Von Sprachleitfäden zu Verstehen und Empowerment: „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ als dual wirkende Anti-Stigma-Intervention im Suchtbereich

---

Abstract

In der Sucht- und Psychiatrieversorgung werden seit einigen Jahren verstärkt Sprachleitfäden und Empfehlungen für „stigmaarme“ oder „stigmafreie“ Kommunikation eingesetzt. Empirische Befunde zeigen, dass stigmatisierende Labels wie „Süchtige:r“, „Abuser“ oder „Alkoholiker:in“ Einstellungen, Schuldzuschreibungen und Behandlungspräferenzen negativ beeinflussen, während personen-zuerst-Sprache (z. B. „Person mit einer Alkoholabhängigkeit“) mit geringerer Stigmatisierung einhergeht. Gleichwohl stoßen normative Sprachvorgaben in der Allgemeinbevölkerung zunehmend auf Abwehr und „Sprachermüdung“.

Der Beitrag argumentiert, dass Sprache nicht der primäre Hebel, sondern eine **abhängige Variable** eines vorgelagerten Prozesses aus Verstehen und Haltungsveränderung ist. Auf Basis von Stigmaforschung, Kontakt-Hypothese und narrativer Gesundheitskommunikation wird ein Kaskadenmodell vorgeschlagen: Narrativer Kontakt mit Menschen in Recovery führt zu vertieftem kognitiv-emotionalem Verstehen, dieses zu veränderten Haltungen – und daraus resultiert ein veränderter Sprachgebrauch.

Am Beispiel der Initiative „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ wird ein prototypisches Format beschrieben, das diese Mechanismen systematisch nutzt. Die Ausstellung kombiniert großformatige Portraitfotografien, biografische Genesungsgeschichten und moderierte Reflexionsangebote. Konzeptionell wird sie als **dual wirkende Intervention** gefasst: (1) nach außen als Anti-Stigma-Maßnahme durch Verstehen, Kontakt und Sprachreflexion; (2) nach innen als Empowerment- und Recovery-Intervention für die porträtierten Personen, in Anlehnung an Photovoice- und partizipative Kunstansätze.

Ein wichtiger struktureller Aspekt des Projekts ist die Ausgestaltung als **Wanderausstellung**: Die Initiative wird in unterschiedlichen Regionen gezeigt, wobei an jedem Standort weitere Menschen mit eigener Suchtgeschichte hinzukommen, die sich porträtieren lassen und ihre Geschichte beitragen. Dadurch erweitern sich sowohl die Reichweite der Anti-Stigma-Komponente als auch die Zahl derjenigen, die von der Empowerment-Wirkung profitieren. Abschließend werden eine Evaluationsagenda mit zwei Modulen (Öffentlichkeit und Porträtierte) sowie Implikationen für Praxis und Gesundheitspolitik skizziert.

---

1. Einleitung

Stigma gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen ist mit gravierenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen verbunden. Betroffene suchen vielfach spät oder gar keine Hilfe auf, brechen Behandlungen häufiger ab und erleben Diskriminierung im Gesundheitswesen, im Arbeitsleben und im sozialen Umfeld. Stigma wirkt zudem als Barriere für Prävention, Frühintervention und Rehabilitation.

Sprache spielt in diesem Kontext eine zentrale Rolle. Fachgesellschaften, Behörden und Hilfesysteme haben reagiert und Leitfäden für „nicht-stigmatisierende" oder „personen-zuerst"-Sprache entwickelt. Empfohlen wird etwa, auf Begriffe wie „Alkoholiker", „Säufer" oder „Drogensüchtige:r" zu verzichten und stattdessen von „Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit" oder „Menschen mit Suchterfahrung" zu sprechen.

