

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dissertation

Todesfälle an der Berliner Mauer – eine rechtsmedizinische Analyse

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Katja Niedergesäß

aus Cottbus

Datum der Promotion: 4. März 2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Gendererklärung	X
Nomenklatur „Mauertote“	XI
Zusammenfassung	XII
Abstract	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Historischer Rahmen	1
1.1.1 Von der deutschen Teilung zum Bau der Berliner Mauer	1
1.1.2 Aufbau der Grenzsicherungsanlagen in Berlin	3
1.1.3 Bildung der Grenztruppen	3
1.1.4 Schusswaffengebrauchsbestimmungen	5
1.2 Rechtsgrundlagen von Leichenschau und -öffnung in der DDR und der BRD	6
1.3 Inhalt und Gliederung von Sektionsprotokollen in der DDR und der BRD . .	10
1.4 Ausgewählte Aspekte der forensischen Traumatologie und Toxikologie	13
1.4.1 Vorbemerkungen	13
1.4.2 Formen von Gewalteinwirkungen	13
1.4.3 Todesursachen bei äußerer Gewalteinwirkung	13
1.4.4 Vitale Reaktionen	14
1.4.5 Stumpfe Gewalteinwirkung	15
1.4.6 Schussverletzungen	17
1.4.7 Ersticken und Tod im Wasser	18
1.4.8 Blutalkoholbestimmung	21
1.5 Aktueller Forschungsstand	21
1.6 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit	24
2 Material und Methoden	25
2.1 Einschlusskriterien	25
2.2 Rahmenbedingungen der Archivrecherche	27
2.3 Ablauf der Archivrecherche	29

2.4	Datenerhebung in Bezug auf die Sektionsprotokolle der Mauertoten	31
2.5	Datenerhebung in Bezug auf die Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße	34
2.6	Datenauswertung	35
3	Ergebnisse	36
3.1	Demographische Daten der Mauertoten	36
3.1.1	Alter und Geschlecht	36
3.1.2	Zeitliche Verteilung der Todesfälle	36
3.1.3	Herkunftsorte und Fluchtabsichten	37
3.2	Erschließung der Sektionsprotokolle der Mauertoten	37
3.3	Bergungsorte der Mauertoten	42
3.4	Sektionsorte der Mauertoten	43
3.5	Sektionsarten und -frequenz der Mauertoten	44
3.6	Gliederung der Sektionsprotokolle der Mauertoten und der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße	49
3.7	Die Rolle des Instituts für gerichtliche Medizin der Humboldt Universität zu Berlin	52
3.7.1	Allgemeines Prozedere bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten	52
3.7.2	Erfassung der Mauertoten bei Einlieferung und Sektion	55
3.7.3	Totenscheine der Mauertoten	56
3.8	Die Rolle der Militärmedizinischen Akademie Bad Saarow	58
3.8.1	Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten	58
3.8.2	Totenscheine der Mauertoten	59
3.9	Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten	60
3.10	Medizinische Versorgung und Krankenhausaufenthalte der Mauertoten	62
3.11	Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten	64
3.12	Schussverletzungen der Mauertoten	67
3.12.1	Waffen	67
3.12.2	Schussentfernung	68
3.12.3	Lokalisationen	69
3.13	Todesursachen der Mauertoten	71
3.14	Einzelfallbetrachtungen der Mauertoten	77
3.14.1	Vorbemerkungen	77
3.14.2	Schussverletzungen	78
3.14.3	Ersticken und Tod im Wasser ohne fremde Gewalteinwirkung	108
3.14.4	Verletzungen durch stumpfe Gewalt	110
3.15	Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße	113

4 Diskussion	116
4.1 Demographische Daten der Mauertoten	116
4.1.1 Alter und Geschlecht	116
4.1.2 Zeitliche Verteilung der Todesfälle	116
4.1.3 Herkunftsorte und Fluchtabsichten	117
4.2 Erschließung der Sektionsprotokolle der Mauertoten	117
4.3 Bergungs-, Sterbe- und Sektionsorte der Mauertoten	119
4.4 Sektionsarten und -frequenz der Mauertoten	120
4.5 Die Rolle des Instituts für gerichtliche Medizin der Humboldt Universität zu Berlin	122
4.5.1 Allgemeines Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten	122
4.5.2 Totenscheine der Mauertoten	124
4.6 Die Rolle der Militärmedizinischen Akademie Bad Saarow	126
4.6.1 Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten	126
4.6.2 Totenscheine der Mauertoten	126
4.7 Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten	127
4.8 Medizinische Versorgung und Krankenhausaufenthalte der Mauertoten	128
4.9 Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten	131
4.10 Schussverletzungen der Mauertoten	132
4.10.1 Waffen	132
4.10.2 Schussentfernung	133
4.10.3 Lokalisationen	134
4.11 Todesursachen der Mauertoten	134
4.12 Einzelfallbetrachtungen der Mauertoten	135
4.12.1 Vorbemerkungen	135
4.12.2 Schussverletzungen	136
4.12.3 Ersticken und Tod im Wasser ohne fremde Gewalteinwirkung	146
4.12.4 Verletzungen durch stumpfe Gewalt	147
4.13 Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße	148
4.14 Schlussbemerkungen	150
Literatur- und Quellenverzeichnis	152
Eidesstattliche Versicherung	164
Lebenslauf	165
Danksagung	166

