

Friedrich Leidinger:

Im langen Schatten des Verbrechens.

Die Familien und Hinterbliebenen der in der NS-„Euthanasie“ Ermordeten und die Schuld der Überlebenden.¹

Im Sommer 2010 schrieb der Rentner Peter B. an die Direktion der psychiatrischen Klinik in S.. Er beschäftige sich mit seiner Familiengeschichte und habe den Hinweis, dass sein Großvater, Otto B.², vermutlich 1944 in dieser Klinik verstorben wäre. Er wollte nun wissen, ob sein Großvater im Rahmen der Nazi-„Euthanasie“ umgekommen sei.

Zufällig existierte in der Klinik immer noch ein sorgfältig geordnetes Krankenaktenarchiv, und so ließ sich anhand des Namens und Geburtsdatums die betreffende Krankenakte finden, die noch in einem guten Zustand war. Ein Blick auf das Sterbedatum auf dem Umschlagdeckel zeigte, dass die Sorge des Briefschreibers, sein Großvater sei im Rahmen der NS-„Euthanasie“ ermordet worden, unbegründet war: Otto B. starb im November 1945 und somit ein Dreivierteljahr nach der Besetzung der Anstalt durch amerikanische Truppen.

Die Akte enthielt eine Überraschung: Neben dem üblichen Aufnahmebericht, psychopathologischem Befund und Pflegerapport enthielt sie Ermittlungsakten der Geheimen Staatspolizei über Otto B., Verhörprotokolle und ein psychiatrisches Gutachten. Demnach hörten die Bewohner einer Bergarbeitersiedlung in Oberhausen am 27. März 1944, dem Tag des großen Bombenangriffs auf das Ruhrgebiet, einen lauten Tumult und dann Hilfeschreie aus der Wohnung der Familie B.. Als die Polizei die Wohnungstür öffnete, fand sie in der Küche die schrecklich zugerichtete Leiche von Paula B. und daneben ihren Mann, der eine Axt in der Hand hielt und immer nur wiederholte: „Ich musste es tun, ich musste es tun.“ Der Frührentner Otto B., 56 Jahre, hatte offensichtlich seine gleichaltrige Ehefrau erschlagen. In den Verhören schwieg der Verdächtige, dafür wussten die Nachbarn zu berichten, dass Frau B. seit längerem an Anfällen geistiger Umnachtung gelitten habe. Otto B. habe sich immer sehr liebevoll um seine Ehefrau gekümmert. Ein Jahr zuvor, nach dem ersten großen Fliegerangriff, sei sie sogar für mehrere Wochen in einer Anstalt gewesen. Er habe sie gegen den Rat der Ärzte nach Hause geholt und von da an Tag und Nacht auf sie aufgepasst. Auf keinen Fall, so habe er gegenüber seinen Nachbarn gesagt, wollte er sie noch einmal in die Anstalt bringen.

Dem Gutachten des Medizinalrats Dr. M. war zu entnehmen, dass er den B. in der Untersuchungshaft nach einem Selbstmordversuch aufgesucht hatte. Zunächst habe der Beschuldigte sich abweisend verhalten. Später habe er angegeben, er habe aus Liebe gehandelt. Am Tage ihres Todes, als der Fliegeralarm gegeben wurde, habe seine Ehefrau einen Nervenzusammenbruch gehabt. Sie habe um sich geschlagen, sich geweigert, in den Luftschutzraum zu gehen und versucht, aus dem Haus auf die Straße zu laufen. Niemals hätte er zulassen können, dass sie noch einmal in eine Anstalt gebracht worden wäre. Dr. M. kam zu der

¹ Vortrag auf der Tagung „Gegen das Vergessen: Aus der Geschichte lernen. Die Situation der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in der NS-Zeit“. Begleitprogramm zur Gedenkveranstaltung für die Opfer von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation. Berlin, 31.08.2018

² Der Name Otto B. ist ein Pseudonym. Als sein Enkel im Sommer 2010 nach seiner Akte fragte, wusste ich nicht, dass ich Jahre später einen Vortrag über die Angehörigen der Opfer der NS-„Euthanasie“ halten würde. Weder habe ich damals seine Akte kopiert, noch mir seinen Namen gemerkt, weshalb ich ihn hier nicht nennen kann. Aber die Geschichte hat sich tief in mein Gedächtnis eingepägt.

Auffassung, B. habe in der wahnhaften Überzeugung gehandelt, seine Frau könnte im Falle einer erneuten Anstaltseinweisung von den Ärzten umgebracht werden. Als Ursache für diesen Wahn erkannte Dr. M. eine Kopfverletzung, die B. 15 Jahre zuvor bei einem Grubenunglück erlitten und für die er eine Knappschaftsrente bewilligt bekommen hatte. Diese wahnhafte hirnorganische Störung habe in Verbindung mit einer depressiven Einengung seines Urteilsvermögens das Ausmaß einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 des Reichsstrafgesetzbuchs gehabt. Er trage daher keine Schuld am Mord an seiner Frau. Ausführlich argumentierte Dr. M., dass von B. keine Gefahr im Sinne des Gesetzes über gefährliche Gewohnheitsverbrecher ausgehe und er daher nicht in einer psychiatrischen Anstalt unterzubringen sei. Dennoch wurde Otto B. in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in S. eingewiesen. Nach dem Krankenbericht verhielt er sich dort völlig apathisch, er verstummte, aß fast nichts und wurde zeitweilig mit einer Sonde ernährt. Er starb an einer Lungenentzündung bei Auszehrung.

Eine Tragödie, wie sie zu allen Zeiten vorkommt. Ein verzweifelter Ehemann, der im Wahn seine psychisch kranke Frau erschlägt und nach einem misslungenen Suizidversuch in tiefe, tödliche Depression verfällt. Eine sorgfältig ermittelnde Polizei, ein gewissenhafter Psychiater. Aber als der Bergmann Otto B. seine psychisch kranke Ehefrau erschlug, waren bereits hunderttausende psychisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland im Auftrag der Regierung von Ärzten ermordet worden. Der Wahn, den der psychiatrische Sachverständige anführte, um Otto B. vor der sonst sicheren Todesstrafe zu bewahren, war kein Wahn. Er konnte nur als solcher durchgehen, weil die „Euthanasie“-Morde als geheime Reichssache offiziell verschwiegen wurden. Und während Otto B. vom Personal der Heil- und Pflegeanstalt in S. sogar mit der Sonde gefüttert wurde, ließ man in der selben Einrichtung mindestens 100 Kranke verhungern.