Gleichzeitig ist eine wachsende Skepsis gegenüber wahrgenommenen „Sprachvorschriften" festzustellen. Teile der Bevölkerung – und durchaus auch Fachkräfte – reagieren mit Abwehr auf den Eindruck, es gebe ständig neue Regeln, was man „noch sagen darf". Anliegen der Stigma-Reduktion werden dann nicht selten vorschnell als Ausdruck „woker Sprachpolizei" abgewertet.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der Fokus von Anti-Stigma-Strategien zu einseitig auf der Oberfläche der Sprache liegt. Der vorliegende Beitrag plädiert dafür, Sprache als Ergebnis tiefer liegender Prozesse zu verstehen und den Blick stärker auf **Verstehen**, **Kontakt** und **Beteiligung** zu richten. Am Beispiel der Initiative „Respect vs Stigma – Superheld*innen" wird ein Modell skizziert, das Anti-Stigma-Arbeit mit Empowerment-Prozessen der Beteiligten verbindet und in Form einer Wanderausstellung regional verankert und skaliert werden kann.

---

2. Stigma, Sprache und Suchterkrankung

Stigma wird üblicherweise als Zusammenspiel dreier Ebenen beschrieben:

1. **Stereotype** (kognitiv): vereinfachende, oft negative Annahmen über eine Gruppe („Alkoholkranke sind willensschwach").
2. **Vorurteile** (affektiv): negative emotionale Reaktionen wie Angst, Ärger oder Verachtung gegenüber Mitgliedern der Gruppe.
3. **Diskriminierung** (Verhalten): Benachteiligung im Alltag, in Institutionen oder in der Versorgung.

Im Bereich substanzbezogener Störungen kommen spezifische moralische Dimensionen hinzu. Menschen mit Sucht werden häufig als selbst schuld, unzuverlässig oder gefährlich wahrgenommen. Diese Zuschreibungen stabilisieren sich in gesellschaftlichen Bildern („der Säufer", „die Trinkerin", „der Junkie") und institutionellen Praktiken.

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die verwendete Sprache diese Prozesse mit beeinflusst. Begriffe wie „Missbrauch“, „Abhängiger“, „clean“ versus „dirty“ im Zusammenhang mit Drogentests oder die Reduktion einer Person auf ihre Diagnose („die Alkoholikerin“) verstärken tendenziell Schuldzuweisungen und Distanz. Personenorientierte, neutrale Formulierungen („Person mit Alkoholabhängigkeit“, „Menschen in Recovery“) gehen demgegenüber häufiger mit einer Sichtweise als Patient:in bzw. als Mensch mit Erkrankung einher. Entsprechend empfehlen internationale Leitlinien die Verwendung von personen-zuerst-Sprache und den Verzicht auf etikettierende oder moralisch gefärbte Begriffe.

Damit ist klar: Sprache ist ein relevanter Wirkfaktor für Stigma. Sie ist jedoch nicht der einzige – und möglicherweise nicht der beste – Ansatzpunkt, wenn es darum geht, tiefer verankerte Haltungen zu verändern.

---

3. Grenzen normativer Sprachleitfäden

Sprachleitfäden im Suchtbereich erfüllen wichtige Funktionen:

- Sie geben Organisationen und Fachkräften Orientierung.
- Sie dienen als Qualitätsstandard in Leitlinien, Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation.
- Sie können Medienberichterstattung sensibilisieren.

Gleichzeitig stoßen rein normative Ansätze an Grenzen:

Reaktanz:
Wenn Menschen Sprachvorgaben als Zwang, Moralisierung oder Bedrohung ihrer Autonomie erleben, entsteht psychologische Reaktanz. Die Folge kann sein, dass gerade an der bisherigen Sprache festgehalten wird – oder das Thema ganz gemieden wird.

Oberflächenanpassung:
Es ist möglich, „korrekte“ Begriffe zu verwenden, ohne dass sich das innere Bild von Suchterkrankung nennenswert wandelt. Stigma kann hinter einer fachlich richtigen Terminologie fortbestehen.