Abkürzungsverzeichnis

ADH	Alkoholdehydrogenase
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Az.	Aktenzeichen
BArch	Bundesarchiv
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BStU	Bundesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik
cm	Zentimeter
DDR	Deutsche Demokratische Republik
Dr.	Doktor/-in
DV	Dienstvorschrift
FU	Freie Universität Berlin
g/cm²	Gramm pro Quadratzentimeter
GBM	Gedenkstätte Berliner Mauer
GerMed	Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin
HU	Humboldt-Universität zu Berlin
IGM	Institut für gerichtliche Medizin
I-RM-V	Institut für Rechtsmedizin/Verwaltung
KSZE	Konferenz über Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa
LSH W	Leichenschauhaus West
m	Meter
m/s	Meter pro Sekunde
MA	Militärarchiv
MdI	Ministerium des Inneren der DDR
MfNV	Ministerium für Nationale Verteidigung der DDR
MfS	Ministerium für Staatssicherheit der DDR
µg/cm²	Mikrogramm pro Quadratzentimeter
mm	Millimeter
MMA	Militärmedizinische Akademie Bad Saarow
MUK	Morduntersuchungskommission
Nr.	Nummer
NVA	Nationale Volksarmee
PD	Privatdozent
SBM	Stiftung Berliner Mauer
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
StA	Staatsanwaltschaft

StPO	Strafprozessordnung
StUG	Stasi-Unterlagen-Gesetz
UA	Universitätsarchiv
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VP	Volkspolizei
VPK	Krankenhaus der Volkspolizei
ZERV	Zentrale Ermittlungsstelle für Regierungs- und Vereinskriminalität
ZZF	Leibniz-Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam

Abbildungsverzeichnis

1	Lage und Verlauf der Berliner Mauer und der Grenzübergangsstellen bis 1989.	2
2	Nachzeichnung eines von den Grenztruppen angefertigten Schemas der Grenzanlagen der Berliner Mauer aus dem Jahr 1983.	4
3	Totenschein aus der DDR für Verstorbene, die bei Eintritt des Todes ein Jahr oder älter waren.	8
4	Anordnung einer Leichenöffnung nach § 69 StPO der DDR im Jahr 1964. . .	9
5	Außenansicht des IGM der HU in der Hannoverschen Straße (1980er Jahre).	28
6	Sektionssaal des IGM der HU (1980er Jahre).	28
7	Ausschnitt einer Doppelseite aus einem Hauptbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1961	29
8	Ausschnitt einer Doppelseite aus einem Sektionsbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1961	30
9	Skizze der Grenzübergangsstelle Friedrichstraße aus dem Jahre 1974.	35
10	Altersverteilung der Mauertoten. N = 139.	36
11	Anzahl der Mauertoten 1961–1989 pro Jahr. N = 140.	37
12	Eintrag im Sektionsbuch 1975/1976 zur Vernichtung der Sektionsprotokolle bis Dezember 1962 im IGM der HU.	46
13	Deckblattausschnitt eines Sektionsprotokolls aus der MMA	49
14	Deckblatt eines Sektionsprotokolls aus dem IGM der HU	50
15	Deckblatt eines Sektionsprotokolls aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU	51
16	Auszug aus dem Hauptbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1966 mit dem Vermerk, dass die Sektionsprotokolle vom MfS eingezogen wurden.	52
17	Deckblattausschnitt des Sektionsprotokolls von <i>Peter Göring (20)</i>	53
18	Deckblattausschnitt des Sektionsprotokolls von <i>Gerald Thiem (96)</i>	53
19	Auszug aus dem Sektionsprotokoll von <i>Walter Kittel (62)</i>	54
20	Auszug aus dem Sektionsprotokoll von <i>Helmut Kliem (97)</i>	55
21	Aktennotiz zur Pflicht zur Geheimhaltung von Berufsgeheimnissen in Bezug auf den Mauertoten <i>Egon Schultz (52)</i>	55
22	Verteilung der Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten mit Mittelwerten > 0,10 ‰. N = 34.	61
23	Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten. N = 140.	64
24	Verteilung der Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten auf die Jahre 1961–1989. N = 140.	65