Paula B., das Opfer, war psychisch krank, und Otto B., ihr Mörder, war ihr Ehemann. Einer von tausenden Angehörigen psychisch kranker Menschen. Einer, der zum Täter geworden war.

Von Januar 1940 bis Ende 1941 sind über 70.000 psychisch kranke und behinderte Menschen mit CO-Gas in speziellen Tötungsanstalten der „Organisation T4“ vergiftet worden. Vermutlich aufgrund von Protesten in der Bevölkerung – darunter die Predigten des Kardinals von Galen – ordnete Hitler am 24. August 1941 den Abbruch der Aktion an. Es wurden aber weiterhin bis zum Kriegsende Zehntausende durch systematischen Entzug von Nahrung und Fürsorge absichtlich „niedergeführt“ oder erhielten Medikamentenüberdosierung und tödliche Injektionen. Zehntausende wurden dazu in andere Anstalten meist in Ostdeutschland oder in den besetzten Gebieten Polens und der Sowjetunion - fast immer ohne Aussicht auf Rückkehr - deportiert. Parallel dazu fand in speziellen Anstalten – „Kinderfachabteilungen“ - die Sichtung behinderter Kinder statt. Mindestens 5000 Jungen und Mädchen, die keine günstige Prognose erreichten, wurden mit Überdosen von Beruhigungsmitteln getötet. Die genaue Zahl der in der NS-„Euthanasie“³ ermordeten Menschen ist nicht bekannt. Nach seriösen Schätzungen liegt sie bei ungefähr 250.000 in Deutschland. Hinzuzuzählen sind Zehntausende, die in den von deutschen Soldaten besetzten Ländern Mittel- und Osteuropas erschossen, mit Vergasungswagen oder in Gaskammern vergiftet oder erschlagen wurden.

3 Einen Überblick über die Geschichte der Krankenmorde im Nationalsozialismus gibt: Klee E: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Fischer TB. Frankfurt am Main. 2009

Wenn wir davon ausgehen, dass jeder der Ermordeten im Durchschnitt mindestens zwei nahe Verwandte – Ehegatten, Eltern, Geschwister oder Kinder – hatte, so ist von einer halben Million direkter Angehöriger auszugehen. Wenn wir entferntere Verwandtschaftsgrade – Cousinen, Vettern, Tanten und Onkel – und ggfls. nicht verwandte Nahestehende, unverheiratete Lebensgefährten einbeziehen, so können wir annehmen, dass mindestens ein bis zwei Millionen der heute in Deutschland lebenden Erwachsenen vor 80 Jahren ein Mitglied ihrer Familie als „lebensunwert“ oder als „unnützen Esser“ verloren haben. Die meisten aber werden nichts davon wissen.

In den Familien der Opfer wurden die Verbrechen meist verschwiegen und verdrängt, sofern sie überhaupt bewusst wahrgenommen wurden. Aber das gilt ja nicht nur für die betroffenen Familien. Schon in den fünfziger Jahren, nur ein Jahrzehnt, nachdem die Beunruhigung der deutschen Bevölkerung das Regime zur teilweisen Einstellung der Vergasungsaktion oder wenigstens zu einem Strategiewechsel veranlasst hatte, lag über den Massenmorden in der NS-Zeit der Mantel des Schweigens. In der entnazifizierten BRD zeigte die Öffentlichkeit immer weniger Interesse an den NS-Verbrechen und in der DDR gedachte man zwar der Opfer des antifaschistischen Kampfes, die wegen ihrer Krankheit und Behinderung Ermordeten fanden dagegen keine Erwähnung⁴. Gleichzeitig setzten die allermeisten Täter ihre Karrieren in der BRD nahezu unbehelligt fort.

Mit dem Frankfurter Auschwitz-Prozess – 1963 bei 1965 – und noch einmal mit der in den USA produzierten Fernsehserie „Holocaust“, die 1979 mit großer Zuschauerbeteiligung in der ARD gesendet wurde, wurde der Massenmord an den europäischen Juden zum festen Bestandteil des deutschen Erinnerungskanons. Die Mordaktion an Kranken und Behinderten, die mit der Entwicklung der Gas-Technologie ein wichtiges Instrument für die nachfolgende Vernichtung der Juden geliefert hatte, blieb dagegen noch für lange Zeit vergessen und verdrängt.

Ermutigt durch die Arbeiten von Klaus Dörner (1967, 1979)⁵, Ernst Klee⁶ (1983) und anderen stellten sich die Beschäftigten in vielen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Kliniken der Geschichte ihrer Institutionen. Seit 35 Jahren trifft sich zweimal jährlich der „Arbeitskreis zur Erforschung der NS-„Euthanasie“ und Zwangssterilisation“. Dieser Zusammenschluss von Betroffenen, Angehörigen, Beschäftigten von psychiatrischen und Behinderteneinrichtungen und Wissenschaftlern hat nicht nur den Forschenden an vielen Orten Rückhalt gegeben und wichtige Projekte angestoßen, sondern auch eine Brücke vom historischen Wissen zu aktuellen politischen Debatten und zu ethischen Fragestellungen in Medizin und Biologie geschlagen. Seit den 1990er Jahren hat auch die Geschichtsforschung das Thema entdeckt. In den sechs ehemaligen T4-Tötungsanstalten Bernburg, Brandenburg, Grafeneck, Hadamar, Hartheim und Pirna-Sonnenstein

⁴ 1947 erklärte der Bürgermeister von Bernburg die Absicht, alles zu tun, „dass Bernburg den schwarzen Fleck seines Schildes, nämlich die Vernichtung vieler tausender Menschen in der Mordanstalt, auslöschen will“. Dabei bezog er sich allerdings ausdrücklich nur auf die im Rahmen der Aktion 14f13 in Bernburg ermordeten antifaschistischen Widerstandskämpfer, darunter die Kommunistin Olga Benario, nach der auch die zur Anstalt führende Straße benannt wurde. Eine geplante Gedenkstätte fiel allerdings – ähnlich wie in Brandenburg - 1952 aus dem Gedenkstättenverzeichnis der DDR heraus. Erst nach 1975 begann der neue Leiter der Bezirksnervenklinik, Dr. Helmut Späte, mit dem Aufbau einer Gedenkstätte, die alle 10.000 Ermordeten in der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt berücksichtigte, und gegen viele politische und institutionelle Widerstände 1989 eröffnet wurde. (Hagenah M: 20 Jahre Gedenkstätte Bernburg. Einige Anmerkungen zum Entstehen der Gedenkstätte. In: Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt (Hg): *Erinnern! Aufgabe. Chance.* Herausforderung. 2/2009. S 41-49)