Begrenzte Reichweite:
Sprachleitfäden werden primär in Fachkreisen und Institutionen rezipiert. Alltagskommunikation in Familien, Betrieben und Freundeskreisen bleibt davon oft unberührt.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, Sprache nicht isoliert zu adressieren, sondern als Ausdruck eines tiefen liegenden Prozesses von **Verstehen und Haltungswandel** zu begreifen. Die zentrale Hypothese lautet: Wenn Menschen

Suchterkrankung besser verstehen und ihr Bild von „den Betroffenen“ differenzierter wird, verändert sich auch ihre Sprache – oft ganz ohne explizite Vorgaben.

---

4. Kontakt und Narrative als evidenzbasierte Strategien

Die Stigmaforschung verweist auf zwei besonders wirksame Hebel: **interpersonaler Kontakt** und **Narrative**.

4.1 Interpersonaler Kontakt

Die klassische Kontakt-Hypothese geht davon aus, dass Begegnungen mit Mitgliedern einer stigmatisierten Gruppe Vorurteile reduzieren können – insbesondere dann, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind:

- gleichwertiger Status in der Situation,
- gemeinsame Ziele,
- kooperative statt konkurrierender Interaktion,
- Unterstützung durch Normen oder Institutionen.

Diese Grundannahme wurde in zahlreichen Studien bestätigt und auf viele Zielgruppen übertragen, darunter Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Kontakt kann direkt (Begegnung von Angesicht zu Angesicht) oder indirekt (z. B. durch Medien, Geschichten, Ausstellungen) sein. Entscheidend ist, dass reale Menschen sichtbar werden und stereotype Bilder irritiert werden.

4.2 Narrative und Storytelling

Narrative Gesundheitskommunikation nutzt Geschichten als Transportmittel für komplexe Inhalte. Im Zentrum stehen Personen mit konkreten Erfahrungen, Krisen, Wendepunkten und Ressourcen. Im Unterschied zu rein sachlichen Informationen können Narrative:

- Identifikation ermöglichen,
- emotionales Involvement („Eintauchen in die Geschichte“) auslösen,
- Abwehr und Moralisierung reduzieren,
- Veränderungen von Einstellungen und Handlungsbereitschaften anstoßen.

Für den Suchtbereich sind insbesondere **Recovery-Stories** von Bedeutung: Erzählungen, die den Weg aus der Abhängigkeit, Rückfälle, Hilfesysteme und Wege in ein abstinentes oder kontrolliertes Leben thematisieren. Solche Geschichten können sowohl stereotype Defizitbilder („hoffnungslose Fälle“) als auch romantisierende Erzählungen („am Ende reicht nur der Wille“) korrigieren.

5. Ein Kaskaden- und Dualmodell: Verstehen – Haltung – Sprache und Empowerment

Auf Grundlage der skizzierten Befunde lässt sich ein erweitertes Wirkmodell formulieren.

5.1 Kaskadenmodell für die Öffentlichkeit

Für die Wirkung auf die Allgemeinbevölkerung wird ein vierstufiges Kaskadenmodell vorgeschlagen:

1. **Narrativer Kontakt:**
   Direkte oder indirekte Begegnung mit Menschen in Recovery (z. B. über eine Ausstellung, Workshops, Gespräche).
2. **Vertieftes Verstehen:**
   Differenziertes Verständnis von Suchterkrankung als bio-psycho-soziales Phänomen mit persönlichen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren.
3. **Haltungsveränderung:**
   Abbau von Schuldzuschreibungen, Reduktion von Angst und Distanz, Zunahme von Empathie und Recovery-Optimismus.
4. **Veränderter Sprachgebrauch:**
   Intuitiver Verzicht auf abwertende Begriffe, Hinwendung zu respektvoller, personenbezogener Sprache.

