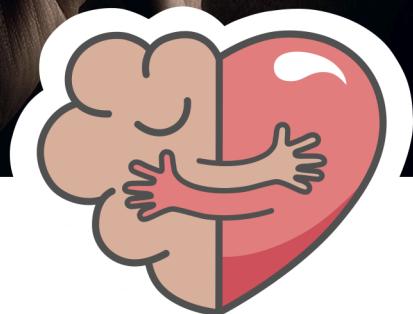


STILLE STUNDE

Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen und Beeinträchtigungen sichtbar machen.
Eine ehrenamtliche Initiative vom Verein gemeinsam zusammen e.V.



OFFENER BRIEF

**Umgang mit nicht
sichtbaren Behinderungen**



Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN DER BUNDESREGIERUNG,

schon bald wird hoffentlich unsere Petition veröffentlicht:

Der Deutsche Bundestag möge beschließen, die Teilhabe von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen verbindlich zu sichern und invisible Barrieren systematisch abzubauen:

1. Sofortige Schaffung zusätzlicher Kassensitze für Psychotherapie entsprechend der Versorgungslücke.
2. Nationale Standards für Bildung, Arbeit und öffentliche Einrichtungen.
3. Unverzügliche Einführung relevanter ICD-11-Diagnostik.
4. Nationale Strategie mit Budget, Monitoring & Betroffenenbeteiligung.

Wir bitten Sie, diese Schwerpunkte bereits in die Haushalts- und Strukturplanungen aufzunehmen. Es ist wahr, dass wir Menschen mit Behinderungen das Sozialsystem sprengen. Es muss umgedacht werden. Es braucht Reform, aber mit uns.

(Wir haben eine umfassende Zusammenfassung von Studien vorbereitet, die die Forderungen untermauern, die wir im Zuge der Petition veröffentlichen.)

Wir sind da, wir sind viele – und wir sind überfordert durch zu viele invisible Barrieren. Das kostet nicht nur unsere Lebenskraft, sondern auch die unserer Pädagog:innen, Führungskräfte, Familien, Pflegenden, Sozialämter, Gesundheitsämter, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen – das Sozialsystem. Aber wir sind auch eine Kraft und wirtschaftlich relevant. Wir wären auch lieber Teil der Gesellschaft, als auf die Gesellschaft angewiesen.

Unsere Versorgung kann strategisch geplant, effizienter und menschlicher gestaltet werden. Inklusion muss natürlich in die Gesellschaft integriert werden. Wenn nicht aus Menschlichkeit, dann aus Wirtschaftlichkeit. Denn sind wir gestärkt, stärkt das die Produktivität und Zusammenhalt – ein klarer Win-Win.

1. EINLEITUNG: UNSICHTBARE REALITÄT

- Die größte Gruppe von Menschen mit Behinderungen sind Menschen mit nicht sichtbaren Einschränkungen (neurologisch, psychisch, chronisch, sensorisch).
- Betroffen sind Millionen – mit massiven Teilhabeeinschränkungen, oft verbunden mit Schmerzen, Stigmatisierung, Ausgrenzung und erhöhter Suizidalität.
- Dennoch bleibt diese Gruppe weitgehend unerkannt und unberücksichtigt in Politik, Versorgung und Gesellschaft



2. Problemfelder

a) Prävention & Aufklärung

- Fehlendes Wissen über nicht sichtbare Behinderungen bei Fachkräften, Politik und Öffentlichkeit.
- Unkenntnis sensorischer, kommunikativer, stofflicher und sozialer Barrieren (invisible Barrieren).
- Fehlende Sensibilisierungskampagnen und niedrigschwellige Informationen. - Stigmatisierung: „Man sieht dir nichts an“ → Abwertung, Zweifel, Ableismus.

Präzisierung: Aufklärungsstrategie auf Bundesebene – verpflichtend für Schulen, Verwaltung, Gesundheitseinrichtungen und Menschen mit Kontakt zu der Zielgruppe.

b) Früherkennung & Versorgung

- Fehlende Leitfäden für Diagnosen, ähnlich wie bei Krebs, die strukturelle Inklusion fördern und Komorbiditäten verhindern.
- Diagnostische Hürden: Spätdiagnosen bei Autismus, ADHS, FASD etc.
- Fehlversorgung (z. B. Autismus, ME/CFS, Mastozytose, seltene Krankheiten).
- Überlastung von Angehörigen durch Systemlücken.
- Mangel an multiprofessionellen Angeboten (medizinisch, sozial, psychologisch).