⁵ (a) Dörner K: *Nationalsozialismus und Lebensvernichtung.* In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte. Jahrgang 15, Heft 2. S. 121-152. München 1967.
(b) Ders. (Hg): *Der Krieg gegen die psychisch Kranken: Nach Holocaust: Erkennen - Trauern - Begegnen.* Psychiatrie-Verlag Rehburg-Loccum. 1979

⁶ Klee E: *„Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.* S. Fischer, Frankfurt 1983

sind eindrucksvolle Zentren der Erinnerung und politischen Bildung entstanden. Gedenkstätten finden sich in zahlreichen weiteren Einrichtungen. Einen besonderen Akzent bildete zweifellos die öffentliche Selbstkritik der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die jahrzehntelang die Schreibtischtäter⁷ aus ihren Reihen als ärztliche und wissenschaftliche Vorbilder geehrt und gegen jeden Vorwurf in Schutz genommen hatte. Im Jahr 2011 beendete sie posthum deren Ehrenmitgliedschaft⁸, bat die Familien der Opfer um Verzeihung und beauftragte eine unabhängige internationale Historikerkommission mit der Erforschung der Rolle der DGPPN bei den Verbrechen der NS-Zeit. Deutschland hat, so hören wir bei verschiedenen Gelegenheiten, eine vorbildliche Erinnerungskultur.

Dass wir über das Erreichte nicht in Euphorie verfallen, mahnt uns eine repräsentative Studie der Universität Bielefeld im Auftrag der Stiftung „Erinnerung, Versöhnung, Zukunft“ vom Anfang des Jahres: Zwar hält die überwiegende Mehrheit der Befragten die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit für einen wichtigen Bestandteil ihrer Identität als Deutsche, aber auf die Frage, ob ihre Vorfahren zu den Opfern oder zu den Tätern der NS-Verbrechen zählten, meinten 54%, sie zählten zu den Opfern, und nur 17%, sie zählten zu den Tätern. Noch etwas mehr, nämlich 18%, meinten, ihre Vorfahren hätten Verfolgten (Juden) geholfen. Und auf die Frage, „waren unter ihren Vorfahren Täter des Zweiten Weltkriegs“ meinten gar mehr als zwei Drittel, 69,2%, „Nein“, lediglich 17,7 % „Ja“ und immerhin 11,2% ein ehrliches „Weiß nicht“⁹.

Wenn schon in der allgemeinen Öffentlichkeit nach Jahrzehnten intensiver Aufklärung, trotz einer unübersehbaren Menge von Publikationen, Filmen, Reportagen, Ausstellungen, trotz der wertvollen Arbeit in Gedenkstätten, Schulen und Bildungseinrichtungen eine so verzerrte, realitätsferne Wahrnehmung vorherrscht, wie sieht es dann bei den Nachfahren der unmittelbar Betroffenen aus?

Bevor wir dieser Frage für die Angehörigen der in der NS-„Euthanasie“ Ermordeten nachgehen, sollten wir uns mit einigen spezifischen Aspekten des Alltags von Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied befassen.

Sicher sind die Probleme von Angehörigen psychisch kranker Menschen sehr heterogen. Sie sind nicht nur spezifisch in Bezug auf die Art der Beziehung – Ehepartner, Kind oder Eltern, Geschwister etc. – sondern auch geprägt von Art und Ausmaß der Störung, sozialer und materieller Lage der Familie und einer Reihe weiterer Faktoren. Aber allen Familien psychisch kranker Menschen gemeinsam ist, dass sie immer auch von den sozialen Krankheitsfolgen – Stigmatisierung, Ausgrenzung, Verlust von Freunden und Bekanntschaften bis zur Isolation, sozialer Abstieg und materielle Verarmung – mitbetroffen sind. Weniger bedacht werden psychische Folgen wie der emotionale Stress im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Angehörigen. Erich Kästner schildert in seinen Lebenserinnerungen, wie er als kleiner Junge nach der Schule, Zettel fand, auf denen seine an Depressionen leidende Mutter ihren Suizid ankündigte, und er dann, statt mit seinen Freunden zu spielen, voller Angst zu den Dresdner Elbbrücken rannte¹⁰. Und wenn es auch keine eindeutigen Erkenntnisse über die Gefährlichkeit von

7 Der Beschluss der Mitgliederversammlung der DGPPN vom 24.11.2011 betraf die ehemaligen T4-Gutachter - Friedrich Mauz (1900-1979) und Friedrich Panse (1899-1973).

8 Beschluss zur Aberkennung der Ehrenmitgliedschaften vom 24. November 2011 im Rahmen der DGPPN-Mitgliederversammlung. Dokument im Internet: https://web.archive.org/web/20120831172932/http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/mitgliederversammlungen/mv2011/2011-11-24-beschluss-ehrenmitgliedschaften.pdf (30.08.2018)

9 Dokument im Internet: <https://www.stiftung-evz.de/service/presse/pressemitteilungen-2018/pm-studie-erinnerungskultur/bilder-grafiken-studie-erinnerungskultur.html> (26.08.2018)

10 Kästner E: Als ich ein kleiner Junge war. Atrium Verlag Zürich. 2016. S. 124-128

psychisch Kranken gibt, so sind im Falle eines tötlichen Angriffs psychisch kranker Täter Angehörige am häufigsten als Opfer betroffen.

Zu den besonders belastenden Problemen der Angehörigen gehört mit Sicherheit der Umgang mit der Psychiatrie. Selten fühlen sie sich von den psychiatrischen Profis in ihrer Betroffenheit ernstgenommen. Oft erleben sie sich in der Rolle von Schuldigen (früher Vererbung, heute Erziehung und Lebensstil) oder von lästigen Störern, uneinsichtigen Bittstellern etc.. Psychiatrische Institutionen verfügen über ein ganzes Arsenal von Abwehrmechanismen, um Angehörige aus der Einrichtung und aus dem Behandlungsgeschehen herauszuhalten. Die hier nur angedeuteten Belastungsmomente von Angehörigen sind zeitlos und seit den Anfängen der Psychiatrie belegt.

Der Aufbau einer systematischen Fürsorge für psychisch Kranke in Deutschland ist eng mit dem Bemühen um die Schaffung demokratischer Verhältnisse und seinem wiederholten Scheitern verbunden. Fast überall entstanden im 19. Jahrhundert neben einer kommunalen Armenfürsorge auch Vereine zur Unterstützung Geisteskranker. Zusätzlich gründete der Staat Anstalten zur Aufnahme solcher Geisteskranker, die in den kommunalen Einrichtungen der offenen Fürsorge nicht gehalten werden konnten.

