

Der unsichtbare Verlust: Eine theoretische Untersuchung kultureller Einflüsse auf die Wahrnehmung und den Umgang mit Unfruchtbarkeit

The invisible loss: A theoretical investigation of cultural influences on the perception and handling of infertility

Master-Thesis

zur Erlangung des Grades Master of Arts (M.A.)
an der Europäischen Fernhochschule Hamburg

Erstbetreuerin:
Dr. Ricarda Wullenkord

Zweitbetreuer:
Helge Hirsch

Vorgelegt von:
Monika Stepan

Studiengang:
Beratungspsychologie und
psycho-logische Therapieansätze
(M.A.)

Kurzfassung

Unfruchtbarkeit ist ein globales Phänomen mit weitreichenden medizinischen, psychologischen und sozialen Folgen. Im Rahmen dieser theoretischen Untersuchung wird analysiert, wie kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen die Wahrnehmung und Bewältigung von Unfruchtbarkeit in individualistischen und kollektivistischen Gesellschaften beeinflussen.

Die Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturschau empirischer Studien zu psychischen Belastungen, geschlechtsspezifischen Rollenbildern und gesellschaftlichen Reaktionen auf Unfruchtbarkeit. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Frauen in kollektivistischen Gesellschaften besonders unter sozialem Druck und Stigmatisierungen leiden, während Männer - insbesondere in patriarchalen Kulturen - mit Identitätskonflikten konfrontiert sind.

In individualistischen Gesellschaften hingegen wird die persönliche Entscheidungsfreiheit betont, während (ungewollte) Kinderlosigkeit in kollektivistischen (patriarchalen) Gesellschaften weiterhin stark stigmatisiert und mit erheblichen sozialen Belastungen verbunden ist.

Die gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichen, dass zur Bewältigung von Unfruchtbarkeit nicht nur individuelle Unterstützungsangebote notwendig sind, sondern ebenso Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene erforderlich werden. Um Betroffene wirksam zu entlasten, braucht es kultursensible Beratungs- und Unterstützungsangebote, die gezielt an die jeweiligen sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen angepasst sind.

Abstract

Infertility is a global phenomenon with far-reaching medical, psychological, and social consequences. This theoretical study examines how cultural norms, and societal expectations influence the perception and management of infertility in individualistic and collectivist societies.

The study is based on a systematic review of empirical research on psychological burdens, gender-specific role expectations, and societal responses to infertility. The findings indicate that women in collectivist societies are particularly affected by social pressure and stigmatization, while men - especially in patriarchal cultures - often face profound identity conflicts.

In contrast, individualistic societies tend to emphasize personal autonomy, whereas (involuntary) childlessness in collectivist (pronatalist) cultures continues to be highly stigmatized and associated with significant social strain.

The insights gained from this analysis highlight that addressing infertility requires not only individual support services but also broader societal change. To effectively support those affected, culturally sensitive counseling and assistance must be tailored to the specific social and cultural contexts in which individuals live.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	1
Abstract.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
1. Einleitung.....	7
2. Forschungsmethode.....	10
3. Grundlagen und theoretischer Rahmen.....	12
3.1 Medizinische Grundlagen von Unfruchtbarkeit.....	14
3.2 Wissenschaftliche Perspektiven auf Kultur und Gemeinschaft.....	19
3.3 Virtuelle Räume als neue Form von Gemeinschaft.....	22
4. Kulturelle Einflüsse auf den Umgang mit Unfruchtbarkeit.....	24
4.1 Unfruchtbarkeit in individualistischen Gesellschaften.....	26
4.1.1 Gesellschaftliche Wahrnehmung und Erwartungen.....	27
4.1.2 Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme.....	29
4.2 Unfruchtbarkeit in kollektivistischen Gesellschaften.....	31
4.2.1 Gesellschaftliche Wahrnehmung und Erwartungen.....	33
4.2.2 Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme.....	34
5. Der unerfüllte Kinderwunsch: Ein interkultureller Vergleich.....	37
5.1 Stellenwert der Zeugung eines Stammhalters.....	39
5.2 Geschlechterrollen und Unfruchtbarkeit.....	42
5.2.1 Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf Frauen.....	44
5.2.2 Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf Männer.....	47
6. Kritische Schlussbetrachtung.....	51

6.1 Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse.....	52
6.2 Praktische Implikationen für die Beratung.....	54
6.3 Limitation der Arbeit und Ausblick auf zukünftige Forschung.....	57
Literaturverzeichnis.....	62
Anhang.....	77

Abkürzungsverzeichnis

ART	Assistierten Reproduktionstechnologie
BkiD	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland
D·I·R	Deutsches IVF-Register
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
ESHRE	Europäische Gesellschaft für menschliche Reproduktion und Embryologie
FertiQoL	Fertility Quality of Life
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
ISS	Infertility Stigma Scale
IUI	Intrauterine Insemination
IVF	In-vitro-Fertilisation
NGO	Non-Governmental Organization
PCOS	Polyzystisches Ovarialsyndrom
PID	Präimplantationsdiagnostik
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SDI	Sozio-Demografischen Index
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	PRISMA-Flussdiagramm der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Publikationen	11
Abb. 2	Altersstandardisierte Prävalenz von primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit	15
Abb. 3	Schwangerschaftsraten und Schwangerschaftsverläufe in Abhängigkeit vom Alter der Frau.....	18
Abb. 4	Zusammenhang zwischen Gemeinschaftsansetzen und psychologischem Wohlbefinden	20
Abb. 5	Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Sterberisiko.....	21
Abb. 6	Korrelationen zwischen Bewältigungsstrategien, stressbedingten Dimensionen der Unfruchtbarkeit und Zustandsangst.....	30
Abb. 7	Bewältigungsstrategien nigerianischer Frauen	35
Abb. 8	Schätzungen und aktuelle Messungen des Geschlechterverhältnisses bei Geburten	41
Abb. 9	Kinderlosigkeit in Europa: Wirtschaftliche und soziale Einflussfaktoren.....	46
Abb. 10	Zentralen Erkenntnisse über die Herausforderungen von Männern mit Unfruchtbarkeit im Iran.....	47
Abb. 11	Prozentuale Verteilung der Beratungsorte.....	56
Abb. 12	Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu „men infertility“ und „women infertility“ in verschiedenen Datenbanken zwischen 2010–2025	59

1. Einleitung

„Seid fruchtbar und mehret euch“ – dieser zentrale Satz aus dem ersten Buch Mose (Genesis 1,28, Lutherbibel, 2017) ist nicht nur ein göttlicher Auftrag, sondern spiegelt zugleich die kulturelle und soziale Bedeutung von Fortpflanzung wider (Crowther-Heyck, 2002). Seit Jahrtausenden prägt dieser biblische Appell das Selbstverständnis vieler Gesellschaften und ist bis heute in religiösen, sozialen und kulturellen Normen verankert (Williams, 2010). Nach Hordern (2016) wird die Erfüllung religiöser Gebote als elementar für die Gemeinschaft und den Fortbestand der Traditionen angesehen. Doch was passiert, wenn dieses Ideal durch Unfruchtbarkeit unerreichbar wird?

In der vorliegenden Masterthesis wird die komplexe Beziehung zwischen Kultur und Unfruchtbarkeit theoretisch untersucht. Ein Thema, das sowohl medizinische als auch tiefgehende psychologische und soziale Dimensionen umfasst (Konietzka & Kreyenfeld, 2013).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2024) definiert Unfruchtbarkeit als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach einem Jahr ungeschützten Geschlechtsverkehrs – ein Zustand, der weltweit etwa jeden sechsten Menschen und somit circa 17% der Bevölkerung im Laufe seines Lebens betrifft. Diese hohe Prävalenz verdeutlicht die globale Relevanz des Themas. Der WHO-Bericht „Infertility prevalence estimates, 1990–2021“ aus 2023 beleuchtet zudem die tiefgreifenden psychosozialen Folgen unerfüllter Kinderwünsche, einschließlich Stigmatisierung, Angstzustände, Depressionen und das erhöhte Risiko häuslicher Gewalt.

Doch jenseits der biologischen Definition offenbart sich eine Vielfalt an kulturellen Einstellungen und Praktiken, die beeinflussen, wie Individuen und Gemeinschaften dieses Phänomen erleben und darauf reagieren.

Ziel dieser Arbeit ist es, kulturell bedingte Unterschiede in der Wahrnehmung und im Umgang mit Unfruchtbarkeit theoretisch zu analysieren. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit kulturelle Rahmenbedingungen das emotionale Erleben, die gesellschaftliche Bewertung und die psychosozialen Bewältigungsstrategien beeinflussen. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf geschlechterspezifischen Aspekten sowie der Bedeutung von Fortpflanzung im Kontext kultureller Werte und Normen.

Insgesamt verdeutlicht die vorliegende theoretische Arbeit, dass Unfruchtbarkeit weitgehend ein unsichtbares Phänomen bleibt, das durch kulturelle Normen, gesellschaftliche Erwartungen und

methodische Schwächen in der Forschung zusätzlich verstärkt wird. Um dem „unsichtbaren Verlust“ angemessen zu begegnen, bedarf es nicht nur einer stärkeren psychologischen Unterstützung für Männer und Frauen, sondern auch eines grundlegenden kulturellen Wandels, der reproduktive Herausforderungen aus der Tabuzone holt. Eine präventive psychosoziale Begleitung sollte als integraler Bestandteil etabliert werden, um Betroffene frühzeitig zu entlasten und einen offenen gesellschaftlichen Diskurs über Unfruchtbarkeit zu ermöglichen.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Rolle von Geschlechternormen und die Bedeutung der Fortpflanzung in verschiedenen kulturellen Rahmenbedingungen gelegt, da diese über das Individuum hinausgeht und kollektive Vorstellungen von Gemeinschaft, Tradition und Erbe umfasst (Holl, 2023). Darüber hinaus wird untersucht, welche Rolle digitale Räume bei der Verarbeitung von Unfruchtbarkeit spielen und inwiefern virtuelle Gemeinschaften neue Formen von Unterstützung, Austausch und Selbstverortung ermöglichen (Jo et al., 2025).

Der Titel dieser Arbeit „Der unsichtbare Verlust: Eine theoretische Untersuchung kultureller Einflüsse auf die Wahrnehmung und den Umgang mit Unfruchtbarkeit“ beabsichtigt, durch eine interkulturelle Perspektive die Vielfalt und Komplexität von Unfruchtbarkeitserfahrungen zu analysieren, um aufzuzeigen, wie unterschiedliche Gesellschaften mit diesem intimen und oft tabuisierten Thema umgehen (Mettele, 2018).

Die Relevanz des Forschungsthemas ergibt sich aus der zunehmenden Notwendigkeit, ein tieferes Verständnis für die kulturellen Dynamiken zu entwickeln, welche die Erfahrungen und Bewältigungsstrategien von Unfruchtbarkeit beeinflussen.

Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit werden je nach Kultur unterschiedlich wahrgenommen und können von signifikanter sozialer Stigmatisierung (Kreyenfeld & Konietzka, 2017) bis zu differenzierten medizinischen Behandlungsansätzen reichen, wie zum Beispiel die Inanspruchnahme von traditionellen Heilern (Hodschas) in der Türkei (Kizilhan, 2011, S. 29).

Diese Diversität in der Wahrnehmung und den Umgang erfordern eine gründliche wissenschaftliche Auseinandersetzung, um die zugrundeliegenden kulturellen, sozialen und psychologischen Aspekte zu verstehen und darauf aufbauend angemessene Unterstützungsmechanismen für Betroffene zu entwickeln.

Für die Untersuchung werden zahlreiche, relevante wissenschaftliche Publikationen herangezogen, die nach den sogenannten PRISMA-Kriterien (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) strukturiert werden. Diese Richtlinien gewährleisten eine transparente

und nachvollziehbare Darstellung des gesamten Recherchevorgangs - von der initialen Literatursuche bis zur endgültigen Einbeziehung relevanter Studien (Moher et al., 2011).

Die Quellen umfassen eine breite Palette von Fachzeitschriften, empirischen Studien, Meta-Analysen, wissenschaftlichen Journals und verlässlichen Statistikdaten als auch ausgewählte Bücher. Diese sorgfältige Auswahl ist darauf ausgerichtet, eine vielschichtige Analyse der kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung und den Umgang mit Unfruchtbarkeit zu ermöglichen.

Die Arbeit setzt sich zunächst mit den theoretischen Grundlagen auseinander und analysiert die kulturellen Unterschiede im Umgang mit Unfruchtbarkeit, wobei die psychologischen und sozialen Auswirkungen im Fokus stehen. Anschließend wird untersucht, wie kulturelle Normen und Geschlechterrollen das Erleben und die Bewältigung von Kinderlosigkeit beeinflussen. Dabei werden insbesondere individualistische und kollektivistische Kulturen betrachtet, um unterschiedliche Wertorientierungen, Erwartungen und Bewältigungsstrategien sichtbar zu machen.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem interkulturellen Vergleich ergänzen das Gesamtbild dieser theoretischen Untersuchung und leiten über zu einer abschließenden Reflexion praxisrelevanter Implikationen, Limitationen und zukünftigen Forschungsperspektiven.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird die geschlechtsneutrale Differenzierung, wie z. B. Teilnehmer:innen weggelassen. Im Sinne der Gleichbehandlung gelten die entsprechenden Begriffe grundsätzlich für alle Geschlechter.

2. Forschungsmethode

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, die sich an den PRISMA-Kriterien orientiert. Diese gewährleisten eine transparente und nachvollziehbare Darstellung des gesamten Recherchevorgangs - von der initialen Literatursuche bis zur endgültigen Einbeziehung relevanter Studien (Moher et al., 2011). Ziel war es, einen umfassenden Überblick über die psychischen, sozialen und kulturellen Aspekte von Unfruchtbarkeit zu gewinnen und die Vielfalt internationaler Perspektiven sichtbar zu machen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum von Dezember 2024 bis April 2025 und umfasste die drei wissenschaftliche Datenbanken PubMed, ScienceDirect und SpringerLink. Ergänzend wurden 33 weitere relevante Quellen im Rahmen einer gezielter Handrecherche hinzugezogen. Hierzu zählen Berichte internationaler Organisationen wie der WHO und dem United Nations Population Fund (UNFPA) sowie Publikationen von Fachverbänden und NGOs (Non-Governmental Organizations), beispielsweise des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Diese sog. „grauen Literaturquellen“ liefern wichtige kontextuelle Informationen und empirische Daten zu den psychosozialen und kulturellen Aspekten von Unfruchtbarkeit. Insgesamt ergaben sich aus der Datenbank- und Handrecherche etwas mehr als 13.000 Treffer.

Zur Eingrenzung auf thematisch und wissenschaftlich relevante Arbeiten wurden die Suchbegriffe systematisch mittels boolischer Operatoren (AND, OR) kombiniert (Webinger et al., 2014, S. 107). Zudem kamen spezifische Ein- und Ausschlusskriterien zur Anwendung, um die Auswahl methodisch abzusichern und die Qualität der einbezogenen Literatur zu gewährleisten (Oehlrich, 2015, S. 133).

Einschlusskriterien:

- Veröffentlichungszeitraum 2010 bis 2025
- Deutsch- und englischsprachige Publikationen
- Peer-reviewed Artikel, darunter Forschungsartikel, systematische Reviews und Meta-Analysen
- Studien zu psychischen, sozialen, kulturellen und geschlechterspezifischen Aspekten von Unfruchtbarkeit
- Untersuchungen zu Erfahrungen und Bewältigungsstrategien von Männern und Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch

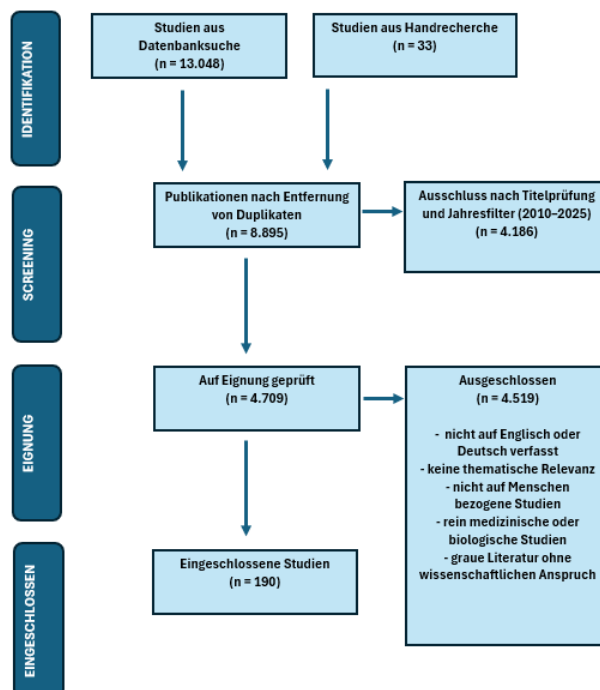
Ausschlusskriterien:

- Veröffentlichungen außerhalb des Zeitraumes 2010 bis 2025
- Studien in anderen Sprachen als Deutsch oder Englisch
- Arbeiten mit ausschließlich medizinischem oder biologischem Fokus
- Nicht auf Menschen bezogene Studien (z. B. Tierstudien)
- Publikationen ohne inhaltliche Relevanz
- Nicht-wissenschaftliche Beiträge, wie Blogartikel oder Social-Media-Posts

Da die Literaturrecherche über verschiedenen Datenbanken hinweg erfolgte, wurden im Anschluss alle Duplikate systematisch entfernt. Anschließend wurden die Abstracts und, bei Relevanz, die Volltexte geprüft. Schließlich wurden 190 Publikationen in die theoretische Analyse einbezogen. Der gesamte Auswahl- und Prüfprozess wird zur besseren Nachvollziehbarkeit in Abbildung 1 (PRISMA-Flussdiagramm) visualisiert:

Abbildung 1

PRISMA-Flussdiagramm der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Publikationen (eigene Darstellung)



3. Grundlagen und theoretischer Rahmen

Thapa et al. (2020) betonen, dass Unfruchtbarkeit primär als medizinisches Problem wahrgenommen wird, was jedoch kritisch zu hinterfragen ist, da die psychologischen Auswirkungen für die Betroffenen eine ebenso zentrale Rolle spielen und nicht vernachlässigt werden dürfen. Die Untersuchung von Unfruchtbarkeit erfordert somit eine ganzheitliche Betrachtung, die sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Während sich die medizinische Perspektive auf zentrale Definitionen, Ursachen und Diagnosen konzentriert, zeigt die psychologische und soziokulturelle Betrachtung, wie tief das Phänomen in gesellschaftlichen und individuellen Erfahrungen verwurzelt ist (Albogamy et al., 2020).

Eine aktuelle globale Einschätzung der Prävalenz und Ursachenverteilung liefert die Meta-Analyse von Zhu et al. (2023, S. 6), in der die Autoren zu dem Ergebnis kommen, dass knapp 13 % der weltweiten Bevölkerung von Unfruchtbarkeit betroffen sind - ein etwas niedrigerer Wert als in den Schätzungen der WHO, die von rund 17% ausgeht.

Dabei verteilen sich die Ursachen von Zeugungsunfähigkeit beziehungsweise Sterilität gleichmäßig zwischen Männern und Frauen. Etwa ein Drittel der Fälle ist auf männliche Faktoren zurückzuführen, ein weiteres Drittel auf weibliche, und das verbleibende Drittel geht entweder auf kombinierte Ursachen zurück oder bleibt – wie bei rund 10 % der Fälle – idiopathisch, das heißt ohne identifizierbare Ursache (Toepfer, 2020).

Diese Verteilung macht deutlich, dass weltweit beide Geschlechter in ähnlichem Maße von Reproduktionsproblemen betroffen sind, obwohl die gesellschaftliche Wahrnehmung häufig eine andere ist – insbesondere in kollektivistischen Gesellschaften wie etwa im Nahen Osten, in denen Frauen häufig als Hauptverantwortliche für Kinderlosigkeit gelten (Agarwal et al., 2015, S. 7).

Die Ergebnisse der Analyse von Zhu et al. (2023) zeigen nicht nur, dass weltweit rund 13 % der Bevölkerung von Unfruchtbarkeit betroffen sind, sondern machen auch auf regionale, altersbezogene und methodisch bedingte Unterschiede aufmerksam. Besonders auffällig ist die regionale Verteilung: Während Nordamerika mit einer Prävalenz von rund 8,8 % vergleichsweise niedrig liegt, sind die Raten in Afrika (16,7 %) und Ozeanien (16,5 %) deutlich höher. Europa bewegt sich mit 13,8 % im globalen Mittelfeld (ebd., S. 4).

Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Unterschiede unter anderem auf unterschiedliche medizinische Versorgungsstrukturen, Umweltbelastungen, kulturelle Hintergründe und methodische Faktoren wie Studiendesign und Screening-Kriterien zurückzuführen werden können (ebd., S. 4).

Auch das Alter spielt eine wesentliche Rolle: Bei Frauen über 35 Jahren verdoppelt sich die Prävalenz von Unfruchtbarkeit im Vergleich zu jüngeren Frauen (11,7 % versus 5,9 %), was die medizinische wie gesellschaftliche Relevanz der zunehmend aufgeschobenen Familiengründung unterstreicht (ebd., S. 5).

Angesichts der globalen Unterschiede in Prävalenz und Wahrnehmung von Unfruchtbarkeit stellt sich die Frage, welche Rolle kulturelle und soziale Faktoren dabei spielen und wie sie die individuelle Erfahrung von Betroffenen prägen. Kultur und Gemeinschaft greifen tief in die menschliche Identität und das soziale Miteinander ein, da Kultur nicht nur Normen und Werte definiert, sondern dem Individuum auch Orientierung und Sinn gibt (Knight et al., 2018). Atkinson et al. (2020) verdeutlichen die enorme Relevanz von Gemeinschaften, die Schutz, Zugehörigkeit und emotionale Unterstützung bieten, allerdings auch gleichzeitig Erwartungen formen, die das individuelle Leben stark beeinflussen können.

Die enge Verflechtung dieser sozialen Strukturen wird besonders deutlich, wenn soziale und kulturelle Normen mit individuellen Lebensumständen kollidieren wie beispielsweise im Umgang mit Unfruchtbarkeit. Dieser (Ausnahme)zustand betrifft nicht nur den Körper, sondern auch die Identität und das soziale Gefüge der Betroffenen, da Identität in nahezu allen Kulturen mit starken normativen Vorstellungen von Familie, Fortpflanzung und Geschlechterrollen verknüpft ist (Facchin et al., 2021). Die Unfähigkeit, diesen Erwartungen gerecht zu werden, kann dazu führen, dass Betroffene sich isoliert, stigmatisiert oder als nicht vollständig in die Gemeinschaft integriert fühlen (Pinzon & Rotoli, 2023).

Warum also sind Kultur und Gemeinschaft so wichtig für das Individuum? Bellini (2016) bringt es treffend auf den Punkt:

Let us begin by stating the elementary assumption on which the entire development of our enquiry is based: *identity is the result of interactions between the self and others*; it is, that is to say, *the emergent effect of relationships* (Bellini, 2016, S. 374).

Dieses Zitat unterstreicht die zentrale Rolle von Beziehungen und Interaktionen in der Identitätsbildung. Ohne den sozialen Rahmen, den Gemeinschaften und Kultur bieten, können individuelle Identitäten weder entstehen noch sich weiterentwickeln.

3.1 Medizinische Grundlagen von Unfruchtbarkeit

Unfruchtbarkeit ist ein vielschichtiges medizinisches und gesellschaftliches Phänomen, das zahlreiche Facetten umfasst. Die medizinische Definition orientiert sich, wie bereits eingangs erwähnt, an der Unfähigkeit eines Paares, innerhalb eines definierten Zeitraums regelmäßigen und ungeschützten Geschlechtsverkehrs eine Schwangerschaft zu erzielen (WHO, 2023).

Unfruchtbarkeit stellt jedoch nicht nur eine medizinische Herausforderung dar, sondern wird von tiefgreifenden psychosozialen Konsequenzen begleitet, die in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und behandelt werden (Ergin et al., 2018).

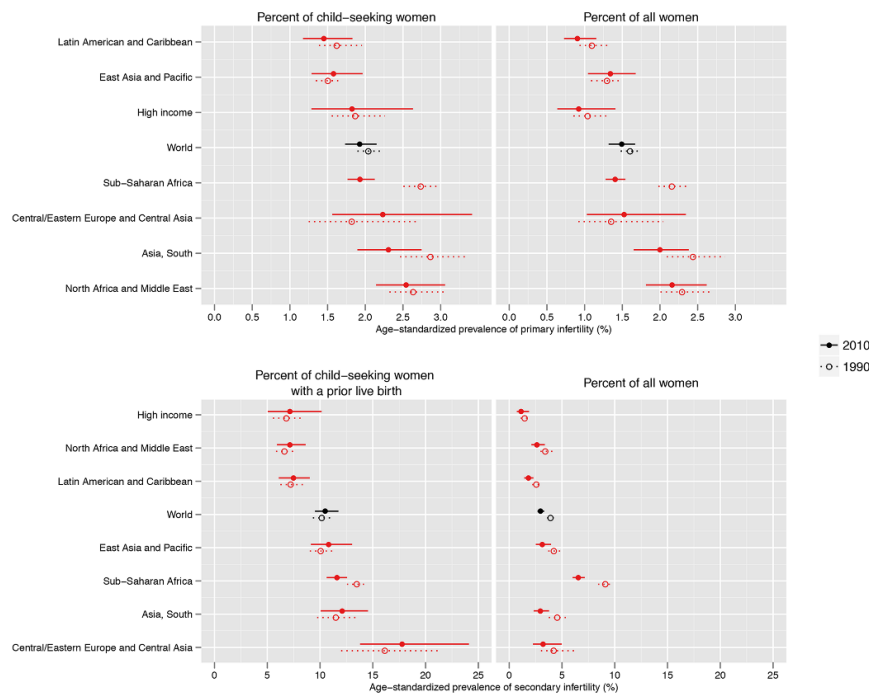
Die allgemeine Definition wird häufig durch die Unterscheidung in primäre und sekundäre Unfruchtbarkeit erweitert. Nach Mascarenhas et al. (2012) bezeichnet primäre Unfruchtbarkeit die Unfähigkeit, jemals eine Schwangerschaft herbeizuführen, während sich die sekundäre Unfruchtbarkeit auf Paare bezieht, bei denen nach mindestens einer erfolgreichen Schwangerschaft keine weiteren Schwangerschaften eintreten.

