psychischer Störungen aufweist. Dies steht im Einklang mit

dem gut erforschten Zusammenhang zwischen Partnerschaften und einer besseren subjektiven psychischen und allgemeinen Gesundheit, die wiederum mit einer besseren objektiven Gesundheit korreliert (vgl. z. B. Liu und Umberson, 2008; Rapp und Klein, 2022). Partnerschaften wirken also möglicherweise protektiv auf die Gesundheit. Es ist jedoch gut belegt, dass nicht allein das Bestehen einer Partnerschaft, sondern auch deren Qualität erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat (vgl. Robles et al., 2014).

Für den Zusammenhang von Partnerschaften und Gesundheit gibt es mehrere Erklärungsansätze: Zunächst könnten Selektionseffekte eine Rolle spielen, wenn Menschen mit schlechter Gesundheit seltener in Partnerschaften leben, da sie schwieriger einen/eine Partner*in finden. 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 wiederum korreliert nachweislich mit einem erhöhten Risiko für sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen (vgl. Huxhold und Tesch-Römer, 2023). Partnerschaften könnten also auch gesundheitsförderlich wirken.

Ein Großteil der instrumentellen Unterstützung im Alltag wird typischerweise vom Partner/von der Partnerin geleistet – eine solche Unterstützung fehlt jedoch bei Alleinlebenden (vgl. Klaus und Vogel, 2019; Klaus und Vogel, 2021). Darüber hinaus verbessert das Leben mit einem/einer Partner*in die wirtschaftliche Sicherheit, da durch gemeinsame Haushaltsführung Skaleneffekte entstehen und Einsparmöglichkeiten genutzt werden können. Schließlich ist bekannt, dass Personen in einer Partnerschaft oft gegenseitig ihr Gesundheitsverhalten beobachten und sich möglicherweise gegenseitig disziplinieren, was sich ebenfalls positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Literatur hat darüber hinaus gezeigt, dass dieser schützende Aspekt der Partnerschaft auf die Gesundheit für Männer ausgeprägter ist (Rapp und Klein, 2022; Wang et al., 2020; Liu und Umberson, 2008; Liu und Waite, 2014; Liu et al., 2023), 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, die Teilnahme an sozialen Aktivitäten zu fördern sowie ihren Partner zu versorgen und emotional zu unterstützen

(Simon, 2002; Liu et al., 2023). Im Zusammenhang mit der Erwerbsminderungsrente stellten Christiansen und Kravdal (2023) fest, dass Unverheiratet- oder Geschiedensein bei Männern mit einem höheren Risiko für eine Erwerbsminderungsrente verbunden ist als bei Frauen.

Im Kontext von Partnerschaften können auch partnerbezogene Merkmale eine Rolle für die Gesundheit und damit für das Risiko einer Erwerbsminderung spielen. In Deutschland sind Partnerschaften häufig bildungshomogen (vgl. Kossow, 2019; Ruffer, 2001). Trotzdem haben zahlreiche Studien 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 jedoch auch geschlechtsspezifische Unterschiede zu bestehen. Stauder et al. (2019) fanden heraus, 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 auch durch das traditionelle Geschlechterrollenmodell erklärt werden könnte, bei dem eine hohe sozioökonomische Position des/der Partner*in für Männer weniger relevant ist als für Frauen.

In diesem Zusammenhang kann auch die Erwerbstätigkeit des/der Partner*in einen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Risiko, erwerbsgemindert zu sein, haben. Die berufliche Unsicherheit des/der Ehepartner*in steht in einem negativen Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit, insbesondere bei Frauen, die oft wirtschaftlich stärker von ihren Partnern abhängig sind als Männer (Bubonya et al., 2017; Bünnings et al., 2017; Mendolia, 2014; Stauder et al., 2019). 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).

4 Forschungslücken und Forschungsfragen

Der Schwerpunkt der empirischen Literatur zu Risikofaktoren für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente liegt überwiegend auf individuellen Aspekten. Es gibt nur wenige Studien, die den Partnerschafts-, Haushalts- und/oder Familienkontext der Personen mit Erwerbsminderung berücksichtigen. Dabei ist davon auszugehen, dass das Risiko des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente auch mit dem Partnerschaftskontext zusammenhängt. In diesem Forschungsvorhaben klären wir daher, wie sich der Partnerschaftskontext auf das Eintrittsrisiko in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente auswirkt. Zwar existieren zu diesem Thema in Teilen bereits Forschungsbeiträge, die neu verlinkten SOEP-RV-Daten bieten jedoch zwei wesentliche Vorteile: Sie erlauben die genauere Identifikation des EM-Renteneintritts über die RV-Daten und liefern zugleich detaillierte Informationen zum Partnerschaftskontext über das SOEP. Dadurch kann die Rolle der Partnerschaft und unterschiedlicher Partnercharakteristika für Deutschland differenzierter als bisher untersucht werden. Darüber hinaus ist es wichtig, das Forschungsthema auf Grundlage aktueller Daten zu untersuchen, um empirisch abgesicherte Erkenntnisse zu gewinnen, die zentrale Trends im Arbeitsmarkt, in der Gesundheit und in der Pluralisierung von Familienformen widerspiegeln und eine fundierte Basis für sozialpolitische Empfehlungen bieten.

Im Projekt wurde untersucht, in welchem Zusammenhang der Partnerschaftskontext – neben individuellen Faktoren – mit dem Zugangsrisiko in den Erwerbsminderungsrentenbezug steht. Konkret adressierte das Projekt folgende Forschungsfragen:

In *Teil I* wird die Bedeutung des Partnerschaftsstatus – insbesondere des Vorhandenseins einer Partnerschaft – für das Zugangsrisiko in den EM-Rentenbezug untersucht. Dabei wird analysiert, ob sich Personen, die in einer Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt leben, von Personen mit einem/einer nicht im selben Haushalt lebenden Partner*in sowie von Personen ohne Partner*in (Alleinstehende oder Alleinerziehende) hinsichtlich ihres Zugangsrisikos in die Erwerbsminderungsrente unterscheiden. Darüber hinaus wird untersucht, wie sich dieser Effekt je nach Geschlecht unterscheidet, ob Alleinerziehende ein besonders hohes Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug aufweisen und ob sich die Rolle des/der Partner*in mit der Dauer der Partnerschaft verändert.

In Teil II konzentrieren wir uns ausschließlich auf diejenigen Personen, die mit ihrem/ihrer Partner*in im gemeinsamen Haushalt leben und nehmen die Charakteristika des/der Partner*in und der Partnerschaft in den Blick. Dabei wird untersucht, in welchem Zusammenhang die Erwerbstätigkeit, die Bildung und die subjektive Gesundheit des/der Partner*in mit dem Zugangsrisiko in den Erwerbsminderungsrentenbezug stehen, und Partnerschaftsqualität mit dem Risiko assoziiert ist.

Im Folgenden werden unsere zentralen Forschungsannahmen formuliert.

4.1 Bedeutung der Partnerschaft (Teil I)

1. *In Bezug auf die Rolle der Partnerschaft erwarten wir, dass alleinstehende Personen ein höheres Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug haben als Personen in einer Partnerschaft, unabhängig davon, ob die Person mit dem/der Partner*in im gemeinsamen Haushalt zusammenlebt oder nicht (LAT).*

Dies könnte unter anderem auf ein für alleinstehende Personen höheres Risiko von Einsamkeit und Depressionen zurückzuführen sein (Cohrdes et al., 2022; Huxhold und Tesch-Römer, 2023). Auch Selektionseffekte könnten eine Rolle spielen, da Personen mit schlechter Gesundheit seltener in Partnerschaften leben. Ein geringeres Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug für Personen in einer Partnerschaft könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die soziale Kontrolle des/der Partner*in einen positiven Effekt auf den Lebensstil haben kann (Rapp und Klein, 2022; Umberson, 1987; Umberson, 1992). Darüber hinaus kann eine Partnerschaft auch beim Beantragungsprozess einer Erwerbsminderungsrente unterstützend wirken.

2. *Wir erwarten, dass sich die Bedeutung der Partnerschaft nach Geschlecht unterscheidet und der Effekt der Partnerlosigkeit auf das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente bei Männern stärker ist als bei Frauen.*

Die Literatur hat gezeigt, dass der schützende Aspekt der Partnerschaft auf die Gesundheit für Männer ausgeprägter ist (Rapp und Klein, 2022; Wang et al., 2020), Männer also hinsichtlich der Gesundheit stärker von einer Partnerschaft ‚profitieren‘ als Frauen.

3. *Bei Alleinerziehenden erwarten wir ein höheres Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug als für Personen in Partnerschaft (mit und ohne Kinder) und als für alleinstehende Personen (ohne Partner*in und ohne Kinder).*

Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Alleinerziehende in der Regel allein für die Einkommenserzielung sowie für Sorgetätigkeiten und Haushalt verantwortlich sind; dies kann sich auf die mentale Belastung auswirken und ein Gesundheitsrisiko darstellen (Rattay et al., 2017).