Präzisierung: Einführung erst in 2027 ICD-11, verzögert geschlechtsspezifische Diagnostik,

c) Zugang zu Hilfen & Teilhabe

- Leistungen werden oft verweigert, weil Einschränkungen nicht sichtbar sind.
- Menschen müssen um Unterstützungsleistungen kämpfen, oft ohne Kraft.
- Invisible Barrieren verhindern Teilhabe in Arbeit, Bildung, Kultur und Sozialraum.
- Fehlende barrierefreie Kommunikation, neben leichter Sprache, auch neurodivergente Sprache verstehen.

Präzisierung: Einführung eines Leitfadens für den Abbau von invisible Barrieren, Umgang für Pädagog:innen, Lehrkräfte, Führungskräfte, Familien und Pflegende.

d) Spezifische Risikogruppen

- Neurodivergente Menschen (ASS, ADHS, Tourette, Dyslexie, FASD etc.).
- Chronisch Kranke (ME/CFS, Fibromyalgie, POTS, Long-COVID, Endometriose, Rheuma, Krebs, Migräne etc.).
- Psychisch Erkrankte (Depression, PTBS, Essstörungen, Borderline etc.).
- Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen (Hörverlust, Tinnitus, Sehstörungen).
- Seltene genetische Erkrankungen mit multiplen Belastungen.

e) Suizidprävention

- Studienlage: ca. zweistellig erhöhtes Risiko bei Autismus, ADHS, ME/CFS, FASD u.a.
- Fehlende Anpassung bestehender Präventionsprogramme an neurodivergente und chronisch erkrankte Gruppen.
- International erfolgreiche Ansätze fehlen in Deutschland.

Präzisierung: Aufbau eines Suizidregisters; verpflichtende Fortbildungen für Kontaktberufe; kommunale Krisendienste mit Peer-Beteiligung

Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen



f) Bildung

- Systemische Überforderung: Reizoffene Räume, große Klassen, fehlende Rückzugsorte → Eskalation, Fehlzeiten, Schulvermeidung.
- Kompetenzlücke: Zu wenig Wissen zu Neurodiversität, Trauma, sensorischer Verarbeitung in Aus- und Fortbildung.
- Diagnostik & Übergänge: Späte/fehlende Abklärung; Brüche zwischen Kita-Schule-Pädagogischer Austausch-Jugendhilfe-Medizin.
- Fehlende Strukturangebote: Kaum multiprofessionelle Teams (Sozialarbeit/Psychologie/Pflege), kaum Schulgesundheit.
- Digitale Barrieren: Lernplattformen und Verwaltungswege oft nicht barrierefrei bzw. nicht reizarm nutzbar, digitale Systeme sind nicht standardisiert für Kinder, die nur teilweise oder dauerhaft nicht vor Ort sein können.
- Präzisierung (haushaltsnah): Rechtsanspruch auf barrierefreies Lernen, Pflichtmodule zur Neurodiversität/Trauma, multiprofessionelle Inklusionsteams, Programm „Schulräume Reizarm“, digitale Barrierefreiheit, Frühwarn- & Feedbacksysteme.
- unterstützte Kommunikation, bzw. Gebärden sind kein Standard

3. Gesellschaftliche Dimensionen

Barrieren

- Neben mobilen Barrieren und taktilen Barrieren gibt es die dritte Dimension: Invisible Barrieren = sensorische, kommunikative und soziale Hürden.
- Diese sind nicht erfasst in BGG, SGB IX und Inklusionskonzepten – eine strukturelle Blindstelle.

Diskriminierung

- „Du siehst gar nicht behindert aus“ → Zweifel, Abwertung, Verweigerung.
- Ableismus führt zu Isolation, Burnout, Rückzug, Suizidrisiken.

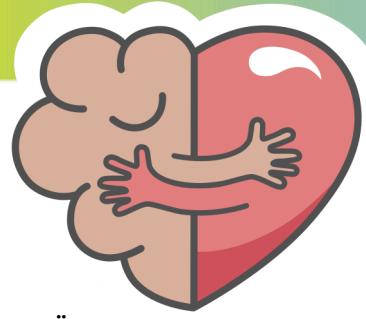
Präzisierung: Verankerung von „invisible Barrieren“ als Rechtskategorie.