Während die Begriffe „Unfruchtbarkeit“, „Sterilität“ und „Infertilität“ häufig synonym verwendet werden, beschreibt Infertilität aus einer medizinischen Sicht die Fähigkeit zur Empfängnis bei gleichzeitigem Unvermögen, eine Schwangerschaft bis zur Lebensfähigkeit des Kindes aufrechtzuerhalten, während bei Sterilität eine Schwangerschaft vollständig ausbleibt (Wendler & Unterberger, 2022).

Die gleiche Autorengruppe um Mascarenhas hat in ihrer Analyse aus 2012 u. a. festgestellt, dass die Unfruchtbarkeitsraten in den meisten Weltregionen über einen Zeitraum von 20 Jahren weitgehend stabil geblieben sind. Abbildung 2 fasst die Ergebnisse zusammen und zeigt die auf das Alter angepasste Häufigkeit von primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit in verschiedenen Regionen der Welt für die Jahre 1990 und 2010.

Abbildung 2

Altersstandardisierte Prävalenz von primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit (Abbildung aus Mascarenhas et al., 2012, S. 6)



12

Die Daten zeigen, dass die Prävalenz primärer Unfruchtbarkeit in den meisten Regionen nur geringen Schwankungen unterliegt (ebd., S. 6). In Südasien, Nordafrika und dem Nahen Osten sowie in Subsahara-Afrika sind die Raten vergleichsweise hoch, während sie in wohlhabenderen Regionen niedriger ausfallen (ebd., S. 6). Auffällig ist zudem, dass Frauen, die gezielt versuchen, schwanger zu werden („child-seeking women“), tendenziell höhere Raten aufweisen als die Gesamtbevölkerung (ebd., S. 6).

Aus einer medizinischen Perspektive wird Unfruchtbarkeit durch eine Vielzahl biologischer Ursachen beeinflusst, die sowohl Männer als auch Frauen betreffen können. Eine häufig genannte Faustregel besagt, dass etwa ein Drittel der Ursachen bei Männern, ein Drittel bei Frauen und die verbleibenden 40% in einer Kombination aus beiden oder in ungeklärten Faktoren liegen (Leeners, et al., 2017, S. 194).

Laut Kicinska et al. (2023) zählen bei Frauen zu den häufigsten Ursachen ovulatorische Störungen, wie das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS), bei dem es sich um eine hormonelle Störung handelt, die sich durch unregelmäßige Menstruationszyklen, einen erhöhten Spiegel männlicher

Hormone sowie das Auftreten zahlreicher kleiner Zysten an den Eierstöcken auszeichnen.

Eine weitere, sehr verbreitete Ursache sind strukturelle Anomalien, wie sie bei der Endometriose an Eileitern oder der Gebärmutter vorkommen können (Bonavina & Taylor, 2022). Bei der Endometriose wächst Gebärmuttergewebe aus noch unerklärlichen Gründen außerhalb der Gebärmutter, verursacht als chronische Erkrankung zum Teil heftige Schmerzen (Neis et al., 2017) und führt bei bis zu 50% der Frauen zu einer Sterilität (Keß & Germeyer, 2023).

Die häufigsten Ursachen männlicher Unfruchtbarkeit sind von Fallara et al. 2021 untersucht worden. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass etwa 77% der betroffenen Männer unter einer der drei Hauptursachen leiden: An erster Stelle stehen Varikozelen, also erweiterte Venen im Hodensack. Darauf folgt die idiopathische Unfruchtbarkeit, bei der keine spezifische Ursache festgestellt werden kann sowie der Hypogonadismus, ein Zustand, bei dem die Hoden nicht ausreichend Testosteron produzieren. Die Fertilitätsdiagnostik besteht vordergründig aus der Analyse des Spermiogramms, ergänzt durch hormonelle Tests und bildgebende Verfahren wie den Ultraschall der Hoden (Paasch et al., 2010).

Der medizinische Nährboden von Unfruchtbarkeit wird zunehmend durch den Einfluss externer Faktoren wie Lebensstil, Ernährung und Umweltbedingungen erweitert (Sharma & Sharma, 2024). Prince und Domar beleuchten 2013 inwieweit Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Stress und Adipositas die sowohl männliche als auch weibliche Fertilität beeinträchtigen können. Die Autoren heben hervor, dass diese Risikofaktoren bei Männern sowohl die Spermienqualität als auch die Spermienproduktion negativ beeinflussen können, während sie bei Frauen zu Zyklusstörungen und hormonellen Ungleichgewichten führen.

Dem Risikofaktor „Stress“ wird besondere Bedeutung beigemessen, da der Zusammenhang zwischen Stress und Unfruchtbarkeit in der Literatur kontrovers diskutiert wird. Während Thanscheidt et al. (2023) Unfruchtbarkeit als Stressor bezeichnen und davon ausgehen, dass auf die Diagnose „Unfruchtbarkeit“ Stress folgt (und nicht umgekehrt), zeigen Karunyan et al. in ihrer systematischen Übersicht (2023), dass es durchaus einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Cortisolspiegel (Stresshormon) in Kombination mit psychologischem Stress und einer reduzierten Fruchtbarkeit gibt.

Die Autorengruppe um Karunyan (2023, S. 13) hat 16 Studien mit männlichen und weiblichen Probanden analysiert und berichtet in mehreren Fällen über signifikant erhöhte Cortisolwerte bei unfruchtbaren im Vergleich zu fruchtbaren Personen. Besonders bei Frauen zeigen sich erhöhte

Cortisolwerte, die mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Schwangerschaft nach einer IVF-Behandlung (In-vitro-Fertilisation) in Verbindung stehen (ebd. S. 14).

Ergänzend betonen Thanscheidt et al. (2023, S. 843), dass Unfruchtbarkeit nicht nur individuell als Stressor wirkt, sondern auch innerhalb der Partnerschaft emotionale Dynamiken in Gang setzt, die das psychische Wohlbefinden beider Partner beeinflussen können. Mithilfe eines paarpsychologischen Analysemodells zeigen sie, dass der Stress eines Partners signifikant auf den anderen übergreifen kann, wenn Gefühle wie Schuld, Versagen oder Ohnmacht unausgesprochen bleiben (ebd., S. 848). In solchen Fällen kann es zu einer wechselseitigen Verstärkung der Belastung kommen, wodurch die partnerschaftliche Stabilität zusätzlich gefährdet wird (ebd., S. 848).

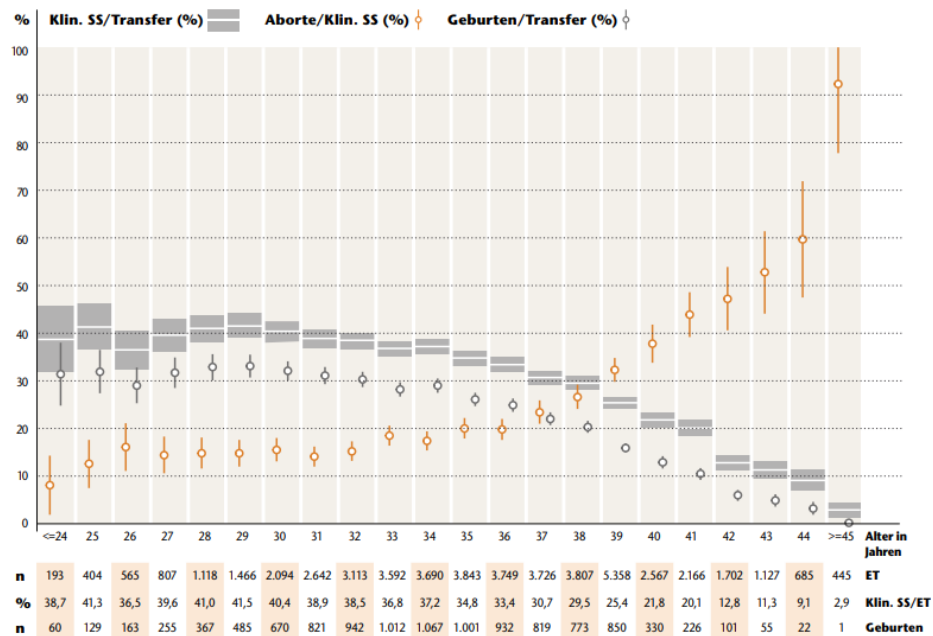
Neben den biologischen und äußeren Einflüssen ist die Rolle der reproduktiven Gesundheit für die Behandlung entscheidend. Fortschritte in der Reproduktionsmedizin haben die therapeutischen Möglichkeiten in diesem Bereich erheblich erweitert (Findeklee & Diedrich, 2024). Verfahren wie die In-vitro-Fertilisation (IVF), intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und intrauterine Insemination (IUI) bieten betroffenen Paaren erfolgsversprechende Chancen (Gomez et al., 2011).

Thorn et al. (2022, S. 33) weisen darauf hin, dass das größte Risiko der assistierten Reproduktionstherapien in der begrenzten Erfolgsquote liegt, die selbst nach Ausschöpfung aller Maßnahmen nur etwa 50% beträgt. Diese Erfolgsquote bezieht sich nach Maier et al. (2011, S. 187) auf erfolgreiche Transfer- oder Schwangerschaftsraten, so dass die Autoren für eine seriöse Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin eine Erhebung der sog. „Baby-Take-Home-Rate“ fordern, denn ohne ein verpflichtendes Melderegister werden weiterhin nur Transfer- oder Schwangerschaftsraten erhoben, nicht aber die Zahl gesunder Geburten, auf die es letztendlich für die Betroffenen ankommt.

Trotz der erheblichen Fortschritte in der assistierten Reproduktionsmedizin bleibt die tatsächliche Erfolgsquote ein zentraler Faktor für die Beratung von Kinderwunschaaren. Eine detaillierte statistische Erfassung dieser Erfolgsraten, veröffentlicht durch das Deutsche IVF-Register (D·I·R, 2023), gibt Aufschluss über die Anzahl der durchgeführten Behandlungszyklen sowie deren Ergebnisse in Deutschland und wird in Abbildung 3 veranschaulicht.

Abbildung 3

Schwangerschaftsraten und Schwangerschaftsverläufe in Abhängigkeit vom Alter der Frau (D·I·R, 2023, S. 10).

IVF, ICSI, IVF/ICSI 2022

Anmerkung. Bedeutung der Abkürzungen: Klin. SS/Transfer = Klinische Schwangerschaft pro Transfer; Aborte/Klin. SS = Fehlgeburten pro klinische Schwangerschaft; ET = Embryotransfer; Klin. SS/ET = Klinische Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer.

Die Abbildung zeigt, dass mit zunehmendem Alter der Patientinnen die Schwangerschafts- und Geburtenrate sinkt, während die Fehlgeburtenrate steigt (ebd., S. 10). So liegt die Schwangerschaftsrate einer 35-jährigen Patientin bei 34,8 % und die Geburtenrate bei lediglich 26,1 %, während die Fehlgeburtenrate bis zum 35. Lebensjahr unter 20 % pro Schwangerschaft beträgt und mit 40 Jahren auf 37,8 % ansteigt (ebd., S. 10.). Insgesamt verzeichnet das D·I·R im Jahr 2022 eine Geburtenrate pro Transfer von 22,5% - das bedeutet im Umkehrschluss, dass über dreiviertel aller Transfers erfolglos bleiben (ebd., S. 9).

Nachdem die medizinischen Grundlagen von Unfruchtbarkeit dargelegt wurden, richtet sich der Fokus im nächsten Kapitel auf die wissenschaftliche Betrachtung von Kultur und Gemeinschaft, um deren Einfluss auf das individuelle Erleben und den gesellschaftlichen Umgang mit Unfruchtbarkeit zu analysieren.

3.2 Wissenschaftliche Perspektiven auf Kultur und Gemeinschaft

Kultur und Gemeinschaft sind zentrale Bestandteile des menschlichen Daseins und prägen die Entwicklung von Individuen sowie ganzer Gesellschaften (Kuada, 2015). Die wissenschaftliche Betrachtung dieser Phänomene zeigt, dass sie nicht nur evolutionär begründet, sondern auch tief in den psychologischen Bedürfnissen des Menschen verankert sind (Bender, 2020).

Tomasello et al. (2012) beschreiben eine evolutionäre Perspektive von Kultur und Gemeinschaft, die eng mit der Überlebensfähigkeit des Menschen verknüpft ist. Die Autoren gehen u. a. auf frühzeitliche Gesellschaften ein, die sich aus der Notwendigkeit der Kooperation, um komplexe Herausforderungen wie Nahrungssuche und Schutz vor Gefahren zu bewältigen, entwickelt haben. Forscher wie Claidière und André (2012) argumentieren, dass Kultur ein Mechanismus ist, der genetische Anpassungen ergänzt, indem er Wissen und Verhaltensweisen über Generationen hinweg weitergibt.

Nach Schirilla (2013, S. 45 f.) ist Kultur ein flexibles und dynamisches System, das sich durch Werte, Symbole und Praktiken ausdrückt und dabei Heterogenität sowie gesellschaftliche Unterschiede widerspiegelt. Kulturelle Strukturen schaffen Orientierung und Kohärenz, indem sie Verhaltensweisen regulieren und soziale Beziehungen ordnen (Fuhse, 2012).

Gemeinschaft hingegen basiert nach McMillan und Chavis (1986) auf einem Gefühl der Zugehörigkeit und gemeinsamen Bindungen. Die Autoren betonen, dass das Gefühl, Teil einer Gruppe zu sein und Einfluss nehmen zu können, entscheidend ist, um Integration erleben und emotionale Verbundenheit spüren zu können.

Ohne die evolutionäre Grundlage von Gemeinschaft und Kultur hätte die Menschheit weder die Fähigkeit entwickelt, sich an verschiedene Umwelten anzupassen, noch die Möglichkeit gehabt, groß angelegte Kooperationen zu organisieren, wie sie in der gemeinschaftlichen Jagd und der Bereitstellung öffentlicher Güter zu beobachten sind (Boyd & Richerson, 2022).

Ein entscheidender Faktor, der die Dynamik von Kultur und Gemeinschaft beeinflusst, sind die Unterschiede zwischen kollektivistischen und individualistischen Kulturen, die im nächsten Kapitel intensiv betrachtet werden. Die drastischen Unterschiede zwischen diesen kulturellen Orientierungsmustern verdeutlichen, wie entscheidend der kulturelle Rahmen für die Wahrnehmung

und Bewältigung von Herausforderungen und Entscheidungsfindungen ist (Yates & de Oliveira, 2016).

Aus psychologischer Sicht trägt das Leben in Gemeinschaften wesentlich zur Erfüllung grundlegender menschlicher Bedürfnisse bei. Eine Studie von Molix und Nichols (2013) zeigt, dass das Gemeinschaftsansehen signifikant mit dem Wohlbefinden korreliert. Dabei spielt die Zufriedenheit der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse – Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – eine zentrale Rolle.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass ein hohes Ansehen in der Gemeinschaft zur Erfüllung dieser Bedürfnisse beiträgt und somit das allgemeine Wohlbefinden fördert. Abbildung 4 veranschaulicht, dass sowohl das Ansehen in der Gemeinschaft als auch die Zufriedenheit grundlegender psychologischer Bedürfnisse wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden sind.

Abbildung 4

Zusammenhang zwischen Gemeinschaftsansehen und psychologischem Wohlbefinden (Abbildung aus Molix & Nichols, 2013, S. 26)

Measure	M	SD	1	2	3	4	5	6
Community Esteem(1)	5.39	1.07						
Basic Needs Satisfaction(2)	5.46	.79	.34**					
Autonomy(3)	5.29	.84	.29**	.83**				
Competence(4)	5.42	.99	.19**	.81**	.57**			
Relatedness(5)	5.64	1.01	.36**	.86**	.55**	.52**		
Hedonic wellbeing(6)	6.44	1.89	.22*	.59**	.52**	.52**	.46**	
Eudaimonic wellbeing(7)	5.72	.79	.29**	.62**	.43**	.51**	.58**	.59**

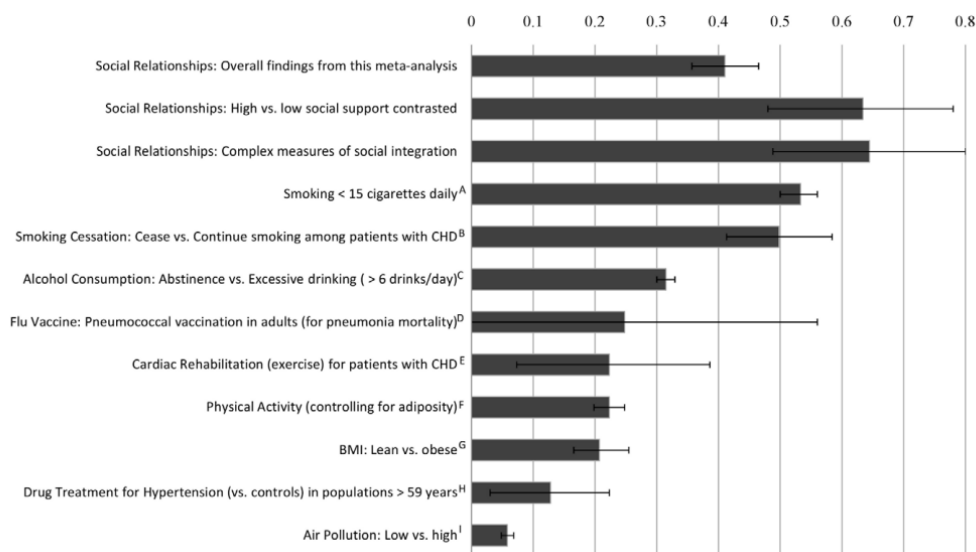
*p < .05, **p < .01.

Dieser enge Zusammenhang zwischen sozialer Eingebundenheit und Wohlbefinden lässt sich auch in Bezug auf die physische Gesundheit beobachten. Eine umfassende Meta-Analyse von Holt-Lunstad et al. (2010) untersucht den Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und dem Sterberisiko. Die Analyse umfasst 148 Studien mit mehr als 300.000 Teilnehmern und zeigt, dass stärkere soziale Beziehungen mit einer 50% höheren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Diese Ergebnisse unterstreichen die erhebliche Bedeutung sozialer Integration für die Gesundheit und das Überleben.

Um die Bedeutung sozialer Beziehungen im Vergleich zu anderen Risikofaktoren dazulegen, zeigt Abbildung 5 die Effektgrößen verschiedener Bedingungen, die die Sterblichkeit beeinflussen. Die Grafik veranschaulicht, dass soziale Beziehungen einen ähnlich starken Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit haben wie Rauchen und körperliche Inaktivität.

Abbildung 5

Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Sterberisiko (Abbildung aus Holt-Lundstad et al., 2010, S. 14)



Die Autorengruppe stellt darüber hinaus fest, dass sich der positive Einfluss sozialer Beziehungen auf die Überlebenswahrscheinlichkeit über unterschiedliche demografische und gesundheitliche Gruppen hinweg als konsistent erweist, was die universelle Relevanz sozialer Integration für Gesundheit und Überleben – unabhängig von individuellen Merkmalen – hervorhebt (ebd., S. 8).

Neben den überlebenswichtigen Funktionen sozialer Gemeinschaften ergeben sich auch psychologische Herausforderungen: Gesellschaftliche Normen und kulturell geprägte Einstellungen können die individuelle Autonomie einschränken und sozialen Druck erzeugen (Pishvaei & Bakhtiari, 2017). Sie können jedoch auch, neben ihrer stabilisierenden, eine sanktionierende Funktion haben (McBreen et al., 2011, S. 36). Insbesondere normative Erwartungen, wie etwa die traditionelle Rolle der Frau, können in erheblichem psychischem Stress und Ausgrenzung enden (Aydin et al., 2011). Dies verdeutlicht abermals, dass kulturelle Normen und Einstellungen sowohl verbindend als auch belastend wirken können.

3.3 Virtuelle Räume als neue Form von Gemeinschaft

Mit dem digitalen Wandel haben sich neue Formen von Gemeinschaft entwickelt, die ebenfalls zur Erfüllung grundlegender Bedürfnisse beitragen können. Die in Kapitel 3.2 von Molix und Nichols (2013) beschriebenen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Wohlbefinden werden heute längst nicht mehr ausschließlich durch lokal verankerte Gemeinschaften erfüllt – insbesondere in der digitalisierten Welt gewinnen virtuelle Räume zunehmend an Bedeutung, da sie neue Möglichkeiten eröffnen, soziale Eingebundenheit auch unabhängig von physischer Nähe zu erleben (Salte, 2022, S. 9).

In diesem Zusammenhang kommen Internetforen eine besondere Bedeutung zu, da sie Betroffenen einen anonymen, geschützten Raum bieten, in dem sie sich zu jeder Tageszeit mit Gleichgesinnten über den unerfüllten Kinderwunsch austauschen, emotionale Entlastung erfahren sowie hilfreiche Ressourcen zur Förderung ihres psychischen Wohlbefindens erschließen können und dabei trotz physischer Distanz ein Gefühl sozialer Verbundenheit erleben (Sormunen et al., 2021, S. 390 f.).

Wie bedeutsam digitale Gemeinschaften für das emotionale Befinden tatsächlich sein können, zeigt sich auch in aktuellen empirischen Befunden zur Rolle sozialer Unterstützung im Kontext ungewollter Kinderlosigkeit von Jo et al. (2025, S. 2), die herausgefunden haben, dass koreanische Frauen, die soziale Unterstützung über Online-Communities wahrnehmen, von geringeren psychischen Belastungen und einer höheren Lebensqualität berichten.

Eichenberg und Küsel (2019, S. 134) betonen die Schutzfunktion des Internets, die sich psychologisch erklären lässt: Laut Clark-Gordon et al. (2019, S. 99) fördert Anonymität in digitalen Kommunikationsräumen die Selbstoffenbarung, ein Effekt, der als „benigne (gutartige) Enthemmung“ bezeichnet wird. Eichenberg und Küsel (2019, S. 134) heben darüber hinaus die Bedeutung von Online-Formaten hervor, welche bei besonders sensiblen oder stigmatisierten Themen, wie etwa einem unerfüllten Kinderwunsch, niedrigschwellige Räume für Austausch, Information und emotionale Unterstützung bieten, in denen Erfahrungen geteilt werden können, ohne unmittelbare gesellschaftliche Sanktionen befürchten zu müssen.

Wie konkret solche digitalen Angebote im medizinischen Kontext wirken können, zeigt die Studie von Aarts et al. (2013): Patientinnen von Kinderwunschkliniken nutzen Online-Health-Communities gezielt, um Fragen zu stellen, sich mit anderen Betroffenen zu vernetzen und relevante

Informationen zu sammeln. Besonders geschätzt werden dabei interaktive Elemente, Anonymität sowie der Austausch mit Fachpersonal – Aspekte, die zur emotionalen Entlastung und zur Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens beitragen (ebd., S. 1 und 3).

Digitale Netzwerke können demnach eine wichtige psychosoziale Funktion übernehmen, indem sie emotionale Stabilität, Zugehörigkeit und sozialen Rückhalt bieten und somit zur Erfüllung grundlegender menschlicher Bedürfnisse beitragen (Matus & Matus, 2022).

Silbermayr (2010) beschreibt die virtuelle Welt als möglichen Ort psychodramatischer Erfahrung: „Der Mensch lebt heute doppelt, aus Fleisch und Blut einerseits, digital andererseits“ (Silbermayr, 2010, S. 279). Indem Psychodrama die digitale Dimension integriert, können neue Wege eröffnet werden, so dass sich das Selbst zwischen realer und virtueller Identität verortet und heilsame Prozesse angestoßen werden können (ebd., S. 272).

Trotz dieser positiven Wirkungen ist auch kritisch zu reflektieren, dass digitale Gemeinschaften nicht frei von Risiken sind, denn Palmieri (2023, S. 2.598) warnt davor, dass digitale Gemeinschaften auch Risiken bergen können, die sich beispielsweise in Form von sog. „Echo-Kammern“ ausdrücken, in denen abweichende Sichtweisen kaum noch wahrgenommen werden, da die Nutzer primär mit Informationen konfrontiert werden (wollen), die ihre bestehenden Überzeugungen bestätigen, so dass eine einseitige Wahrnehmung entstehen kann. Der Autor erwähnt zudem, dass sich in digitalen Räumen häufig eine starke Gruppenidentität entwickelt, die von emotionaler Bestätigung geprägt ist, jedoch auch die kritische Reflexion hemmen kann (ebd., S. 2.599).