In der Zeit des Übergangs zum 20. Jahrhundert, dem Zeitalter der Extreme, schwoll die Diskussion darüber an, dass wachsende Ausgaben für Pflege und Fürsorge für Schwache, Kranke und Behinderte zu einer ernststen Bedrohung für wirtschaftlichen Aufschwung, und gesellschaftlichen Fortschritt, ja für die Zukunft der Nation schlechthin werden. Der Erste Weltkrieg und der militärische und politische Zusammenbruch der alten Ordnung, Millionen Kriegstote und Massenelend in den Jahren nach 1918 beförderten eine Radikalisierung der Argumente. Warum sollte man schwache, unproduktive Individuen oder unheilbar Kranke bei hohen Kosten am Leben halten, wenn man im Krieg das Leben von Millionen gesunden, tüchtigen Männern geopfert hatte?

Meinungsforschung im modernen Sinne gab es in den Zwanziger Jahren noch nicht, und wenn es sie gegeben hätte, so hätten wir dieselben methodischen Probleme wie heute, um die Ergebnisse zu deuten. Aber wir kennen Meinungsäußerungen verschiedener einflussreicher Personen und Gruppen, und demnach befürworteten nicht nur Rechte oder Rassisten, sondern auch Liberale, Humanisten und Linke die Tötung von unheilbar Kranken als „Euthanasie“ oder „Gnadentod“. Noch weiter verbreitet war die Idee, behinderte Menschen zur Verhinderung vermeintlich erbkranker Nachkommen, notfalls auch im Rahmen staatlich verfügbaren Zwangs, unfruchtbar zu machen. Sogar die katholische Kirche zeigte Verständnis für solche modernen Fragen: 1927 rechtfertigte ein Theologe am Institut für Caritaswissenschaft in Freiburg, Dr. Joseph Mayer, die „Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker“. Seine Studie unter diesem Titel erschien mit ausdrücklicher Billigung der Bischöfe („Imprimatur“) im Verlag der Caritas¹¹. Sterilisation, ob freiwillig oder unter Zwang, „Gnadentod“, „Euthanasie“ – diese Themen beschäftigten nicht nur Ärzte und Juristen, sondern auch Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Politiker und die für die Fürsorge zuständigen kommunalen Einrichtungen.

Welche Rezeption fand nun die „Euthanasie“-Diskussion bei den Angehörigen? Eine oft zitierte Quelle wirft ein Schlaglicht auf die Stimmung in den Familien behinderter Menschen. 1920 machte der Arzt Ewald Meltzer, Leiter einer Pflegean-

11 nach: Gitschtaler B: Geerbtes Schweigen. Die Folgen der NS-„Euthanasie“. Salzburg-Wien. 2016. S 56.
Siehe auch: Klee E: „Euthanasie“ (s. Anm. 2). S 279-280

stalt für behinderte Kinder in der Oberlausitz, eine Umfrage unter den Eltern seiner Zöglinge. Seine Absicht war, Argumente gegen die „Euthanasie“-Diskussion zu sammeln. Zu seiner Überraschung antworteten 73% mit „ja“ auf die Frage, ob sie in „eine schmerzlose Lebensverkürzung“ ihres Kindes einwilligen würden, wenn „durch Sachverständige festgestellt würde, dass es unheilbar blöd ist“. Einige der „Ja“-Sager ließen erkennen, dass sie sich mit der Entscheidung überfordert fühlten und sie dem fachlichen Urteil und der hierarchischen Autorität der Ärzte überantworten wollten¹².

Natürlich kann man von der Antwort auf eine abstrakt gestellte Frage nicht auf die Motive schließen, die in der konkreten Situation entscheidungsrelevant wären. Doch offenkundig gab die öffentlich geführte „Euthanasie“-Debatte den Angehörigen einen Resonanzboden für die eigene psychische Abwehr von Krankheit und Behinderung, und so vertraten sie eine Haltung, die den Protagonisten der Krankenmordaktion 20 Jahre später sehr zupass kam. Wer nach den Gründen hierfür sucht, der sollte zum einen bedenken, dass die Betroffenen – viele aus dem Arbeitermilieu – gewohnt waren, sich in wichtigen Fragen an gesellschaftlichen Vorbildern – Ärzte, Wissenschaftler, Presse – zu orientieren. Und dort erfuhren sie, dass solche Individuen wie ihr kranker Angehöriger, eigentlich nicht existieren sollten. Zusätzlich reagierte die Bevölkerung in der Zeit nach dem Weltkrieg auf die Rückkehr tausender kriegsversehrter Veteranen mit zum Teil schrecklich entstellenden Verwundungen mit Abscheu und Ekel. Angesichts der Haltung gegenüber behinderten Menschen in der Öffentlichkeit resultierte aus der Unterbringung eines Familienmitglieds in einer Einrichtung ein ständiger Rechtfertigungszwang. Nicht jeder brachte die Kraft auf, den behinderten Angehörigen regelmäßig in der Anstalt zu besuchen, Kontakt zu ihm zu halten und auf diese Weise den Kräften der Aussonderung und Ausgrenzung entgegen zu wirken. Hinzu kam, dass die materiellen Lebensverhältnisse – Einkommen, Wohnung, Arbeitszeit – den Angehörigen eine häusliche Fürsorge für das behinderte Kind oft nicht erlaubten. Selbst wenn sie gewollt hätten, wäre es ihnen in den meisten Fällen unmöglich gewesen.

Die Wirtschaftskrise ab Ende der Zwanziger Jahre traf die Familien kranker oder behinderter Menschen mit voller Wucht: Wer nicht leistungsfähig war, war von Arbeitslosigkeit in viel stärkerem Maße betroffen als gesunde, leistungsstarke Menschen. Gleichzeitig wurden die in den vorangegangenen Jahren vielerorts aufgebauten Angebote der offenen oder ambulanten Fürsorge wieder eingestellt. Und in den Anstalten und Heimen verschlechterten sich die Betreuungsqualität und insbesondere die Ernährungslage spätestens ab 1929 drastisch¹³. Der Grund hierfür lag in einer gnadenlosen Sparpolitik der letzten rechtskonservativen Reichsregierungen. Mit der Machtübertragung an die NSDAP verschärfte sich die Lage der Familien mit einem psychisch kranken oder einem behinderten Angehörigen ab 1933 erheblich.