4. *Wir erwarten, dass der schützende Effekt einer Partnerschaft mit zunehmender Dauer der Partnerschaft zunimmt.*

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein schützender Effekt mit einer längeren Dauer der Partnerschaft stärker wird, da z.B. gesundheitliche Vorteile der Partnerschaft im Lebensverlauf kumulieren (kumulierende Protektionseffekte) und sich gesündere Menschen im Durchschnitt seltener scheiden lassen bzw. trennen (Selektionseffekte) (vgl. Rapp und Klein, 2022).

4.2 Bedeutung der Charakteristika des/der Partner*in (Teil II)

5. *Wir erwarten, dass eine Erwerbstätigkeit des/der Partner*in mit einem niedrigeren Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug einhergeht, im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Partner*innen.*

Das niedrigere Zugangsrisiko bei Erwerbstätigkeit des/der Partner*in könnte darauf zurückzuführen sein, dass in diesem Fall das Einkommen durch den/die Partner*in gesichert ist, was sich positiv auf die mentale Belastung auswirken kann. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass bei Erwerbstätigkeit des/der Partner*in und insbesondere, wenn ein höheres Einkommen vorliegt, dies die Ressourcen verbessert, um mit gesundheitlichen Problemen umzugehen und professionelle Hilfe zu suchen (Herd et al., 2007). Zwar könnte durch die Erwerbstätigkeit des/der Partner*in auch eine höhere Arbeitsbelastung durch Hausarbeit gegeben sein; mit Erwerbstätigkeit des/der Partner*in und insbesondere bei höheren Einkommen bestehen allerdings auch mehr finanzielle Ressourcen, um Hausarbeitsaufgaben gegebenenfalls outzusourcen und unterstützende Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und unterstützende Technik anzuschaffen.

6. *Wir erwarten, dass Personen, deren Partner*innen eine schlechte Gesundheit haben, ein höheres Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug haben als Personen, deren Partner*innen eine gute Gesundheit haben.*

Dies könnte durch die physische und psychische Belastung aufgrund von Pflegeverantwortung und Sorgearbeit erklärt werden. Des Weiteren haben Paare, die zusammenleben, in der Regel einen ähnlichen Lebensstil und ein ähnliches Gesundheitsverhalten (Rapp und Klein, 2022), sodass davon ausgegangen werden kann, dass ihr Gesundheitszustand miteinander korreliert ist.

7. *In Bezug auf die Qualität der Partnerschaft erwarten wir, dass je zufriedener die Person in einer Partnerschaft mit dem Familienleben (als Proxy für die Partnerschaftsqualität) ist, desto niedriger ist das Zugangsrisiko des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente.*

Gemäß der Literatur hängt der schützende Effekt eines/einer Partner*in gegenüber Gesundheitsproblemen maßgeblich auch von der Qualität der Beziehung ab (Leach et al., 2013). Probleme mit dem/der Partner*in können mit erhöhtem Stress und einer schlechteren mentalen Gesundheit einhergehen (Coyne und DeLongis, 1986; Kiecolt-Glaser und Newton, 2001; Kiecolt-Glaser und Wilson, 2017; Robles et al., 2014). Insbesondere bei positiver Bewertung der Partnerschaft sollte also ein schützender Effekt dieser Partnerschaft in Bezug auf eine Erwerbsminderung gegeben sein.

5 Daten und Methoden

5.1 Daten

Diese Studie basiert auf längsschnittlichen Daten des SOEP-RV VSKT 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 der Frage, wie der Partnerschaftskontext das Risiko des Übergangs in den EM-Rentenbezug beeinflusst. Erstens ermöglichen die detaillierten Informationen zu der Erwerbsbiografie aus den RV-Daten genau zu identifizieren, ab

wann eine Person eine Erwerbsminderungsrente bezieht. Zweitens erlauben die SOEP-Daten den Einbezug zahlreicher wichtiger Informationen (Bildung, Gesundheit, Migrationshintergrund, etc.) der Individuen. Drittens ermöglichen die SOEP-Daten die Verknüpfung der individuellen Daten mit Informationen des/der Partner*in.

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 und 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 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 Analytestichprobe 7.861 Personen im Alter von 40 bis 60 Jahren (aufgrund des Zeitfensters 1984 bis 2022 sind die Geburtsjahrgänge 1930 bis 1982 eingeschlossen).

5.2 Variablen

Die zentralen Variablen unserer Analysen sind:

Erwerbstatus Erwerbsminderungsrente: Die abhängige Variable ist der Übergang von irgendeinem Erwerbstatus (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 Daten zum Erwerbstatus der administrativen RV-Daten.

Da im selben Monat mehrere Erwerbstatus auf Befragte zutreffen können, wurde die Variable so angepasst, dass nur der jeweils relevanteste Erwerbstatus 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 priorisierte (siehe Reihenfolge der Erwerbsstatus in Tabelle 1). Da wir das Risiko des ersten Zugangs zur Erwerbsminderungsrente untersuchen wollten, 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 Alleinstehenden (ohne Partner*in und ohne Kinder im Haushalt), Alleinerziehenden, mit Partner*in im Haushalt und mit Partner*in, aber nicht zusammenlebend im Haushalt, unterschieden. Aufgrund der begrenzten Fallzahl homosexueller Paare in unserer Stichprobe betrachten wir ausschließlich heterosexuelle Paare. Die Informationen zum Partnerschaftsstatus basieren auf längsschnittlichen Informationen des SOEP und des RV-Datensatzes. Aus dem SOEP nutzen wir hauptsächlich Informationen aus dem BIOCOUNPLM-Datensatz: Dieser enthält monatliche Informationen über Beziehungsbiografien seit dem ersten Teilnahmejahr der Individuen im SOEP. Diese Daten werden durch Informationen aus anderen partnerbezogenen Variablen oder haushaltsbezogenen Variablen ergänzt. Zudem ergänzen wir die Partnerbiografie mit weiteren Informationen zu Beziehungs- und Heiratsbiografien aus den BIOCOUNPLY⁴- und BIOMARSY⁵-Datensätzen.

Mit Hilfe dieser Informationen wird zusätzlich eine Variable für die *Partnerschaftsdauer* erstellt. Dabei wird unterschieden zwischen Alleinstehenden (ohne Partner*in und ohne Kinder im Haushalt), Alleinerziehenden, Personen in einer Partnerschaft unter sieben Jahren und Personen in einer Partnerschaft von sieben Jahren oder länger. Wichtig zu beachten ist, dass sich die Angaben zur Dauer ausschließlich auf den Zeit-

⁴ Der BIOCOUNPLY-Datensatz sammelt retrospektiv jährliche Informationen zu Beziehungsbiografien seit dem Geburtsjahr der Befragten, die den Biografie-Fragebogen nach Welle 27 (2010) beantwortet haben.

⁵ Der BIOMARSY-Datensatz erfasst jährliche retrospektive Informationen zu Heiratsbiografien seit dem Geburtsjahr.

raum beziehen, für den Informationen aus dem SOEP vorliegen. Darüber hinaus interessieren wir uns für die Qualität der Partnerschaft. Da im SOEP keine direkte Frage zur Partnerschaftsqualität gestellt wird, nutzen wir als Proxy die Angaben zur *Zufriedenheit mit dem Familienleben*, die ab dem Jahr 2006 erhoben werden. Im SOEP wird die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen – darunter auch das Familienleben – auf einer Skala von 0 ("ganz und gar unzufrieden") bis 10 ("ganz und gar zufrieden") erfasst. Aus diesen Informationen erstellen wir eine Dummy-Variable, die zwischen guter Zufriedenheit (Werte 6-10) und schlechter Zufriedenheit (Werte 0-5) unterscheidet.

Andere zentrale unabhängige Variablen sind die *Merkmale des/der Partner*in: Bildung, Erwerbstätigkeitsstatus und Gesundheitsstatus*. Die Bildungsvariable ist eine kategoriale Variable mit drei Kategorien: niedrig (Schulabschluss), mittel (berufliche Ausbildung plus Abitur oder mittlere/höhere berufliche Ausbildung) und hoch (Hochschulbildung). Der Erwerbstätigkeitsstatus ist eine Dummy-Variable, die den Unterschied zwischen erwerbstätig und nicht erwerbstätig abbildet. Auch der Gesundheitsstatus wird mittels einer Dummy-Variable erfasst, die anhand der Zufriedenheit mit der Gesundheit gebildet wird, indem eine Skala von 0 bis 10 in 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 Variable Geschlecht wird in unseren Analysen in zweifacher Hinsicht berücksichtigt: erstens als Kontrollvariable und zweitens zur Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede in den Zusammenhängen der anderen unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable. 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 der Hauptvariablen dargestellt.