In dieser Logik ist Sprache nicht Ausgangspunkt, sondern **Resultat** eines Lern- und Reflexionsprozesses. Sprachleitfäden können diesen Prozess unterstützen, indem sie Orientierung bieten und positive Entwicklungen sprachlich stabilisieren. Sie ersetzen jedoch nicht die Notwendigkeit, innere Bilder und Emotionen zu adressieren.

5.2 Dualmodell: Öffentlichkeit und Porträtierte

Für Formate wie „Respect vs Stigma“ kommt eine zweite Dimension hinzu: die Wirkung auf die aktiven Beteiligten – also jene Menschen mit Suchterkrankungserfahrung, die sich abbilden lassen und ihre Geschichte zur Verfügung stellen.

In Anlehnung an Photovoice-Ansätze, partizipative Kunstprojekte und Konzepte der Co-Produktion mit „people with lived experience“ lassen sich hier folgende Mechanismen annehmen:

- **Positive Rahmung der eigenen Geschichte:**
  Die eigene Sucht- und Genesungserfahrung wird nicht ausschließlich als Defizit- oder Schamgeschichte wahrgenommen, sondern als Weg, der Mut, Ausdauer und Kompetenzen sichtbar macht.

- **Rollenverschiebung:**
  Die Beteiligten wechseln symbolisch von der Rolle der „Patientin“ oder des „Falles“ in die Rolle der Expertin bzw. des Experten in eigener Sache.
- **Empowerment und Recovery Capital:**
  Die Erfahrung, ernst genommen, sichtbar und auch im öffentlichen Raum gewürdigt zu werden, kann Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und Hoffnung stärken. Internalisierte Stigmaanteile können abnehmen.

Damit ergibt sich ein **Dualmodell**:

- **Außenwirkung:** Stigma-Reduktion, Wissenszuwachs und Veränderung von Haltungen sowie Sprache in der Öffentlichkeit.
- **Innenwirkung:** Empowerment, Identitätsentwicklung und Stärkung der Recovery-Prozesse bei den Porträtierten.

---

6. Die Initiative „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ als Verstehens- und Empowerment-Initiative

„Respect vs Stigma – Superheld*innen“ ist eine fotografisch-narrative Ausstellung mit begleitenden Workshops und Dialogformaten. Sie kombiniert die oben beschriebenen Wirkfaktoren in einem konkret umsetzbaren Format.

6.1 Kern des Formats

Zentrale Elemente des Projekts sind:

Visuelle und narrative Gestaltung
Die Ausstellung zeigt großformatige Porträts von Menschen, die eine Alkohol- oder andere Suchterkrankung durchlebt haben und heute abstinent oder stabil in Recovery leben. Zu jedem Bild gehört ein erzählender Text, der den Weg in die Sucht, kritische Wendepunkte, therapeutische und selbsthilfebasierte Schritte sowie den aktuellen Stand beschreibt. Die Sprache folgt einer personen-zuerst-Logik, vermeidet pathologisierende Etiketten und betont sowohl Belastungen als auch Ressourcen.

Kontakt- und Reflexionsangebote
Die Ausstellung wird durch geführte Rundgänge, Vorträge und Workshops ergänzt. Diese richten sich an verschiedene Zielgruppen: interessierte Öffentlichkeit, Schulklassen, Fachkräfte, Betriebe oder Gemeindegremien. In diesen Formaten werden die Besucher:innen eingeladen, eigene Bilder von Sucht, Fragen und sprachliche Gewohnheiten zu reflektieren. Wo möglich und gewünscht, sind porträtierte Personen selbst als Sprecher:innen und Diskussionspartner:innen beteiligt.