Eines der ersten Gesetze der neuen Regierung, das man als einen Eckpfeiler der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik bezeichnen kann, war das am 14. Juli 1933 vom Kabinett beschlossene „Erbgesundheitsgesetz“ (am 1. Januar 1934 in Kraft getreten). Etwa 350.000 Frauen und Männer wurden aufgrund dieses Gesetzes zwangsweise unfruchtbar gemacht; mindestens 5000 sind unmittelbar durch den Eingriff umgekommen. Die politischen Entscheidungsträger in der BRD haben lange Zeit das Erbgesundheitsgesetz nicht als ein verbrecheri-

12 Aly G: Die Belasteten. Frankfurt a.M. 2013. S 28ff

13 Faulstich H: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 1998.

sches Gesetz anzuerkennen vermocht. Erst 2007, nach mehreren vergeblichen Anläufen, wurde das Gesetz vom Deutschen Bundestag als nationalsozialistisches Unrecht geächtet, bis heute sind die Opfer dieses Unrechts dennoch nicht als Verfolgte anerkannt und haben auch keinen Anspruch auf Entschädigung. Das Sterilisierungsgesetz betraf nicht nur unmittelbar die Personen, bei denen eine der im Gesetz aufgeführten Erkrankungen diagnostiziert war, sondern auch alle mit dem Erkrankten Verwandten. Sie waren durch die Feststellung einer „Erbkrankheit“ in der Familie genauso stigmatisiert. Bei geplanter Eheschließung konnte nach dem Ehegesundheitsgesetz von 1935 zum Beispiel die Diagnose einer Schizophrenie bei Mutter oder Vater der Brautleute durchaus gravierende Probleme bereiten. Oder die Folgen im Falle einer Eigentumsübertragung eines Bauernhofes. 30% der Bevölkerung waren damals in der Landwirtschaft beschäftigt, nach dem „Erbhöfe-Gesetz“ von 1939 konnten die Hofbesitzer ihr Eigentum nur an einen Bauern „deutschen oder stammesgleichen Blutes“, der „ehrbar“ ist, vererben. Da konnte eine amtlich festgestellte „Erbkrankheit“ bei einem Hoferben schon erhebliche Probleme bereiten.

Ab 1933 überschwemmte eine wahre Propagandaflut das Land, mit der die Notwendigkeit der neuen Politik der Eugenik und Rassehygiene auch dem Letzten erklärt wurde. In allen Schulen, in öffentlichen Gebäuden, beim Arzt, im Krankenhaus und in der Apotheke: Überall traf man auf die Plakate, die dem Volk zeigten, wo es mittraue, die es den Schauer über die verdorbene Nachkommenschaft einer Alkoholikerin spüren ließen oder ihm vorrechneten, wie viele Ehestandsdarlehen für erbgesunde Familien von den eingesparten Pflegekosten für einen „Idioten“ finanziert werden könnten. Im Schatten dieser Propaganda verschärften die Sozialbehörden die Sparmaßnahmen in den Anstalten und Heimen und nahmen das Verhungern besonders schwacher und hilfsbedürftiger Kranker bewusst in Kauf.

In diesen ersten Jahren, in denen die Gefängnisse und neu geschaffenen Lager mit politischen Gegnern gefüllt wurden und erste Maßnahmen gegen die jüdische Bevölkerungsgruppe anliefen, hatte das Regime wachsenden Zuspruch in der Bevölkerung. Auch das wird seinen Eindruck auf die von Krankheit oder Behinderung betroffenen Familien nicht verfehlt haben.

Obwohl die Sterblichkeit in den Anstalten infolge der katastrophalen Verhältnisse enorm gestiegen war, nahm die Belegung insgesamt noch zu. Im Frühjahr 1939 begannen Fachleute aus der Kanzlei des Führers, des Innen- und des Gesundheitsministeriums, der Ärzteschaft und ausgewählte Wissenschaftler mit den Vorbereitungen für die „Beseitigung“ von „unheilbar kranken Ballastexistenzen“. Nach ihrer Planung sollten zwischen 200.000 und 400.000 Anstaltsinsassen von der Aktion erfasst werden. Nie zuvor hatte man die Tötung und Beseitigung einer so großen Zahl von Menschen geplant.

Am 1. September 1939 begann mit dem deutschen Überfall auf Polen der Krieg. Aus verschiedenen Quellen wissen wir, dass die deutsche Bevölkerung allgemein eher mit Sorge als mit Begeisterung auf die neue Lage reagierte. Die meisten erinnerten sich noch an die Niederlage von 1918 und die Hungerjahre. Die NS-Regierung hatte vorgesorgt: Stufenweise wurde bei Kriegsbeginn die Zwangsrationierung eingeführt. Fett, Fleisch, Butter, Milch, Käse, Zucker und Marmelade waren nur noch gegen Lebensmittelkarten erhältlich; Brot und Eier folgten ab dem 25. September. Mitte Oktober 1939 wurde die Rationierung von Textilien eingeführt.

Bereits in dem Jahrzehnt vor dem 1. September 1939 sind in Deutschland mehrere Tausend Kranke und Behinderte aufgrund der miserablen Lebensbedingun-

gen in den Anstalten oder als Folge der Operationen zur Zwangssterilisation umgekommen. In diesem Zusammenhang ist von keiner Seite – auch nicht seitens der Angehörigen – eine Äußerung der Kritik oder des Protestes bekannt geworden. Jetzt, mit dem Kriegsbeginn, lief die T4-Mordaktion an, deren einzelne Schritte – Fragebogenerfassung, Verlegung, Auflösung einzelner Anstalten - nach außen - also auch gegenüber den Angehörigen – üblicherweise als kriegswichtige Maßnahme deklariert wurden. Vereinzelt wird berichtet, dass sich skeptische Mitarbeiter in den Anstalten durch diesen Hinweis beschwichtigen ließen und zum Beispiel den Widerstand gegen die Bearbeitung der Erhebungsbögen aufgaben.

Wie stellten sich die Angehörigen der Aktion? Haben sie sie überhaupt wahrgenommen? Haben sie gewusst, was ihrem kranken oder behinderten Angehörigen drohte? Haben sie es hingenommen oder sogar gebilligt? Haben sie es gewünscht?