Arbeitswelt

- Fehlendes Verständnis für Leistungsschwankungen, Erschöpfung, Pausenbedarfe.
- Hohe Arbeitslosigkeit bei neurodivergenten Menschen trotz Qualifikation.
- Kaum betriebliche Awareness-Programme.
- Keine Rückzugsorte, kein Wissen über neurodivergente Wahrnehmung und Kommunikation.

Präzisierung: Anonyme Abfragen zu Barrieren am Arbeitsplatz; Peer-Unterstützungssysteme; verbindliche Arbeitgeberprogramme..

Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen



Mobilität & Digitalisierung

- Invisible Barrieren bestehen auch in Verkehr & Infrastruktur: fehlende Ruheräume im ÖPNV, Überforderung durch teils öffentliche akustische und visuelle Reizüberflutung, fehlende geschulte Begleitung.
- Digitale Transformation muss barrierefrei gedacht werden: Telemedizin, digitale Verwaltungswege und Bildungsplattformen müssen neurodiversitäts- und chronikkompatibel sein, digitalität als Alltagsbegleiter für bestimmte Diagnosen etablieren.
- Präzisierung: Verpflichtende Standards für innovative digitale Konzepte zur Verbesserung der Teilhabe & reizärmere ÖPNV-Konzepte im Personenbeförderungsgesetz.

Pflege & Care

- Unsichtbare Behinderungen führen oft zu chronischen Pflegeverläufen, die Angehörige stark belasten.
- Notwendig sind verbindliche Entlastungsangebote für Angehörige, multiprofessionelle Pflegeteams und niedrigschwellige ambulante Unterstützung.

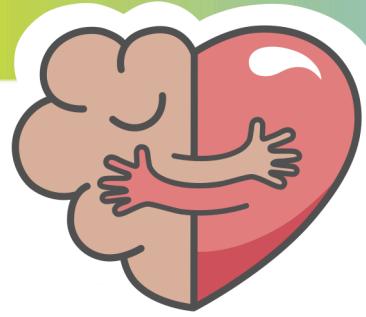
Soziale Sicherung & Armut

- Viele Betroffene geraten durch Leistungsausschlüsse, Misstrauen und bürokratische Hürden in Armut.
- Präzisierung: Reformbedarf in SGB II/XII und Erwerbsminderungsrente, damit unsichtbare Behinderungen nicht systematisch benachteiligt werden.

Gesundheit

- Gesundheit ist gesellschaftliche Infrastruktur: Voraussetzung für Bildung, Arbeit und Teilhabe – nicht nur ein Ressortthema.
- Unsichtbarkeit erzeugt Folgekosten: Erwerbsausfall, Frühberentung, Pflegebedarfe, Suizidalität, Vertrauensverlust in Institutionen.
- Prävention = Gerechtigkeit: Fehlende fröhe Sichtbarmachung, Care-Strukturen und Barrieren beim Zugang fördern Traumatisierung, Eskalationen und belasten das Sozialsystem.
- Fehlende angeschlossfähige Versorgungswege: Fehlende niedrigschwellige, wohnortnahe Angebote (Krisendienste, Gesundheitskioske, Peer-Beratung, Telemedizin) führen zu vermehrten Gesundheitskosten..
- Unwissenheit und fehlende angst- und reizsensible Settings (kommunikativ, stofflich, sensorisch) führen zur Nichtinanspruchnahme des Gesundheitssystems und hohen Folgekosten.
- Fehlende Daten & Transparenz, Register, Monitoring und öffentliche Berichte verhindern die Analyse von Versorgungslücken.
- Schnittstellenmanagement: Verbindliche Kooperation zwischen Schule, Arbeit, Pflege, Sozialleistungsträgern und Medizin – klare Lotsen/Ansprechstellen fehlt und führt zu Ineffizienz von Einzelmaßnahmen und Einzelprävention.
- Qualifizierung als Daueraufgabe für alle Kontaktberufe: Das Fehlen von Pflichtfortbildungen zu Neurodiversität, Trauma, sensorischer Verarbeitung und suizidpräventiver Haltung führt zu unwissentlichem behindertenfeindlichen Verhalten.
- Gesundheitsfolgenabschätzung: Neue Gesetze/Programme werden nicht systematisch auf Auswirkungen für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen geprüft.
- Verbindlichkeit: Barrierefreiheit (kommunikativ/stofflich/sensorisch) als Pflichtstandard für Kassen, Leistungserbringer, MD, Kammern und Einrichtungen.

Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen



Reform:

Öffentliche Zielvereinbarungen (Bund/Länder/Kassen/Kommunen) mit Indikatoren (z. B. Wartezeiten, Abbruchquoten, Kriseninterventionen, Rückkehr in Bildung/Arbeit); sozialraumorientierte Gesundheitsplanung mit Betroffenenbeteiligung.