5.3 Methoden

Wir verwenden Methoden der Ereignisanalyse (Event-History-Analysis), um zu untersuchen, ob der Partnerschaftskontext – also der Partnerschaftsstatus, -dauer und -qualität und partnerbezogene Merkmale – mit dem Übergang in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zusammenhängt. Wiederholte Übergänge in eine EM-Rente sind möglich, aber selten (Zink und 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 –, berücksichtigen 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. Eine kausale Interpretation im Sinne von Effekt und Wirkung ist insofern möglich, dass der Partnerschaftsstatus chronologisch vor dem Ereignis Zugang in die Erwerbsminderungsrente gemessen wurde und nicht zeitveränderlich in die Modelle eingeht.

Es werden verschiedene Cox-Regressionsmodelle geschätzt: Zunächst wird unter Berücksichtigung aller Partnerschaftsstatus untersucht, in welchem Zusammenhang dieser mit dem Risiko des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente steht (Modelle 1 und 2). Anschließend wird diese Analyse nach Geschlecht differenziert (Modelle 3 und 4). Danach wird geprüft, ob die Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsstatus und dem Zugangsrisiko in Abhängigkeit von der Partnerschaftsdauer variieren (Modelle 5 und 6).

Im nächsten Schritt wird der Fokus auf Personen gelegt, die mit einem/einer Partner*in im Haushalt leben. Analysiert wird, in welchem Zusammenhang partnerbezogene Merkmale mit dem EM-Rentenbezug stehen (Modell 7). Auch hier erfolgt eine geschlechtsspezifische Betrachtung (Modelle 8 und 9). Schließlich wird geprüft, in welchem Zusammenhang die Partnerschaftsqualität (operationalisiert über die Zufriedenheit mit dem Familienleben) mit dem Risiko eines EM-Rentenbezugs assoziiert ist. Die statistischen Analysen wurden mit Stata 17 durchgeführt.

Tabelle 1: 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).

6 Ergebnisse

6.1 Deskriptive Analyse: Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 2 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 46,03 Jahre, da ein Teil der Personen in unserer Stichprobe erst zu einem späteren Zeitpunkt als mit 40 erstmals alle Voraussetzungen erfüllte (z. B. die notwendigen Versicherungsjahre) oder erst dann vollständige Informationen zu allen Kovariaten vorlagen. 78,01 Prozent der Stichprobe leben mit ihrem/ihrer Partner*in im Haushalt, 8,88 Prozent sind alleinstehend, 7,68 Prozent sind alleinerziehend, und 5,43 Prozent haben einen/eine Partner*in, der oder die nicht im selben Haushalt lebt. Nach Geschlecht aufgeschlüsselt zeigt sich, dass Alleinerziehende und Personen mit einem/einer Partner*in, der oder die nicht im selben Haushalt lebt, häufiger bei Frauen zu finden sind, während Männer häufiger alleinstehend oder mit einer im Haushalt lebenden Partnerin leben.

In unserer Stichprobe sind 55,60 Prozent Frauen und 44,40 Prozent Männer. 24,56 Prozent der Personen leben in Ostdeutschland, während 75,44 Prozent in Westdeutschland leben. 16,44 Prozent 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 8,36 Prozent ein niedriges, 67,99 Prozent ein mittleres und 23,65 Prozent ein hohes Bildungsniveau. In der ersten risikobehafteten Episode nach dem 40. Lebensjahr geben 75,82 Prozent 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 der Gesamtstichprobe, zeigt sich, dass sie ein etwas höheres Bildungsniveau aufweisen und etwas zufriedener mit ihrer Gesundheit sind. Betrachtet man die partnerbezogenen Merkmale, insbesondere nach Geschlecht, zeigt sich, dass Frauen in unserer Stichprobe häufiger einen Partner mit höherem Bildungsniveau haben, wohingegen Männer tendenziell mit Partnerinnen zusammenleben, deren Bildungsniveau niedriger ist als ihres. Darüber hinaus haben 29,56 Prozent der Männer

eine nicht erwerbstätige Partnerin, während Nicht-Erwerbstätigkeit des Partners nur bei 13,44 Prozent der Frauen auftritt. 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, differenziert nach Geschlecht sowie nach Perioden, welche die Basis unserer ereignisanalytischen Untersuchungen bilden. Insgesamt wechseln 329 Personen in unserer Stichprobe in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, darunter 212 Frauen und 117 Männer. Bei den Personen mit Partner*in im gemeinsamen Haushalt ergeben sich 172 Übergänge, darunter 103 Frauen und 69 Männer.

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken der Stichprobe zum Start der ersten Episode mit Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Alter von 40 bis 60 Jahren

	Alle			Mit Partner*in im Haushalt		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Individuelle Merkmale:						
Alleinstehend	8,88 %	7,66 %	10,40 %			
Alleinerziehend	7,68 %	11,81 %	2,52 %			
Partner*in im Haushalt	78,01 %	73,99 %	83,04 %	100 %	100 %	100 %
Partner*in nicht im Haushalt	5,43 %	6,54 %	4,04 %			
Alleinstehend	8,88 %	7,66 %	10,40 %			
Alleinerziehend	7,68 %	11,81 %	2,52 %			
Partnerschaft < 7 Jahre	24,22 %	25,10 %	23,12 %	24,48 %	26,31 %	22,54 %
Partnerschaft ≥ 7 Jahre	59,22 %	55,43 %	63,95 %	75,52 %	73,69 %	77,46 %
Alter	46,03	45,94	46,15	45,81	45,74	45,87
Frau	55,60 %	100 %		51,52 %	100 %	
Mann	44,40 %		100 %	48,48 %		100 %
Ostdeutschland	24,56 %	24,91 %	24,13 %	24,63 %	25,37 %	23,84 %
Westdeutschland	75,44 %	75,09 %	75,87 %	75,37 %	74,63 %	76,16 %
Mit Migrationshintergrund	16,44 %	16,59 %	16,25 %	16,37 %	16,34 %	16,40 %
Ohne Migrationshintergrund	83,56 %	83,41 %	83,75 %	83,63 %	83,66 %	83,60 %
Bildungsniveau: Niedrig	8,36 %	9,45 %	6,99 %	7,84 %	9,03 %	6,58 %
Bildungsniveau: Mittel	67,99 %	69,60 %	65,99 %	68,02 %	70,05 %	65,86 %
Bildungsniveau: Hoch	23,65 %	20,96 %	27,02 %	24,14 %	20,92 %	27,56 %
Gute Gesundheit	75,82 %	74,08 %	77,99 %	76,96 %	75,37 %	78,65 %
Schlechte Gesundheit	24,18 %	25,92 %	22,01 %	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 %
Gute Zufriedenheit mit Familienleben				94,48 %	93,49 %	95,54 %
Schlechte Zufriedenheit mit Familienleben				5,52 %	6,51 %	4,46 %
Anzahl an Ereignissen:						
Gesamt:	329	212	117	172	103	69
Nach Perioden:						
1984-2000	31	19	12	24	14	10
2001-2013	114	72	42	59	35	24
2014-2017	93	58	35	44	25	19
2018-2023	91	63	28	45	29	16
N (Personen)	7861	4371	3490	5547 ^a	2858 ^a	2689 ^a

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022 v.1.0, 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. ^a Das N bei der Variable zur Zufriedenheit mit Familienleben ist kleiner, da diese erst ab 2006 im SOEP abgefragt wurde: N = 4442 Personen mit Partner*in im Haushalt (2290 Frauen und 2152 Männer).

6.2 Der Partnerschaftsstatus und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

Zunächst wurde mithilfe einer Cox-Regression untersucht, welche Rolle eine Partnerschaft und das Zusammenleben mit dem/der Partner*in für das Zugangsrisiko zu einer Erwerbsminderungsrente spielen. Abbildung 1 zeigt die Hazard Ratios verschiedener Variablen, die mit dem Risiko eines Übergangs in eine Erwerbsminderungsrente assoziiert sind. Diese zeigen, wie stark das Risiko für eine bestimmte Gruppe im Vergleich zur Referenzgruppe erhöht oder verringert ist. Ein Hazard Ratio von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied im Risiko gibt. Ein Hazard Ratio größer als 1 weist auf ein erhöhtes Risiko hin, während ein Hazard Ratio kleiner als 1 ein verringertes Risiko anzeigt.

Die Ergebnisse basieren auf mehreren Cox-Regressionsmodellen: Im ersten Modell wird der Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable berücksichtigt, im zweiten Modell werden die Kontrollvariablen Geschlecht, Region, Migrationshintergrund, Bildung und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit hinzugefügt.

Die Ergebnisse von Modell 1 zeigen, dass eine Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt im Vergleich zur Referenzgruppe der Alleinstehenden mit einem geringeren Risiko eines Übergangs in die Erwerbsminderungsrente einhergeht. Das Hazard Ratio für Partner*in im Haushalt beträgt 0,40 und ist statistisch signifikant. Es zeigt sich zudem, dass das Risiko für den Übergang in den Erwerbsminderungsrentenbezug von Personen, die einen/eine Partner*in haben, mit diesem/dieser jedoch nicht in einem Haushalt wohnen, statistisch signifikant geringer ist (HR: 0,55) als bei Alleinstehenden. Für Alleinerziehenden ist das Risiko hingegen nicht statistisch signifikant geringer als das von Alleinstehenden. Auch im Modell 2, in dem für soziodemografische Merkmale kontrolliert wird, zeigt sich der schützende Einfluss der Partnerschaft, zumindest für Personen mit einem/einer Partner*in im Haushalt, auf das Zugangsrisiko einer Erwerbsminderungsrente.