Virtuelle Räume sind somit längst mehr als bloße Kommunikationsmittel – sie bilden neue soziale Realitäten, in denen sich Gemeinschaft, Identität und Unterstützung auf eine Weise entfalten, die herkömmliche Konzepte von Nähe, Zugehörigkeit und Verbundenheit grundlegend herausfordern und zugleich erweitern.

4. Kulturelle Einflüsse auf den Umgang mit Unfruchtbarkeit

Unfruchtbarkeit stellt global eine Herausforderung dar, die sowohl individuelle als auch soziale Dimensionen umfasst (Inhorn & Patrizio, 2015). Während die medizinischen Aspekte dieser Thematik häufig im Fokus stehen, ist der kulturelle Kontext, in dem Menschen Unfruchtbarkeit erleben und bewältigen, ebenso bedeutsam (Li et al., 2014).

Kormi-Nouri et al. haben 2017 herausgefunden, dass die Art und Weise, wie Unfruchtbarkeit wahrgenommen, bewertet und verarbeitet wird, erheblich zwischen unterschiedlichen Kulturen variiert, insbesondere zwischen individualistisch und kollektivistisch geprägten Gesellschaften. Die wissenschaftliche Studie dieser Autorengruppe postuliert, dass kulturelle Unterschiede nicht nur die gesellschaftlichen Erwartungen an betroffene Individuen beeinflussen, sondern auch die verfügbaren Unterstützungssysteme und Bewältigungsstrategien.

So haben Kormi-Nouri et al. (2017) auch herausgefunden, dass betroffene Frauen in kollektivistischen Gesellschaften wie dem Iran eher passiv mit ihrer Situation umgehen und die Akzeptanz in den Vordergrund stellen, während Frauen in individualistischen Gesellschaften wie Schweden ihre Emotionen viel konkreter ausdrücken und aktiv nach Bewältigungsstrategien suchen.

Individualistische Gesellschaften sind stark auf Autonomie, persönliche Freiheit und Selbstverwirklichung ausgerichtet (Ehrhardt & Kohli, 2011, S. 37). Und weil das individuelle Wohlbefinden in westlichen Gesellschaften einen zentralen Wert darstellt, suchen sich betroffene Frauen und Paare viel eher Unterstützung in Form einer beispielsweise psychologischen Beratung (Peterson et al., 2012).

Im Gegensatz dazu betonen kollektivistische Gesellschaften die Gemeinschaft, Harmonie und die Erfüllung sozialer Rollen, denn in diesen Kulturen wird Unfruchtbarkeit oft als ein Problem gesehen, das nicht nur das Individuum, sondern auch die Familie und die Gemeinschaft betrifft (Diallo et al., 2024, S. 4-6).

Ein besonders aufschlussreiches Beispiel dafür, wie kulturelle Normen konkrete reproduktive Handlungsoptionen beeinflussen, ist die gesellschaftliche Bewertung der Inanspruchnahme von Gametenspenden (Samen- oder Eizellspende). Die Nutzung solcher medizinisch etablierten Verfahren variiert weltweit erheblich und wird stark durch kulturelle, rechtliche und moralische Vorstellungen geprägt, wobei beispielsweise die Samenspende in vielen individualistisch geprägten Gesellschaften wie beispielsweise Deutschland als legitime Form der Familiengründung gelten (Haug & Milewski, 2018). In kollektivistisch orientierten Ländern wie der Türkei hingegen sind sie häufig mit moralischen, religiösen und sozialen Konflikten behaftet (Aslan, 2017, S. 1.264).

Diese Beobachtungen werden durch die Meta-Analyse von Demissei et al. (2024) empirisch untermauert, in der die globale Akzeptanz von Gametenspenden systematisch analysiert und nach asiatischen (z. B. Japan, Iran) und nicht-asiatischen Ländern (z. B. Kanada, Spanien) unterschieden wird. Die kulturellen Differenzen werden besonders im Hinblick auf die Akzeptanz von Samenspenden deutlich: In nicht-asiatischen Ländern liegt die Zustimmungsrate bei 37,6 %, während sie in asiatischen Ländern mit 11,95 % signifikant niedriger ausfällt (Demissei et al., 2024, S. 10).

Darüber hinaus zeigt die Analyse deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer äußern global betrachtet eine höhere Zustimmung zu Eizellspenden (38,6 %) als Frauen. Diese hingegen sind offener gegenüber Samenspenden (28,2 %) als Männer (19,8 %) (ebd., S. 10). Die Unterschiede lassen sich durch unterschiedliche Erwartungen an Reproduktion und elterliche Rollenverteilung erklären (ebd., S. 11).

Auch zwischen einzelnen Ländern treten große Abweichungen zutage, etwa im Hinblick auf die Akzeptanzrate von Embryonenspenden: Während in Japan die Rate lediglich 10 % beträgt, liegt sie in Spanien bei beeindruckenden 94 % (ebd., S. 9). Die außergewöhnlich hohe Akzeptanz Spaniens gegenüber Gameten- und Embryonenspenden lässt sich durch eine Kombination aus gesetzlich verankerter Anonymität, kultureller Offenheit sowie einer starken medizinischen Infrastruktur erklären (Tober et al., 2023, S. 255).

Die kulturelle Akzeptanz von Gametenspenden steht somit exemplarisch für das Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit, gesellschaftlicher Norm und individueller Entscheidungsfreiheit. Sie berührt grundlegende Fragen nach Herkunft, Identität und Elternschaft – und zeigt, wie tief kulturelle Werte in das private Erleben von Fruchtbarkeit und Familie hineinwirken.

Das nachfolgende Kapitel analysiert, wie kulturelle Normen und Werte den Umgang mit Unfruchtbarkeit in den beiden oben genannten Gesellschaftsmodellen prägen. Dabei wird sowohl auf die gesellschaftlichen Wahrnehmungen und Erwartungen als auch auf die spezifischen Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme eingegangen.

Ziel ist es, ein tieferes Verständnis dafür zu entwickeln, wie kulturelle Einflüsse die Erfahrungen und Reaktionen von Betroffenen gestalten und welche Herausforderungen und Chancen sich aus den unterschiedlichen kulturellen Rahmenbedingungen ergeben.

4.1 Unfruchtbarkeit in individualistischen Gesellschaften

Die bisherigen Ausführungen über den Umgang mit Unfruchtbarkeit in individualistischen Gesellschaften deuten darauf hin, dass Betroffene ihre Diagnose häufig eigenständiger bewältigen und dabei ihre sozialen Netzwerke weniger intensiv einbeziehen als in kollektivistischen Gesellschaften (Lehto et al., 2021).

Mayer-Lewis und Neumann beschreiben 2014 den Umgang mit Unfruchtbarkeit als ein zutiefst persönliches und oft privatisiertes Thema, so dass dieser Zustand primär als individuelle Herausforderung wahrgenommen wird, was sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringt. Die Autorinnen gehen einerseits auf die Freiheit der Betroffenen ein, ihre eigenen Bewältigungsstrategien zu wählen, einschließlich der Möglichkeit, professionelle Unterstützung oder medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen und andererseits führt die Betonung der individuellen Verantwortung häufig zu einer sozialen Isolation, da betroffene Personen weniger auf ihre Netzwerke zurückgreifen und aus einem tiefen Schamgefühl Unterstützung von Familie oder Freunden oft nicht in Anspruch nehmen.

Athar (2021, S. 31) verweist auf die Tatsache, dass eine „einsame Bewältigung“ zu erhöhtem Stress führen kann, da die Konsequenzen der Entscheidungen und der emotionale Druck vollständig auf dem Individuum lasten. Gleichzeitig zeigen Untersuchungen wie die von Chernoff et al. (2021, S. 73), dass bestimmte Formen der aktiven Bewältigung – etwa kognitive Neubewertung, Akzeptanz oder das bewusste Lenken der Aufmerksamkeit auf andere Lebensbereiche – mit einer verbesserten psychischen Gesundheit einhergehen. Dagegen stehen Strategien wie emotionale Unterdrückung oder das Herunterspielen der Bedeutung eigener Kinder nicht in positivem Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden und können sogar gegenteilige Effekte erzeugen (ebd., S. 81).

Der Fokus auf individuelle Lösungen führt auch dazu, dass psychologische Beratung in individualistischen Gesellschaften häufiger als Bewältigungsstrategie genutzt wird (Bidgoli & Roudsari, 2017). Die Autoren zeigen auf, dass diese Form der Unterstützung nicht nur die Fähigkeit fördert, den emotionalen Stress zu bewältigen, sondern Betroffenen hilft, konstruktive Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Dies ist besonders bedeutsam, da der Zustand der Unfruchtbarkeit weitreichende Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche wie Partnerschaft, Sexualität, Arbeit und

damit letztlich auch auf die allgemeine Lebenszufriedenheit hat, wie Kieswetter et al. (2019, S. 139) festgestellt haben.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass der Umgang mit Unfruchtbarkeit in individualistischen Gesellschaften durch eine Betonung der persönlichen Verantwortung geprägt ist. Dies ermöglicht zwar eine größere Entscheidungsfreiheit und einen stärkeren Fokus auf individuelle Präferenzen, erhöht aber gleichzeitig das Risiko von Isolation und Stress.

4.1.1 Gesellschaftliche Wahrnehmung und Erwartungen

Das gesellschaftliche Werteverständnis in individualistischen Ländern wie Deutschland ist stark auf persönliche Autonomie und Selbstverwirklichung ausgerichtet (Gollan, 2013, S. 295). Diese Werte beeinflussen nicht nur die Sicht auf die Familie und die Rolle von Mutter- und Vaterschaft, sondern auch, wie gesellschaftliche Erwartungen und individuelle Wünsche miteinander in Einklang gebracht werden können (Blackstone & Stewart, 2012).

Historisch gesehen wird Familie in individualistischen Gesellschaften lange Zeit als das zentrale soziale Gefüge betrachtet, als ein generationenübergreifender Beziehungsverbund, der mit einer reproduktiven und sozialen Funktion verbunden ist, indem Mutter- und Vaterschaft als unverzichtbare Bestandteile persönlicher Identität und gesellschaftlicher Akzeptanz gelten (Nave-Herz, 2010).

Ähnliche Auffassungen reichen weit in die Geschichte zurück: Bereits die antiken Griechen betrachten Kinderlosigkeit im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit nicht nur als medizinische Herausforderung, sondern auch als ein persönliches oder moralisches Scheitern (Flemming, 2013, S. 589).

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich jedoch ein deutlicher gesellschaftlicher Wandel vollzogen, den Krämer 2016 wie folgt zusammenfasst: „Früher war Kinderlosigkeit eine Bedrohung für das eigene Leben, heute macht sie ein Leben in Luxus für viele überhaupt erst möglich“ (Krämer, 2016, S. 313). Damit wird verdeutlicht, dass Elternschaft heutzutage keine gesellschaftliche Notwendigkeit ist, sondern vielmehr eine individuelle Wahl darstellt.

Individualistische Werte wie Entscheidungsfreiheit oder auch Selbstbestimmung haben dazu geführt, dass Kinderlosigkeit zunehmend akzeptiert wird (Dorbritz & Diabaté, 2018, S. 121). Die Wahl, keine Kinder zu bekommen, wird immer häufiger als legitimer Lebensentwurf angesehen,

der nicht mehr zwangsläufig mit gesellschaftlicher Ablehnung verbunden ist (Debest et al., 2014, S. 4).

Eine niederländische Autorengruppe hat diesen Effekt 2010 detailliert untersucht und festgestellt, dass die öffentliche Akzeptanz von freiwilliger Kinderlosigkeit in den Niederlanden über die letzten 30 Jahre stark gestiegen ist (Noordhuizen et al., 2010). Die Autoren sind in ihrer wissenschaftlichen Studie zu dem Ergebnis gekommen, dass Faktoren wie regelmäßige Kirchenbesuche sowie niedrige Einkommens- und Bildungsniveaus die Akzeptanz freiwilliger Kinderlosigkeit negativ beeinflussen, wohingegen die Geschlechtergleichstellung und die allgemeinen sozialen Veränderungen sich positiv auf die Einstellungen auswirken.

Und wie stellt es sich mit der ungewollten Kinderlosigkeit dar? Die gesellschaftlichen Reaktionen auf Kinderlosigkeit hängen laut Rijken und Merz (2014) davon ab, ob sie freiwillig oder unfreiwillig ist, als auch von Geschlecht und kulturellem Kontext. Die Studie kommt zu dem Resultat, dass freiwillig Kinderlose, insbesondere Frauen, häufiger Kritik und Rechtfertigungsdruck erleben, während unfreiwillige Kinderlosigkeit, die häufig aus Unfruchtbarkeit resultiert, tendenziell auf mehr Verständnis respektive Mitleid stößt.

Darüber hinaus zeigt die Untersuchung, dass sich in vielen europäischen Ländern ein deutlicher doppelter Bewertungsmaßstab abzeichnet: Männer, die sich bewusst gegen Kinder entscheiden, stoßen auf stärkere gesellschaftliche Ablehnung als Frauen (ebd., S. 470). Überraschenderweise wird dieser Unterschied vor allem von Frauen selbst vertreten – nicht aber von den Männern (ebd. S. 470). Besonders ausgeprägt ist dieser sog. „Double Standard“ in Ländern mit einem hohen Maß an Geschlechtergerechtigkeit, was darauf hindeutet, dass gesellschaftliche Erwartungen gegenüber der Elternschaft auch unter progressiven Bedingungen bestehen bleiben (ebd. S. 480).

Insgesamt zeigt sich, dass die Wahrnehmung und Erwartungen bezüglich Unfruchtbarkeit und die damit verbundene Kinderlosigkeit in individualistischen Gesellschaften widersprüchlich sind: Während persönliche Autonomie und Entscheidungsfreiheit als zentrale Werte gelten, werden Abweichungen von traditionellen Normen wie Elternschaft immer noch kritisch hinterfragt.

Diese Ambivalenz spiegelt sich nicht nur in der Beurteilung von freiwilliger und unfreiwilliger Kinderlosigkeit wider, sondern zeigt, wie tief kulturelle Erwartungen trotz eines weltweiten Wandels hin zu mehr Individualität verankert bleiben (Santos et al., 2017, S. 1.236).

4.1.2 Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme

Die Wahrnehmung von Unfruchtbarkeit als „geheimes Stigma“, wie Greil et al. (2011, S. 741) es formulieren, hat tiefgreifenden Einfluss auf die psychischen Bewältigungsmechanismen der Betroffenen, da diese ihre Emotionen vorwiegend im privaten Rahmen verarbeiten.

Ein hilfreicher Ansatz zum Verständnis solcher meist unbewusst ablaufenden Strategien bietet die Schematherapie nach Jeffrey Young, die eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie darstellt (Mahr, 2018, S. 75). Mahr führt in seinem Werk aus (S. 80), dass der Mensch (unbewusste) Bewältigungsmechanismen einsetzt, um mit emotionalen Grundbedürfnissen, maladaptiven Schemata oder belastenden Lebenssituationen umzugehen, damit sich eine Entlastung einstellen kann.

Daran anknüpfend geht die Schematherapie davon aus, dass die anhaltende Frustration kindlicher Grundbedürfnisse – etwa nach Sicherheit, Geborgenheit oder Autonomie – bereits früh zur Ausbildung dysfunktionaler Schemata führen kann (Schaich et al., 2017, S. 210). Diese tief verankerten Muster beeinflussen im Erwachsenenalter sowohl das Erleben als auch das Verhalten und können durch belastende Auslöser reaktiviert werden (ebd., S. 210).

Um eine emotionale Überforderung, welche durch die Diagnose „Unfruchtbarkeit“ entstehen kann, zu vermeiden, greifen Betroffene auf spezifische Bewältigungsstile wie Vermeidung, Unterwerfung oder Überkompensation zurück, die kurzfristig stabilisierend wirken, jedoch langfristig dysfunktionale Beziehungsmuster begünstigen können (ebd., S. 211).

Unfruchtbarkeit stellt zweifellos eine Lebenskrise dar, insbesondere für Paare, die einem Kind eine zentrale Bedeutung für ihren Lebenssinn zuschreiben oder es als Bereicherung bzw. als Rettung für ihre Partnerschaft betrachten (Fiegl, 2016, S. 198-200). Doch auch ohne diese weitreichende Bedeutungszuschreibung setzen Betroffene Mechanismen wie z. B. die Vermeidung oder Verdrängung ein, um die belastende Situation bewältigen zu können (Cunha et al., 2016, S. 42).

Die theoretischen Annahmen zur Schematherapie lassen sich auch empirisch stützen. So untersuchen Zurlo et al. (2020) in einer groß angelegten Studie mit über 500 Betroffenen die Zusammenhänge zwischen stressbedingten Dimensionen der Unfruchtbarkeit, Zustandsangst und den eingesetzten Bewältigungsstrategien. Die zentralen Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6

Korrelationen zwischen Bewältigungsstrategien, stressbedingten Dimensionen der Unfruchtbarkeit und Zustandsangst (Abbildung aus Zurlo et al., 2020, S. 5)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mean	SD
1 Social Concern	1	0.09	0.13 [†]	0.43 ^{***}	−0.11	0.22 ^{***}	−0.43 ^{***}	−0.16 ^{***}	−0.06	0.52 ^{***}	26.26	12.08
2 Need for Parenthood	0.24 ^{***}	1	0.29 ^{***}	0.24 ^{***}	−0.01	−0.21 ^{***}	0.06	0.15 ⁺	0.29 ^{***}	0.06	25.82	6.32
3 Rejection of Childfree Lifestyle	0.14 ⁺	0.31 ^{***}	1	0.03	−0.03	−0.19 ^{***}	−0.08	0.03	0.33 ^{***}	−0.11	26.63	6.39
4 Couple's Relationship Concern	0.44 ^{***}	0.32 ^{***}	0.03	1	0.20 ^{***}	0.32 ^{***}	−0.04	0.04	0.07	0.43 ^{***}	11.40	4.54
5 Seeking Social Support	−0.02	0.01	−0.14 [†]	0.19 ^{***}	1	0.50 ^{***}	0.60 ^{***}	0.32 ^{***}	0.16 ⁺	0.27 ^{***}	24.27	7.10
6 Avoidant	0.11	−0.20 ^{***}	−0.17 ^{***}	0.18 ^{***}	0.36 ^{***}	1	0.25 ^{***}	0.16 ^{***}	0.00	0.57 ^{***}	25.12	7.71
7 Positive Attitude	−0.54 ^{***}	−0.11	−0.13 [†]	−0.10	0.44 ^{***}	0.28 ^{***}	1	0.46 ^{***}	0.17 ^{***}	−0.08	27.59	6.72
8 Problem Solving	−0.10	0.11	−0.03	0.07	0.36 ^{***}	0.24 ^{***}	0.35 ^{***}	1	0.01	0.07	28.82	6.78
9 Turning to Religion	0.05	0.31 ^{***}	0.16 ⁺	0.20 ^{***}	0.25 ^{***}	0.02	0.17 ^{***}	0.21 ^{***}	1	−0.01	23.35	4.34
10 State-Anxiety	0.41 ^{***}	0.16 ^{***}	−0.06	0.32 ^{***}	0.20 ^{***}	0.39 ^{***}	−0.17 ^{***}	0.08	0.11	1	41.81	10.36
Mean	28.35	27.37	27.03	12.93	26.72	25.45	27.85	28.53	23.93	44.24		
SD	11.82	5.98	6.53	5.17	7.20	7.58	6.58	6.23	4.45	10.35		

Male partners' results are reported above the diagonal. Female partners' results are reported below. [†]p < 0.05. ^{***}p < 0.01.

Die Untersuchung zeigt, dass Stressdimensionen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit (z. B. soziale oder partnerschaftliche Sorgen sowie das Bedürfnis nach Elternschaft) signifikant mit einer Zustandsangst bei unfruchtbaren Paaren verbunden sind. Dabei treten auch geschlechtsspezifische Unterschiede auf: Frauen erleben insgesamt stärkeren Stress und nutzen häufiger Strategien wie das Suchen sozialer Unterstützung, während Männer und Frauen in anderen Strategien wie z. B. der Vermeidung oder dem positiven Denken ähnlich handeln.

Die zuletzt genannte wissenschaftliche Arbeit verdeutlicht, dass die Bewältigung von Unfruchtbarkeit stets ein individueller Prozess ist, der von der persönlichen Wahrnehmung der Krise, den aktivierten Bewältigungsstrategien und der Verfügbarkeit unterstützender Netzwerke abhängt und sowohl kurzfristige Entlastung als auch langfristige Anpassungsstrategien umfasst.

Thorn et al. (2024) schreiben der psychologischen Beratung im Kontext der Bewältigung eine zentrale Rolle zu, insbesondere vor, während und nach einer Behandlung mit assistierten Reproduktionstechnologien (ART). Denn die Beratung bietet Betroffenen die Möglichkeit, ihre Gefühle und Ängste in einem geschützten Rahmen zu reflektieren und vermittelt gleichzeitig Strategien, um mit den Herausforderungen der Kinderlosigkeit besser umzugehen (Mayer-Lewis & Neumann, 2014, S. 27). Dabei steht nicht nur die emotionale Unterstützung im Vordergrund, sondern auch die Förderung von Resilienz und die Entwicklung individueller Lösungsansätze, wie beispielsweise der frühzeitigen Auseinandersetzung mit einem Plan B (Wollenschlaeger & Stamm, 2018).

Auch wenn in vielen westlichen Ländern, darunter z. B. Großbritannien und Neuseeland, diese Form der psychosozialen Kinderwunschberatung fest etabliert und häufig auch standardisiert oder

sogar gesetzlich vorgeschrieben ist (Blyth, 2012), sieht die Europäische Gesellschaft für menschliche Reproduktion und Embryologie (ESHRE) weiterhin Potenzial für den Ausbau dieses Angebots und spricht in ihren Leitlinien die klare Empfehlung aus, die psychosoziale Unterstützung als festen Bestandteil der Routineversorgung in Kinderwunschkliniken zu verankern (Gameiro et al., 2015, S. 2.478).

Assistierte Reproduktionstechnologien (ART) bieten Betroffenen neue Perspektiven und wecken vor allem die Hoffnung, den Traum eines biologischen Kindes trotz medizinischer Herausforderungen verwirklichen zu können (Graham et al., 2023, S. 46). Wischmann geht noch einen Schritt weiter und beschreibt das Geschäft mit der Hoffnung wie folgt: „Die sensationell erscheinenden Erfolge der modernen Reproduktionsmedizin – z. B. Geburten nach Uterustransplantation - suggerieren zuweilen, der Wunsch nach einem eigenen Kind sei jederzeit und garantiert umsetzbar“ (Wischmann, 2023, S. 32).

Doch diese Hoffnung wird zunehmend Teil eines globalen Marktes: Schlaff (2015) weist darauf hin, dass Kinderwunschkliniken verstärkt wirtschaftlich agieren und sich in einem intensiven internationalen Wettbewerb behaupten müssen, so dass unnötige Behandlungen angeboten werden, um finanzielle Interessen zu sichern.

Es zeigt sich deutlich, wie stark die Bewältigung von Unfruchtbarkeit in westlichen Gesellschaften durch individuelle Mechanismen und psychosoziale Unterstützung geprägt ist. Trotz technologischer Fortschritte und der Möglichkeit, Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen, bleibt der Zugang zu diesen Ressourcen oft von äußeren Faktoren wie finanzielle Mittel, geografische Lage und Bildungsstand abhängig (Mackay et al., 2023).

Diese individualisierte Perspektive auf Unfruchtbarkeit steht im Gegensatz zu kollektivistisch geprägten Gesellschaften, in denen soziale Netzwerke und kulturelle Werte eine zentralere Rolle spielen – ein Kontrast, der im folgenden Kapitel näher betrachtet wird.

4.2 Unfruchtbarkeit in kollektivistischen Gesellschaften

Unfruchtbarkeit unterliegt weltweit unterschiedlichen Definitionen, denn in kollektivistischen Ländern wie Gambia oder Simbabwe umfasst sie u. a. soziale Faktoren wie die Trennung eines Paares und den fehlenden Zugang zu regelmäßigem Geschlechtsverkehr, da dies Frauen an der Verwirklichung ihrer reproduktiven Ziele hindert (Greil et al., 2010, S. 144).

Diese Sichtweise verdeutlicht, dass Unfruchtbarkeit in kollektivistischen Gesellschaften nicht nur als individuelle, sondern als gemeinschaftliche Herausforderung wahrgenommen wird, da soziale Erwartungen an Fortpflanzung und Familie eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung und Bewältigung spielen (Aflakseir & Zarei, 2013, S. 203).

Greil et al. (2011, S. 741) haben diesen Zusammenhang untersucht und festgestellt, dass sich Betroffene in Gesellschaften, in denen die Fähigkeit zur Fortpflanzung eine zentrale Rolle für soziale Anerkennung spielt, häufig als unzureichend wahrgenommen fühlen und eine Einschränkung ihrer sozialen Identität erleben – und zwar unabhängig davon, ob sie sich freiwillig für ein kinderloses Leben entscheiden oder keine Kinder bekommen können.