4. FORDERUNGEN

Politisch-strukturell

- Anerkennung nicht sichtbarer Behinderungen als eigene Dimension in allen Rechtsgrundlagen (BGG, SGB, UN-BRK-Umsetzung).
- Verankerung von „invisible Barrieren“ als dritte Barrierekategorie neben mobil und taktil.
- Bundesweite Awareness-Kampagne für nicht sichtbare Behinderungen.
- Monitoring & Forschung zu Prävalenz, Versorgungslücken, Todesfolgen.

Strukturierte Forschungsarchitektur

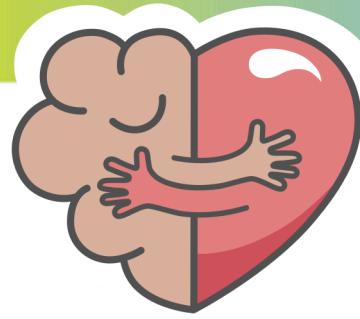
Die Erfahrungen mit ME/CFS, FASD, Autismus und anderen nicht sichtbaren Behinderungen zeigen ein wiederkehrendes Muster: Obwohl über Jahre deutliche Hinweise auf Versorgungslücken, erhöhte Mortalität oder Diskrepanzen zwischen Betroffenenrealität und Versorgung vorliegen, werden diese Signale nicht systematisch in Forschungs- und Politikplanung übersetzt. Forschung muss künftig proaktiv auf gesellschaftliche Veränderungen und wissenschaftliche Hinweise reagieren – nicht erst, wenn Krisen eskalieren.

Dafür braucht es eine Forschungsarchitektur, die Diskrepanzen ernst nimmt, Hinweise internationaler Studien und Betroffenenberichte früh integriert und daraus konkrete Forschungs- und Versorgungslinien ableitet. Nur so können wir vermeiden, dass zukünftig Gruppen mit hohen Belastungen und Risiken – wie bei ME/CFS, FASD oder Autismus – erneut jahrelang unberücksichtigt bleiben, obwohl die Evidenz längst vorhanden ist.

Suizidprävention

- Spezifische Maßnahmen für neurodivergente, chronisch erkrankte und psychisch erkrankte Menschen.
- Verpflichtende Schulungen für Fachkräfte in Medizin, Schule, Pflege und Verwaltung.
- Ausbau niedrigschwelliger Hilfen: Krisendienste, Peer-Beratung, digitale Zugänge.
- Konkrete Planung national relevanter Studien und Modelle bestehender Studien, die langfristige Fehlversorgung zukünftig möglichst vermeiden. .

Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen



Bildung & Arbeit

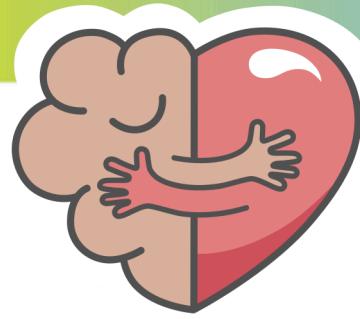
- Entwicklung UN-BRK-konformer Leitlinien, um verbindliche Mindeststandards für die Länder festzulegen
- Verpflichtende Aufnahme von Gebärdensprache, Wissen zu Neurodiversität, Wahrnehmungsbesonderheiten und modernen Lerntechniken in die Ausbildung und Lehrgänge für Pädagog:innen und Lehrkräfte.
- Standardisierte Sensibilisierung und Aufklärung in Kitas, Schulen und Hochschulen - damit Kinder und Jugendliche nicht durch Unwissen traumatisiert werden.
- Arbeitgeberprogramme zur Stärkung einer neurodiversen und chronisch-kranken Belegschaft.
- Förderung flexibler Arbeitsmodelle zur besseren Vereinbarkeit von Gesundheit und Erwerbstätigkeit.
- Safe Spaces & Rückzugsräume verpflichtend in Schulen und Betrieben.
- Neuroinklusive Architektur als verbindlicher Bestandteil von „Barrierefreies Bauen“.
- National gesteuerte Peer-Konzepte, die Selbsthilfe, Betroffenenexpertise und Arbeitswelt systematisch verbinden.
- Regelmäßige, anonymisierte Umfragen zur Evaluation von Überforderung und Bedarfen - als Monitoring-Instrument für gesellschaftlich relevante inklusive Strukturen.