Wenn wir die verfügbaren Quellen befragen, so bekommen wir zur Reaktion der Angehörigen sehr widersprüchliche Antworten. Unmittelbar nach Kriegsende führte der Arzt und Sanitätsoffizier Dr. Robert Poitrot im Auftrag der französischen Militärregierung für Baden und Württemberg eine Untersuchung in allen Heilanstalten der Besatzungszone durch. Die erste in Betrieb gegangene T4-Tötungsanstalt Grafeneck lag in Württemberg und so ging er insbesondere den Berichten über die Krankenmorde nach. Poitrot befragte noch im Sommer 1945 vor allem das leitende ärztliche und Verwaltungspersonal. Über die Angehörigen steht in seinem Bericht: „Alle diejenigen, welche einen der ihren in der Anstalt hatten, lebten in banger Erwartung und versuchten, die Entlassung mit allen Mitteln herbeizuführen.“¹⁴ Der Historiker Dirk Blasius meinte sogar: „Vielleicht hat der Geisteskranke zu keiner Zeit in einem engeren Solidarverhältnis gestanden, als zur Zeit des Nationalsozialismus“, wobei sich Blasius allerdings vor allem auf die protokollierten Aussagen von Eltern und Ehegatten vor den Erbgesundheitsgerichten bezieht¹⁵.

Dagegen sind nur wenige Fälle bekannt, wo Angehörige gegen die ihnen bekannt gewordene Verlegung, welche doch die Voraussetzung für die spätere Ermordung war, protestiert hätten. Götz Aly nennt verschiedene Beispiele dafür, dass Patienten vor und nach dem Abtransport in eine Tötungsanstalt von ihren Angehörigen erfolgreich zurückgeholt wurden. „In knapp einem Prozent der Fälle protestierten Verwandte derart energisch, dass die Mörder von ihrem Opfer abließen“¹⁶. In einem anderen Fall wurden 97 Frauen am 7. August 1943 von Hamburg nach Hadamar transportiert, von denen 6 aufgrund der Intervention ihrer Angehörigen wieder entlassen wurden. Aly schlussfolgert: „Die anderen 91 mussten sterben, weil ihre Verwandten vielleicht schon tot waren, im Krieg standen, andere schwere Sorgen hatten, ihnen die Kraft, der Mut oder der Wille fehlte, sich um das Schicksal der deportierten und pflegebedürftigen Mütter, Töchter, Tanten oder Cousinen zu kümmern“¹⁷. Dabei lässt der Historiker Aly unerwähnt, dass vom 25. Juli bis 3. August 1943, kurz vor der Deportation der Hamburger Frauen, die britische und amerikanische Luftwaffe in der „Operation Gomorrha“ mehr als 8.000 Tonnen Spreng- und Brandbomben über Hamburg abgeworfen haben. 40.000 Einwohner kamen in diesen 10 Tagen ums Leben und große Teile der Stadt wurden in einen unbewohnbaren Trümmerhaufen verwandelt. Wer von den überle-

14 Poitrot R: Die Ermordeten waren schuldig? Amtliche Dokumente der Direction de la Santé Publique der französischen Militärregierung. Baden-Baden, Dezember 1945. Dokument im Internet: <http://www.spur-der-erinnerung.de/pdf/Poitrot.pdf> (26.08.2018)

15 Blasius D: Der verwaltete Wahnsinn. Frankfurt a.M. 1980

16 Aly: a.a.O. S 39

17 Aly: a.a.O. S 41

benden Hamburgern hätte da auf die Idee kommen sollen, seine Verwandte aus dem scheinbar sicheren Städtchen im Westerwald zurückzuholen?

Aly räumt ein, „einzelne Anstaltsdirektoren belogen besorgte Angehörige und wiesen sie ab. Aber den Berliner Organisatoren der Euthanasie war nicht am starren, sondern möglichst reibungslosen Vollzug ihres Vorhabens gelegen. Deshalb rieten sie immer wieder, Kranke zu entlassen, sofern nahe Verwandte mit Nachdruck darauf drängten“¹⁸.

Dies wird so gewesen sein. Allerdings erscheint die hier angedeutete Interpretation kaum seriös, die Angehörigen hätten einen maßgeblichen Einfluss auf die Durchführung der Aktion gehabt, ja, hätten sie es in der Hand gehabt, die Kranken vor der Gaskammer oder der tödlichen Injektion zu retten. Wir werden nie erfahren, wie viele Angehörige nach Eintreffen einer Verlegungsnachricht die Absicht hatten, zu intervenieren, wie viele davon tatsächlich nach ihren sachlichen Voraussetzungen dazu in der Lage waren, wie viele davon wiederum zu den Entscheidungsträgern durchgedrungen und wie viele von ihnen am Ende erfolgreich gewesen sind. Es gibt Beispiele dafür, dass Angehörigen die geforderte Herausgabe ihrer Kranken verweigert wurde. Der Zugang zu den Anstalten und die Besuchsmöglichkeiten waren streng reglementiert. Korrespondenz konnte in der Regel nur mit dem Personal, in der Regel den Ärzten, geführt werden. Die Einrichtungen trieben einen großen Aufwand, um die Angehörigen zu täuschen. Vor allem aber stehen alle bisher bekannten Beispiele für die Rettung von Kranken für eine kleine Zahl, die im Verhältnis zur kaum einzugrenzenden Zahl der Ermordeten statistisch nicht ins Gewicht fällt und keinesfalls eine allgemeine Schlussfolgerung erlaubt.

Selbst wenn sich eine größere Zahl von Angehörigen ungeachtet ihrer persönlichen Verhältnisse zu entschlossenem Widerstand bereit gefunden hätte, so scheint es völlig abwegig anzunehmen, dass sich die Verantwortlichen dadurch von der geplanten Beseitigung mehrerer hunderttausend unheilbar Kranker und Behinderter hätten abbringen lassen. Eben weil sie an einem reibungslosen Ablauf interessiert waren, konnten sie in Einzelfällen nachgeben, um so die Aktion mitten in Deutschland und inmitten ziviler Einrichtungen ungestört durchführen zu können. Schließlich waren die Abläufe, die zur Ermordung der Kranken führten, fast vollständig in den Behandlungsalltag der Anstalten integriert. Das galt für die Verlegungen, die nur wegen der großen Zahl Betroffener aus dem Üblichen herausfielen, das galt aber insbesondere für das Töten mit Hunger und mit Medikamenten.