Es wird deutlich, dass sich kollektivistische Kulturen durch eine starke Orientierung an gemeinschaftlichen Werten auszeichnen, bei denen individuelle Bedürfnisse oft hinter den Anforderungen der Gruppe zurücktreten (Kubati et al., 2015). Von daher wird Unfruchtbarkeit in Ländern wie z. B. Pakistan häufig als Verfehlung gegenüber der Familie und der Gemeinschaft interpretiert, was die soziale und psychische Belastung der Betroffenen massiv verstärken kann (Muhammad & Begum, 2018). Eine andere Autorengruppe wird noch konkreter, indem sie von Gewalt und Scheidung sprechen:

Infertility brings terrible ramifications in Pakistan, including domestic violence, a husband's re-marriage, and separation. Moreover, it can also contribute to social stigmatization in a society where infertility is viewed as role failure with social ramifications both on family and societal levels (Ullah et al., 2021, S. 90).

Besonders eindrücklich zeigt sich die gesellschaftliche Sprengkraft ungewollter Kinderlosigkeit im pakistanischen Kontext, wie die Studie von Ullah et al. (2021, S. 100) verdeutlicht und aus der hervorgeht, dass Unfruchtbarkeit nicht nur zu Stigmatisierung führt, sondern tiefgreifende familiäre und soziale Konsequenzen nach sich ziehen kann. Die betroffenen Frauen berichten von Gewalt in der Ehe, emotionaler Vernachlässigung und in vielen Fällen von der Heirat weiterer Ehefrauen durch die Ehemänner (ebd., S. 90).

Neben diesen direkten Auswirkungen können auch der Verlust des sozialen Ansehens, die Isolation im familiären Umfeld sowie die ökonomische Abhängigkeit von der Herkunftsfamilie zu erheblichen Belastungen führen (ebd., S. 99). In einem sozialen Umfeld, in dem Unfruchtbarkeit als Rollenversagen betrachtet wird und mit Konsequenzen wie häuslicher Gewalt oder Scheidung

einhergehen kann, erscheint es naheliegend, dass viele betroffene Frauen ihre Situation nicht offen thematisieren können oder sich gezwungen sehen zu schweigen (ebd., S. 100). So entsteht eine doppelte Belastung aus erlebtem Leid und erzwungener Unsichtbarkeit – eine Situation, die die psychische Belastung zusätzlich verstärkt und Hilfsangebote in vielen Fällen unerreichbar macht.

Wie unterschiedlich sich Gesellschaften auf diese Herausforderungen einstellen und welche konkreten Bewältigungs- und Unterstützungsformen daraus resultieren, wird im Folgenden näher beleuchtet.

4.2.1 Gesellschaftliche Wahrnehmung und Erwartungen

Wie einleitend beschrieben, wird in kollektivistischen Gesellschaften die Wahrnehmung von Unfruchtbarkeit stark durch die engen Verbindungen zwischen Familie, Gemeinschaft und kulturellen Erwartungen geprägt. Mussie beschreibt 2022 (S. 36), dass die soziale Rolle von Männern und Frauen in Afrika durch die Fähigkeit definiert wird, Nachkommen zu produzieren und damit zur Fortsetzung der familiären und gesellschaftlichen Struktur beizutragen. Am Beispiel Äthiopiens erläutert er, dass sozial konstruierte Geschlechteridentitäten dafür verantwortlich sind, dass Unfruchtbarkeit als persönliches Versagen wahrgenommen wird (ebd., S. 54).

Im Falle des Irans wird deutlich, dass das Ansehen innerhalb der Familie und Gemeinschaft von zentraler Bedeutung ist und Kinderlosigkeit als Verlust sozialer Akzeptanz sowie Anerkennung wahrgenommen wird und eine intensive Identitätskrise auslöst (Alamin et al., 2020).

Einige Tausend Kilometer weiter zeigt sich eine ähnliche Erwartungshaltung, die Logan et al. (2019) analysiert haben: In China werden Kinder als zentrales Bindeglied zwischen den Generationen verstanden, wobei die konfuzianisch geprägte Vorstellung kindlicher Pietät („xiao“) Respekt und Fürsorge gegenüber den Eltern ausdrückt und zugleich als Grundlage aller Tugenden gilt – eine Verpflichtung, die ohne Nachkommen nicht erfüllt werden kann.

All die soeben genannten Einstellungen und Überzeugungen verdeutlichen, dass Kinderlosigkeit in solchen Kulturen weitreichendere Folgen mit sich bringt als in westlichen Ländern. Hinzu kommen spirituelle und religiöse Aspekte, welche die Wahrnehmung von Unfruchtbarkeit maßgeblich prägen können, denn Religion und Spiritualität bieten Betroffenen oft eine Möglichkeit, ihre Situation besser zu verstehen und/oder zu bewältigen (Gheysari et al., 2023). Studien zeigen,

dass Frauen in Ländern wie Äthiopien und Indien religiöse Praktiken wie Gebete und spirituelle Rituale wie Tieropferungen oder das Taufen mit heiligem Wasser nutzen, um einerseits Trost zu finden und Hoffnung zu bewahren aber auch, um die Unfruchtbarkeit zu behandeln (Adane et al., 2024, S. 7; Jadhav & Govill, 2023, S. 9).

Selbstverständlich dürfen kollektivistische Gesellschaften nicht pauschalisiert werden. Unterschiedliche Erwartungen innerhalb einer Gemeinschaft werden durch Traditionen oder religiöse Überzeugungen geprägt und können sogar innerhalb eines Landes unterschiedliche Ausprägungen aufweisen (Adekola & Egbo, 2017, S. 120).

Shah-Paulini verdeutlicht 2017 (S. 57), dass die Wahrnehmung des Individuums als Teil der Gruppe ein universelles Merkmal kollektivistischer Kulturen ist – es ist Mutter, Vater, Freunde und Kollegen zugleich. Diese Sicht führt dazu, dass beispielsweise in Indien persönliche Entscheidungen wie ein Umzug vom Einverständnis der Eltern abhängen, um Konflikte oder das Brechen sozialer Normen zu vermeiden. Schuldgefühle und der Wunsch nach sozialer Harmonie sind zentrale Mechanismen, die das Verhalten der Inder bestimmen (ebd., S. 58).

Die hier aufgezeigten kulturellen und religiösen Dynamiken verdeutlichen, wie stark die Wahrnehmung und Bewältigung von Unfruchtbarkeit von Gemeinschaftserwartungen und spirituellen Überzeugungen geprägt ist. Das nachfolgende Kapitel vertieft diese Aspekte und analysiert zugleich, welche Bewältigungsmechanismen Betroffene anwenden, um mit der persönlichen Herausforderung einer Unfruchtbarkeit umzugehen.

4.2.2 Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme

Die bisherigen theoretischen Analysen innerhalb dieser Arbeit belegen eindeutig, dass in kollektivistischen Gesellschaften, in denen das Wohlergehen des Einzelnen stark mit den Interessen der Familie und Gemeinschaft verknüpft ist, sich die Bewältigung von Unfruchtbarkeit deutlich von der in individualistischen Kulturen unterscheidet. Diese Unterschiede werden exemplarisch am Beispiel Nigerias erläutert.

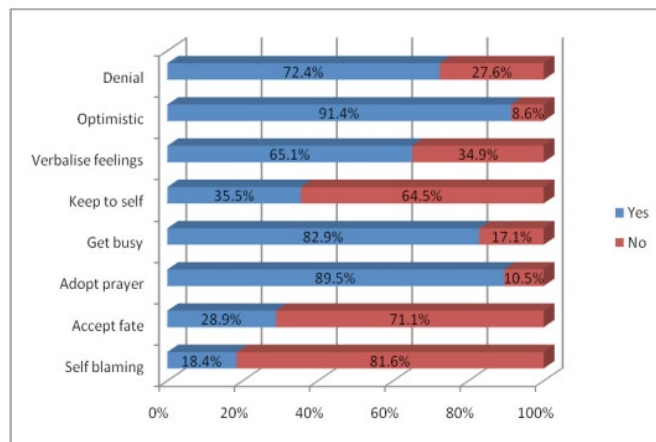
In nigerianischen Kulturen übernimmt das unmittelbare Umfeld eine zentrale Funktion, indem Familienmitglieder Betroffenen eine emotionale und soziale Unterstützung bieten, mit dem Stigma und den psychosozialen Belastungen umzugehen (Olowokere et al., 2022, S. 7.) Gleichzeitig kann diese starke Einbindung jedoch auch einen enormen Druck erzeugen, eine Lösung für

das „Problem“ finden zu müssen, weil das Kinderkriegen über den Verbleib in der Familie bestimmt und somit über die wirtschaftliche Sicherheit der Frau (ebd., S. 2).

Aufgrund dieser lebensbestimmenden gesellschaftlichen Erwartungen stehen die Frauen unter einer starken Belastung und bewältigen laut der gleichen Autorengruppe ihre Situation am häufigsten (zu fast 90%) mit Gebeten, wie Abbildung 7 verdeutlicht (ebd., S. 7).

Abbildung 7

Bewältigungsstrategien nigerianischer Frauen (Abbildung aus Olowokere et al., 2022, S. 7)



Es sind jedoch nicht nur die Gespräche mit Gott, die den Frauen helfen, ihre Situation zu bewältigen, sondern auch das Leugnen des Zustandes (72,4%) oder die Ablenkung (82,9%).

Ademiluka erklärt 2020 (S. 2), dass in christlich geprägten nigerianischen Kulturen die Fortpflanzung als zentraler Zweck der Ehe betrachtet wird, so dass eine Nichterfüllung dazu führt, Alternativen wie die Heirat einer zweiten Ehefrau in Betracht zu ziehen. Polygamie wird in einigen diesen Kulturen als akzeptable Lösung sowie als Form der Bewältigung angesehen und durch die biblische Interpretation von „Seid fruchtbar und mehret euch“ (Genesis 1, 28, Lutherbibel, 2017) religiös gerechtfertigt (ebd., S. 5).

Die Studie von Olowokere et al. (2022, S. 2) überzeugt insbesondere durch ihr Mixed-Methods-Design, das quantitative und qualitative Perspektiven vereint und dadurch ein vielschichtiges Bild des Erlebens unfruchtbarer Frauen in Nigeria zeichnet. Auffällig ist, dass trotz intensiver psychischer Belastung nur ein geringer Teil der befragten Frauen psychosoziale Unterstützung in Anspruch nimmt – lediglich 36 % berichten, überhaupt psychologische Hilfe erhalten zu haben (ebd., S. 7). Demgegenüber suchen 85 % der insgesamt 140 Teilnehmerinnen zunächst das vertrauensvolle Gespräch mit ihrem Ehemann, um mit der belastenden Situation umzugehen (ebd., S. 7).

ART werden in kollektivistischen Kulturen häufig mit gemischten Gefühlen betrachtet, wie Kościółek et al. 2024 untersucht haben. Einerseits bieten diese Technologien neue Hoffnung, insbesondere in afrikanischen Gesellschaften, in denen Kinder eine wesentliche Rolle für die soziale Anerkennung und den Fortbestand der Familie spielen und andererseits können kulturelle und religiöse Überzeugungen die Akzeptanz solcher Verfahren einschränken, da sie als unnatürlich oder kulturell inakzeptabel wahrgenommen werden (ebd., S. 7).

Im Gegensatz zu Ländern wie Deutschland, in denen die psychosoziale Kinderwunschberatung oft ein integraler Bestandteil der Behandlung ist (Metzner et al., 2017), fehlen solche formalen Unterstützungsangebote in vielen kollektivistischen Gesellschaften bzw. werden aufgrund eines mangelnden Verständnisses über psychologische Interventionen nicht in Anspruch genommen (Patel et al., 2018, S. 223).

Nekuei et al. (2012, S. 81) haben gravierende Mängel in der Beratung unfruchtbarer Paare im Iran festgestellt: 90,7 % der untersuchten Paare haben keine Beratung zu psychosozialen Aspekten der Unfruchtbarkeit erhalten und fast 50 % sind nicht über die Nebenwirkungen der Behandlung aufgeklärt worden.

Auch die Meta-Analyse von Maleki-Saghooni et al. (2017) verdeutlicht, welchen Einfluss eine psychologische Beratung auf die Schwangerschaftsrate haben kann. In der Interventionsgruppe ist die Rate der Schwangerschaften im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant um 28,2 % gestiegen, mit einer fast vierfach erhöhten Chance schwanger zu werden (ebd., S. 295). Die Autoren führen diesen Effekt insbesondere auf die Reduktion von Stress und Angstzuständen, die Stärkung der Behandlungsmotivation und -fortführung sowie eine mögliche positive Beeinflussung des Sexualverhaltens zurück (ebd., S. 299). Diese Ergebnisse belegen eindeutig die Relevanz psychologischer Unterstützung im Rahmen der Reproduktionsmedizin – ein Aspekt, der in vielen Ländern bislang zu wenig Beachtung findet.

Diese Ausführungen legen dar, dass die Lösung von Unfruchtbarkeit häufig nicht nur im medizinischen Bereich gesucht wird, sondern vor allem durch kulturelle Normen und Praktiken geprägt ist. Das Spannungsfeld zwischen moderner Reproduktionsmedizin und traditionellen Werten beeinflusst den Umgang mit Unfruchtbarkeit massiv und verdeutlicht die Notwendigkeit, kulturspezifische Lösungen zu entwickeln.

5. Der unerfüllte Kinderwunsch: Ein interkultureller Vergleich

Eine der umfassendsten und aktuellen Meta-Analysen stammt von Nik Hazlina et al. (2022), in der die psychologischen Auswirkungen von Unfruchtbarkeit bei knapp 125.000 Frauen aus verschiedenen Weltregionen untersucht wurden. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die mit einem unerfüllten Kinderwunsch verbundenen psychischen Belastungen ein universelles Phänomen darstellen, das unabhängig von der kulturellen Herkunft auftritt.

Ähnliche Erkenntnisse lassen sich auch für Männer feststellen, wie folgendes Zitat verdeutlicht: „Although there is a potential that men’s cultural and religious backgrounds may create a belief bias around masculinity and infertility, the outcomes of the studies included in this study suggest that infertility distress is not culture-specific” (Biggs et al., 2024, S. 17).

Darüber hinaus verdeutlichen Nik Hazlina et al. (2022, S. 5), dass zwar Unterschiede im Ausmaß oder in der Ausdrucksform der Belastungen erkennbar sind, das emotionale Leid jedoch ein gemeinsames Merkmal bleibt. Dennoch weisen die Autoren darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen infolge von Unfruchtbarkeit häufig nicht erkannt oder behandelt werden (ebd. S. 9). Als Gründe lassen sich sowohl strukturelle Faktoren – wie das Fehlen standardisierter Screeningverfahren oder geeigneter Erhebungsinstrumente – als auch kulturelle Hemmnisse identifizieren (ebd. S. 6).

In vielen Gesellschaften werden emotionale Reaktionen auf einen unerfüllten Kinderwunsch tabuisiert oder nicht als behandlungsbedürftig wahrgenommen, was einen professionellen Umgang zusätzlich erschwert (ebd. S. 5). Vor diesem Hintergrund empfehlen die Autoren eine stärkere Integration psychologischer Unterstützung in medizinische Versorgungsstrukturen – ein Aspekt, der in vielen Ländern bislang unzureichend umgesetzt ist (ebd. S. 9).

Um die psychosozialen Belastungen von Unfruchtbarkeit systematisch zu erfassen, ist der Fer-tiQoL-Fragebogen (Fertility Quality of Life) von Boivin et al. (2011) entwickelt worden, der in Anhang A dokumentiert ist. Dieser standardisierte und international einsetzbare Fragebogen misst die Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf die Lebensqualität, indem er Dimensionen wie emotionale Belastung, soziale Unterstützung und partnerschaftliche Auswirkungen erfasst, so dass eine kulturübergreifende Analyse ermöglicht wird (ebd., S. 2.084).

Der Einsatz des Fragebogens hat dazu geführt, dass die Beratung von Betroffenen effektiver und zielgerichteter gestaltet werden kann, da er beispielsweise eine Identifizierung von Beziehungsqualitäten ermöglicht oder dabei hilft, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob eine Behandlung

fortgesetzt oder abgebrochen werden soll (Donarelli et al., 2016).

Mithilfe des FertiQoL-Fragebogens kommen Balsom und Gordon (2021, S. 25) z. B. zu dem Ergebnis, dass Frauen aufgrund von Unfruchtbarkeit häufiger unter sexuellen Funktionsstörungen leiden, wohingegen Männer eher die Behandlungskosten und das Versagen in der Rolle des Versorgers belastet (Hanna & Gough, 2020, S. 581).

Ergänzend zu den standardisierten Erhebungsverfahren weisen Thorn et al. vom BKiD - Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V. (2022, S. 7) darauf hin, dass ungewollte Kinderlosigkeit häufig als ein „unsichtbarer Verlust“ erlebt wird, der mit Gefühlen von Trauer und Einsamkeit einhergeht und dessen emotionales Ausmaß vom sozialen Umfeld nur schwer nachvollzogen werden kann, da das Kind ausschließlich in der Vorstellung existiert.

Rinke (2014, S. 296) geht noch einen Schritt weiter und beschreibt Unfruchtbarkeit als eine der tiefgreifendsten emotionalen Krisen, die mit dem Verlust eines nahen Angehörigen verglichen werden kann. Diese Perspektiven verdeutlichen die besondere emotionale Belastung, die mit dem unerfüllten Kinderwunsch einhergehen kann, auch wenn sie im sozialen Umfeld kaum wahrgenommen oder anerkannt wird.

Während der Fragebogen eine Möglichkeit zur Erfassung individueller Belastungen bietet, zeigen sich in verschiedenen Kulturen spezifische gesellschaftliche Erwartungen an die Fortpflanzung, welche die psychische Belastung zusätzlich verstärken können.

Eine dieser Belastungen in kollektivistischen Kulturen stellt die Zeugung eines männlichen Stammhalters dar, denn in patriarchal geprägten Gesellschaften wie Afrika wird die Fähigkeit, männliche Nachkommen zu zeugen, u. a. ökologisch begründet (Mashara, 2016, S. 2.438). Fortpflanzung gilt als Fortführung der familiären Linie, so dass sich rund 94% der Männer Söhne wünschen, damit der Familienname weitergeführt, die Sicherheit des Hauses und der Familie gewährleistet und den Familienbesitz über Erbschaften gesichert wird (ebd., S. 2.436 ff.).

Dieses ausgeprägte Streben nach Nachkommenschaft zeigt sich besonders in pronatalistischen Gesellschaften, in denen die Bedeutung von Kindern und Fortpflanzung über individuelle Wünsche hinausgeht und tief in kulturelle, soziale und teilweise religiöse Werte verankert ist (Gold, 2013). Pronatalistische Gesellschaften wie Israel fördern die Reproduktion als zentrales gesellschaftliches Ziel, indem der Staat unbegrenzten IVF-Behandlungen für homo- und heterosexuelle Frauen finanziert und es Frauen erlaubt, bis zu dreimal als Eizellspenderin zu agieren (Birenbaum-Carmeli, 2016, S. 17 ff.).

Auch in einigen westlichen Ländern wie Ungarn zeigen sich pronatalistische Tendenzen, die jedoch weniger kulturell oder religiös, sondern eher demografisch und wirtschaftlich motiviert sind, um die sinkende Geburtenrate zu fördern und die Bevölkerung zu stabilisieren (Szalma & Sipos, 2024, S. 124).

Geschlechterrollen spielen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle, da Frauen in vielen Kulturen weiterhin als primär für die Fortpflanzung verantwortlich gelten, wodurch Unfruchtbarkeit besonders starken sozialen Druck erzeugt, der sich in Schuldgefühlen, Scham und einem Verlust der gesellschaftlichen Stellung äußern kann (Hassan et al., 2015, S. 57).

Bechoua et al. (2016, S. 396) wiederum haben Daten aus einem Zeitraum von 30 Jahren analysiert und festgestellt, dass Männer Unfruchtbarkeit verstärkt als Bedrohung ihrer Männlichkeit empfinden und mit Stigmatisierung sowie Zweifeln an ihrer sexuellen Potenz konfrontiert werden.

Die folgenden Unterkapitel vertiefen die genannten Aspekte, indem sie den Stellenwert der Nachkommenschaft sowie die geschlechterspezifischen Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf Frauen und Männer in verschiedenen Kulturen beleuchten.

5.1 Stellenwert der Zeugung eines Stammhalters

Die bisherigen Ausführungen dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die Geburt eines Sohnes in vielen Gesellschaften als zentrales Ziel der Fortpflanzung gilt und in zahlreichen Kulturen tief verwurzelt ist. Der Wunsch, männliche Nachkommen zu zeugen, liegt darin begründet, dass Männer in vielen patriarchalen Gesellschaften als Hauptträger wirtschaftlicher und sozialer Macht gelten, das Familienvermögen sichern und vermehren sollen sowie die Kontinuität der Familienlinie gewährleisten müssen (Oteh & Emmanuel, 2019, S. 53.711).

Dies wirft die Frage auf, ob die Bevorzugung eines Geschlechts zwangsläufig zur Benachteiligung des anderen führt. Miao (2024) hat sich mit den negativen Konsequenzen für Frauen auseinandergesetzt, die in den patriarchalen Strukturen Chinas unter der ausgeprägten gesellschaftlichen Bevorzugung männlicher Nachkommen leiden.

Obwohl sich die sozialen Normen Chinas heutzutage im Wandel befinden, bleibt der Druck bestehen, einen Sohn zu gebären, um nicht diskriminiert oder als weniger wertvoll angesehen zu werden, denn chinesische Frauen haben immer noch einen geringeren Zugang zu Eigentum und

Entscheidungsbefugnissen innerhalb der Familie und werden auf ihre reproduktiven Fähigkeiten reduziert (ebd., S. 290 ff.).

Auch wenn der Eindruck entsteht, dass die Zeugung eines Stammhalters in allen traditionellen und kollektivistischen Gesellschaften universell bevorzugt wird, haben Borgerhoff Mulder et al. (2019) diese Annahme widerlegt. Die Autorengruppe analysiert geschlechtsspezifische Unterschiede in der intergenerationellen Weitergabe von Wohlstand in verschiedenen, zumeist traditionellen Gesellschaftsformen und belegen, dass diese maßgeblich durch kulturelle, wirtschaftliche und soziale Faktoren beeinflusst werden (ebd., S. 1). In matrilinearen oder egalitären Gesellschaften, wie der indigenen Gemeinschaft Ust'-Avam in Sibirien oder der ethnischen Gruppe Chewa in Afrika, werden Töchter gegenüber Söhnen bevorzugt oder zumindest gleichgestellt (ebd., S. 8).

Ein Blick in westliche Gesellschaften offenbart, dass auch dort geschlechtsspezifische Unterschiede in der Vermögensübertragung existieren, wenn auch unter anderen Bedingungen. Hacker (2010, S. 350) hat anhand der Untersuchung von geschlechtsspezifischen Dimensionen des Erbrechts festgestellt, dass in westlichen Kulturen, einschließlich des modernen Israels, Frauen aufgrund gleichberechtigter gesetzlicher Erbregelungen sowie eine längere Lebenserwartung häufig wirtschaftlich privilegiert sind.

Gleichzeitig zeigt ihre Analyse jedoch auch, dass Frauen in westlichen Gesellschaften durch soziale und familiäre Einflüsse in ihrer Entscheidungsfreiheit als Erblasserinnen eingeschränkt sein können, insbesondere durch die Einflussnahme von Ehepartnern, patriarchale Normen in Familienunternehmen und die Bevorzugung männlicher Nachkommen in landwirtschaftlichen oder wirtschaftlichen Erbschaften (ebd., S. 351).

Während sich die wirtschaftliche Situation von Frauen in vielen Gesellschaften verbessert hat, stellt sich die Frage, ob sich dieser Wandel auch in der Präferenz für das Geschlecht von Nachkommen widerspiegelt. Obwohl beispielsweise in Deutschland keine geschlechtsspezifische Präferenz besteht und eher eine Tendenz zur Geschlechterbalance zu beobachten ist (Carol & Hank, 2020, S. 3), zeigt sich in anderen Teilen der Welt eine abweichende Priorisierung.

Moderne medizinische Verfahren ermöglichen es, anhand der Präimplantationsdiagnostik (PID) das Geschlecht eines Kindes gezielt auszuwählen, was besonders in Ländern mit lockeren gesetzlichen Regelungen auf eine zunehmende Nachfrage stößt – oft begleitet von ethischen Bedenken (Landwehr, 2017, S. 48).

Dies wird deutlich an der Vermarktung des Verfahrens durch Kinderwunschkliniken in z. B. Nordzypern, die auf ihren Webseiten, wie etwa bei euroCARE IVF, All-Inclusive-Pakete anbieten. Diese beinhalten einen Aufenthalt in einem 5-Sterne-Hotel, den Transport sowie Fruchtbarkeitsbehandlungen, einschließlich der Möglichkeit zur Geschlechterselektion (euroCARE IVF, o. J.).

Die ursprünglich zur Erkennung genetischer Erkrankungen und Chromosomenanomalien entwickelte PID hat sich in vielen Ländern zu einem kommerziellen Instrument entwickelt, für das je nach Land Aufpreise zwischen 2.000 und über 25.000 Euro verlangt werden (Patalong, 2011).