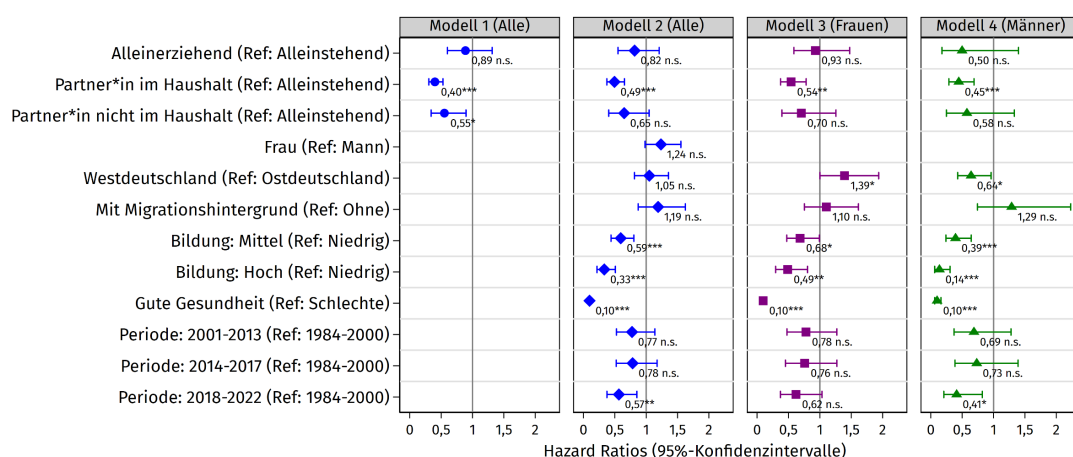
6.3 Der Partnerschaftsstatus und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente nach Geschlecht

In den nach Geschlecht getrennt berechneten Modellen 3 und 4 mit Kontrollvariablen zeigt sich, dass der Zusammenhang einer Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt

mit dem Zugangsrisiko einer Erwerbsminderungsrente sowohl bei Frauen als auch bei Männern vorliegt. Das Hazard Ratio bei Männern ist mit 0,45 niedriger als bei Frauen mit 0,54, aber eine zusätzliche Überprüfung durch Interaktionseffekte, die hier nicht ausgewiesen ist, ergab keinen statistisch signifikanten Geschlechterunterschied. Unsere Annahme eines stärkeren Zusammenhangs der Partnerlosigkeit bei Männern als bei Frauen lässt sich somit nicht bestätigen. Darüber hinaus unterscheidet sich das Risiko von Alleinerziehenden und von Personen, deren Partner*in nicht im Haushalt lebt, nicht statistisch signifikant vom Risiko alleinstehender Personen. Dies gilt gleichermaßen für Männer und Frauen.

Bei den Kontrollvariablen zeigen sich weitere geschlechtsspezifische Unterschiede: Westdeutsche Männer weisen im Vergleich zu ostdeutschen Männern ein geringeres Risiko auf, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen (HR: 0,65), während westdeutsche Frauen ein höheres Risiko haben als ostdeutsche Frauen (HR: 1,39). Im Vergleich zu Personen mit niedriger Bildung reduziert eine hohe Bildung das Zugangsrisiko für beide Geschlechter deutlich, wobei der Effekt bei Männern (HR: 0,14) niedriger ist als bei Frauen (HR: 0,49). Ebenso geht eine subjektiv gute Gesundheit sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit einem deutlich geringeren Risiko einher (HR: jeweils 0,10).

Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsstatus und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente



Anmerkung: Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.1. (Anhang) zu finden.
 Quelle: SOEP-RV VSKT 2022 v.1.0, eigene Berechnungen.
 Signifikanzniveaus: n.s. nicht signifikant, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

6.4 Das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente bei Alleinerziehenden

Die in Abbildung 1 dargestellten Ergebnisse widerlegen die Erwartung, dass Alleinerziehende ein höheres Risiko für den Zugang zur Erwerbsminderungsrente haben als Alleinstehende, denn empirisch zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt für die Gruppe der Alleinerziehenden. In einer weiteren Analyse (ohne Abbildung) wurde untersucht, ob Alleinerziehende ein höheres Zugangsrisiko als Personen in einer Partnerschaft aufweisen. In der Tat besteht ein schützender Effekt der Partnerschaft mit gemeinsamem Haushalt auch im Vergleich zur Referenzgruppe Alleinerziehend (HR: 0,60, statistisch signifikant), nicht jedoch ein solcher schützender Effekt einer LAT-Partnerschaft im Vergleich zur Referenzgruppe Alleinerziehend.

Zusammenbetrachtet bedeutet dies, dass Personen, die mit ihrem/ihrer Partner*in in einem Haushalt leben, ein deutlich geringes Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente haben – sowohl im Vergleich zu Alleinstehenden als auch zu Alleinerziehenden.

6.5 Die Partnerschaftsdauer und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

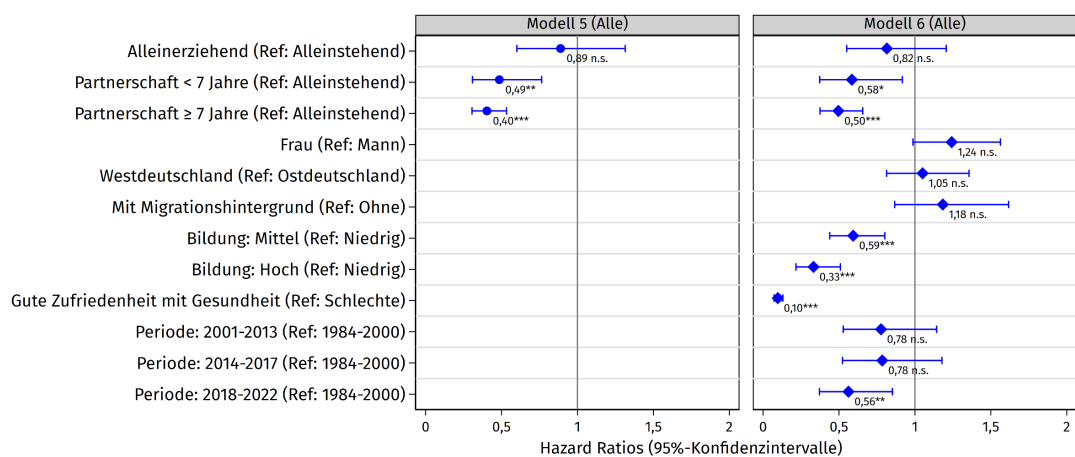
Es wurde auch der Zusammenhang zwischen der Dauer der Partnerschaft und dem Zugangsrisiko untersucht, basierend auf der Annahme, dass mit zunehmender Partnerschaftsdauer auch der schützende Zusammenhang stärker wird. Für die Analyse wurden zwei Modelle (5 und 6) gerechnet. Die zentrale Variable, der Partnerschaftsstatus, wurde hierfür mit vier Ausprägungen operationalisiert: Alleinstehende (Referenzgruppe), Alleinerziehende, Personen in einer Partnerschaft unter sieben Jahren und Personen in Partnerschaften von sieben oder mehr Jahren.

Modell 5 in Abbildung 2 zeigt, dass das Vorhandensein einer Partnerschaft von sieben oder mehr Jahren das Zugangsrisiko für eine Erwerbsminderungsrente nahezu halbiert (HR: 0,40), sie also einen schützenden Effekt hat. Allerdings zeigt sich dieser Effekt ebenso für eine Partnerschaft mit einer Dauer unter sieben Jahren (HR: 0,49). Es lässt sich also nicht belegen, dass der schützende Effekt einer länger dauernden Partnerschaft signifikant höher sei als einer kürzer dauernden Partnerschaft.

Im Modell 6 (Abbildung 2), wurden weitere soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Region, Migrationshintergrund, Bildung und Zufriedenheit mit der Gesundheit

als Kontrollvariablen in das Modell aufgenommen. Hinsichtlich der Dauer der Partnerschaft zeigen sich wiederum keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Zugangsrisiko: sowohl kürzere Partnerschaften von unter sieben Jahren als auch längere Partnerschaften von sieben und mehr Jahren erweisen sich als schützend im Vergleich zur Referenzgruppe der Alleinstehenden.

Abbildung 2: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsdauer und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente



Anmerkung: Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.2. (Anhang) zu finden.
 Quelle: SOEP-RV VSKT 2022 v.1.0 , eigene Berechnungen.
 Signifikanzniveaus: n.s. nicht signifikant, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

6.6 Charakteristika des/der Partner*in und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

Es wurden die Charakteristika des/der Partner*in und deren Einfluss auf das Zugangsrisiko für eine Erwerbsminderungsrente untersucht, jedoch nur bei Personen mit Partner*in im Haushalt (Modell 7), für Frauen mit einem Partner im Haushalt (Modell 8) und für Männer mit einer Partnerin im Haushalt (Modell 9).