Rollenverschiebung der Porträtierten
Die Menschen, die sich porträtieren lassen, werden nicht als „Objekte“ einer Kampagne

behandelt, sondern als aktive Mitgestaltende. Sie arbeiten an der Auswahl der Fotos und Texte mit und entscheiden über ihre Art der Beteiligung. Die öffentliche Sichtbarkeit ihrer Geschichte – im Wortsinn „an der Wand hängen“ – und die positive Rahmung als „Superheld:innen“ ihres Genesungsweges erzeugen eine symbolische Aufwertung. Dieser Prozess weist enge Parallelen zu in der Literatur beschriebenen Empowerment-Effekten partizipativer Kunst- und Photovoice-Projekte auf.

Insgesamt lässt sich „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ damit als **Verstehens-Initiative mit Sprachwirkung** und zugleich als **Empowerment-Setting für Menschen mit Suchterfahrung** begreifen.

6.2 Wanderausstellung und regionale Adaption als Strukturprinzip

Ein strukturell wichtiger Bestandteil des Projekts ist seine Ausgestaltung als **Wanderausstellung**. „Respect vs Stigma“ wird nacheinander in verschiedenen Kommunen, Landkreisen oder Einrichtungen gezeigt – etwa in Rathäusern, Kliniken, Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen oder Kulturzentren.

An jedem neuen Ausstellungsort werden zusätzliche **lokale Menschen mit eigener Suchtgeschichte** eingebunden, die sich porträtieren lassen und ihre Geschichte beisteuern. Die Ausstellung wächst somit organisch: Der Bestand an Porträts und Texten erweitert sich, und es entsteht ein wachsender Pool an Personen, die als Peer-Expert:innen zur Verfügung stehen.

Aus dieser Struktur ergeben sich mehrere Effekte:

1. **Regionale Verankerung und Identifikation**
   Besucher:innen begegnen nicht nur anonymen Beispielen, sondern Menschen „aus ihrer Mitte“. Dies erhöht Relevanz und Identifikation und kann dazu beitragen, stereotype Bilder („die Alkoholkranken“) durch differenziertere Wahrnehmungen („Menschen aus unserer Region mit einer Suchtgeschichte“) zu ersetzen.

2. **Multiplikation der Empowerment-Wirkung**
   Mit jeder Station wächst die Zahl der Porträtierten, die den Prozess der Sichtbarwerdung, Anerkennung und Rollenaufwertung durchlaufen. Die Empowerment-Komponente ist damit nicht auf einen festen Personenkreis begrenzt, sondern entfaltet sich über die Zeit in mehreren Regionen.

3. **Lernende und skalierbare Struktur**
   Die wiederholte Umsetzung an unterschiedlichen Orten ermöglicht es, Gestaltung, Didaktik und Begleitkommunikation fortlaufend zu reflektieren und anzupassen. Gleichzeitig entsteht ein wachsender Korpus an Recovery-Geschichten, der für weitere Präventions- und Bildungsmaßnahmen genutzt werden kann.

Die Wanderausstellung fungiert somit als **Struktur- und Verstärkungsprinzip** des Projekts: Sie unterstützt die räumliche und zeitliche Skalierung der Außen- und Innenwirkungen, ohne den inhaltlichen Kern von Verstehen, Haltung und Sprache zu verändern.

---

7. Evaluations- und Forschungsagenda

Um die skizzierten Wirkannahmen empirisch zu prüfen, bietet sich eine zweistufige Evaluationsstrategie an, die den Dualcharakter des Projekts berücksichtigt.

7.1 Modul A: Wirkung auf Öffentlichkeit und Besucher:innen

Für die Wirkung auf die Allgemeinbevölkerung und spezifische Zielgruppen (z. B. Schulklassen, Fachkräfte) ist ein Pre-Post-Design mit Follow-up sinnvoll:

- **T0 (Pre):** kurz vor Besuch der Ausstellung (oder vor Workshopbeginn).
- **T1 (Post):** unmittelbar nach Besuch bzw. nach der Veranstaltung.
- **T2 (Follow-up):** mehrere Wochen nach dem Besuch (z. B. 6–8 Wochen, online).