Besonders im Nahen Osten kommt der Technologie dabei eine doppelte Funktion zu: Einerseits wird sie genutzt, um erblich bedingte genetische Anomalien zu vermeiden, die durch innerfamiliäre Ehen häufig vorkommen (Inhorn, 2012, S. 60). Andererseits dient sie muslimischen Frauen als Mittel zum „family balancing“, um die Geburt eines Sohnes zu gewährleisten und sich vor dem Verstoß aus der Familie zu schützen – insbesondere, wenn sie bereits mehrere Töchter zur Welt gebracht haben (Williamson, 2014). Indem das Wunschkind nach Geschlecht, Termin und Umständen planbar gemacht wird, eröffnen sich neue und ethische und soziale Spannungsfelder (ebd., 2014).

Laut dem Bericht des United Nations Population Fund (UNFPA, 2020, S. 48) zur pränatalen Geschlechterselektion hat der weit verbreitete Einsatz von Ultraschalltechnologie, selektiven Abtreibungen und PID in vielen dieser Länder zu einem erheblichen Ungleichgewicht im Geschlechterverhältnis geführt, welches in Abbildung 8 dargestellt ist.

Abbildung 8

Schätzungen und aktuelle Messungen des Geschlechterverhältnisses bei Geburten (Abbildung aus UNFPA, 2020, S. 46)

Region	Country or territory	Projections for 2017* (model-based estimates)	Most recent measurements** (other sources)	
		Sex ratio at birth ***	Sex ratio at birth ***	Period and source
Asia	China	114.3	111.9	2017 ^a
	Hong Kong, SAR of China	107.8	106.6	2018 ^b
	Taiwan, Province of China	107.6	107.0	2018 ^b
	India	109.8	111.6	2015–2017 ^c
	Nepal	107.3	110.6	2012–2016 ^d
	Republic of Korea	105.6	105.4	2018 ^b
	Singapore	106.5	106.1	2018 ^b
	Viet Nam	112.2	111.5	2018 ^a
South Caucasus	Armenia	111.7	111.1	2018 ^b
	Azerbaijan	113.4	114.6	2018 ^b
	Georgia	106.5	107.9	2018 ^b
South-East Europe	Albania	108.3	108.0	2018 ^b
	Montenegro	107.2	106.7	2016–2018 ^b
	Kosovo ^e	No available estimate	109.0	2018 ^b
North Africa	Tunisia	105.4	107.0	2017 ^b

Um diese Werte besser einordnen zu können, ist es wichtig zu wissen, dass das natürliche Geschlechterverhältnis bei Geburten seit jeher konstant bei etwa 105–106 männlichen Geburten pro 100 weiblichen Geburten liegt (ebd., S. 49). Am Beispiel Südkoreas lässt sich erkennen, dass durch gezielte politische und gesellschaftliche Maßnahmen, wie etwa Reformen in der Gesetzgebung bezüglich der Geschlechtsselektion, der einstige Wert von 116 in den 90er Jahren auf 105,4 reduziert werden konnte (ebd., S. 56).

Das Ungleichgewicht in der Geburtenverteilung bleibt nicht ohne Folgen, denn ein Männerüberschuss führt in vielen Gesellschaften zu schwerwiegenden sozialen Problemen, darunter ein Anstieg von Frauenhandel, Zwangsverheiratungen und zunehmendem sozialem Druck auf Frauen (ebd., S. 12 f.).

Letztlich zeigt sich, dass der Stellenwert eines Stammhalters nicht ausschließlich als Zeichen von Rückständigkeit oder Ungleichheit gewertet werden kann, sondern tief mit kulturellen, wirtschaftlichen und historischen Faktoren verknüpft ist.

5.2 Geschlechterrollen und Unfruchtbarkeit

Die Unfähigkeit, Kinder zu bekommen, bedeutet für viele Menschen weit mehr als nur einen biologischen Aspekt – sie kann, wie bereits erwähnt, eine tiefgreifende Identitätskrise auslösen. Die gesellschaftlichen, meist kulturell geprägten Erwartungen an Männer und Frauen beeinflussen, wie sie Unfruchtbarkeit wahrnehmen, verarbeiten und darauf reagieren (Weblus et al., 2020, S. 85). Während Männer häufig ihre Rolle als Versorger in Frage stellen, kämpfen Frauen verstärkt mit Schamgefühlen und einem verringerten Selbstwertgefühl, wenn sie mit der Diagnose „Unfruchtbarkeit“ konfrontiert werden (Ying Ying et al., 2015).

Doch warum prägen Geschlechterrollen unsere Wahrnehmung so stark? Sozialpsychologische Forschungen zeigen, dass Stereotypisierungen ein zentraler Mechanismus zur Strukturierung sozialer Realitäten sind, da sie als mentale Abkürzungen dienen, die helfen, unsere komplexe soziale Umwelt schneller und effizienter einzuordnen (Garms-Homolová, 2021, S. 49).

Menschen neigen dazu, sich in Gruppen einzuordnen und Identität über Gruppenzugehörigkeit zu definieren – dazu gehört auch die geschlechtsspezifische Rollenverteilung, um u. a. ein Zugehörigkeitsgefühl zu erzeugen (ebd., S. 25). Risman und Davis (2013, S. 739) argumentieren, dass

Geschlechterrollen Orientierung geben und das soziale Zusammenleben erleichtern können, indem sie Erwartungen an Verhalten und soziale Funktionen strukturieren.

Preyer (2012, S. 12) geht auf die Vorteile sozialer Rollenmodelle und traditioneller normativer Konzepte ein und zeigt, dass diese als stabilisierende Elemente der Gesellschaft gelten, da sie Sicherheit bieten. Doch diese Stabilität hat ihren Preis: In vielen Gesellschaften führen feste Rollenvorgaben dazu, dass Frauen systematisch benachteiligt und in untergeordnete Positionen gedrängt werden, wodurch ihre Verwundbarkeit steigt (Keul, 2020, S. 5).

In diesem Kontext ist es wichtig zu betonen, dass Geschlechterrollen sozial konstruiert und zugleich anpassungsfähig sind, da das Konzept von Männlichkeit und Weiblichkeit aktiv von Individuen ausgehandelt und verändert werden kann, indem beispielsweise kleine Mädchen einmal die Rolle des „Girly Girls“ einnehmen und am nächsten Tag die eines „Tomboys“ (Swain, 2025, S. 217). Diese Flexibilität zeigt, dass Geschlecht nicht statisch ist, sondern im Laufe des Lebens geformt wird. Rottermann (2017, S. 61) beschreibt diesen Prozess als fortlaufende Sozialisation, bei der biologische und kulturelle Einflüsse in ständiger Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig formen.

Jedoch bringen solche Strukturen auch erhebliche Nachteile mit sich, da sie Individuen in vorgefertigte Muster drängen und deren persönliche Entfaltung einschränken können (ebd., S. 79). Gerade in patriarchalen Gesellschaften werden Frauen oft in untergeordnete Positionen gedrängt, während Männern dominante Rollen zugewiesen werden (Cockburn, 2013, S. 443). Dabei verstärken sich tief verankerte Stereotype von Sanftheit und Fürsorglichkeit bei Frauen sowie Stärke und Rationalität bei Männern, was soziale Ungleichheiten weiter festigt (Nur & Komariah, 2023, S. 216).

Ein besonders prägendes Beispiel für die negativen Folgen geschlechtsspezifischer Rollenbilder zeigt sich in der Wahrnehmung von Unfruchtbarkeit. Während Weiblichkeit nach Cserepes et al. (2013, S. 926) häufig in engem Zusammenhang mit der Mutterrolle gesehen wird, ist die Vaterrolle für die gesellschaftliche Wahrnehmung von Männlichkeit weniger entscheidend. Diese Verknüpfung führt zwangsläufig dazu, dass unfruchtbare Frauen einem stärkeren sozialen und emotionalen Druck ausgesetzt sind als Männer.

All diese Ausführungen zeigen, dass Geschlechterrollen und die ihnen zugrunde liegenden Stereotypen nicht ausschließlich soziale Konstruktionen sind, sondern spürbare Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und die soziale Integration von Individuen haben. Trotz möglicher negativer Folgen fügen sich Menschen in diese Rollen, da sie soziale Anerkennung, Zugehörigkeit

und Sicherheit bieten. Gleichzeitig schränken starre Rollenmuster die individuelle Entfaltung ein und verstärken soziale Ungleichheit.

5.2.1 Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf Frauen

Die Wahrnehmung von Weiblichkeit und die Rolle der Frau haben sich im Laufe der Zeit und je nach kulturellem Kontext unterschiedlich entwickelt. Hirndorf (2023) weist darauf hin, dass in den meisten westlichen Gesellschaften Frauen mittlerweile rechtlich gleichgestellt sind und selbstbestimmt agieren können, dennoch sind geschlechterbasierte Diskriminierung, Benachteiligungen und Vorurteile in Europa weiterhin vorhanden, insbesondere im beruflichen Umfeld sowie in der Wahrnehmung und Anerkennung von körperlicher und psychischer Gewalt.

Während Frauen in emanzipierten Gesellschaften zunehmend die Wahl zwischen Karriere und Familie haben, stellt diese Entscheidung oft eine emotionale Belastung dar, denn das traditionelle Ideal der aufopferungsvollen Mutter aus Zeiten der bürgerlichen Kleinfamilie weicht immer mehr einer neuen Realität, in der Frauen zwischen Selbstverwirklichung und gesellschaftlichen Erwartungen navigieren müssen (Baumgarten et al., 2017, S. 53).

Diese Form der Gleichberechtigung als gesellschaftlicher Fortschritt ist in einem Land wie Bangladesch nicht zu beobachten, da dort die Erwartung an Frauen, Kinder zu gebären, tief verwurzelt ist und jede Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit als Abweichung gilt (Habib, 2022, S. 67).

Ähnlich ergeht es Frauen in Jordanien, einem Land, indem Frauen unter immensem gesellschaftlichem Druck stehen und oft von ihren Familien zu kostspieligen und körperlich belastenden medizinischen Behandlungen gedrängt werden, denn auch in dieser Kultur gilt: Solange eine Frau kein Kind gebärt, ist sie wertlos (Bawadi et al., 2024, S. 594).

Ein Leben, in dem Frauen Angst haben müssen, ausgeschlossen oder gedemütigt zu werden, weil sie keine Kinder bekommen können, hinterlässt tiefe psychische Spuren. Diese Auswirkungen sind in zahlreichen Studien untersucht worden – eine davon ist die Analyse von Nik Hazlina et al. (2022, S. 1), die enthüllt, dass Frauen mit einem unerfüllten Kinderwunsch weltweit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen ausgesetzt sind. Demnach leiden sie bis zu 60 % häufiger unter Angststörungen und 40 % häufiger unter Depressionen als die allgemeine Bevölkerung (ebd., S. 6).

Eine weitere Analyse von Zarif Golbar Yazdi et al. (2020) untersucht anhand von 53 Publikationen die psychosozialen Folgen von Unfruchtbarkeit bei iranischen Frauen und geht auf Aspekte wie psychisches Wohlbefinden, Anpassungsvermögen und Lebensqualität ein. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Rückgang des Wohlbefindens als auch erhebliche Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Unfruchtbarkeit und eine deutliche Reduktion der Lebensqualität (ebd., S. 67).

Darüber hinaus geben fast neun von zehn Frauen an, unter sexuellen Funktionsstörungen oder gewaltsamen Übergriffen im häuslichen Umfeld - sei es physischer, psychischer oder sexueller Art - zu leiden (ebd. S. 70). Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, wie eng individuelle seelische Belastungen mit gesellschaftlichem Druck und familiären Dynamiken verknüpft sein können.

Dem Selbstwert kommt in diesem Kontext eine besondere Bedeutung zu, wie Cui et al. (2021) in ihrer Querschnittsstudie herausgefunden haben, in der sie den Zusammenhang zwischen unfruchtbarkeitsbedingtem Stress und psychischer Belastung bei unfruchtbaren Frauen in China analysieren. Die Studie zeigt, dass das Selbstwertgefühl nicht nur den direkten Zusammenhang zwischen Stress und psychischer Belastung beeinflusst, sondern auch deren Intensität abschwächen kann (ebd., S. 1.245). Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Interventionen zur Stärkung des Selbstwertgefühls, um die psychische Belastung unfruchtbarer Frauen wirksam zu reduzieren (ebd., S. 1.253).

Wie stark sich diese psychischen Belastungen zeigen, hängt entscheidend von der gesellschaftlichen Akzeptanz von Kinderlosigkeit ab. Eine groß angelegte Untersuchung mit über 24.000 europäischen Männern und Frauen von Huijts et al. (2013) zeigt hierzu interessante Ergebnisse für Europa, die in der nachfolgenden Abbildung 9 dargestellt sind:

Abbildung 9

Kinderlosigkeit in Europa: Wirtschaftliche und soziale Einflussfaktoren (Abbildung aus Huijts et al., 2013, S. 39)

	GDP per capita (in US\$/1,000, per PPP)	Percentage of childless people, age >40 years	Percentage of (strongly) disapproves of childlessness	Mean frequency of social contacts ^a	Mean psychological well-being, age >40 years ^b
Norway	42.582	9.2	8.1	4.61	2.49
Ireland	36.876	20.9	17.6	3.86	2.42
Switzerland	35.192	22.6	14.9	4.32	2.39
The Netherlands	33.741	20.5	12.1	4.46	2.32
Austria	33.352	16.5	27.2	4.25	2.27
Denmark	32.230	10.9	6.0	4.34	2.41
Belgium	32.212	13.4	16.8	4.20	2.31
UK	31.543	17.6	7.6	4.10	2.28
Sweden	31.171	9.6	6.8	4.30	2.39
Germany	30.053	16.4	24.1	3.73	2.22
Finland	30.010	14.0	15.6	4.11	2.36
France	29.074	11.4	30.4	4.16	2.29
Spain	26.112	13.0	25.0	4.51	2.24
Slovenia	21.900	7.7	40.9	3.56	2.21
Portugal	19.472	10.7	23.8	5.11	1.95
Hungary	16.552	10.1	51.9	2.71	1.83
Estonia	14.747	9.6	72.7	3.83	2.07
Slovakia	14.676	7.8	54.4	3.97	2.00
Poland	13.157	8.4	52.6	3.28	2.01
Latvia	11.774	14.2	56.1	3.83	1.89
Russia	9.816	8.8	81.9	3.47	1.86
Bulgaria	8.684	3.9	82.5	3.75	1.92
Romania	8.646	12.5	61.1	3.09	1.98
Ukraine	6.550	9.2	82.7	3.52	1.77
Total	24.549	11.6	36.2	3.96	2.17

^a0 = never, 6 = every day.

^b0 = symptoms every day, 3 = no symptoms.

9

Die Untersuchung macht deutlich, dass vor allem in Osteuropa, insbesondere in Ländern wie der Ukraine, Bulgarien und Russland, eine hohe Ablehnung gegenüber kinderlosen Menschen besteht (über 80 % in der Ukraine und Bulgarien), verbunden mit einem niedrigen psychologischen Wohlbefinden und einer geringeren Häufigkeit sozialer Kontakte (ebd., S. 39).

Für europäische Frauen hat Kinderlosigkeit nicht zwangsläufig negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden, denn in Gesellschaften, in denen Kinderlosigkeit sozial akzeptiert ist, berichten kinderlose Frauen häufig von einer ebenso guten oder sogar besseren psychischen Verfassung als Mütter (ebd., S. 43). Problematisch wird es hingegen in pronatalistischen Ländern: Dort sind kinderlose Frauen einem deutlich stärkeren sozialen Druck und emotionalen Belastungen ausgesetzt als Männer sowie Frauen in benachbarten westlichen Ländern (ebd., S. 34).

Entgegen früheren Studien, die von einer stärkeren psychischen Belastung bei kinderlosen Frauen ausgegangen sind, zeigt die Analyse von Huijts et al. (2013), dass insbesondere kinderlose Männer in Europa ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden aufweisen als Väter (ebd., S. 39 f.). Dieser Befund stellt einen bemerkenswerten Widerspruch zu bisherigen Annahmen dar, welchen die Autoren u. a. auf das geringere soziale Netzwerk kinderloser Männer zurückführen als auch auf den normativen Druck in Gesellschaften mit ausgeprägtem Familienideal (ebd. S. 43).

Die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen haben somit einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Frauen. Während sich Geschlechterrollen in westlichen Gesellschaften zunehmend flexibilisieren, bleibt ihre traditionelle Prägung in anderen Kulturen oft bestehen, was die emotionale Belastung kinderloser Frauen verstärken kann.

Damit wird deutlich, dass das gesellschaftliche und soziale Rollenbild maßgeblich darüber entscheidet, wie Kinderlosigkeit erlebt wird und welche psychischen Folgen dieses Bild für Frauen haben kann. Ob und inwiefern sich diese Dynamiken auch auf Männer auswirken, wird im nachfolgenden Kapitel untersucht.

5.2.2 Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf Männer

Während sich der gesellschaftliche Diskurs über Kinderlosigkeit häufig auf Frauen konzentriert, zeigen diverse Studien, dass auch Männer erheblich unter den Folgen von Unfruchtbarkeit leiden können. Als zentrales Thema identifizieren Abdullahzadeh et al. (2023) die „Bedrohung der Männlichkeit“, unterteilt in sechs Kategorien, die in Abbildung 10 aufgeführt sind.

Abbildung 10

Zentralen Erkenntnisse über die Herausforderungen von Männern mit Unfruchtbarkeit im Iran (Abbildung aus Abdullahzadeh et al., 2023, S. 2.022)



Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass nicht die Unfruchtbarkeit selbst, sondern vielmehr die gesellschaftliche Erwartung, dass ein „richtiger Mann“ Nachkommen zeugen muss, die größte

Belastung für betroffene Männer darstellt (ebd., S. 2023). Besonders die in der Studie identifizierten Faktoren, wie das Ertragen von Spott und Herabwürdigung durch andere, können zu erheblichem emotionalem Stress, sozialem Rückzug und einer tiefen Identitätskrise führen (ebd., S. 2024).

Darüber hinaus verdeutlicht die Analyse, dass Männer in traditionellen Gesellschaften – in denen Zeugungsfähigkeit eng mit dem kulturellen Ideal von Männlichkeit verknüpft ist – verstärkt dazu neigen, ihre Diagnose zu verheimlichen oder gar zu verleugnen (ebd. S. 1). Viele Betroffene erleben eine tiefe Scham und vermeiden es, ihre Situation öffentlich zu machen oder Hilfe in Anspruch zu nehmen (ebd. S. 6).

Die emotionale Belastung manifestiert sich häufig in Form von Rückzug aus sozialen Beziehungen, innerer Frustration, Partnerschaftskonflikten oder dem Versuch, die Partnerin emotional zu entlasten, indem eigene Gefühle unterdrückt werden (ebd., S.6). Diese Dynamiken führen nicht selten zu einer zusätzlichen Belastung der Paarbeziehung (ebd., S. 7).

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass männliche Unfruchtbarkeit nicht nur eine medizinische, sondern vor allem eine sozial und kulturell vermittelte Krise darstellt, deren Bewältigung eine differenzierte und kultursensible Herangehensweise erfordert.

Diese tief verwurzelten gesellschaftlichen Normen, die vor allem in Afrika und dem Nahen Osten zu finden sind, erschweren die wissenschaftliche Erforschung der Auswirkungen männlicher Unfruchtbarkeit, da betroffene Männer selten darüber sprechen oder medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Agarwal et al., 2015, S. 7). Stattdessen wird die Schuld für Kinderlosigkeit häufig den Frauen zugeschrieben, was nicht nur die tatsächliche Prävalenz männlicher Unfruchtbarkeit verschleiert, sondern auch den Zugang zu fundierten Daten und empirischer Forschung in diesen Regionen stark einschränkt (ebd., S. 7).

Während psychosoziale Belastungen und gesellschaftlicher Druck in patriarchalischen Kulturen zentrale Herausforderungen darstellen, zeigen globale Studien, dass männliche Unfruchtbarkeit in wirtschaftlich schwächeren Regionen auch auf strukturelle Faktoren zurückzuführen ist, wie Sun et al. (2019) erarbeitet haben. Das Autoren-Team hat die weltweite Entwicklung der männlichen Unfruchtbarkeitsrate über die letzten 30 Jahre untersucht und dabei regionale Unterschiede sowie mögliche Ursachen analysiert, wobei sie einen besonders starken Anstieg in Teilen Lateinamerikas und Südasiens festgestellt haben (ebd., S. 10.991). Als Hauptursachen nennen die Autoren ein niedriges Bildungsniveau, sozioökonomische Benachteiligung und einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung (ebd., S. 10.966).

Diese Faktoren sind in Ländern mit niedrigem Sozio-Demografischen Index (SDI) besonders ausgeprägt und führen dort zu einer hohen Krankheitslast männlicher Unfruchtbarkeit, da sie zwar häufiger diagnostiziert, aber aufgrund mangelnder Behandlungsmöglichkeiten und gesellschaftlicher Stigmatisierung oft nicht angemessen therapiert werden, während die Unfruchtbarkeitsrate in wohlhabenden Ländern mit hohem SDI niedrig bleibt (ebd., S. 10.966).

In westlichen Gesellschaften wie z. B. in den Niederlanden führen De Vries et al. (2024, S. 2) in ihrer qualitativen Studie aus, dass Männer während einer ICSI-Behandlung stark mit Hoffnung, Trauer, Schuld und Versagensängsten ringen. Die fehlende eigene medizinische Beteiligung verstärkt das Gefühl der Ohnmacht, da die Partnerin die körperlichen Belastungen trägt, während sie sich selbst als passiven Verursacher des Problems wahrnehmen (ebd., S. 7).

Ähnliche emotionale Herausforderungen spiegeln sich auch bei deutschen Männern wider, die aufgrund eigener Unfruchtbarkeit auf eine Samenspende angewiesen sind. Barth (2023, S. 22) zeigt, dass viele Betroffene den Samenspender als „unsichtbaren Konkurrenten“ erleben, was tiefgehende Unsicherheiten und emotionale Spannungen in der Partnerschaft auslösen kann.

Da die gesellschaftliche Vorstellung von Männlichkeit u. a. mit biologischer Vaterschaft verknüpft ist, kann der Verlust der genetischen Verbindung zu einem Kind als narzisstische Kränkung empfunden werden, die das Selbstbild nachhaltig erschüttert (ebd., S. 21).

Darüber hinaus zeigen sich bei betroffenen Männern Ängste, dass sich das fehlende genetische Band negativ auf die Beziehung zum Kind auswirken könnte (ebd. S. 19). Die psychische Auseinandersetzung mit dem „unsichtbaren Dritten“ bleibt somit nicht folgenlos, sondern beeinflusst die Paarbeziehung, das väterliche Selbstverständnis und den Bindungsaufbau zum Kind (ebd. S. 23).

Migrationsfamilien erfahren häufig zusätzliche Hürden, weil die psychosoziale Beratung in Deutschland laut Wischmann (2012, S. 28 f.) oft erschwert wird, da viele Paare nur über ein geringes Wissen zu Sexualität und Fortpflanzung verfügen, so dass Themen wie z. B. Masturbation oder die Nutzung von Spendersamen in einigen religiösen Gemeinschaften als Tabu gilt und somit die medizinische Beratung erschwert.

Diese gesellschaftlich und kulturell bedingten Unterschiede sind nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern erkennbar. Klein (2018) geht darauf ein, wie sich in China nach dem Ende der Ein-Kind-Politik ein staatlich gefördertes Programm etabliert hat, das nicht nur ge-

sundheitspolitische Ziele verfolgt, sondern auch historisch tief verankerte Vorurteile gegenüber Samenspenden abbauen soll.

Besonders die konfuzianisch geprägte Vorstellung von familiärer Blutsverbindung und patriarchaler Linie hat lange Zeit die gesellschaftliche Akzeptanz erschwert (ebd. S. 31). Um die Bereitschaft zur Spende zu erhöhen, sind gezielte Aufklärungskampagnen auf Universitätsgeländen durchgeführt, Social-Media-Plattformen genutzt und teilweise sogar finanzielle Anreize in Aussicht gestellt worden (ebd. S. 39).

Nach Klein (2018, S. 41) deuten die Zahlen darauf hin, dass die chinesischen Strategien zur Förderung der Samenspende, insbesondere in Kombination mit digitalen Kampagnen, zu einer deutlich erhöhten Teilnahmebereitschaft geführt haben. So registrieren sich beispielsweise im Rahmen einer dreitägigen Kampagne in Kooperation mit dem E-Commerce-Unternehmen Alibaba über 22.000 Männer bei Samenbanken – was in manchen Samenbanken nahezu der Zahl an Spendern entspricht, die sonst innerhalb eines Jahres erreicht werden (ebd. S. 40).

Der chinesische Umgang mit Samenspenden zeigt exemplarisch, wie stark kulturelle Vorstellungen – etwa jene der konfuzianisch geprägten Blutsverwandtschaft – den Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen beeinflussen können. Gleichzeitig verdeutlicht das Beispiel, dass gesellschaftliche Akzeptanz gezielt durch staatliche Interventionen, mediale Sichtbarkeit und niedrigschwellige Angebote gefördert werden kann.

Die Kombination aus moderner Kommunikation, politischer Förderung und kultureller Öffnung hat dazu beigetragen, tief verankerte Vorbehalte zu relativieren und die Spendenbereitschaft nachhaltig zu steigern. Damit wird deutlich, dass reproduktive Themen stets im Spannungsfeld zwischen Tradition, gesellschaftlichem Wandel und individueller Entscheidungsfreiheit verhandelt werden.