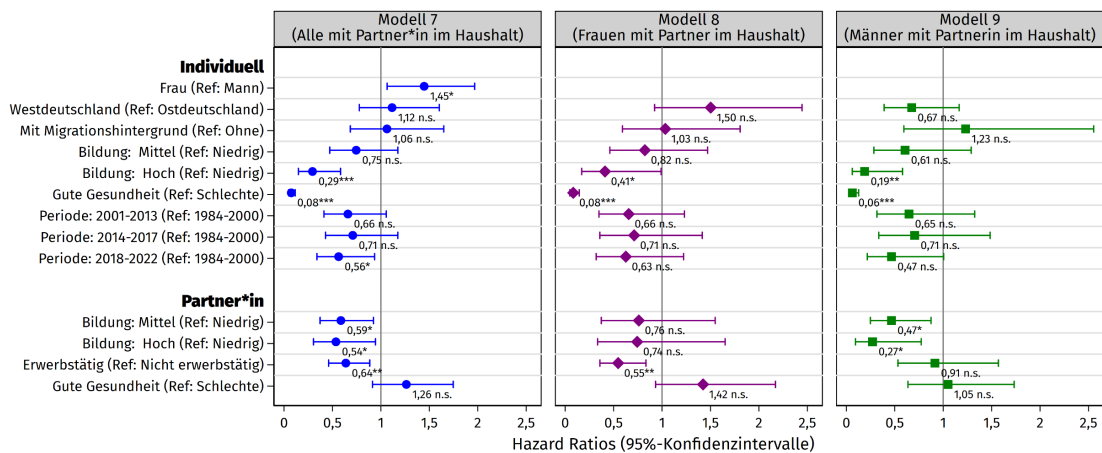
Die Ergebnisse in Abbildung 3 zeigen, dass das Bildungsniveau des/der Partner*in einen negativen Effekt auf das Risiko eines EM-Rentenzugangs hat, auch unter Kontrolle des eigenen Bildungsniveaus. Personen mit Partner*in mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau weisen eine Hazard Rate auf, die nur ca. 55 Prozent 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 (HR: 0,64)

als Personen mit einem/einer nicht erwerbstätigen Partner*in. Der Effekt des Gesundheitsstatus des/der Partner*in ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Männer mit einer höher gebildeten Partnerin haben ein niedrigeres Hazard Ratio als Männer mit einer niedrig gebildeten Partnerin. Bei Frauen ist der Effekt des Bildungsniveaus des Partners nicht statistisch signifikant. Beim Erwerbstätigkeitsstatus verhält es sich umgekehrt: Während der Effekt eines erwerbstätigen Partners bei Frauen negativ ist (die Erwerbstätigkeit des Partners also vor dem Zugang in die Erwerbsminderungsrente schützt), ist der Effekt einer erwerbstätigen Partnerin bei Männern nicht statistisch signifikant. Die Hazard Ratios des Gesundheitsstatus des/der Partner*in sind bei beiden Geschlechtern nicht signifikant.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Partnerschaften einen protektiven Effekt haben, und zwar für Frauen insbesondere dann, wenn der Partner erwerbstätig ist, für Männer hingegen, wenn die Partnerin über mittlere oder hohe Bildung verfügt.

Abbildung 3: Der Zusammenhang zwischen Merkmalen des/der Partner*in und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente

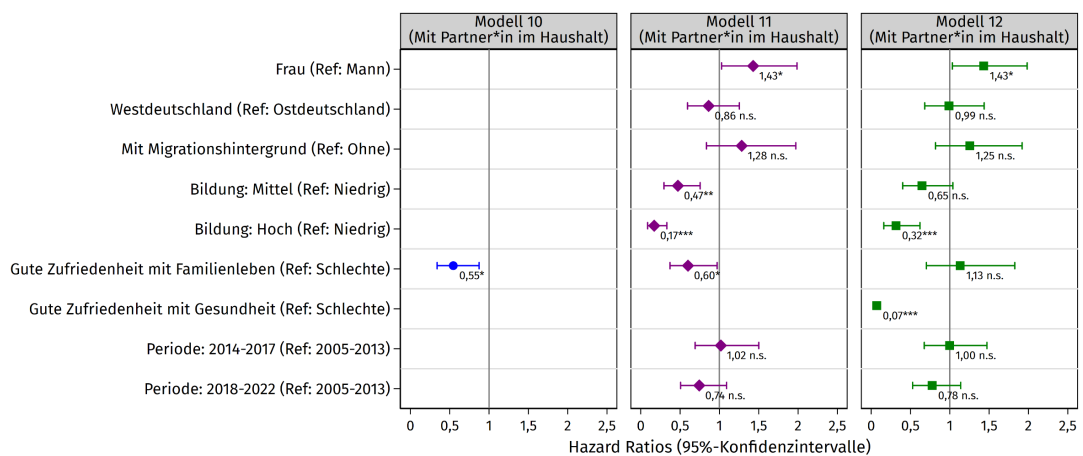


Anmerkung: Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.3. (Anhang) zu finden.
 Quelle: SOEP-RV VSKT 2022 v.1.0 , eigene Berechnungen.
 Signifikanzniveaus: n.s. nicht signifikant, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

6.7 Die Partnerschaftsqualität und das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrisiko

Neben den Merkmalen des/der Partner*in wurde auch die Bedeutung der Partnerschaftsqualität für das Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente untersucht. Abbildung 4 zeigt die Modelle 10, 11 und 12, in denen die Zufriedenheit mit dem Familienleben als Proxy-Variablen für die Partnerschaftsqualität aufgenommen wird. Modell 10 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen hoher Zufriedenheit mit dem Familienleben und einem verringerten Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente (HR: 0,55). Dieser Zusammenhang bleibt unter Kontrolle von Geschlecht, Region, Migrationshintergrund und Bildung statistisch signifikant (im Modell 11). Wird allerdings auch für die Zufriedenheit mit der Gesundheit kontrolliert (Modell 12), erweist sich das Hazard Ratio der guten Zufriedenheit mit dem Familienleben als nicht statistisch signifikant.

Abbildung 4: Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsqualität und dem Zugangsrisiko in eine Erwerbsminderungsrente



Anmerkung: Die Ergebnisse sind auch in Tabelle A.4. (Anhang) zu finden.
 Quelle: SOEP-RV VSKT 2022 v.1.0, eigene Berechnungen.
 Signifikanzniveaus: n.s. nicht signifikant, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

7 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Projekt 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 aktuellste Daten von Personen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren aus dem SOEP-RV verwendet und diese mithilfe von Ereignisanalysen (Event-History-Analysis) ausgewertet.

Durch die Schätzung von Cox-Regressionsmodellen zeigt sich, dass Personen mit einem/einer Partner*in im Haushalt niedrigere Hazard Ratios für den Eintritt in den Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweisen, auch wenn für andere relevanten Faktoren wie Geschlecht, Bildung oder subjektive Gesundheit kontrolliert wird. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien (Märtin, 2017; Christiansen und Kravdal, 2023). Dieser Zusammenhang könnte teils 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. Zudem bietet eine Partnerschaft häufig eine finanzielle Absicherung und könnte dazu führen, dass trotz des bestehenden individuellen Anspruchs auf die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente verzichtet wird. 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. Entgegen unserer Erwartung wurde festgestellt, dass sich die Ergebnisse nach Geschlecht nicht statistisch signifikant unterscheiden. Im gemeinsamen Haushalt in einer Partnerschaft zu leben, ist sowohl für Frauen als auch für Männer ein Schutzfaktor und dieser ist nicht signifikant größer für Frauen als für Männer.

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. 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 stehen im Widerspruch zu den Befunden von Stauder et al. (2019), die

zeigen, dass das Bildungsniveau des/der Partner*in sowohl die körperliche Gesundheit von Männern und Frauen positiv beeinflusst als auch die psychische Gesundheit von Frauen stärkt. Auch beim Zusammenhang der Erwerbstätigkeit des/der Partner*in mit dem Risiko eines EM-Rentenzugangs zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Während bei Frauen ein signifikanter Zusammenhang besteht, ist dieser bei Männern nicht statistisch signifikant.

Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus des/der Partner*in und dem Risiko eines EM-Rentenzugangs ist nicht statistisch signifikant. 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.