Gesellschaft & Teilhabe

- Verpflichtende Ruheräume / reizarme Zeiten (Stille Stunde) in öffentlichen Räumen.
- Unterstützung von Selbsthilfe & Vereinen als Multiplikatoren.
- Stärkung von Angehörigen durch Entlastung und Beratung.

Gesundheit

- Barrierefreie Kommunikation: Leichte Sprache, Gebärdensprache, neurodivergenz-sensible Sprache; klare, vorwarnende Kommunikation z.B. bei Ängsten, Panikstörungen oder autistischem Burnout auf allen Gesundheitsebenen.
- Stofflich barrierefreie Umgebung: schadstoffarme Atemluft, parfümfrei, rauchfrei, allergenarm.
- Sensorische Zugänglichkeit: Reizarmut in Warte- und Behandlungsräumen, Schutz vor Hyperakusis/Hyperhören, angepasste Beleuchtung, Ruheräume.
- Eigene Abteilungen oder Krankenhäuser, die geschlossen werden sollten, könnten als reizarme Kompetenzcenter genutzt werden. Berücksichtigung spezifischer Symptome: Umgang mit Panikattacken, Erschöpfung, Fatigue, autistischem Burnout, chronischen Schmerzen.
- Care als zweite Säule: Neben der Akutmedizin braucht es Strukturen für Begleitung, Beziehung und Kontinuität - multiprofessionelle Teams, Care-Zentren, psychosoziale Lots:innen.
- Low-Threshold-Angebote: niederschwellige Erstkontakte (regionale Gesundheitskioske, Peer-Beratungen, mobile Diagnostik, digitale Tools) - damit unsichtbares Leid früh sichtbar wird.
- Reizarme Krankenhausarchitektur: Rückzugsräume, sensorische Anpassungen, Fortbildungen für Personal, Schutzstatus in der Aufnahme.



5. SCHLUSSGEDANKE

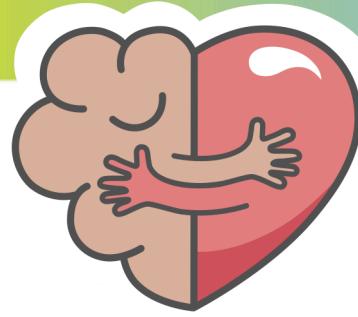
- Inklusion beginnt nicht bei Einzelmaßnahmen, sondern bei Strukturen. Haltung und Bildung sind die Basis – nur wenn wir systematisch Strukturen aufbauen und umsetzen, greifen einzelne Maßnahmen nachhaltig.
- Es braucht eine Taskforce „Invisible Barrieren“ sowie ein bundesweites Kompetenz- und Beratungszentrum (Hotline, digitale Plattform), das Pädagog:innen, Führungskräfte, Pflegende und Angehörige unterstützt, eine inklusive Umgebung für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen zu schaffen.
- Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sind viele – und sie sind verletzlich. Es ist eine vulnerable Gruppe. Gesellschaftliche Teilhabe ist hier Menschenrecht und strategische Aufgabe.
- Missverständnisse und herausforderndes Verhalten durch psychische oder sensorische Überforderung sind auch für das Umfeld schwer. Darum muss nicht nur die betroffene Person, sondern auch das Umfeld gestärkt werden.
- Inklusion heißt, das Unsichtbare sichtbar zu machen.
- Ein offener Blick kann Leben retten, Teilhabe sichern und Gesellschaft stärken.

6. WIR SIND VIELE:

Wer sind wir?

Entwicklungsstörungen und neurologische Erkrankungen: • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Autismus-Spektrum-Störung (ASS), CACNA1A-assozierte neurologische Erkrankungen, CHD8-Syndrom, FOXP1-Syndrom, SYNE1-assozierte neurologische Erkrankung, Dravet-Syndrom, Dyskalkulie (Rechenstörung), Dyslexie (Lese-Rechtschreib-Schwäche), Umschriebene Entwicklungsstörung Motorischer Funktionen (UEMF), Epilepsie, Episodische Ataxie Typ 2, Fragiles-X-Syndrom, Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD), HIVEP2-assozierte Entwicklungsstörung, Hochsensibilität, Hydrocephalus (Wasserkopf), Kanalopathien (z. B. SYNGAP1-assozierte neurologische Entwicklungsstörung), Legasthenie, Lernbehinderung, Lysosomale Speicherkrankheiten, Mutismus, Neuromuskuläre Erkrankungen, Nkx2-1-benigne hereditäre Chorea, PANDAS/PANS, Pathologische Anforderungenvermeidung (PDA), Parkinson-Syndrom, Rett-Syndrom, Spinale Muskelatrophie (SMA), Spina bifida (Offener Rücken), Tourette-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom.