Die kulturellen Unterschiede im Umgang mit männlicher Unfruchtbarkeit zeigen deutlich, dass nicht allein die medizinische Diagnose, sondern insbesondere gesellschaftliche Normen und Erwartungen darüber entscheiden, wie stark Männer unter einem unerfüllten Kinderwunsch leiden. Während in einigen Regionen der Welt das Schweigen und die Stigmatisierung überwiegen, gibt es zunehmend Ansätze, die psychische Belastung zu reduzieren und den gesellschaftlichen Blick auf Fruchtbarkeit und Männlichkeit zu erweitern.

6. Kritische Schlussbetrachtung

Ausgehend von der zentralen Fragestellung dieser Arbeit, inwieweit kulturelle Rahmenbedingungen die Wahrnehmung und den Umgang mit Unfruchtbarkeit prägen, wurde untersucht, wie verschiedene Gesellschaften mit diesem oft tabuisierten Thema umgehen. Durch eine interkulturelle Perspektive ist die Vielfalt und Komplexität der Unfruchtbarkeitserfahrungen erfasst worden, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen individualistischen und kollektivistischen Gesellschaften zu analysieren.

Die theoretische Untersuchung hat gezeigt, dass Unfruchtbarkeit nicht nur eine medizinische oder individuelle Herausforderung darstellt, sondern tief in soziale Strukturen und kulturelle Normen eingebettet ist. Zahlreiche Studien belegen, dass besonders die gesellschaftliche Akzeptanz und Stigmatisierung von Kinderlosigkeit maßgeblich das psychische Wohlbefinden der Betroffenen beeinflusst (Alamin et al., 2020; Huijts et al. 2013).

Die Analyse in Kapitel 3 kommt zu dem Ergebnis, dass in individualistischen Gesellschaften Kinderlosigkeit zunehmend als individuelle Lebensentscheidung betrachtet wird, während sie in kollektivistischen Kulturen stark normiert bleibt. Wie in Kapitel 3.1.1 ausführlich dargelegt, erleben besonders Frauen weltweit – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – einen erhöhten gesellschaftlichen Druck, da Mutterschaft häufig als zentrale Dimension weiblicher Identität verstanden wird (Alamin et al., 2020).

Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass sich die psychischen und sozialen Auswirkungen von Unfruchtbarkeit nicht nur zwischen den Kulturen unterscheiden, sondern auch geschlechtsspezifisch variieren. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten weisen darauf hin, dass Frauen insbesondere in stark pronatalistischen Gesellschaften einen enormen sozialen Druck erleben, der sich in Stigmatisierung, sozialer Isolation oder gar Zwang zu medizinischen Behandlungen äußern kann (Pinzon & Rotoli, 2023; Olowokere et al., 2022, S. 7; Mayer-Lewis & Neumann, 2014, S. 27).

Männer hingegen sind vor allem in patriarchalisch geprägten Gesellschaften mit der Erwartung konfrontiert, einen Stammhalter zu präsentieren und die Familie wirtschaftlich abzusichern (Mas-hara, 2016, S. 2.438). Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass Unfruchtbarkeit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern stets in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Strukturen und Normen steht.

Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass Unfruchtbarkeit weit über ein medizinisches oder individuelles Problem hinausgeht – sie ist eine unsichtbare Krise, die in vielen Gesellschaften aus

dem öffentlichen Diskurs ausgeklammert wird (Rinke, 2014, S. 296). Scham, Schuld und Tabuisierung verhindern oftmals nicht nur die gesellschaftliche Sichtbarkeit, sondern auch die Entwicklung passgenauer Unterstützungsstrukturen (Hassan et al., 2015, S. 57).

Dennoch lassen sich eindeutig gesellschaftliche Veränderungen beobachten, die auf einen allmählichen kulturellen Wandel hinweisen: Neue Familienmodelle, digitale Unterstützungsangebote und individualisierte Lebensentwürfe wie in den Kapiteln 3.3 und 4.1.1 dargelegt, eröffnen langfristig die Möglichkeit, reproduktive Herausforderungen aus der Tabuzone zu holen und ihre gesellschaftliche Wahrnehmung zu verändern.

Zusammenfassend bestätigt die Arbeit, dass kulturelle Rahmenbedingungen maßgeblich darüber entscheiden, wie Unfruchtbarkeit wahrgenommen und verarbeitet wird. Die daraus resultierenden Konsequenzen zeigen sich nicht nur auf individueller Ebene, sondern beeinflussen auch gesellschaftliche Strukturen und Unterstützungssysteme.

Um die zentralen Erkenntnisse dieser Untersuchung zu bündeln, werden im folgenden Abschnitt die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst. Anschließend werden die praktischen Implikationen für psychologische Beratung und gesellschaftliche Unterstützungssysteme diskutiert, bevor abschließend die Limitationen der Arbeit sowie zukünftige Forschungsansätze reflektiert werden.

6.1 Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse

Die Ergebnisse dieser theoretischen Untersuchung zeigen, dass die gesellschaftliche Einordnung von Unfruchtbarkeit stark von kulturellen Normen, religiösen Überzeugungen und Geschlechterrollen abhängt.

Ein zentrales Ergebnis, das in Kapitel 3.2 erläutert wird, ist die Tatsache, dass Frauen in pronatalistischen Gesellschaften besonders stark unter sozialem Druck und emotionaler Belastung leiden. In Ländern wie Bangladesch oder Jordanien wird Unfruchtbarkeit, und damit einhergehend Kinderlosigkeit, häufig als persönliches Versagen der Frau interpretiert, was sie erheblichen gesellschaftlichen Sanktionen aussetzt (Bawadi et al., 2024, S. 594; Habib, 2022, S. 67).

Männer hingegen erleben in patriarchalischen Gesellschaften eine andere, aber ebenfalls ausgeprägte Last: Ihre Rolle als Ernährer und Erzeuger eines Stammhalters wird hinterfragt, was zu Identitätskonflikten führen kann (Abdullahzadeh et al., 2023, S. 2.022).

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Rolle von Religion und Spiritualität. Religiöse Normen verstärken, wie in Kapitel 3.2.1 dargestellt, häufig die Stigmatisierung von Unfruchtbarkeit, indem Fruchtbarkeit mit göttlichem Willen oder moralischer Integrität verknüpft wird. Studien zeigen, dass in vielen Kulturen religiöse Rituale wie Gebete, Segnungen oder Opfergaben eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Unfruchtbarkeit spielen, so dass Frauen in Äthiopien oder Indien auf spirituelle Rituale wie das Taufen mit heiligem Wasser oder Tieropferungen zurückgreifen (Adane et al., 2024, S. 7; Jadhav & Govill, 2023, S. 9). Gleichzeitig wird deutlich, dass spirituelle Überzeugungen auch eine Form der Bewältigung darstellen, indem sie Betroffenen ermöglichen, ihre Situation zu deuten und einen Sinn in ihrem Erleben zu finden (Olowokere et al., 2022, S. 7).

Auch der Zugang zu psychologischer Beratung variiert stark zwischen den verschiedenen Kulturen. Während in individualistischen Gesellschaften therapeutische Unterstützung zur emotionalen Verarbeitung und Bewältigung in Anspruch genommen wird, fehlen in kollektivistischen Gesellschaften oftmals entsprechende Angebote, wie ausführlich in Kapitel 3.2.2 dargelegt.

Eine Studie von Nekuei et al. (2012, S. 81) belegt, dass im Iran über 90 % der unfruchtbaren Paare keinerlei psychosoziale Beratung erhalten. Dies verdeutlicht, dass Unfruchtbarkeit dort primär als familiäre oder soziale Angelegenheit betrachtet wird, wodurch psychische Belastungen der Betroffenen häufig unbehandelt bleiben.

Darüber hinaus wird ersichtlich, dass der Umgang mit einer PID kulturell und rechtlich stark variiert, wie in Kapitel 4.1 untersucht wurde. Während in vielen europäischen Ländern diese Form der Diagnostik nur unter strengen Auflagen erlaubt ist und meist auf medizinische Indikationen beschränkt bleibt, wird sie in anderen Teilen der Welt auch zur gezielten Geschlechtsselektion eingesetzt (Landwehr, 2017, S. 48; Williamson, 2014).

Besonders in Ländern mit patriarchalen Strukturen wie Indien oder dem Nahen Osten dient die PID häufig der Auswahl männlicher Embryonen, um das Fortbestehen der Familienlinie zu sichern – eine Praxis, die nicht nur ethische Bedenken aufwirft, sondern auch zu erheblichen demografischen Ungleichgewichten führt (UNFPA, 2020, S. 48).

In individualistischen Gesellschaften hingegen sind die Herausforderungen anderer Natur. Zwar erfahren Frauen dort eine geringere soziale Bedrohung, dennoch bestehen weiterhin geschlechtsspezifische Erwartungen (Santos et al., 2017, S. 1.236).

Unfruchtbarkeit wird zunehmend als psychische Belastung anerkannt, wodurch therapeutische Unterstützungssysteme an Bedeutung gewinnen (Peterson et al., 2012). Allerdings zeigt sich, dass

Betroffene häufig mit einem hohen Maß an persönlicher Verantwortung konfrontiert sind, da Kinderlosigkeit als individuelle Herausforderung betrachtet wird (Bidgoli & Roudsari, 2017). Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene stärker isolieren und psychischen Stress empfinden, insbesondere wenn sie keine sozialen Unterstützungssysteme haben oder sich durch gesellschaftliche Erwartungen unter Druck gesetzt fühlen (Zurlo et al., 2020, S. 5). Da die individuelle Entscheidungsfreiheit eine zentrale Rolle spielt, sind Betroffene somit häufig stärker auf sich selbst gestellt, was langfristig emotionale Belastungen verstärken kann (Athar, 2021, S. 31).

Zusammenfassend macht die Arbeit deutlich, dass Unfruchtbarkeit nicht nur eine biologische, sondern auch eine tief verwurzelte soziale und kulturelle Herausforderung darstellt. Kulturelle Normen, religiöse und spirituelle Überzeugungen sowie geschlechtsspezifische Erwartungen haben einen erheblichen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen.

Die gewonnenen Erkenntnisse weisen darauf hin, gesellschaftliche Strukturen kritisch zu hinterfragen und interkulturell sowie geschlechtsspezifisch angepasste Unterstützungsangebote weiterzuentwickeln, um Menschen unabhängig von ihrer Herkunft eine selbstbestimmte Lebensgestaltung zu ermöglichen.

6.2 Praktische Implikationen für die Beratung

Während die medizinische Diagnose von Unfruchtbarkeit oft im Mittelpunkt steht, zeigt sich, dass die emotionale Verarbeitung, die gesellschaftlichen Erwartungen und die damit verbundenen Identitätsfragen zentrale Aspekte sind, die bei der Bewältigung von Unfruchtbarkeit unbedingt Berücksichtigung finden müssen (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015, S. 417).

Die theoretische Auseinandersetzung in dieser Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass Beratungskonzepte ganzheitlich gestaltet sein und weit über rein medizinische Informationen hinausgehen sollten.

Eine zentrale Herausforderung besteht nach Analyse diverser Studien und Publikationen darin, individualisierte Beratungsansätze zu entwickeln, die sowohl kulturelle als auch geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen. Insbesondere Männer äußern zwar den Wunsch nach psychologischer Unterstützung, ziehen jedoch ein medizinisches Umfeld von Fruchtbarkeitskliniken dem direkten Gang zu einem Psychologen vor, da es besser mit ihrem Selbstbild vereinbar ist (Fisher & Hammarberg, 2012, S. 126).

Diese Erkenntnis verdeutlicht, dass geschlechtssensible Beratungsangebote dringend ausgebaut werden sollten, da die emotionale Belastung in Kinderwunschkliniken oft nicht im Fokus steht und weder von medizinischem Personal ausreichend berücksichtigt noch durch ein umfassendes psychosoziales Unterstützungsangebot angemessen adressiert wird (Thorn et al., 2024, S. 1.067).

Eine Untersuchung von Kantar und Yalçın (2023, S. 679 f.) hat ergeben, dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener psychologische Unterstützung suchen, da sie externe Hilfe als Schwäche wahrnehmen, den Verlust emotionaler Kontrolle und Unabhängigkeit fürchten und eine Stigmatisierung vermeiden möchten, was letztlich zu einer Verschlechterung ihres mentalen Gesundheitszustands führen kann.

Die Dringlichkeit, geschlechtsspezifische Barrieren in der psychologischen Unterstützung von Männern zu adressieren, wird durch die systematische Untersuchung der WHO (Gough & Novikova, 2020) unterstrichen, die aufzeigt, dass soziokulturelle Konstruktionen von Männlichkeit maßgeblich das Hilfeverhalten beeinflussen und bestehende Beratungsangebote entsprechend angepasst werden sollten.

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden spielt auch die kulturelle Prägung eine entscheidende Rolle bei der Annahme psychologischer Unterstützung. Bayoumi et al. (2024, S. 9) betonen die zentrale Bedeutung des Familienzusammenhalts in kollektivistischen Gesellschaften und argumentieren, dass eine psychosoziale Begleitung häufig das gesamte soziale Umfeld einbeziehen sollte, um eine umfassende und kulturell angemessene Unterstützung zu gewährleisten. Hier können nach Sharma et al. (2025, S. 6) Gruppenangebote oder gemeinschaftsorientierte Beratungsansätze sinnvoll sein, um die Betroffenen zu entlasten.

In individualistischen Gesellschaften hingegen stehen oft Selbstbestimmung und persönliche Entscheidungsfreiheit im Vordergrund, weshalb z. B. Online-Selbsthilfetools wertvolle Ergänzungen darstellen wie Pretorius et al. (2019) herausgefunden haben. Besonders geschätzt werden bei der Inanspruchnahme der Tools die Anonymität, zeitliche Flexibilität und der niedrighschwellige Zugang zu Informationen (ebd. S. 7). Diese Merkmale ermöglichen es jungen Menschen, eigenverantwortlich und selbstbestimmt Hilfe in Anspruch zu nehmen, was zu einem erhöhten Kontrollgefühl führen kann. (ebd., S. 12).

Thorn et al. (2018, S. 65) empfehlen betroffenen Männern und Frauen in Deutschland ihren unerfüllten Kinderwunsch offen im sozialen Umfeld zu kommunizieren, da Paare, die transparent über ihren Zustand sprechen, nachweislich weniger psychische Belastung erfahren als jene, die

durch Notlügen in eine unauthentische Rolle gedrängt werden und dadurch stärkere emotionale Spannungen erleben.

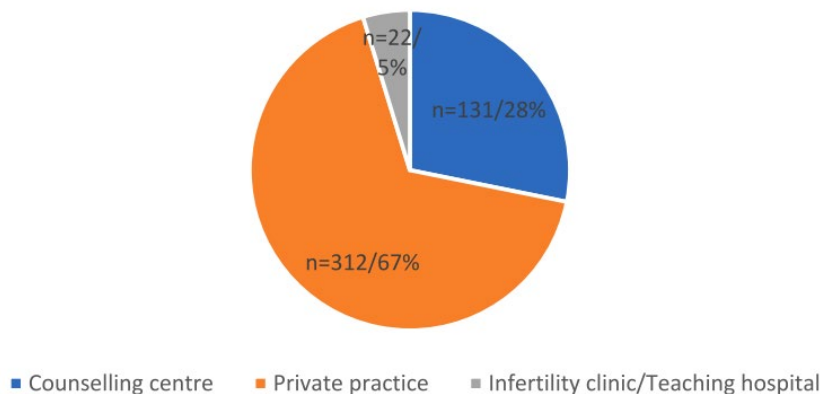
Neben der individuellen Kommunikation spielt auch das gesellschaftliche Umfeld eine entscheidende Rolle für den Zugang zu Unterstützung. Während in vielen westlichen Ländern die psychosoziale Kinderwunschberatung bereits ein etablierter Bestandteil ist und weiterhin wächst, gibt es in anderen Teilen der Welt kaum spezialisierte Angebote (Patel et al., 2018, S. 219).

Dies zeigt, dass nicht nur auf individueller Ebene Unterstützung notwendig ist, sondern auch gesellschaftliche und politische Maßnahmen erforderlich sind, um Beratungsstrukturen zu verbessern und Betroffenen den Zugang zu psychosozialer Hilfe zu erleichtern.

Thorn et al. (2024, S. 1.067) unterstreichen die Notwendigkeit, die psychosoziale Beratung verstärkt in Kinderwunschkliniken zu integrieren, denn die Autoren weisen darauf hin, dass derzeit lediglich 5 % der Beratungen in klinischen Einrichtungen stattfinden, wie in Abbildung 11 veranschaulicht wird.

Abbildung 11

Prozentuale Verteilung der Beratungsorte (Abbildung aus Thorn et al., 2024, S. 1.067)



Während die inhaltliche Gestaltung der psychosozialen Beratung entscheidend für deren Wirksamkeit ist, stellt auch ihre strukturelle Implementierung eine zentrale Herausforderung dar. Die Autorengruppe (2024, S. 1.071) weist darauf hin, dass eine angemessene Finanzierung eine wesentliche Voraussetzung für die flächendeckende Bereitstellung dieser Angebote darstellt, um finanzielle Hürden abzubauen und eine Diskriminierung betroffener Paare zu vermeiden.

Zudem soll Beratung nicht erst in dem Moment ansetzen, in dem eine medizinische Diagnose bereits feststeht, denn präventive Maßnahmen, Aufklärung über reproduktive Gesundheit und die

Enttabuisierung von Unfruchtbarkeit in öffentlichen Diskursen können langfristig dazu beitragen, den emotionalen und sozialen Druck auf Betroffene zu reduzieren (Gerrits et al., 2023, S. 12).

Letztendlich zeigt sich, dass der Umgang mit Unfruchtbarkeit weit über die rein medizinische Dimension hinausgeht. Ein umfassendes Beratungsangebot sollte daher nicht nur auf psychologischer und emotionaler Ebene greifen, sondern auch gesellschaftliche Strukturen hinterfragen, interkulturelle und geschlechtsspezifische Unterschiede einbeziehen und die Selbstbestimmung der Betroffenen stärken (Gameiro et al., 2019). Nur ein umfassendes Beratungsangebot kann sowohl kurzfristige Belastungen reduzieren als auch langfristig zur gesellschaftlichen Enttabuisierung beitragen.

6.3 Limitation der Arbeit und Ausblick auf zukünftige Forschung

Obwohl die vorliegende Arbeit zentrale Erkenntnisse über den Einfluss kultureller Rahmenbedingungen auf die Wahrnehmung und das Erleben von Unfruchtbarkeit liefert, bestehen dennoch einige Limitationen, die in zukünftigen Forschungsarbeiten eingehender untersucht und berücksichtigt werden sollten.

Ein wesentlicher methodischer Limitationsfaktor sind die immer wieder vorkommenden sehr kleinen Stichprobengrößen (N), die insbesondere in Publikationen aus kollektivistischen Kulturen, aber nicht ausschließlich, zu beobachten sind. In einigen Studien liegt die Teilnehmerzahl lediglich zwischen $N = 8$ und 50, wobei die kleinste Stichprobe in der hier betrachteten Untersuchung von Abdollahzadeh et al. (2023, S. 2.018) stammt und 11 Teilnehmer umfasst.

Diese Einschränkung stellt eine erhebliche Hürde für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dar, da individuelle Erfahrungen stark variieren und kulturelle Einflüsse in kleinen Stichproben nur begrenzt erfasst werden können, wodurch die wissenschaftliche Aussagekraft sinkt und belastbare Rückschlüsse auf größere Populationen erschwert werden (Sharma et al., 2020).

Da eine ausreichende Stichprobengröße entscheidend für die Aussagekraft wissenschaftlicher Untersuchungen ist, liegt der Fokus dieser Arbeit bewusst auf Studien mit deutlich größeren Teilnehmerzahlen. Mit Ausnahme von 10 Publikationen, die aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz berücksichtigt werden, basieren die in dieser Arbeit verwendeten Quellen auf Forschungen mit deutlich höheren Stichprobengrößen.

Neben den methodischen Herausforderungen der Stichprobengrößen stellt auch die geringe Teilnahmebereitschaft, insbesondere von betroffenen Männern, ein zentrales Problem dar, die Obst et al. (2023, S. 8) auf die mit Unfruchtbarkeit verbundene gesellschaftliche Stigmatisierung zurückführen, welche es den Betroffenen erschwert, offen über ihre Erfahrungen zu sprechen oder sich an wissenschaftlichen Studien zu beteiligen. Um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, wären kulturübergreifende Studien mit größeren Stichproben notwendig, die gezielt Strategien zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft entwickeln (ebd., S. 12).

Daraus ergibt sich für zukünftige Studien die Notwendigkeit, Männer intensiver als eigenständige Zielgruppe in den Blick zu nehmen und ihre spezifischen Belastungen sowie Bewältigungsmechanismen systematisch zu untersuchen.

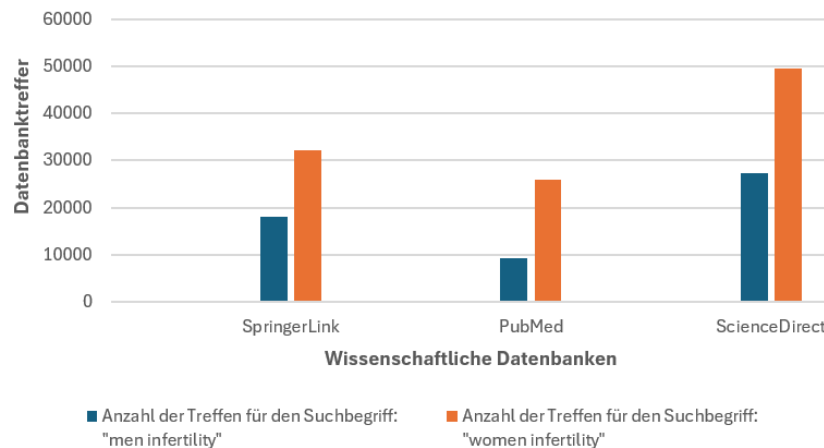
Neben der Problematik kleiner Stichprobengrößen stellen auch qualitative methodische Schwächen ein ernstzunehmendes Hindernis für belastbare Aussagen dar. Viele Studien zur männlichen Unfruchtbarkeit weisen jedoch erhebliche Schwächen auf, darunter eine unzureichende Standardisierung klinischer und laboranalytischer Untersuchungen sowie das Fehlen relevanter Kontrollgruppen – ein Defizit, das laut Punab et al. (2017, S. 19) auf das geringe Forschungsinteresse in diesem Bereich zurückzuführen ist und die Notwendigkeit weiterer groß angelegter Untersuchungen unterstreicht.

Diese methodischen Defizite verstärken zudem eine ohnehin bestehende Forschungslücke hinsichtlich der männlichen Perspektive auf Unfruchtbarkeit. So zeigt eine Recherche der Autorin dieser Arbeit in den Datenbanken SpringerLink, ScienceDirect und PubMed mit den Suchbegriffen „men infertility“ und „women infertility“ für den Zeitraum 2010–2025 eine deutliche einseitige Forschungsfokussierung auf weibliche Unfruchtbarkeit.

In allen drei Datenbanken sind unverkennbar mehr Publikationen zur weiblichen Unfruchtbarkeit vorhanden als zur männlichen. Diese ungleiche Verteilung macht deutlich, dass sich die wissenschaftliche Forschung vorrangig mit weiblicher Unfruchtbarkeit beschäftigt. Die daraus resultierende Unterrepräsentation der männlichen Perspektive wird in Abbildung 12 veranschaulicht.

Abbildung 12

Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu „men infertility“ und „women infertility“ in verschiedenen Datenbanken zwischen 2010–2025 (eigene Darstellung)



Anmerkung. Eigene Darstellung basierend auf einer Recherche in den wissenschaftlichen Datenbanken SpringerLink, PubMed und ScienceDirect (durchgeführt am 28. Februar 2025).

Während zahlreiche Studien das Erleben, den Umgang und die medizinischen Aspekte der Unfruchtbarkeit bei Frauen umfassend untersuchen, ist im direkten Vergleich weniger darüber bekannt, wie Männer mit der Diagnose Unfruchtbarkeit umgehen und welche langfristigen psychologischen Folgen daraus resultieren.

Besonders in patriarchalisch geprägten Gesellschaften, in denen die männliche Fruchtbarkeit eng mit Vorstellungen von Männlichkeit und sozialem Status verknüpft ist, kann die psychische Belastung erheblich sein und depressive Symptomaten und Ängste hervorrufen (Biggs et al., 2024, S. 13).

Psychischen Belastungen von Männern werden nach Cegar et al. (2023, S. 2) entweder übertrieben dargestellt oder – insbesondere in konservativen Gesellschaften – aus Schamgefühl heruntergespielt. Künftige Forschungen sollten sich daher verstärkt mit den geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Unfruchtbarkeit befassen und untersuchen, inwiefern gesellschaftliche Normen und Tabus diese psychischen Folgen verstärken.

Darüber hinaus ergeben sich weitere Limitationen aus der methodischen Gestaltung vieler bestehender Studien. In der Forschung dominieren westliche Ansätze, obwohl kulturelle Normen und Werte einen großen Einfluss darauf haben, wie beispielsweise Stigmatisierung erlebt wird, sodass

international entwickelte Messinstrumente nicht uneingeschränkt auf andere kulturelle Kontexte übertragbar sind (Yokota et al., 2022, S. 2).