Auch wenn unsere Studie Vorteile durch die Verknüpfung von administrativen Daten der Rentenversicherung und Surveydaten des SOEP bietet, gibt es auch empirische Einschränkungen. So konnte der Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft und dem Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Es ist jedoch 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). Eine gute Zufriedenheit mit dem Familienleben (als Proxy für Partnerschaftsqualität) war zwar mit einem geringeren Risiko des Zugangs in die Erwerbsminderungsrente assoziiert, allerdings zeigte sich dieser Zusammenhang nicht mehr unter Berücksichtigung der Zufriedenheit mit der Gesundheit in einem Modell. Zukünftige Forschung könnte diesen Zusammenhang näher untersuchen, um ein differenzierteres Verständnis der Rolle von Partnerschaftsmerkmalen im Kontext des Risikos einer Erwerbsminderungsrente zu erlangen.

Auch konnte in der vorliegenden Studie der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation und einer Partnerschaft nicht in seiner gesamten Komplexität berücksichtigt werden. So ist aus der Literatur nicht nur bekannt, dass eine Partnerschaft positive Effekte auf den Gesundheitszustand haben kann (Rapp und Klein, 2022; Liu und Umberson, 2008) bzw. eine Trennung negativ mit gesundheitlichen Outcomes assoziiert ist (Brüggmann, 2020), sondern auch, dass der Gesundheitszustand sich auf

das Trennungsrisiko (Karraker und Latham, 2015; Vignoli et al., 2025) bzw. auf die Wahrscheinlichkeit eine Partnerschaft einzugehen, auswirken kann (Rapp und Gruhler, 2018). Das heißt, dass für den negativen Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente auch Selektionseffekte eine Rolle spielen können.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass wir den genauen Mechanismus des Effekts 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 leider mit unseren Daten nicht möglich. Stattdessen können wir mit unseren Analysen aufgrund der vorliegenden Daten 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. Jeder 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. Zu vergleichen wäre auch, welche konkurrierenden Ausstiegspfade bei gesundheitlichen Einschränkungen gewählt werden, wenn die rentenrechtlichen Voraussetzungen für die Erwerbsminderungsrente nicht erfüllt sind.

Interessant wäre zudem eine Ausweitung der Analysen, um zusätzliche Alterssicherungsleistungen aus weiteren Säulen mit zu berücksichtigen, etwa beruflicher Altersvorsorge und privater Alterssicherung; die aus unserem Projekt vorliegenden Ergebnisse beziehen sich jeweils allein auf die gesetzliche Altersvorsorge.

Darüber hinaus können wir in unserer Analyse nicht untersuchen, inwiefern Veränderungen der Geschlechterrollen – etwa deren Modernisierung über die Kohorten hinweg – den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Zugangsrisiko zur Erwerbsminderungsrente beeinflussen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse für Personen mit Partner*in, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, und für Alleinerziehende ist zudem zu beachten, dass die Fallzahlen in diesen Kategorien vergleichsweise gering sind, was die statistische Aussagekraft der Analysen für diese spezifischen Gruppen potenziell einschränken könnte.

8 Fazit

Unsere Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und einem geringeren Risiko eines Zugangs zur Erwerbsminderungsrente, jedoch ausschließlich für Personen mit einem/einer Partner*in, der/die im gleichen Haushalt wohnt. Dies ist im Kontext der immer noch vergleichsweise traditionellen, geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Partnerschaft und auf dem Arbeitsmarkt und bei gegebener familienzentrierter Ausgestaltung der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in Deutschland zu sehen.

Unsere Befunde verweisen auch 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 zur Erwerbsminderungsrente möglicherweise nicht nur Alleinlebende, sondern auch Personen in jenen Partnerschaften benachteiligt, deren Partner*innen nicht-erwerbstätig oder nur gering gebildet sind.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei Erwerbsminderungsrenten jedoch um individuelle Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung handelt, die allein vom individuellen Versicherungsverlauf abhängen und faktisch ohne Berücksichtigung von Partnerschaftsmerkmalen bewilligt (nicht aber beantragt) werden, 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 Jahr Pflichtbeiträge) – gleich sind bzw. für Benachteiligte 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 kann durchaus auch eine aktive Einbindung von Angehörigen zielführend sein (Miluczenko et al. 2025).

Vor dem Hintergrund der Feststellung, dass die „Beantragung einer EM-Rente [...] in erster Linie ein komplexes soziales Ereignis und kein primär gesundheitliches“ (Gross et al. 2022, S. 254) sei, empfehlen Gross et al. (2022) neben der Prävention und Rehabilitation auch, das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung auszubauen, um den Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen für Personen mit Erwerbsminderung zu verbessern. So könnten bestehenden sozialen Ungleichheiten nicht nur in Bezug auf Krankheitsrisiken, sondern auch in Bezug auf Prävention und Rehabilitation entgegengewirkt werden.

Da die Zahl der Alleinstehenden, die ein deutlich höheres Risiko für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente aufweisen, im Zeitverlauf steigt und voraussichtlich noch weiter ansteigen wird (Hoymann und Schlömer 2021; Institut Arbeit und Qualifikation 2023), wird auch das private Unterstützungspotenzial durch eine Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt gesamtgesellschaftlich betrachtet weiter abnehmen. So können Alleinstehende und Alleinerziehende 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, etwa durch Sozialarbeiter*innen, 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 leichteren Zugang für anspruchsberechtigte Personen in die Erwerbsminderungsrente spricht Vieles, sowohl aus der Sicht von Partnerlosen als auch aus der Sicht von Personen in Partnerschaften: Es gibt keinen Grund, bei Erfüllen der Voraussetzungen auf Versicherungsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im Falle von Invalidität zu verzichten, außer die Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis steht unmittelbar bevor, insbesondere nicht zu Lasten einer höheren finanziellen Abhängigkeit in der Partnerschaft. Schließlich zeigen Studien wie

Baviskar et al. (2018) auch, dass sich der Erhalt von Leistungen wie Erwerbsminderungsrenten entlastend auf Partnerschaften auswirkt.

9 Output des Projektes

9.1 Publikation

- Lozano Alcántara, A., Romeu Gordo, L., Simonson, J., Vogel, C. (2025) „Erwerbsminderungsrente: Reduzieren Partnerschaften das Zugangsrisiko?“ Zeitschrift für Sozialreform. <https://doi.org/10.1515/zsr-2025-0005>

9.2 Vorträge auf Fachkonferenzen

- Lozano Alcántara, A., Romeu Gordo, L., Simonson, J., Vogel, C. (2025) Pensión por incapacidad laboral en Alemania: La influencia del contexto familiar. Vortrag im Rahmen eines Forschungsaufenthaltes an der Universität Pablo Olavide, 22. Oktober 2024, Sevilla (Spanien).
- Lozano Alcántara, A., Romeu Gordo, L., Simonson, J., Vogel, C. (2025) Zugang zur Erwerbsminderungsrente: Partnerschaft als Schutzfaktor? Vortrag im Rahmen des FNA-Graduiertenkolloquiums, 2-3. Juli 2025, Berlin.
- Simonson, J., Vogel, C., Romeu Gordo, L., Lozano Alcántara, A. (2025) Zugang zur Erwerbsminderungsrente: Alleinstehendsein als Risikofaktor? Vortrag bei der gemeinsamen Fachtagung der Sektionen III und IV der DGGG, 18. September 2025, Jena.

10 Literaturverzeichnis

- Alavinia, Seyed Mohammad; De Boer, Angela G. E. M.; Van Duivenbooden, Jacob C.; Frings-Dresen, Monique H. W. & Burdorf, Alex (2009): „Determinants of work ability and its predictive value for disability“, *Occupational Medicine*, 59 (1), 32–37. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn148>
- Arrich, Jasmin; Dammann, Ulrike; Reichel, Jens & Behringer, Wilhelm (2024): „Einfluss des sozioökonomischen Status auf Art und Häufigkeit notärztlicher Einsätze“, *Notfall + Rettungsmedizin*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01295-5>
- Asendorpf, Jens B. (2008): „Living Apart Together: Alters- und Kohortenabhängigkeit einer heterogenen Lebensform“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60 (4), 749–764. <https://doi.org/10.1007/s11577-008-0035-4>
- Aurich-Beerheide, Patrizia; Brüssig, Martin & Schwarzkopf, Manuela (2018): *Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-006969/p_study_hbs_377.pdf
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020): *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Stressreport-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Letzter Zugriff 11.04.2025]
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.06.003>
- 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. <https://doi.org/10.1037/dev0000453>
- Braakmann, Nils (2009): „Other-regarding preferences, spousal disability and happiness evidence from German couples“, *Working Paper Series in Economics* (Nr. 130). Lüneburg: Leuphana Universität. <https://hdl.handle.net/10419/30210>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11113-013-9305-6>
- Brüggmann, Daniel (2020): „Work Disability and Divorce“. In: Michaela Kreyenfeld & Heike Trappe (Hrsg.), *Parental Life Courses after Separation and Divorce in Europe*. Berlin, Rostock: Springer, 289–308. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44575-1_14
- Brüssig, Martin (2025): *Erwerbsminderungsrenten im Altersübergang: Entwicklungstrends in einem Umfeld steigender Altersgrenzen*. Altersübergangs-Report (01). Duisburg. Institut für Arbeit und Qualifikation (IAQ). https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duepublico_derivate_00082615/auem_2025_01.pdf
- Brzoska, Patrick; Ellert, Ute; Kimil, Ahmet; Razum, Oliver; Sass, Anke-Christine; Salman, Ramazan & Zeeb, Hajo (2015): „Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany“, *International Journal of Public Health*, 60 (1), 13–20. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0617-z>

- Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara; Reiss, Katharina; Dröge, Angela; Hinz, Julia; Exner, Anne; Striedelmeyer, Lena; Krupa, Elzbieta; Spallek, Jacob; Berg-Beckhoff, Gabriele; Schott, Thomas & Razum, Oliver (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/48228>
- 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. <https://doi.org/10.1186/s40172-017-0056-1>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2024): Gleichwertigkeitsbericht der Bundesregierung 2024 „Für starke und lebenswerte Regionen in Deutschland“. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gleichwertigkeitsbericht-der-bundesregierung-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=86 [Letzter Zugriff 20.11.2025]
- 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. <https://doi.org/10.1002/hec.3279>
- Buslei, Hermann; Geyer, Johannes; Haan, Peter & Harnisch, Michelle (2019): „Wer bezieht Grundsicherung im Alter? Eine empirische Analyse der Nichtinanspruchnahme“, *FNA-Journal*, 2019 (4). Berlin: Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA) der Deutschen Rentenversicherung Bund. https://www.fna-rv.de/SharedDocs/Downloads/Publikationen/FNA-Journal/FNA-Journal-2019-04.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- 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. <https://doi.org/10.1111/puar.13134>
- Christiansen, Solveig Glestad & Kravdal, Øystein (2023): „Union Status and Disability Pension“, *European Journal of Population*, 39 (21), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10680-023-09670-7>
- 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. <https://doi.org/10.1111/spol.12639>
- 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. <https://doi.org/10.25646/8831>
- Coyne, James C. & DeLongis, Anita (1986): „Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 454–460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>
- Cox, David R. (1972): „Regression Models and Life-Tables“, *Journal of the Royal Statistical Society*. 34 (2), 187–220. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1972.tb00899.x>
- Dannenberg, Andreas; Hofmann, Jürgen; Kaldybajewa, Kalamkas & Kruse, Edgar (2010): „Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen“, *RVaktuell* (9), 283–293.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2025) *Erwerbsminderungsrente: Das Netz für alle Fälle*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024a): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024b): Rentenversicherung in Zahlen 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Domnich, Alexander; Panatto, Donatella; Gasparini, Roberto & Amicizia, Daniela (2012): „The 'healthy immigrant' effect: Does it exist in Europe today?“, Italian Journal of Public Health, 9 (3). <https://doi.org/10.2427/7532>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02387-0>
- Engstler, Heribert & Klaus, Daniela (2017): Auslaufmodell ‚traditionelle Ehe‘? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: Katharina Mahne; Julia Katharina Wolff; Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.), Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer, 201–213. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_13
- Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (2025): SOEP-RV Versichertenkontenstichprobe 2022. Scientific Use File. <https://fdz-rv.de/soep.v39-RV.VSKT.2022.1-0>
- Geyer, Johannes (2021): „Der Einfluss von Rentenreformen auf Zugänge und Zahlungsbeträge in Erwerbsminderungsrenten - Modellrechnungen bis 2050“, Politikberatung kompakt (164). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). <http://hdl.handle.net/10419/233023>
- Götz, Simon; Dragano, Nico & Wahrendorf, Morten (2019): „Soziale Ungleichheiten der Erwerbsminderung bei älteren Arbeitnehmern“, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52 (1), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01473-4>
- 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 (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit. Berlin: Springer, 729–740. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9>
- Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kemptner, Daniel & Lampert, Thomas (2011): „Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung“, WSI-Mitteilungen, 64 (7), 336–344. <https://doi.org/doi.org/10.5771/0342-300X-2011-7-336>
- Herd, Pamela; Goesling, Brian & House, James S. (2007): „Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems“, Journal of Health and Social Behavior, 48 (3), 223–238. <https://doi.org/10.1177/002214650704800302>
- Hergesell, Jannis (2019): Qualitative Metastudie zum Forschungsstand „Erwerbsminderungsrente“, FNA-Journal, 2019 (3). Berlin: Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA) der Deutschen Rentenversicherung Bund. https://www.fna-rv.de/DE/Inhalt/04_Projekte/04-02_Abgeschlossene_Projekte/Projekte/FNA-P-2018-10.html

- Hochgürtel, Tim & Sommer, Bettina (2021): Lebensformen in der Bevölkerung und Kinder. In: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Datenreport 2021 - Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, 51–64. https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/dr2021_barrierefrei.pdf?download=1
- Hoymann, Jana & Schlömer, Claus (2021): Raumordnungsprognose 2040 – Haushaltsprognose. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR-Analysen KOMPAKT 05/2021). <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/analysen-kompakt/2021/ak-05-2021-dl.pdf?blob=publicationFile&v=2>
- 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. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp019>
- 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 (Hrsg.), *Ageing in Times of the COVID-19 Pandemic*. Wiesbaden: Springer 183–197. https://doi.org/10.1007/978-3-658-40487-1_10
- Institut Arbeit und Qualifikation (2023): Lebensformen der Bevölkerung nach Altersgruppen 2000 und 2023. <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII12.pdf> [Letzter Zugriff 20.11.2025]
- Jordan, Susanne & Hoebel, Jens (2015): „Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland“, *Bundesgesundheitsblatt*, 58 (9), 942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0022146515596354>
- Kiecolt-Glaser, Janice K. & Newton, Tamara L. (2001): „Marriage and health: his and hers“, *Psychological Bulletin*, 127 (4), 472–503. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- Kiecolt-Glaser, Janice K. & Wilson, Stephanie J. (2017): „Lovesick: How Couples' Relationships Influence Health“, *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 421–443. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045111>
- Klaus, Daniela & Vogel, Claudia (2019): Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Claudia Vogel; Markus Wettstein & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer, 91–112. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_6
- 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. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.2.53>
- Kossow, Tom (2019): Partnermarkt und homogame Partnerwahl: Analysen zum Einfluss von Partnermarktkonkurrenz, -transparenz und -effizienz am Beispiel von Bildung und ethnischen Hintergrund. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.

- Kouwenhoven-Pasmooij, Tessa A.; Burdorf, Alex; Roos-Hesselink, Jolien W.; Hunink, Myriam G. M. & Robroek, Suzan J. W. (2016): „Cardiovascular disease, diabetes and early exit from paid employment in Europe; the impact of work-related factors“, *International Journal of Cardiology*, 215, 332–337. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.04.090>
- Kuntz, Benjamin; Waldhauer, Julia; Schmidtke, Claudia & Lampert, Thomas (2018): Bildung und Gesundheit. In: Robin Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Berlin: Springer, 1–19. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_46-1
- Leach, Liana S.; Butterworth, Peter; Olesen, Sarah C. & Mackinnon, Andrew (2013): „Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (3), 417–425. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0559-9>
- Leijten, Fenna R. M.; de Wind, Astrid; van den Heuvel, Swenne G.; Ybema, Jan Fekke; van der Beek, Allard J.; Robroek, Suzan J. W. & Burdorf, Alex (2015): „The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69 (11), 1058–1065. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205719>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1010539511420417>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11113-023-09822-x>
- 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. <https://doi.org/10.1177/002214650804900301>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0022146514556893>
- Märting, Stefanie (2017): *Materielle Absicherung bei Erwerbsminderung im Kontext der Lebensform*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18400-1>
- Mendolia, Silvia (2014): „The impact of husband’s job loss on partners’ mental health“, *Review of Economics of the Household*, 12, 277–294. <https://doi.org/10.1007/s11150-012-9149-6>
- Mergenthaler, Andreas (2018): Gesundheitliche Ungleichheiten in der zweiten Lebenshälfte. In: Klaus R. Schroeter; Claudia Vogel & Harald Künemund (Hrsg.), *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer VS, 1–19. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_18-1
- Mika, Tatjana (2013): „Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen“, *Bundesgesundheitsblatt*, 56 (3), 391–398. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1622-0>