Mögliche Erhebungsvariablen:

- **Stigma / soziale Distanz:** z. B. mittels kurz gehaltener Skalen, in denen Befragte angeben, wie wohl oder unwohl sie sich in bestimmten Nähe-Situationen mit einer Person mit Alkoholabhängigkeit fühlen würden.
- **Haltungen und Attribuierungen:** Items zu Schuldzuschreibung, Gefährlichkeitswahrnehmung, Recovery-Optimismus.
- **Suchtwissen (Sucht-Literacy):** einige einfache Wissensitems zu Häufigkeit, Krankheitscharakter und Behandelbarkeit von Alkoholsucht.
- **Subjektive Wirkung:** Einschätzungen zur emotionalen Betroffenheit, wahrgenommenen Relevanz, Reflexion der eigenen Sprache und Bereitschaft zur Weiterempfehlung.

Mit einer optionalen Vergleichsgruppe (z. B. Personen, die nur Informationsmaterial ohne Ausstellung erhalten) lassen sich Veränderungen in der Interventionsgruppe besser einordnen.

7.2 Modul B: Wirkung auf die Porträtierten

Für die Wirkung auf die aktiven Beteiligten wird ein zweites Evaluationsmodul vorgeschlagen:

- **T0:** vor Beginn des Porträt- und Storytelling-Prozesses.

- **T1:** nach Eröffnung der Ausstellung bzw. nach einigen Wochen öffentlicher Präsenz.
- **T2 (optional):** mehrere Monate nach T1, um Nachhaltigkeit zu prüfen.

Mögliche Erhebungsvariablen:

- **Internalisiertes Stigma:** z. B. mittels ausgewählter Items zu Scham, Selbstabwertung und der Angst vor Entwertung durch andere.
- **Empowerment:** Skalen zu Selbstwirksamkeit, Einflussmöglichkeiten, Hoffnung und wahrgenommener Sinnhaftigkeit.
- **Recovery Capital:** Einschätzungen zu vorhandenen Ressourcen (soziale Unterstützung, Stabilität, Zukunftsperspektiven) im Genesungsprozess.
- **Subjektives Wohlbefinden:** kurz gefasste Wohlbefindens-Skalen.

Ergänzt werden sollte Modul B durch qualitative Interviews oder Fokusgruppen, in denen die Beteiligten ihre subjektiven Erfahrungen reflektieren: Was hat es bedeutet, Teil der Ausstellung zu sein? Hat sich das Selbstbild verändert? Welche Rückmeldungen aus dem Umfeld waren besonders wichtig?

Durch die wandernde Struktur entsteht darüber hinaus die Möglichkeit, die Umsetzung in verschiedenen Regionen zu vergleichen und kontextuelle Faktoren (z. B. vorhandene Sucht-Versorgungsstrukturen, Medienresonanz) in die Auswertung einzubeziehen.

---

8. Implikationen für Praxis und Politik

Aus dem skizzierten Ansatz ergeben sich mehrere praxisrelevante Konsequenzen:

1. **Verknüpfung von Sprachleitfäden mit Verstehensformaten**
   Normative Empfehlungen zur Suchtkommunikation sollten systematisch mit kontakt- und narrativbasierten Formaten wie „Respect vs Stigma“ kombiniert werden. Sprachleitfäden allein sind notwendig, aber nicht hinreichend.
2. **Förderung lokaler, partizipativer Projekte**
   Kommunen, Kostenträger und Trägerorganisationen können wandernde Ausstellungsformate als Baustein kommunaler Gesundheitsförderung und Suchtprävention etablieren. Durch regionale Adaption steigt die Akzeptanz und Identifikation.
3. **Aufwertung von „Lived Experience“**
   Menschen mit eigener Suchtgeschichte sollten als Ressource in Prävention, Aufklärung und Versorgung verstanden werden. Ihre Beteiligung als Mitgestaltende, Peer-Expert:innen und Sprecher:innen stärkt nicht nur die Wirkung auf die Öffentlichkeit, sondern auch ihre eigene Recovery.