Fu et al. (2015) verdeutlichen, dass für den chinesischen Kulturraum spezifische Items notwendig sind, um die besonderen sozialen und familiären Erwartungen an Frauen sowie die tatsächliche Belastung durch Stigmatisierung adäquat abzubilden, weshalb die Autoren das Instrument „Infertility Stigma Scale“ (ISS) entwickelt haben. Allerdings erfasst der ISS nicht die Stigmatisierungserfahrungen aller asiatischen Frauen, sodass für den japanischen Kontext eine eigene, kulturell angepasste Variante notwendig wurde, die inhaltliche Modifikationen berücksichtigt (Yokota et al., 2022).

Während es in China beispielsweise üblich sein kann, dass Paare mit der Schwiegermutter zusammenleben, kommt dies in Japan deutlich seltener vor (ebd., S. 3). Daher ist das Item, das den Eindruck beschreibt, dass insbesondere die Schwiegermutter der betroffenen Frau das Leben erschwert, in der japanischen Version angepasst worden, indem der Bezug auf die Schwiegermutter gestrichen wurde, um die japanischen Lebensrealitäten besser abzubilden (ebd., S. 3).

Diese Anpassungen betonen die Notwendigkeit kulturell sensibler Messinstrumente, um die vielfältigen Erfahrungen von Menschen mit Unfruchtbarkeit in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten valide und zuverlässig zu erfassen.

Abschließend sollten sich zukünftige Forschungen verstärkt auf präventive Maßnahmen und eine frühzeitige psychosoziale Unterstützung ausrichten. Denn psychische Belastungen können im Kontext von Unfruchtbarkeit häufig bereits vor einer medizinischen Diagnose entstehen und sind eng mit gesellschaftlichen Erwartungen, internalisierten Schuldgefühlen und Ängsten verknüpft (Humeniuk, 2023, S. 581).

Mehrere Autoren, wie Vioreanu (2021, S. 32), kritisieren das Fehlen umfassender Präventionsprogramme auf gesellschaftlicher Ebene, die über medizinischen Maßnahmen hinaus auch die Reduktion von Risikofaktoren und die Förderung eines gesunden Lebensstils zur Vermeidung von Unfruchtbarkeit umfassen sollen. Ergänzend plädieren Patel et al. (2018, S. 221) dafür, psychosoziale Aspekte wie emotionale Belastungen bereits vor Beginn medizinischer Behandlungen anzusprechen, um Betroffene frühzeitig zu entlasten und ihre Behandlungsbereitschaft zu stärken.

Insofern wird deutlich, dass eine präventive psychosoziale Unterstützung als fester Bestandteil einer ganzheitlichen Versorgung bei unerfülltem Kinderwunsch etabliert und zugleich systematisch wissenschaftlich erforscht werden sollte.

Insgesamt verdeutlicht die vorliegende theoretische Arbeit, dass Unfruchtbarkeit ein weitgehend unsichtbares Phänomen bleibt, das durch kulturelle Normen, gesellschaftliche Erwartungen und methodische Schwächen in der Forschung zusätzlich verstärkt wird.

Um dem „unsichtbaren Verlust“ angemessen zu begegnen, bedarf es nicht nur einer stärkeren psychologischen Unterstützung für Männer und Frauen, sondern auch eines grundlegenden kulturellen Wandels, der reproduktive Herausforderungen aus der Tabuzone holt. Eine präventive psychosoziale Begleitung sollte dabei ein integraler Bestandteil sein, um Betroffene frühzeitig zu entlasten und einen offenen gesellschaftlichen Diskurs über Unfruchtbarkeit zu fördern.

Damit gelingt es dieser Arbeit, zentrale Einblicke in die kulturell geprägte Wahrnehmung und den Umgang mit Unfruchtbarkeit zu geben und aufzuzeigen, wie stark diese Faktoren das individuelle Erleben sowie die psychosoziale Belastung der Betroffenen beeinflussen.

Die Ergebnisse dieser theoretischen Untersuchung unterstreichen die Notwendigkeit, kulturelle und geschlechtsspezifische Perspektiven künftig stärker in die psychosoziale Beratung und in die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Unfruchtbarkeit einzubeziehen.

Durch einen solchen erweiterten und kultursensiblen Blick lässt sich die Lebensqualität von Betroffenen langfristig verbessern und einen Umgang mit Unfruchtbarkeit etablieren, der weniger von Tabus und Stigmatisierung geprägt ist.

Literaturverzeichnis

- Aarts, J. W., Faber, M. J., den Boogert, A. G., Cohlen, B. J., van der Linden, P. J., Kremer, J. A. & Nelen, W. L. (2013). Barriers and facilitators for the implementation of an online clinical health community in addition to usual fertility care: a cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8):e163. doi: 10.2196/jmir.2098.
- Abdullahzadeh, M., Vanaki, Z., Mohammadi, E. & Mohtashami, J. (2023). Exploring men's struggles with infertility: A qualitative content analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 80, 2018–2026. doi.org/10.1111/jan.15958
- Adane, T. B., Berhanu, K. Z. & Sewagegn, A. (2024). Infertile women of Ethiopia: Psychological challenges and coping strategies. *Medicine* 103(15):p e37725. DOI: 10.1097/MD.00000000000037725
- Adekola, G. & Egbo, N. C. (2016). Traditions and Customs in Community Development: The Case of Nkanu West and Nkanu East Local Government Areas of Enugu State, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 7, 120-127.
- Ademiluka, S. O. (2020). 'Be fruitful and multiply': Examining Genesis 1:28 as a basis for the adoption of polygamy as a solution to childlessness amongst Nigerian Christians'. *Verbum et Ecclesia* 41(1), S. 1-8. doi.org/10.4102/ve.v41i1.2116
- Aflakseir, A. & Zarei, M. (2013). Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14, 202 - 206.
- Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A. & Chyatte, M. R. (2015). A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13, 37. doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1
- Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A. & Karami, M. T. (2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(1), 49–58.
- Albogamy, S. A., Alanazi, A. A., Alsaadi, M. M., Alzahr, R. A., Aljawad, H. M., Al Aloula, A. S., Alazmiy, B. S., Aljarallah, M. K., Alharbi, Y. F., Almutairi, K. A., Al Otaibi, M. R., Aljehani, M., Alharbi, H. S., Al Harbi, M. S. A. & Alamri, F. H. (2020). Infertility: causes, diagnostic approaches, and treatment modalities-An updated review. *International Journal of Health Sciences*, 4(S1), 299–319. doi.org/10.53730/ijhs.v4nS1.15236
- Aslan, M. M., Ugurel, V. & Elter, K. (2017). The attitudes of fertile and infertile women to Oocyte donation in a Muslim and Secular population. *Pakistan Journal of Medical Science*; 33(5):1260-1264. doi.org/10.12669/pjms.335.13556
- Athar, F. (2021). Psychological Impact of Infertility and Other Reproductive Technologies. *Qlantic Journal of Social Sciences*, Volume 2(1), 27-32. DOI: 10.55737/qjss.432546511
- Atkinson, S., Bagnall, A., Corcoran, R., South, J. & Curtis, S. (2020). Being Well Together: Individual Subjective and Community Wellbeing. *Journal of happiness studies*, 21, 1903-1921. doi.org/10.1007/s10902-019-00146-2

- Aydin, N., Graupmann, V., Fischer, J., Frey, D. & Fischer, P. (2011). My role is my castle - The appeal of family roles after experiencing social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(5), 954-961. doi.org/10.1016/j.jesp.2011.03.020
- Balsom, A. & Gordon, J. (2021). Sexual function among distressed women struggling to conceive without medical intervention. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 31(1), 1-41. doi.org/10.3138/cjhs.2021-0015
- Barth, L. (2023). Unveiling the evolution of family creation via sperm donation: Perspectives on family and parenthood throughout the centuries. *International Journal of Psychiatry Research*; 5(1): 17-24. DOI: 10.33545/26648962.2023.v5.i1a.57
- Baumgarten, D., Luterbach, M. & Maihofer, A. (2017). „Wenn Kinder da sind, kommen die an erster Stelle. Sonst muss man keine Familie haben.“ Berufsidealität und (antizipierte) Mutterschaft: Frauen und der Druck, sich zu entscheiden. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien*, 23(1), 53–69. doi.org/10.3224/fzg.v23i1.04
- Bawadi, H., Al-Hamdan, Z. M., Clark, C. J., Hall-Clifford, R., Hamadneh, J. M. & Al-Sharu, E. E. (2024). Infertile Jordanian women's self-perception about societal violence: An interpretative phenomenological study. *International Journal of Women's Health*, 16, 593–603. doi.org/10.2147/IJWH.S451950
- Bayoumi, R. R., Koert, E., Boivin, J., McConnell, M., Wolde, B., Siddiqui, F., Elmusharaf, K. & Viswanath, K. (2024) Enhancing cultural sensitivity in the implementation of the Fertility Quality of Life Tool in Sudan: a science diplomacy perspective. *Frontiers Public Health* 12:1375643. doi: 10.3389/fpubh.2024.1375643
- Bechoua, S., Hamamah, S. & Scalici, E. (2016). Male infertility: an obstacle to sexuality? *Andrology*, 4, 395-403. doi.org/10.1111/andr.12160
- Bellini, P. P. (2016): Identity and Social Roles: a Relational Perspective. *Italian Sociological Review*, 6(3), 373-385. DOI: 10.13136/isr.v6i3.140
- Bender, A. (2020). The role of culture and evolution for human cognition. *Topics in Cognitive Science*, 12(4), 1403-1420. doi.org/10.1111/tops.12449
- Bidgoli, M. & Roudsari, R. (2017). The effect of the collaborative infertility counseling model on coping strategies in infertile women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health*, 6, 47-54. doi.org/10.15296/IJWHR.2018.09
- Biggs, S., Halliday, J. & Hammarberg, K. (2024). Psychological consequences of a diagnosis of infertility in men: a systematic analysis. *Asian Journal of Andrology* 26(1):p 10-19. DOI: 10.4103/aja202334
- Birenbaum-Carmeli, D. (2016). Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine and Society Online*, Vol. 14(2):16-23. doi: 10.1016/j.rbms.2016.05.004
- Blackstone, A. & Stewart, M. D. (2012). Choosing to be Childfree: Research on the Decision Not to Parent. *Sociology Compass*, 6(9), 718-727. doi.org/10.1111/j.1751-9020.2012.00496.x

- Blyth E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: is there an emerging trend? *Human Reproduction*; 27(7):2046-2057. doi: 10.1093/humrep/des112
- Boivin, J., Takefman, J. & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction* 26(8):2084-2091. doi: 10.1093/humrep/der171
- Bonavina G. & Taylor H. S. (2022). Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. *Frontiers in Endocrinology*, 13:1020827. doi: 10.3389/fendo.2022.1020827
- Boyd, R. & Richerson, P. J. (2022) Large-scale cooperation in small-scale foraging societies. *Evolution Anthropology*, 31(4):175-198. doi: 10.1002/evan.21944
- Carol, S. & Hank, K. (2019). Natives' and Immigrants' Gender Preferences for Children in Germany. *European Journal of Population*. 36(1). DOI: 10.1007/s10680-019-09527-y
- Cegar, B., Šipetic Grujicic, S., Bjekic, J., Vuksanovic, A., Bojanic, N., Bartolovic, D., Jovanovic, D. & Zekovic, M. (2023). Understanding the Male Perspective: Evaluating Quality of Life and Psychological Distress in Serbian Men Undergoing Infertility Treatment. *Life* 2023, 13, 1894. doi.org/10.3390/life13091894
- Chernoff, A., Balsom, A. A. & Gordon, J. L. (2021). Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. *Archives of Women's Mental Health* 24, 73–83. doi.org/10.1007/s00737-020-01029-9
- Claidière, N. & André, J.-B. (2012). The transmission of genes and culture: A questionable analogy. *Evolutionary Biology*, 39(1), 12-24. doi.org/10.1007/s11692-011-9141-8
- Clark-Gordon, C. V., Bowman, N. D., Goodboy, A. K. & Wright, A. (2019) Anonymity and Online Self-Disclosure: A Meta-Analysis, *Communication Reports*, 32(2), 98-111, DOI: 10.1080/08934215.2019.1607516
- Cockburn, C. (2013). Das Material männlicher Macht. In U. Müller, B. Riegraf & S. M. Wilz (Hrsg.), *Geschlecht und Organisation: Band 45* (S. 422-444). Springer. DOI 10.1007/978-3-531-94093-9
- Crowther-Heyck, K. (2002) “Be Fruitful and Multiply”: Genesis and Generation in Reformation Germany, *Renaissance Quarterly*, 55(3), 904–935. doi.org/10.2307/1261560
- Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T. & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288, 925–932. doi.org/10.1007/s00404-013-2835-7
- Cui, C., Wang, L. & Wang, X. (2021). Effects of Self-Esteem on the Associations Between Infertility-Related Stress and Psychological Distress Among Infertile Chinese Women: A Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*; 14; 1245-1255. doi: 10.2147/PRBM.S326994

- Cunha, M., Galhardo, A. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 10: 41-47. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.04.001
- de Vries, C. E. J., Veerman-Verweij, E. M., van den Hoogen, A., de Man-van Ginkel, J. M. & Ockhuijsen, H. D. L. (2024). The psychosocial impact of male infertility on men undergoing ICSI treatment: A qualitative study. *Reproductive Health*, 21(26). doi.org/10.1186/s12978-024-01749-6
- Debest, C., Mazuy, M. & L'équipe de l'enquête Fecond (2014). Childlessness: A life choice that goes against the norm. *Population & Societies*, No 508(2), 1-4.
- Demissei, D. B., Biratu, T. D., Gamshe, E. N. & Deressa, A. T. (2024). Attitude towards assisted reproductive technology: Acceptance of donors eggs, sperms, and embryos as treatment of human infertility: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 21(10). doi.org/10.1186/s12978-024-01741-0
- Deutsche Bibelgesellschaft (2017). *Die Bibel: Lutherübersetzung*. Deutsche Bibelgesellschaft.
- D·I·R - Deutsches IVF-Register e.V. (2024). *Jahrbuch 2023: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*. Krause & Pachernegg Verlag.
- Diallo, A., Anku, P. J. & Darkoa Oduro, R. A. (2024). Exploring the psycho-social burden of infertility: Perspectives of infertile couples in Cape Coast, Ghana. *PLoS ONE* 19(1): e0297428. doi.org/10.1371/journal.pone.0297428
- Donarelli, Z., Coco, G., Gullo, S., Salerno, L., Marino, A., Sammartano, F. & Allegra, A. (2016). The Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL) Relational subscale: psychometric properties and discriminant validity across gender. *Human reproduction*, 31(9), 2061-2071. doi.org/10.1093/humrep/dew168
- Dorbritz, J. & Diabaté, S. (2015). Leitbild und Kinderlosigkeit: Kulturelle Vorstellungen zum Leben ohne Kinder. In N. F. Schneider, S. Diabaté & K. Ruckdeschel (Hrsg.), *Familienleitbilder in Deutschland* (S. 113-132). Barbara Budrich. doi.org/10.25656/01:16060
- Eichenberg, C. & Küsel, C. (2019). Kinderwunsch und Internet. *Psychotherapeut* 64, 134-142 doi.org/10.1007/s00278-019-0333-5
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K. & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*; 15:46-9. DOI: 10.4274/tjod.04307
- Ehrhardt, J. & Kohli, M. (2011). Individualization and fertility. *Historical Social Research*, 36(2), 35-64. https:// doi.org/10.12759/hsr.36.2011.2.35-64
- euroCARE IVF (o. J.). Fertility treatments in North Cyprus. *euroCARE IVF*. https://www.euro-careivf.com/
- Facchin, F., Buggio, L., Dridi, D. & Vercellini, P. (2021). A woman's worth: The psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *Journal of Health Psychology*, 26(7):1026-1034. doi:10.1177/1359105319863093

- Fallara, G., Cazzaniga, W., Boeri, L., Candela, L., Pozzi, E., Belladelli, F., Ventimiglia, E., Abbate, C., Papaleo, E., Montorsi, F., Salonia, A., Capogrosso, P., Schifano, N. & Viganò, P. (2021). Male factor infertility trends throughout the last 10 years: Report from a tertiary-referral academic andrology centre. *Andrology*, 9(2):610-617. doi: 10.1111/andr.12947
- Fiegl, J. (2016). Psychische Dynamiken in der Reproduktionsmedizin und Beratungsansätze bei Kinderwunschpaaren. In B. Wimmer-Puchinger, K. Gutiérrez-Lobos & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben: Hilfestellung für die Praxis* (S. 197-208). Springer. DOI 10.1007/978-3-662-48436-4
- Findekle, S. & Diedrich, K. (2024). Reproduktionsmedizin – gestern, heute, morgen und übermorgen. *Die Gynäkologie* 57, 671–678. doi.org/10.1007/s00129-024-05281-3
- Fisher, J. & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian journal of andrology*, 14(1), 121-129. doi.org/10.1038/aja.2011.72
- Flemming, R. (2013). The Invention of Infertility in the Classical Greek World: Medicine, Divinity, and Gender. *Bulletin of the History of Medicine*, 87(4), 565-590. doi.org/10.1353/bhm.2013.0064
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., Yan, P., Zhu, S. & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1):69-75. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.014.
- Fuhse, J. A. (2012). Rollen und Institutionen als symbolische Ordnung von Netzwerken. *Berliner Journal für Soziologie*, 22(3), 359-384. doi.org/10.1007/s11609-012-0193-0
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C., Wischmann, T. & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-85 . doi.org/10.1093/humrep/dev177
- Gameiro, S., El Refaie, E., Bliesemann de Guevara, B. & Payson, A. (2019). Women from diverse minority ethnic or religious backgrounds desire more infertility education and more culturally and personally sensitive fertility care. *Human Reproduction* 34(9), pp. 1735-1745.
- Garms-Homolova, V. (2021). *Sozialpsychologie der Informationsverarbeitung über das Selbst und die Mitmenschen: Selbstkonzept, Attributionstheorien, Stereotype & Vorurteil*. Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-62922-2
- Gerrits, T., Kroes, H., Russell, S. & van Rooij, F. (2023). Breaking the silence around infertility: a scoping review of interventions addressing infertility-related gendered stigmatisation in low- and middle-income countries. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1). doi.org/10.1080/26410397.2022.2134629
- Gheysari, A., Farahaninia, M. & Hasanpoor-Azghady, S. B. (2023). Religious Coping and Health-promoting Lifestyle Among Iranian Infertile Women. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 9(4), pp. 255-266. doi.org/10.32598/JCCNC.9.4.159.1

- Gold, J. (2013). The Experiences of Childfree and Childless Couples in a Pronatalistic Society: Implications for Family Counselors. *The Family Journal*, Vol. 21(2). P. 223-229.
- Gollan, T. (2013). Das Wertekonzept in der Psychologie und die Wertetheorie nach Shalom H. Schwartz. In A. Erbes, C. Giese & H. Rollik (Hrsg.), *Werte und Wertebildung in Familien, Bildungsinstitutionen, Kooperation: Beiträge aus Theorie und Praxis* (S. 288-303). Deutsches Rotes Kreuz e. V.
- Gomez, R., Skala, C., Schorsch, M. & Seufert, R. (2011). Die IUI: heute noch zeitgemäß? *Frauenheilkunde up2date*, 5(5), 270-273. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1283722>
- Gough, B. & Novikova, I. (2020). *Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? Technical Report*. WHO. MentalHealthMenAndCulturePV-GOUGH.pdf
- Graham, M. E., Jelin, A., Hoon, A. H., Wilms Floet, A. M., Levey, E. & Graham, E. M. (2023). Assisted reproductive technology: Short- and long-term outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(1), 38-49. doi.org/10.1111/dmcn.15332
- Greil, A., Slauson-Blevins, K. & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Greil, A., McQuillan, J. & Slauson-Blevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736-746. doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x
- Habib, S. (2022). Issues and agendas of infertility studies in Bangladesh. *The Dhaka University Studies*, 79(1-2). doi.org/10.62296/DUS202212005
- Hacker, D. (2010). The gendered dimensions of inheritance: Empirical food for legal thought. *Journal of Empirical Legal Studies Volume 7*(2), 322-354. doi.org/10.1111/j.1740-1461.2010.01180.x
- Hanna, E. & Gough, B. (2020). The impact of infertility on men's work and finances: Findings from a qualitative questionnaire study. *Gender, Work and Organization*, Wiley Blackwell, vol. 27(4), pages 581-591.
- Hassan, S., Khurshid, E. & Batool, S. (2015). Psychological Distress Experienced by Women with Primary Infertility in Pakistan: Role of Psycho-Social and Cultural Factors. *NUST JOURNAL OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES Vol. I*, pp. 56-72. doi.org/10.51732/NJSSH.V1I1.3
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M. & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International Journal of Fertility and Sterility* 8(4): 409-420. [Doi:10.22074/ijfs.2015.4181](https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4181)
- Haug, S. & Milewski, N. (2018). Women's attitudes towards assisted reproductive technologies – A pilot study among migrant minorities and non-migrants in Germany. *Comparative Population Studies*, 43, 343-370. doi.org/10.12765/CPoS-2018-16en

- Hirndorf, D. (2023). *Mittendrin statt nur dabei? Repräsentation und Partizipation von Frauen in Europa*. Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Holl, A. F. C. (2023). *Traditions and Cultural Heritage: Genesis, Reproduction, and Preservation*. B P International. DOI:10.9734/bpi/mono/978-81-19039-58-6/CH0
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Hordern, J. (2016). Religion and culture. *Medicine*, 44(10), 589–592. doi.org/10.1016/j.jmpmed.2016.07.011
- Huijts, T., Kraaykamp, G. & Subramanian, S. V. (2013). Childlessness and Psychological Well-Being in Context: A Multilevel Study on 24 European Countries, *European Sociological Review*, Volume 29(1), Pages 32–47. doi.org/10.1093/esr/jcr037
- Humeniuk, E., Pucek, V., Wdowiak, A., Philip, M., Bojar, I. & Wdowiak, A. (2023). Supporting the Treatment of Infertility Using Psychological Methods. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*; 30(4): 581–586. doi: 10.26444/aaem/171874
- Inhorn, M. C. (2012). Why me? Male infertility and responsibility in the Middle East. *Men and Masculinities*, 16(1), 49–70. doi.org/10.1177/1097184X12468098
- Inhorn, M. C. & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411–426. doi:10.1093/humupd/dmv016
- Jadhav, A. S. & Govil, D. (2023) Treatment seeking behaviour among infertile tribal women of Palghar district in India. *Frontiers in Reproductive Health* 5:1115643. doi: 10.3389/frph.2023.1115643
- Jo, M., Shin, H., Kabbe, A. & Kim, S.-J. (2025). Depressive symptoms and quality of life among women experiencing infertility: The moderating effect of perceived social support. *Heliyon*, 11, e41544. doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41544
- Kantar, A. & Yalçın, İ. (2023). Masculinity and seeking psychological help: A review based on social identity theory. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 15(4):677–686. doi: 10.18863/pgy.1227948
- Karunyam, B. V., Abdul Karim, A. K., Naina Mohamed, I., Ugusman, A., Mohamed, W. M. Y., Faizal, A. M., Abu, M. A. & Kumar, J. (2023). Infertility and cortisol: a systematic review. *Frontiers in Endocrinology*, 14:1147306. doi: 10.3389/fendo.2023.1147306
- Keß, S. & Germeyer, A. (2023). Endometriose und Kinderwunsch. *Die Gynäkologie* 56, 267–280. doi.org/10.1007/s00129-023-05065-1
- Keul, H. (2020). Die Privilegierung von Männern vulnerabilisiert Frauen. Ein verwundbarkeits-theoretischer Blick auf Kate Mannes »Down Girl«. *Ethik und Gesellschaft. Ökumenische Zeitschrift für Sozialethik*, 2(4), S. 1–19. doi.org/10.18156/eug-2-2020-art-4

- Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlke, A. & Duschek, S. (2019). Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, 46(2), 130–141. doi.org/10.1080/08964289.2018.1564897
- Kizilhan, J. I. (2011). Wahnstörung: Wahn, Magie, Kultur türkischer Patienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 88(1), 29–32.
- Klein, K. (2018). Transformations in the Public Perception of Sperm Donation in China. An Analysis of Media Debate in Chinese Newspapers in the 2010's. *Tecnoscienza: Italian Journal of Science & Technology Studies*, 9, 29-48.
- Knight, G., Safa, M. & White, R. (2018). Advancing the assessment of cultural orientation: A developmental and contextual framework of multiple psychological dimensions and social identities. *Development and Psychopathology*, 30, 1867-1888. doi.org/10.1017/S095457941800113X
- Konietzka, D. & Kreyenfeld, M. (2013). *Ein Leben ohne Kinder: Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 13-44). Springer.
- Kormi-Nouri, R., Zahraei, S., Bergbom, S., Mellergård, E., Trulsson, L. & Bahrami-Ehsan, H. (2017). A Cross-Cultural Study about Positive and Negative Emotions and Well-being in Infertile Women. *Acta Psychopathologica*, Vol.3(6). DOI: 10.4172/2469-6676.100145
- Kościołek, J., Binczycka-Gacek, E., Cieślik, M., Romanowska, J. & Targowski, J. (2024). Attitudes towards infertility: Perspectives from the African diaspora in Poland. *Culture, Health & Sexuality*, S. 1-13. doi.org/10.1080/13691058.2024.2438320
- Krämer, W. (2016). Die demografische Zeitbombe: Ursachen und Folgen der Kinderlosigkeit. *ASTA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv, Volume 10*, 305–323. doi.org/10.1007/s11943-016-0198-9
- Kreyenfeld, M. & Konietzka, D. (2017). Analyzing childlessness. In M. Kreyenfeld & D. Konietzka (Hrsg.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (S. 3–15). Springer. DOI 10.1007/978-3-319-44667-7
- Kuada, J. (2015). Culture and its relevance to economic development discourses. In J. Kuada (Hrsg.), *Private enterprise-led economic development in Sub-Saharan Africa* (S. 123-145). Palgrave Macmillan.
- Kubati, A., Charles, N. & Fagan, J. M. (2015). Community Exchange Programs May Be More Successful in Collectivist than in Individualist Cultures: Offers to Help and Be Helped to Improve the Health and Well-Being of the Elderly Are Ignored by Nursing Homes in NJ. *Rutgers University Community Repository*. doi.org/doi:10.7282/T3RJ4MCB
- Landwehr, C. (2017). Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik. In C. Katzenmeier (Hrsg.), *Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 2* (S. 31-61). Springer. DOI 10.1007/978-3-662-53371-0
- Leeners, B., Wischmann, T. & Tschudin, S. (2017). Unerfüllter Kinderwunsch und Sexualität. *Gynäkologische Endokrinologie* 15, 193–199. doi.org/10.1007/s10304-017-0142-2

- Lehto, S., Sevón, E., Laakso, M. L. & Rönkä, A. (2021). Infertility as a lonely struggle? Coping stories of previously infertile women. *Health Care for Women International*, 44(4), 397–417. doi.org/10.1080/07399332.2021.2007246
- Li, J., Liu, B. & Li, M. (2014). Coping with infertility: A transcultural perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 320-325. doi.org/10.1097/YCO.0000000000000091
- Logan, S., Gu, R., Li, W., Xiao, S. & Anazodo, A. (2019). Infertility in China: Culture, society and a need for fertility counselling. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 8(1):p 1-6, DOI: 10.4103/2305-0500.250416
- Mackay, A., Taylor, S. & Glass, B. (2023). Inequity of Access: Scoping the Barriers to Assisted Reproductive Technologies. *Pharmacy* 16;11(1):17. doi: 10.3390/pharmacy11010017
- Mahr, C. (2018). *Praxishandbuch Integrative Psychotherapie: Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk*. Springer. doi.org/10.1007/978-3-658-20518-8
- Maier, B., Reitsamer-Tontsch, S., Weisser, C. & Schreiner, B. (2011). Geburten und Kinder nach assistierter Fortpflanzungshilfe: Eine retrospektive Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Mehrlingsschwangerschaften an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Salzburg (2000–2009) mit einer Hochrechnung für Österreich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 215(5), 187–193. doi.org/10.1055/s-0031-1291212
- Matus, E. G. & Matus, G. (2022). PSYCHOSOCIAL IMPACT OF VIRTUAL NETWORKS ON UNIVERSITY STUDENTS. 390-394. DOI:10.36315/2022inpact089.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2011; 136:e9-e15. DOI 10.1055/s-0031-1272978
- Maleki-Saghooni, N., Amirian, M., Sadeghi, R. & Latifnejad Roudsari, R. (2017). Effectiveness of infertility counseling on pregnancy rate in infertile patients undergoing assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 15(7). 391-402.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine* 2012;9(12):e1001356. doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356
- Mashara, J. N. (2016). Factors influencing fertility preferences of currently married men in Kenya. *African Population Studies*, 30. 2431 - 2443. DOI:10.11564/30-2-857
- Mayer-Lewis, B. & Neumann, R. (2014). *Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch* (ifb-Materialien, 1-2014). Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb).
- McBreen, J., Di Tosto, G., Dignum, F. & Hofstede, G. J. (2011). Linking norms and culture. *Second International Conference on Culture and Computing*, 35-42. doi.org/10.1109/Culture-Computing.2011.11

- McMillan, D. W. & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23. DOI: 10.1002/1520-6629(198601)14:13.0.CO;2-I
- Mettele, G. (2018). Kinder wünschen – Mütter leihen. Geschlechtergeschichtliche Überlegungen zur Familie und ihrer Machbarkeit. In E. Schramm & M. Wermke (Hrsg.), *Leihmutterschaft und Familie: Impulse aus Recht, Theologie und Medizin* (S. 25-35). Springer.
- Metzner, F., Siefert, S. & Pawils, S. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen: Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 60(2). 163–170. doi.org/10.1007/s00103-016-2495-4
- Miao, G. (2024). The Negative Effects of Patriarchy on Offspring: A Chinese Family Focused Study. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 33, 287-291. Doi: 10.54254/2753-7048/33/20231843
- Molix, L. & Nichols, C. P. (2013). Satisfaction of basic psychological needs as a mediator of the relationship between community esteem and wellbeing. *International Journal of Well-being*, 3(1), 20-34. doi:10.5502/ijw.v3i1.2
- Muhammad, D. & Begum, N. (2018). Health and social issues of infertile women in Pakistan. *Annals of Allied Health Sciences*, 4(2), 31-32.
- Borgerhoff Mulder, B., Towner, M., Baldini, R., Beheim, B., Bowles, S., Collieran, H., Gurven, M., Kramer, K., Mattison, S., Nolin, D., Scelza, B., Schniter, E., Sear, R., Shenk, M., Volland, E. & Ziker, J. (2019). Differences between sons and daughters in the intergenerational transmission of wealth. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374, 1-15. doi.org/10.1098/rstb.2018.0076
- Mussie, R. (2022). Gender Differences in Experiences with and Adjustments to Infertility: The Case of Infertility Patients at Family Guidance Association of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Development Research*, 39(1), 35–62.
- Nave-Herz, R. (2010). Die Familie im Wandel. In F. Faulbaum & C. Wolf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Entwicklungen im Spiegel der empirischen Sozialforschung. Schriftenreihe der ASI – Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute* (S. 39-57). VS Verlag.
- Neis, F., Neis, K. J. & Bühler, K. (2017). Operative Therapie der Endometriose und Fertilität. *Gynäkologische Endokrinologie* 15, 273–280. doi.org/10.1007/s10304-017-0154-y
- Nekuei, N., Nasr Esfahani, M. H. N. & Kazemi, A. (2012). Preconception counseling in couples undergoing fertility treatment. *International Journal of Fertility & Sterility*; 6(2): 79-86.
- Nik Hazlina, N. H., Norhayati, M. N., Shaiful Bahari, I. & Arif, N. A. (2022). Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*; 12:e057132. doi:10.1136/bmjopen-2021-057132

- Noordhuizen, S., de Graaf, P. & Sieben, I. (2010). The Public Acceptance of Voluntary Childlessness in the Netherlands: from 20 to 90 per cent in 30 years. *Social Indicator Research* 99, 163–181. doi.org/10.1007/s11205-010-9574-y
- Obst, L., Passey, M. E., Holden, C. A., Kashir, J. & Whittaker, A. (2023). "No one asked me if I'm alright": A mixed-methods study exploring information, support needs, and challenges for men with infertility in Australia. *American Journal of Men's Health*, 17(5), 1–14. doi.org/10.1177/15579883231209210
- Oehlich, M. (2015). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Schritt für Schritt zur Bachelor- und Master-Thesis in den Wirtschaftswissenschaften*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-44099-5
- Olowokere, A. E., Olowookere, J. O., Komolafe, A. O., Oyeyemi, O., Oyelade, O. O., Aanuoluwapo, O. O. & Aladegboye, M. K. (2022). Psychological and Social Effects of Infertility on Women: A Mixed Method Research. *Gynecology & Reproductive Health*; 6(3): 1-12.
- Oteh, C. O. & Emmanuel, O. (2019). The inheritance rights and procedures in Igbo society; The place of women and access to property inheritance. *Elixir Sociology*, 135, 53711-53720.
- Paasch, U., Grunewald, S., Schuppe, H.-C. & Glander, H.-J. (2010). Diagnostik und Therapie beim Mann mit unerfülltem Kinderwunsch. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 3(1), 18–25.
- Palmieri, E. R. C. (2023). Social media, echo chambers and contingency: a system theoretical approach about communication in the digital space. *Kybernetes*, 53(8), 2593-2604. doi.org/10.1108/K-12-2022-1650
- Patalong, F. (2011, 14. April). *PID-Debatte: Babytest mit Strandurlaub*. SPIEGEL Online. <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/pid-debatte-babytest-mit-strandurlaub-a-750149.html>
- Patel, A., Sharma, P. S. & Kumar, P. (2018). Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present, and future directions. *Journal of Human Reproductive Sciences*; 11, 219-228. DOI: 10.4103/jhrs.JHRS_41_18
- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 29, 243–248. doi.org/10.1007/s10815-011-9701-y
- Pinzon, M. & Rotoli, S. (2023). A Qualitative Exploration of Social Support in Males and Females Experiencing Issues With Infertility. *Cureus* 15(7): c126. doi:10.7759/cureus.c126
- Pishvaei, M. & Bakhtiyarifard, A. (2017). Study on factors stressor of sociological society. *Journal of Health & Research Promotion*, 7(3), 777-778. doi.org/10.18869/acad-pub.jrh.7.3.777
- Pretorius, C., Chambers, D. & Coyle, D. (2019). Young people's online help-seeking and mental health difficulties: Systematic narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13873. doi.org/10.2196/13873

- Preyer, G. (2012). *Rolle, Status, Erwartungen und soziale Gruppe: Mitgliedschaftstheoretische Reinterpretationen*. Springer. DOI 10.1007/978-3-531-94121-9
- Prince, L. & Domar, D. (2013). The Stress of Infertility. In M. V. Spiers, P. A. Geller & J. D. Kloss (Hrsg.), *Women's Health Psychology* (S. 328-354). John Wiley & Sons.
- Punab, M., Poolamets, O., Paju, P., Vihljajev, V., Pomm, K., Ladva, R., Korrovits, P. & Laan, M. (2017). Causes of male infertility: A 9-year prospective monocentre study on 1737 patients with reduced total sperm counts. *Human Reproduction*, 32(1), 18–31. doi.org/10.1093/humrep/dew284
- Rijken, A. J. & Merz, E.-M. (2014). Double Standards: Differences in Norms on Voluntary Childlessness for Men and Women. *European Sociological Review*, Volume 30(4), 470–482. doi.org/10.1093/esr/jcu051
- Rinke, K. (2014). Psychologische Beratung und Behandlung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. In C. Keck (Hrsg.), *Kinderwunschbehandlung in der gynäkologischen Praxis: Sinnvolle Diagnostik- und Therapiestrategien für Frauenärzte* (S. 295-308). Thieme.
- Risman, B. J. & Davis, G. (2013). From sex roles to gender structure. *Current Sociology*, 61, 733 - 755. DOI: 10.1177/0011392113479315
- Rottermann, B. (2017). *Sozialisation von Jugendlichen in geschlechtsuntypischen Berufslehren*. Budrich UniPress Ltd.. DOI 10.3224/86388759
- Salte, L. (2022). Social Media Natives' Invisible Online Spaces: Proposing the Concept of Digital Gemeinschaft 2.0. *Social Media + Society*, 8(3). doi.org/10.1177/20563051221113076
- Santos, H. C., Varnum, M. E. W. & Grossmann, I. (2017). Global increases in individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239. doi.org/10.1177/0956797617700622
- Schaich, A., Erkens, N. & Faßbinder, E. (2017). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Die Psychiatrie*, 14(4), 210–216. doi.org/10.1055/s-0038-1669698
- Schirilla, N. (2013). *Multikulti: Herausforderung gesellschaftliche Vielfalt*. Centaurus Verlag & Media. DOI 10.1007/978-3-86226-935-8
- Schlaff, W. D. (2015). Autonomy, futility, and good business in reproductive medicine: is the slope getting more slippery? *Fertility and Sterility*, Volume 103(3), 626 – 627. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.01.017
- Shah-Paulini, P. (2017). *Chefsache Integrales Business mit Indien: Den Subkontinent aus verschiedenen Perspektiven verstehen*. Springer. DOI 10.1007/978-3-658-14660-3
- Sharma, A., Srivastava, R., Patel, R., Saraswathy, K. N., Puri, M., Babu, N. & Mahajan, C. (2025). Kinship support and coping with infertility: A qualitative study of women struggling with infertility from Delhi-NCR, India. *Women's Studies International Forum*, 108, 103018. doi.org/10.1016/j.wsif.2024.103018
- Sharma, L. & Sharma, D. (2024). Roles of nutrition in minimizing stress-related infertility: a narrative review. *Exploration of Foods and Foodomics* 2024(2); 155–170. doi.org/10.37349/eff.2024.00031

- Sharma, S. K., Mudgal, S. K., Thakur, K. & Gaur, R. (2020). How to calculate sample size for observational and experimental nursing research studies. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 10(1), 1-8. DOI:10.5455/njppp.2020.10.0930717102019
- Silbermayr, E. (2010). Die virtuelle Welt als Psychodrama-Bühne. *Zeitschrift für Psychodrama Soziometrie* 9, 269–280 (2010). doi.org/10.1007/s11620-010-0080-7
- Sormunen, T., Karlgren, K., Fossum, B., Aanesen, A. & Westerbotn, M. (2021). Focus on Infertility—Women’s Experiences of Using Social Media: A Qualitative Study. *Open Journal of Social Sciences*, 9, 382-395. doi.org/10.4236/jss.2021.95020
- Sun, H., Gong, T., Jiang, Y., Zhang, S., Zhao, Y. & Wu, Q. (2019). Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging*, 11(23); 10952-10991. doi.org/10.18632/aging.102497
- Swain, J. (2025). *Negotiating Gendered Identities in Primary School: Children’s Lives with Their Peers*. Palgrave Macmillan. doi.org/10.1007/978-3-031-69184-3
- Szalma, I. & Sipos, A. (2024). A comparative analysis across reproduction policy fields in Hungary. In H. Zagel (Hrsg.), *Reproduction Policy in the Twenty-First Century: A Comparative Analysis* (pp. 119–135). Edward Elgar. doi.org/10.4337/9781035324163.00017
- Thanscheidt, C. L., Pätsch, P., Rösner, S., Germeyer, A., Krause, M., Kentenich, H., Siercks, I., Häberlin, F., Ehrbar, V., Tschudin, S., Böttcher, B., Toth, B. & Wischmann, T. (2023). Psychological Aspects of Infertility - Results from an Actor-Partner Interdependence Analysis. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 83(7):843-849. doi: 10.1055/a-2041-2831
- Thapa, N., Verma, S., Chander, G., Bhat, A., Bushan Raina, D., Kachroo, S., Kumar, R. & Shah, R. (2021). The psychological impact on infertile women – A review. *Journal of Reproductive Healthcare and Medicine* 210. doi: 10.25259/JRHM_26_2020
- Thorn, P., Wischmann, T., Quitmann, S. & Dorn, A. (2022). Psychosoziale Kinderwunschberatung – Medizinische, ethische und psychosoziale Aspekte, beraterische Interventionen. In BKiD: Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (Hrsg.), *Fortbildungsmanual: Psychosoziale Kinderwunschberatung* (3. überarbeitete Auflage). FamART.
- Thorn, P., Wischmann, T. & Mayer-Lewis, B. (2024). Evaluation of infertility counselling in Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 309, 1065–1073. doi.org/10.1007/s00404-023-07316-x
- Tober, D., Pavone, V., Lafuente-Funes, S. & Konvalinka, N. (2023). Eggonomics: Vittrification and bioeconomics of egg donation in the United States and Spain. *Medical Anthropology Quarterly*, 37(2), 248-263. https://doi.org/10.1111/maq.12767
- Toepfer, R. (2020). *Kinderlosigkeit: Ersehnte, verweigerte und bereute Elternschaft im Mittelalter*. J. B. Metzler.
- Tomasello, M., Melis, A. P., Tennie, C., Wyman, E. & Herrmann, E. (2012). Two key steps in the evolution of human cooperation: The interdependence hypothesis. *Current Anthropology*, 53(6), 673-692. doi.org/10.1086/668207

- Ullah, A., Ashraf, H., Tariq, M., Aziz, S. Z., Zubair, S., Sikandar, K. U. R., Ali, N., Shakoor, A. & Nisar, M. (2021). Battling the Invisible Infertility Agony: A Case Study of Infertile Women in Khyber Pakhtunkhwa-Pakistan. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 8(2), 89–105. doi.org/10.29333/ejecs/679
- United Nations Populations Fund (2020). *State of World Population 2020: Against my will - Defying the practices that harm women and girls and undermine equality*. UN-FPA_PUB_2020_EN_State_of_World_Population.pdf
- Vioreanu, A.-M. (2021). The psychological impact of infertility: Directions for the development of interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1), 26–35. doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113
- Webinger, J., Keller, D. & Budrich, B. (2014). *Wie schreibe ich eine Doktorarbeit? Leitfaden für Mediziner und Zahnmediziner*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-54078-3
- Weblus, A. J., David, M. & Kentenich, H. (2020). Paare mit Migrationshintergrund in der Reproduktionsmedizin. In Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.), *Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen* (Version 4.0, S. 84-89). 016-0031_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_Therapie_Fertilitätsstörungen_2020-08.pdf
- Wendler, N. & Unterberger, T. (2022, 27. Mai). Unfruchtbarkeit. *netDoktor*. Unfruchtbarkeit: Ursachen, Formen, Therapie - netDoktor.de
- Williams, J. H. (2010). How the Science versus Religion Debate Has Missed the Point of Genesis 1 and 2: Jacques Ellul (1912-1994). *Bulletin of Science, Technology & Society*, 30(6), 430-445. doi.org/10.1177/02704676103748
- Williamson, R. (2014, January 24). *The rise of gender selection among Middle Eastern couples*. Middle East Monitor. <https://www.middleeastmonitor.com/20140124-the-rise-of-gender-selection-among-middle-eastern-couples/>
- Wischmann, T. (2012). Kinderwunsch und professionelle Beratung. In FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (Hrsg.), *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*. Heft 1/2012 (S. 26-29). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Wischmann, T. (2023). Psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch. *Psychotherapie Aktuell* 15(1), 32-35.
- Wollenschlaeger, L. & Stamm, A. (2018). Begleitung von Frauen mit Kinderwunschbehandlung. *Hebamme*, 31(04), 255-261. DOI: 10.1055/a-0645-0328
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021.
- World Health Organization. (2024). WHO/Europe | Home
- Yates, J. F. & de Oliveira, S. (2016). Culture and Decision Making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 136, 106–118.

- Ying Ying, L., Har Wu, L. & Yuen Loke, A. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52(10), Pages 1640-1652. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004
- Yokota, R., Okada, H., Okuhara, T., Goto, E., Furukawa, E., Shirabe, R., Sakakibara, K. & Kiu-chi, T. (2022). Development of the Japanese Version of the Infertility Stigma Scale: Examination of Its Reliability and Validity. *Healthcare* 2022, 10, 505. doi.org/10.3390/healthcare10030505
- Zarif Golbar Yazdi, H., Aghamohammadian Sharbaf, H., Kareshki, H. & Amirian, M. (2020). Infertility and psychological and social health of Iranian infertile women: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(1), 67–79.
- Zhu, H., Zhou, X., Li, R., Gao, Q., Wang, X., Cheng, P., Liu, R., Yin, C. & Hao, Y. (2023). Global prevalence of infertility: a systematic review and meta-analysis of Community-based studies. *Authorea*. DOI: 10.22541/au.169535894.43892783/v1
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F. & Vallone, F. (2020) Re-examining the Role of Coping Strategies in the Associations Between Infertility-Related Stress Dimensions and State-Anxiety: Implications for Clinical Interventions With Infertile Couples. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.614887

Anhang

Anhang A

FertiQoL International

Fragebogen zu Kinderwunsch und Lebensqualität (2008)

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.

Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Bitte beantworten Sie die mit Sternchen (*) markierten Fragen nur dann, wenn Sie einen Partner haben.

	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Sehr schlecht	Schlecht	Weder gut noch schlecht	Gut	Sehr gut
A	Wie würden Sie Ihre Gesundheit beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐
	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
B	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebensqualität?	☐	☐	☐	☐	☐
	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Völlig	Sehr stark	Es geht	Nicht sehr	Überhaupt nicht
Q1	Leiden Ihre Aufmerksamkeit und Konzentration, weil Ihre Gedanken um das Thema Unfruchtbarkeit kreisen?	☐	☐	☐	☐	☐
Q2	Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihren anderen Zielen und Plänen im Leben aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen nicht vorankommen?	☐	☐	☐	☐	☐
Q3	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen ausgelaugt oder erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Q4	Glauben Sie, dass Sie Ihre Fertilitätsstörungen verkraften können?	☐	☐	☐	☐	☐
	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Q5	Sind Sie zufrieden mit der Unterstützung, die Sie von Freunden wegen Ihrer Fertilitätsstörungen erhalten?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q6	Sind Sie trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zufrieden mit Ihrem Sexualleben?	☐	☐	☐	☐	☐
	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
Q7	Verspüren Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Neid und Verbitterung?	☐	☐	☐	☐	☐
Q8	Überkommen Sie Kummer und/oder Verlustgefühle, weil Sie kein Baby (keine Kinder mehr) bekommen können?	☐	☐	☐	☐	☐
Q9	Schwanken Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung hin und her?	☐	☐	☐	☐	☐
Q10	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen von der Gesellschaft ausgegrenzt?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q11	Sind Sie und Ihr Partner trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zärtlich zueinander?	☐	☐	☐	☐	☐
Q12	Leiden Ihre tägliche Arbeit oder Ihre Pflichten aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen?	☐	☐	☐	☐	☐
Q13	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen unwohl in gesellschaftlichen Situationen wie im Urlaub oder bei Feierlichkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Q14	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Familie versteht, was Sie durchmachen?	☐	☐	☐	☐	☐
	Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.	Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
*Q15	Füllen Sie sich durch Ihren unerfüllten Kinderwunsch mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin stärker verbunden?	☐	☐	☐	☐	☐
Q16	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen traurig und deprimiert?	☐	☐	☐	☐	☐
Q17	Haben Sie das Gefühl, aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Menschen mit Kindern gegenüber minderwertig zu sein?	☐	☐	☐	☐	☐
Q18	Stört Sie Ihre Ermüdung/Erschöpfung aufgrund Ihres unerfüllten Kinderwunsches?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q19	Haben sich Ihre Fertilitätsstörungen negativ auf Ihre Beziehung ausgewirkt?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q20	Fällt es Ihnen schwer, sich mit Ihrem Partner über Ihre Gefühle zur Unfruchtbarkeit auszutauschen?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q21	Sind Sie trotz Ihres unerfüllten Kinderwunsches zufrieden mit Ihrer Beziehung?	☐	☐	☐	☐	☐
Q22	Fühlen Sie sich einem gewissen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, (mehr) Kinder zu bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
Q23	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Zorn?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Schmerzen und körperliches Unbehagen?	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang A (Fortsetzung)

FertiQoL International**Optionales Behandlungsmodul**

Haben Sie eine Fertilitätsbehandlung angefangen (d. h. auch eine medizinische Beratung oder Intervention)? Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.

Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
T1	Wirkt sich Ihre Fertilitätsbehandlung negativ auf Ihre Gemütsverfassung aus?	☐	☐	☐	☐	☐
T2	Gibt es medizinische Fertilitätsangebote, auf die Sie gerne zugreifen würden?	☐	☐	☐	☐	☐

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
T3	Wie kompliziert ist der Umgang mit dem Verfahren und/oder der Verabreichung der Medikation für Ihre Fertilitätsbehandlung(en)?	☐	☐	☐	☐	☐
T4	Stören Sie die Auswirkungen der Behandlung in Bezug auf Ihre täglichen oder beruflichen Aktivitäten?	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Haben Sie das Gefühl, dass die Reproduktionsmediziner und ihr Team verstehen, was Sie durchmachen?	☐	☐	☐	☐	☐
T6	Stören Sie die körperlichen Nebenwirkungen der Kinderwunsch- und Hormonbehandlung?	☐	☐	☐	☐	☐

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
T7	Sind Sie zufrieden mit der Qualität der Leistungen/ Einrichtungen, die Sie in Anspruch nehmen können, um Ihren emotionalen Bedürfnissen gerecht zu werden?	☐	☐	☐	☐	☐
T8	Wie würden Sie Ihre chirurgische(n) und/oder medizinische(n) Behandlung(en) bewerten?	☐	☐	☐	☐	☐
T9	Wie würden Sie die Qualität der Informationen bewerten, die Sie über Ihre Medikation, chirurgische und/oder medizinische Behandlung erhalten haben?	☐	☐	☐	☐	☐
T10	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Beziehung zu den Reproduktionsmedizinern und deren Team?	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang B

KI-Tool	Anwendungsbe- reich	Nutzungshinweise	Betroffene Teile ³ der Arbeit
Research Rabbit	Literaturrecherche	Recherche themen- relevanter Literatur	Kapitel 3, 5
GPT-4o	Textoptimierung	Generierung von Verbesserungsvor- schlägen	Kapitel 1, 3, 4, 5, 6
DeepL	Übersetzung	Übersetzung der Kurzfassung	Abstract