Umgang mit nicht sichtbaren Behinderungen



Chronische Erkrankungen und Syndrom-Diagnosen:

Adipositas (Fettleibigkeit), Adenomyose, Angelman-Syndrom, Arthrosen, Ataxie (Störungen der Bewegungskoordination), Autoinflammatorische Fiebererkrankungen, Autonome Neuropathie, AV-Reentry-Syndrom, Balbuties (Stottern), Bandscheibenerkrankungen, Beckenbodendysfunktion, Bindegewebserkrankungen (inkl. Ehlers-Danlos-Syndrom, EDS), Bing-Horton-Syndrom (Clusterkopfschmerz), Borreliose (Borreliosis, chronische Lyme- Borreliose), Buschke-Ollendorff-Syndrom, Chronische Gastritis, Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS), chronische Schmerzen Colitis ulcerosa, Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn), Diabetes, Dissoziative Störung mit pseudoepileptischen Dämmerzuständen, Dysautonomie, Dystonie, Emphyseme (Überblähung der Lungenbläschen), Emery-Dreifuss-Syndrom, Endometriose, Fibromyalgie, Myasthenia gravis, Fruktoseintoleranz, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Meningitis, Gallensäureverlustsyndrom, Gastroparese (Magenentleerungsstörung), Generalisierte Muskelhypotonie, Hashimoto-Thyreoiditis (Autoimmune Schilddrüsenerkrankung), Hereditäre Alpha-Tryptasämie, Herzerkrankungen, Hidradenitis suppurativa (Akne inversa), HIV (Humanes Immundefizienz-Virus), Hochsensibilität, Hypertonie (Bluthochdruck), Hypermobilität (Überbeweglichkeit), Immundefekte (z. B. Hypogammaglobulinämie), Klippel-Feil-Syndrom, Kollagenosen (Bindegewebserkrankungen), Koronare Herzkrankheit (KHK), Leukodystrophie, Licht- und/oder Lärmempfindlichkeit, Lipödem, Lupus erythematoses (Lupus), Lysosomale Speicherkrankheiten, Mastzellaktivierungssyndrom (MCAS), (Systemische) Mastozytose, Migräne, Mikrodeletionssyndrome, Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), Morbus Crohn, Morbus Hailey-Hailey, Morbus Scheuermann, Multiple Chemikalien-Sensitivität (MCS), Multiple Sklerose (MS), Myalgische Enzephalomyelitis (ME), Myasthenia gravis, Nahrungsmittelintoleranzen (inkl. Salicylatintoleranz und Zöliakie), Okuläre Hypertension (Erhöhter Augeninnendruck), Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit, schwache Typen), Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS), Polyarthrose, Polyneuropathie, Post-COVID-Syndrom, Post-Vakzin-Syndrom, Posturales Tachykardie-Syndrom (POTS), Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS), Ramsay-Hunt-Syndrom, Raynaud-Syndrom, Reizdarmsyndrom, Restless-Legs-Syndrom (RLS), Rheuma, Schlafapnoe-Syndrom, Schlaganfall, Sicca-Syndrom (Trockene Schleimhäute), Small-Fiber-Neuropathie, Stenosen, Syringomyelie, Trigeminusneuralgie.

Psychische Erkrankungen:

Anorexia nervosa, Bipolare Störung (Manisch-depressive Erkrankung), Binge-Eating-Störung (BED), Borderline-Persönlichkeitsstörung, Bulimia nervosa, Depression, Dissoziative Identitätsstörung (DID), Dysthymie (Chronische depressive Verstimmung), Essstörungen, (inkl. Purging-Störung, Ruminationssstörung, Nachessstörung), Exkoriationsstörung, (Skin Picking), Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Orthorexie (Fixierung auf gesunde Ernährung), Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Schizophrenie, Schizoide Persönlichkeitsstörung, Soziale Angststörung, Suchterkrankungen, Zwangsstörung.

Sinnesbeeinträchtigungen:

Balbuties (Stottern), Okuläre Hypertension, Hörschädigung, Sehbeeinträchtigungen, Tinnitus,

Gemeinsam zusammen e.V.

Projekt: Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen.

Ansprechpartnerin: Rebecca Lefèvre

stille-stunde.com