Statt in den traditionellen Uniformen der Staatsgewalt traten die „Euthanasie“-Mörder als Ärzte und Pflegekräfte oder anonym als Kranken- oder Fürsorgeanstalt in Erscheinung. Angesichts der Bedrohung ihrer Kranken werden die Angehörigen in den allermeisten Fällen keine realen Handlungsmöglichkeiten gesehen haben. Erstens war es ihnen unmöglich, die Vorgänge in den Einrichtungen zu durchschauen und die tatsächliche Gefahr zu erkennen. Sodann hatten sie gegenüber den Institutionen eine untergeordnete Rolle als Bittsteller und mussten jederzeit befürchten, als Querulanten stigmatisiert zu werden. Die Beziehungen zu den Kranken waren in vielen Fällen durch die Umstände der Anstaltsverwahrung zerrüttet, viele hatten begründet Angst, im Falle einer Entlassung nicht für den Kranken sorgen zu können und für eventuelles Fehlverhalten verantwortlich zu sein, und eigene materielle Not – das und viele weitere Gründe waren wohl dafür verantwortlich, dass von ihrer Seite ein wirksamer Widerstand unterblieb.

18 ebenda

Vor allem aber mangelte es den Angehörigen an einem über den jeweiligen Einzelfall hinausreichenden kritischen Bewusstsein, das die grundlegende Voraussetzung für eine wirksame Bewertung der Vorgänge hätte bilden können. Einen kritischen Diskurs über Psychiatrie oder Behindertenhilfe, wie wir ihn heute kennen, gab es nicht einmal im Ansatz. Die Idee der Zugehörigkeit, die wir in der Gegenwart als Inklusionskonzept diskutieren und umsetzen, war mit der faschistischen Ideologie der leistungsfähigen Volksgemeinschaft unvereinbar. Ein Kritik aber - schreibt Petra Fuchs nach einer Analyse der Korrespondenz von Angehörigen der T4-Opfer - setzt „einen Standpunkt, Maßstäbe und Begrifflichkeiten voraus, die Urteilen erst ermöglichen. (...) Den archimedischen Punkt, von dem aus sie das nationalsozialistische Bild der ‚Minderwertigen‘ mit seinen Konsequenzen hätten außer Kraft setzen können, gab es nicht.“¹⁹

In einigen Fällen schrieben Angehörige Briefe, nachdem sie die Todesnachricht erhalten hatten, die ihnen – immer mit einer gefälschten Todesursache versehen – suggerieren sollte, das Geschehene als natürlichen Ausgang hinzunehmen. Sie fragten nach den Todesumständen oder baten um Mitteilung, ob sie an der Beisetzung teilnehmen könnten (fast immer hunderte Kilometer vom Heimatort entfernt!), oder sie schickten Geld für den Grabschmuck. Und einige äußerten verklausuliert ihre Zustimmung zur „Euthanasie“²⁰.

In den 1980er Jahren befragte eine Forschergruppe der Uniklinik Lübeck die Angehörigen von 20 ehemaligen Patienten der Heilanstalt Lübeck-Strecknitz, die im September 1941 in Anstalten nach Hessen deportiert und dort umgekommen waren. Insgesamt hatten 49 von ehemals 605 Patienten die Deportation überlebt. In den Interviews mit den betroffenen Familien waren verschiedene Bewältigungsstile zu erkennen: Einige sahen die Psychiatrie nur als eine unter vielen Institutionen des nationalsozialistischen Unterdrückungsapparates, kaum anders als ein KZ. Die Abwehr und die Angst vor der Psychiatrie überdauerte bei ihnen das Kriegsende, allerdings half diese Abwehr auch bei der Überwindung des Stigmas. Andere verstanden die Ermordung eines Angehörigen in der Anstalt als ein Kriegsoffer, das sie den anderen Kriegsoffern – gefallenen Soldaten – in der Familie gleichstellten. Insofern folgten sie der Argumentation der NS-Propaganda, die ja die Verlegungen als kriegswichtige Maßnahme begründete. Schließlich äußerten einige in mehr oder weniger ausgeprägter Weise Verständnis oder Akzeptanz für die „Euthanasie“ oder der eugenischen Propaganda, die z.B. bei Geschwistern von angeblich wegen einer Erbkrankheit Ermordeten dazu führte, dass diese „freiwillig“ auf Heirat und Kinder verzichteten. Und schließlich - bei zwei Interviewten - herrschte ein ritualisiertes Verschweigen, das ängstlich gewahrt wurde, um – wie die Betroffenen angaben – die nächste Generation vor Krankheit und Unheil zu schützen. Beide hatten als Kinder ihre Mutter bzw. ihren Vater in der „Euthanasie“ verloren und diesen Verlust in Zusammenhang mit der erlebten Stigmatisierung als Bestrafung mit depressiven Schuldgefühlen verstanden. Darüber vermochten sie mit niemand, nicht einmal mit dem Ehepartner zu sprechen. Ihre größte Sorge war, dass durch die Nachfrage der Universitätsklinik das Familiengeheimnis gelüftet würde.²¹

Der Prozess des „Vergessens“ setzte schon kurz nach dem Kriegsende ein. Die Gesellschaft hatte nach den Prozessen der ersten Nachkriegsjahre schon kein

19 Lutz P: Herz und Vernunft. Angehörige von „Euthanasie“-Opfern im Schriftwechsel mit den Anstalten. In: Fangerau H, Nolte K, (Hg): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 26) Stuttgart 2006, S 143-167

20 Delius P: Im Schatten der Opfer. In: Heesch E (Hg): Heilkunst in unheilvoller Zeit. Beiträge zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Frankfurt a.M. 1993. S 69ff

21 Delius, a.a.O. S 74-79

Interesse mehr an den Verbrechen, deren Opfer vor und nach dem Dritten Reich krasse Außenseiter gewesen waren. Auch die Psychiater, die den Überlebenden tagtäglich begegneten, fragten nicht nach den Folgen der Mordaktion. Und die Angehörigen? Woher hätten sie den Mut nehmen sollen, die ermordeten Kranken auf eine Stufe mit Widerstandskämpfern, politischen Oppositionellen, religiösen Würdenträgern oder den ermordeten Juden zu stellen? Waren letztere nicht vollkommen „unschuldig“, mindestens „unschuldiger“, als die psychisch Kranken, die womöglich doch Träger gefährlicher Gene waren, oder doch „zu Recht“ als „gemeingefährliche Geistesranke“ in der Heilanstalt untergebracht waren? Wohl unbewusst übernahmen auch Angehörige die eugenische und sozialdarwinistische Argumentation und spielten damit die Karte der Mörder.