4. **Skalierbarkeit und Nachhaltigkeit**
   Die Struktur einer Wanderausstellung erlaubt es, mit begrenzten Mitteln eine größere regionale Reichweite zu erzielen und zugleich in jeder Region neue Beteiligte zu gewinnen. Evaluation und Dokumentation können dazu beitragen, das Format langfristig in Förderlogiken und Strategien zu verankern.

5. **Einbindung regionaler Unternehmen und Arbeitswelt**
   Neben Kommunen und Fachinstitutionen kommt **regionalen Unternehmen** eine besondere Rolle zu. Unterstützen Betriebe die Initiative „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ sichtbar – etwa als Gastgeber der Ausstellung, als Kooperationspartner für interne Veranstaltungen oder als Sponsor –, senden sie ein klares Signal in die Region: Menschen mit durchlebter Suchterkrankung und stabiler Abstinenz werden nicht primär als Risiko, sondern als wertvolle Ressource wahrgenommen.

   Damit wird der Kernbegriff „Respect“ konkret eingelöst. Unternehmen, die ihre Räume öffnen oder das Projekt in ihrer Kommunikation aktiv unterstützen, dokumentieren, dass sie **Recovery ernst nehmen und auf Augenhöhe über den Mehrwert genesener Suchtkranker in der Arbeitswelt sprechen wollen**. Dies kann die Diskussion um Beschäftigungsfähigkeit, Fachkräftesicherung und Diversity um eine bislang unterbelichtete Perspektive erweitern: die spezifischen Stärken und Kompetenzen von Menschen, die eine Suchterkrankung aktiv bewältigt haben (z. B. Durchhaltevermögen, Selbstreflexion, Verantwortungsübernahme).

   In der Verknüpfung von Prävention, Anti-Stigma-Arbeit und **arbeitgeberseitigem Commitment** liegt ein besonderes Potenzial der Initiative: Sie schafft nicht nur Veränderung im öffentlichen Diskurs, sondern eröffnet zugleich konkrete Gesprächsräume zwischen Betroffenen, Hilfesystem und Wirtschaft – und damit neue Wege für **inklusive Personalpolitik auf regionaler Ebene**.

---

9. Fazit

Die Diskussion um „stigmafreie Sprache“ im Suchtbereich ist von hoher Bedeutung. Sie greift jedoch zu kurz, wenn sie sich primär auf Begriffe und Verbote konzentriert. Der hier vorgestellte Ansatz versteht Sprache als Ergebnis eines vorgelagerten Prozesses: **Narrativer Kontakt ermöglicht Verstehen, Verstehen verändert Haltungen, und veränderte Haltungen suchen sich andere Worte.**

Die Initiative „Respect vs Stigma – Superheld*innen“ setzt diese Logik praktisch um. Sie schafft Räume, in denen Menschen mit Suchterkrankungserfahrung ihre Geschichte erzählen, sichtbar werden und Anerkennung erfahren – und in denen Besucher:innen diesen Geschichten auf respektvolle, aber auch herausfordernde Weise begegnen. Das Projekt lässt sich als **dual wirkende Intervention** beschreiben: nach außen zur Reduktion von Stigma und zur Entwicklung eines respektvolleren Sprachgebrauchs, nach innen zur Stärkung derjenigen, deren Geschichten im Zentrum stehen.

In Zeiten zunehmender Ermüdung gegenüber Sprachdebatten könnte genau diese Kombination aus **Verstehen, Begegnung und Empowerment** ein vielversprechender Weg sein, alte Narrative und Glaubenssätze nicht nur umzubenennen, sondern Schritt für Schritt zu ersetzen. Die wandernde Struktur der Ausstellung verstärkt diesen Ansatz, indem sie ihn in verschiedene Regionen trägt und dort immer wieder neu mit Leben füllt.