- 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: D. R. Bund (Hrsg.), 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin: Deutsche Rentenversicherung (DRV), 33–34.
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00055-8)
- Rapp, Ingmar & Klein, Thomas (2022): Familie und Gesundheit. In: Oliver Arránz Becker; Karsten Hank & Anja Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden: Springer, 1–16. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35215-8_32-1
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11577-018-0513-2>
- Rattay, Petra; Lippe, Elena von der; Borgmann, Lea-Sophie & Lampert, Thomas (2017): „Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland“, *Journal of Health Monitoring*, 2 (4). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- Rijn, Rogier M. van; Robroek, Suzan J. W.; Brouwer, Sandra & Burdorf, Alex (2014): „Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review“, *Occupational Environmental Medicine*, 71 (4), 295–301. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101591>
- 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), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Rommel, Alexander; Saß, Anke-Christine; Born, Sabine & Ellert, Ute (2015): „Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status“, *Bundesgesundheitsblatt* 58 (6), 543–552. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Rüffer, Wolfgang (2001): Bildungshomogamie im internationalen Vergleich - die Bedeutung der Bildungsverteilung. In: Thomas Klein (Hrsg.), *Partnerwahl und Heiratsmuster: Sozialstrukturelle Voraussetzungen der Liebe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 99–131. https://doi.org/10.1007/978-3-663-11009-5_5
- Simon, Robin W. (2002): „Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health“, *American Journal of Sociology*, 107 (4), 1065–1096. <https://doi.org/10.1086/339225>
- Söhn, Janina & Mika, Tatjana (2016): „Die erwerbsbiografische Vorgeschichte der Frühverrentung wegen Erwerbsminderung“, *Zeitschrift für Sozialreform*, 61 (4), 461–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1515/zsr-2015-0406>
- Sozialverband Deutschland (SoVD) (2020): Erwerbsminderungsrente abgelehnt – die häufigsten Gründe. <https://www.sovd-sh.de/aktuelles/meldung/erwerbsminderungsrente-abgelehnt-die-haeufigsten-gruende> [Letzter Zugriff 20.11.2025]
- Sozialverband Deutschland (SoVD) (2022): SoVD begrüßt Verbesserungen für Erwerbsminderungsrentner*innen. Pressemitteilung vom 13.04.2022. <https://www.sovd.de/presse/pressemitteilungen/meldung/sov-d-begruesst-verbesserungen-fuer-erwerbsminderungsrentner>

- 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. <https://doi.org/10.3224/zff.v31i2.02>
- Umberson, Debra J. (1987): „Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration“, *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (3), 306–319. <https://doi.org/10.2307/2136848>
- Umberson, Debra J. (1992): „Gender, marital status and the social control of health behavior“, *Social Science & Medicine*, 34 (8), 907–917. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90259-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-s)
- 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. <https://doi.org/10.1177/0898264313494800>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jomf.13077>
- Wang, Yafeng; Jiao, Yurui; Nie, Jing; O'Neil, Adrienne; Huang, Wentao; Zhang, Lei; Han, Jiafei; Liu, Hao; Zhu, Yikun; Yu, Chuanhua & Woodward, Mark (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), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00133-8>
- Wolff, Julia Katharina; Nowossadeck, Sonja & Spuling, Svenja Michaela (2017): Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Katharina Mahne; Julia Katharina Wolff; Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer, 125–137. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>
- Zink, Lina & Brüssig, Martin (2022): *Erwerbsminderungsrente und Erwerbstätigkeit, Altersübergangs-Report (01)*. Duisburg. Institut für Arbeit und Qualifikation (IAQ). <https://doi.org/10.17185/duerpublico/75912>
- Zollmann, Pia & Martin, Stefanie (2013): „Gravierender Rückgang der versicherungspflichtigen Entgelte in den Jahren vor Zugang in die Erwerbsminderungsrente“, *RVaktuell* (8), 187–196. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2013/Artikel/heft_8_zollmann_maertlin.pdf?__blob=publicationFile&v=1

11 Anhang

Tabelle A.1. Multivariate Cox-Regressionsmodelle zum Zusammenhang zwischen Partnerschaftsstatus und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

	Modell 1 (Alle)		Modell 2 (Alle)		Modell 3 (Frauen)		Modell 4 (Männer)	
	HR	SE	HR	SE	HR	SE	HR	SE
Alleinerziehend (Ref: Alleinstehend)	0,89	(0,18)	0,82	(0,16)	0,93	(0,22)	0,50	(0,26)
Partner*in im Haushalt	0,40***	(0,06)	0,49***	(0,07)	0,54**	(0,10)	0,45***	(0,10)
Partner*in nicht im Haushalt	0,55*	(0,14)	0,65	(0,16)	0,70	(0,21)	0,58	(0,25)
Frau (Ref: Mann)			1,24	(0,14)				
Westdeutschland (Ref: Ostdeutschland)			1,05	(0,14)	1,39*	(0,23)	0,64*	(0,13)
Mit Migrationshintergrund (Ref: Ohne)			1,19	(0,19)	1,10	(0,21)	1,29	(0,36)
Bildung: Mittel (Ref: Niedrig)			0,59***	(0,09)	0,68*	(0,13)	0,39***	(0,10)
Bildung: Hoch			0,33***	(0,07)	0,49**	(0,12)	0,14***	(0,06)
Gute Zufriedenheit mit Gesundheit (Ref: Schlechte)			0,10***	(0,01)	0,10***	(0,02)	0,10***	(0,02)
Periode: 2001-2013 (Ref: 1984-2000)			0,77	(0,15)	0,78	(0,19)	0,69	(0,22)
Periode: 2014-2017			0,78	(0,16)	0,76	(0,20)	0,73	(0,24)
Periode: 2018-2022			0,57**	(0,12)	0,62	(0,16)	0,41*	(0,14)
Anzahl der Personen	7.861		7.861		4.371		3.490	
Anzahl der Ereignisse (EM-Rente)	329		329		212		117	
Log-Pseudolikelihood	-2594,23		-2375,30		-1414,80		-737,79	
Wald χ^2	52,42		433,96		266,21		184,18	

Anmerkung: Robuste Standardfehler (in Klammern), geclustert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen.

Signifikanzniveaus: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Tabelle A.2. Multivariate Cox-Regressionsmodelle zum Zusammenhang zwischen Partnerschaftsdauer und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

	Modell 5 (Alle)		Modell 6 (Alle)	
	HR	SE	HR	SE
Alleinerziehend (Ref: Alleinstehend)	0,89	(0,18)	0,82	(0,16)
Partnerschaft < 7 Jahre	0,49**	(0,11)	0,58*	(0,13)
Partnerschaft ≥ 7 Jahre	0,40***	(0,06)	0,50***	(0,07)
Frau (Ref: Mann)			1,24	(0,15)
Westdeutschland (Ref: Ostdeutschland)			1,05	(0,14)
Mit Migrationshintergrund (Ref: Ohne)			1,18	(0,19)
Bildung: Mittel (Ref: Niedrig)			0,59***	(0,09)
Bildung: Hoch			0,33***	(0,07)
Gute Zufriedenheit mit Gesundheit (Ref: Schlechte)			0,10***	(0,01)
Periode: 2001-2013 (Ref: 1984-2000)			0,78	(0,15)
Periode: 2014-2017			0,78	(0,16)
Periode: 2018-2022			0,56**	(0,12)
Anzahl der Personen	7.861		7.861	
Anzahl der Ereignisse (EM-Rente)	329		329	
Log-Pseudolikelihood	-2594,23		-2375,30	
Wald χ^2	52,42		433,96	

Anmerkung: Robuste Standardfehler (in Klammern), geclustert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen.

Signifikanzniveaus: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Tabelle A.3. Multivariate Cox-Regressionsmodelle zum Zusammenhang zwischen Merkmalen des/der Partner*in und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

	Modell 7 (Alle mit Partner*in)		Modell 8 (Frauen mit Partner)		Modell 9 (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 Zufriedenheit mit 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 Zufriedenheit mit 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	

Anmerkung: Robuste Standardfehler (in Klammern), geclustert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen.

Signifikanzniveau: *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Tabelle A.4. Multivariate Cox-Regressionsmodelle zum Zusammenhang zwischen Merkmalen des/der Partner*in und dem Zugangsrisiko in die Erwerbsminderungsrente

	Modell 10 (Alle)		Modell 11 (Alle)		Modell 12 (Alle)	
	HR	SE	HR	SE	HR	SE
Frau (Ref: Mann)			1,43*	(0,24)	1,43*	(0,24)
Westdeutschland (Ref: Ostdeutschland)			0,86	(0,16)	0,99	(0,19)
Mit Migrationshintergrund (Ref: Ohne)			1,28	(0,28)	1,25	(0,27)
Bildung: Mittel (Ref: Niedrig)			0,47**	(0,11)	0,65	(0,16)
Bildung: Hoch			0,17***	(0,06)	0,32***	(0,11)
Gute Zufriedenheit mit Familienleben (Ref: Schlechte)	0,55*	(0,13)	0,60*	(0,15)	1,13	(0,28)
Gute Zufriedenheit mit Gesundheit (Ref: Schlechte)					0,07***	(0,02)
Periode: 2014-2017 (Ref: 2005-2013)			1,02	(0,20)	1,00	(0,20)
Periode: 2018-2022			0,74	(0,15)	0,78	(0,15)
Anzahl der Personen	6.087		6.087		6.087	
Anzahl der Ereignisse (EM-Rente)	155		155		155	
Log-Pseudolikelihood	-1160,62		-1138,91		-1037,37	
Wald χ^2	6,36		59,76		204,72	

Anmerkung: Robuste Standardfehler (in Klammern), geclustert auf Personenebene. HR: Hazard Ratio, SE: Standardfehler, Ref: Referenzkategorie

Quelle: SOEP-RV VSKT 2022, eigene Berechnungen.

Signifikanzniveaus: *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05