Vor zwei Jahren traf ich am Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus mit Angehörigen einer Frau zusammen, die nach fast zehnjähriger Verwahrung in einer Anstalt im Mai 1941 nach Hadamar deportiert und dort am selben Tag ermordet worden war. Sie wünschten von mir die Bestätigung, dass die Cousine bzw. Tante gewiss nicht schizophren war, wie in der Krankenakte geschrieben stand, sondern eigentlich nur ein „Burnout“ hatte. Dann, so die Meinung, wäre sie ja „zu Unrecht“ ins Gas geschickt worden. Eine Cousine der Verstorbenen glaubte, dass sie durch die abartigen sexuellen Wünsche ihres Ehemannes, den man in der Familie noch kannte, traumatisiert war. Ein anderer meinte, „in ihrer eigenen Verwandtschaft gab es doch auch schon solche, also mit schwachen Nerven“. Mehr als 75 Jahre nach der Ermordung dieser Frau herrschte in dieser Familie ein heftiger Streit darüber, wer an ihrem Schicksal schuld war – der Ehemann, der Bruder, die Eltern? Nur nicht diejenigen, die angeordnet hatten, sie mit Giftgas zu ersticken, und die diesen Mord ausgeführt hatten.

Wer heute sagt, sein Großvater kam als Widerstandskämpfer im KZ um, erntet anerkennende Zustimmung. Wer sagt, sein Großvater war bei der SS, erntet Lob für seine Ehrlichkeit und bisweilen auch wohlwollendes Mitleid. Wer aber sagt, seine Großmutter wurde wegen ihrer Schizophrenie in der Aktion T4 ermordet, wird immer die Irritation seiner Umgebung spüren. Ist er doch Träger eines vielleicht gefährlichen Merkmals, möglicherweise belastet mit krankhaften Erbanlagen. So ist verständlich, dass in der Zeit der „1968er“ zwar die NS-Verstrickung vieler Täter und auch das Andenken vieler Verfolgter wieder in der Öffentlichkeit aufgedeckt wurden, die Opfer der Nazi-Psychiatrie dagegen kaum Erwähnung fanden und ihre Angehörigen weiterhin im Schatten verblieben.

Die Zerrüttung der familiären Beziehungen und damit auch der Loyalität unter den Familienangehörigen überdauerte meist auch, wenn die Deportierten das Kriegsende überlebten. Vermutlich liegen die Gründe dafür in den schwierigen, oft chaotischen Verhältnissen der Nachkriegsjahre, die es den Familien erschwerten, sich um den in einer entfernten Anstalt verbliebenen Angehörigen zu kümmern. Zum anderen leisteten die Behörden, die doch die Deportation veranlasst und durchgeführt hatten, nicht nur keine Unterstützung bei der Aufklärung des Verbleibs der Betroffenen und ihrer Rückkehr, sondern behinderten deren Rückkehr. Beispielhaft beschreibt Peter Delius (s. Anm. 21) den Fall einer Lübecker Patientin, die sich bei Kriegsende in Brandenburg befand. Erst 1956, nach jahrelangen Kämpfen ihrer Familie, erhielt sie „ausnahmsweise“ die Erlaubnis des Landesfürsorgeverbands Schleswig-Holstein zur Verlegung aus der Klinik in Brandenburg (inzwischen DDR) in ein Landeskrankenhaus in Schleswig-Holstein. Noch in den 1950er Jahren wurden Kranke, die den Krieg in Anstalten in den ehemaligen deutschen Ostgebieten sowie anderen polnischen und sowjetischen Anstalten überlebt hatten, über das Internationale Komitee vom Roten Kreuz in die BRD und in die DDR repatriert. Aus den mir persönlich bekannten Einzelfäl-

len ist nicht ersichtlich, dass ihre Angehörigen in irgendeiner Form daran beteiligt oder wenigstens informiert wurden. Die Betroffenen wurden einfach von der Sozialverwaltung auf irgendeine Anstalt verteilt, wo gerade Platz war oder – denn oft handelte es sich um arbeitsfähige Kranke – eine Arbeitskraft gesucht war.

In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass die Wohlfahrtsbehörden praktisch immer schon besonders schwierige oder pflegeaufwändige Personen in die Obhut vor allem freigemeinnütziger oder privater Einrichtungen gaben, die oft auch besonders entlegen waren. Handelte es sich um Angehörige der unteren sozialen Schichten, war ihr Schicksal damit meistens besiegelt: fast immer fehlte es an Geld und anderen Voraussetzungen, um das erkrankte Familienmitglied in einer abgelegenen Einrichtung zu besuchen. Die einzige verbliebene Kontaktmöglichkeit war das Briefeschreiben. So förderten die Maßnahmen der Sozialverwaltung die Zerrüttung der letzten verbliebenen familiären Beziehungen.

Erst mit der Psychiatrie-Reform, ab 1970, wurde das Prinzip der gemeindenahen Versorgung schrittweise und gegen erhebliche Widerstände psychiatrischer Institutionen und vor allem der Sozialhilfeträger zur Planungsgrundlage der psychiatrischen Versorgung. Diesem Prinzip lag die Erkenntnis zugrunde, dass die Rehabilitationschancen eines psychisch Erkrankten mit zunehmender Entfernung vom Wohnort geringer waren. Auch heute kommt es immer wieder vor, dass einzelne Kranke von Sozialbehörden oder gesetzlichen Betreuern hunderte Kilometer von ihren Familien entfernt in angeblich speziell für sie geeigneten Einrichtungen untergebracht werden.

Am Anfang der Psychiatrie-Reform spielten die Angehörigen noch keine Rolle. Zum ersten Mal traten sie als am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess beteiligte Gruppe in Erscheinung, als Klaus Dörner und Ursula Plog in den 1970er Jahren eine Angehörigengruppe in der Tagesklinik in Hamburg-Eppendorf installierten. Aber es dauerte noch ein Jahrzehnt, bis mit der Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch kranker Menschen (BApK) 1985 erstmalig eine institutionalisierte Interessenvertretung der Angehörigen auftrat. Gewaltige politische Widerstände und enorme strukturelle Probleme waren zu lösen, bis dieser Verband als Stimme einer betroffenen Gruppe in der gesundheits- und sozialpolitischen Debatte über die zukünftige psychiatrische Versorgung wahrgenommen wurde.

Diese wichtige Veränderung im Koordinatensystem der psychiatrischen Öffentlichkeit und der Psychiatriepolitik hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Hinterbliebene von Opfern der Nazi-Psychiatrie – meist aus der zweiten oder dritten Generation – das Tabu beiseite geschoben und die Schicksale von Mitgliedern ihrer Familie aufgedeckt haben, die längst vergessen schienen. Erst ihren Recherchen verdanken wir einen unverstellten, nicht durch medizinische Begrifflichkeiten entstellten Blick auf die ermordeten Menschen.