Tabellenverzeichnis

1	Übliche Gliederung eines Sektionsprotokolls in der DDR.	10
2	Übliche Gliederung eines Sektionsprotokolls nach den Leitlinien zur rechtsmedizinischen Leichenöffnung der AWMF.	12
3	Namensliste der Todesfälle an der Berliner Mauer 1961–1989.	25
4	Kategorien der Datenerfassung der Archivrecherche.	32
5	Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten und anderer Materialien in den Archiven der jeweiligen Institute und Institutionen.	38
6	Mauertote, deren Sektionsprotokolle zusätzlich zu den Protokollen, die dem Projekt der SBM und des ZZF vorlagen, aufgefunden wurden. N = 21. . . .	38
7	Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten in den Archiven der jeweiligen Institute und Institutionen inklusive der Archivsignaturen.	39
8	Sektionsorte der Mauertoten. N = 113.	43
9	Durchführung von Sektionen an Mauertoten unterteilt nach ihren Bergungsorten. N = 139.	44
10	Übersicht der zur Auswertung nicht vorhandenen Sektionsprotokolle der Mauertoten bezogen auf ihre Bergungsorte. N = 36.	45
11	Mauertote, für die ein Eintrag im Hauptbuch als Hinweis auf den Eingang des Leichnams im IGM der HU vorhanden war, die jedoch nicht obduziert wurden. N = 10.	45
12	Darstellung der Durchführung der Sektionen, der Auffindbarkeit und Vollständigkeit der Protokolle und der Sektionsorte. N = 140.	46
13	Namen und Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten mit Mittelwerten > 0,10 ‰. N = 34.	61
14	Anzahl der Mauertoten mit Blutalkoholkonzentrationen von im Mittelwert > 0,10 ‰ bezogen auf die Todesursachen und eine Fluchtabsicht. N = 34. . .	62
15	Zeit von der Verletzung bis zur professionellen medizinischen Versorgung und Zustand der Mauertoten bei Einlieferung ins Krankenhaus. N = 67.	63
16	Fälle mit protrahierter medizinischer Responsezeit (> 30 Minuten). N = 13.	64
17	Unterteilung der Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten. N = 140.	66
18	Auffindbarkeit der Sektionsprotokolle und Bergungsorte der Mauertoten bezogen auf die Unterteilung der Todesursachen im weiteren Sinne. N = 140. . .	66
19	Verwendete Waffentypen. N = 103.	67
20	Differenzierung der Schussentfernung. N = 102.	68
21	Anzahl der Mauertoten mit isolierten Schussverletzungen von Kopf, Rumpf oder Extremitäten. N = 57.	70
22	Anzahl der Mauertoten mit multiplen Schussverletzungen von Kopf, Rumpf und Extremitäten. N = 43.	70

23	Todesursachen der Mauertoten, für die ein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 103.	72
24	Todesursachen der Mauertoten, für die kein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 37.	76
25	Zusammenfassung der einzelnen Obduktionsbefunde der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße, für die ein Sektionsprotokoll aufzufinden war. N = 37.	114

Gendererklärung

In der vorliegenden Promotionsarbeit wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit im Plural das generische Maskulinum verwendet. Dieses bezieht sich dabei immer zugleich auf alle Menschen und Geschlechter. Im Singular wird explizit das biologische Geschlecht benannt.

Nomenklatur „Mauertote“

In der vorliegenden Promotionsarbeit werden die Todesfälle an der Berliner Mauer aus Gründen der leichteren Lesbarkeit und zur Verkürzung auch mit dem umgangssprachlich gebräuchlichen Begriff „Mauertote“ bezeichnet. Hiermit sind Personen gemeint, die zwischen dem 13. August 1961 und dem 9. November 1989 an der innerstädtischen Grenze zwischen West- und Ost-Berlin und an der Außengrenze zwischen West-Berlin und dem Gebiet der Deutschen Demokratischen Republik bei einem Fluchtversuch oder in engem zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem Grenzregime ums Leben gekommen sind.

Zusammenfassung

Nach einem Forschungsprojekt des Leibniz-Zentrums für Zeithistorische Forschung Potsdam (ZZF) und der Stiftung Berliner Mauer (SBM) kamen von 1961 bis 1989 insgesamt 140 Personen in Zusammenhang mit dem Grenzregime an der Berliner Mauer zu Tode. Hauptziel dieser Arbeit war die Beschaffung und rechtsmedizinische Analyse der Sektionsprotokolle dieser sogenannten Mauertoten. Ein erweitertes Forschungsinteresse galt zudem 227 weiteren Todesfällen im gleichen Zeitraum im Bereich des Grenzüberganges Berlin-Friedrichstraße mit unklarem Zusammenhang zum Grenzregime. Es erfolgte eine umfangreiche Archivrecherche, wobei das Hauptaugenmerk den rechtsmedizinischen Dokumentationen zu den Mauertoten galt.

Die Mauertoten waren in 94,3 % der Fälle männlich. Das mittlere Alter betrug 25,3 Jahre. 55,7 % verstarben bis zum Ende des Jahres 1966. 81,4 % der Mauertoten waren Bürger der DDR und 15,7 % waren Bürger der BRD. 72,1 % der Personen starben bei einem Fluchtversuch. Von den 119 in Ost-Berlin geborgenen Personen wurden 95 obduziert. Von diesen wurden 78,9 % am Institut für gerichtliche Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin und 12,6 % an der Militärmedizinischen Akademie Bad Saarow obduziert. Von den 20 in West-Berlin geborgenen Mauertoten wurden 16 obduziert. Insgesamt wurden für 93,6 % der Obduzierten Sektionsprotokolle aufgefunden. In 97 Fällen lag eine Tötung durch fremde Hand und bei 3 Personen eine Selbsttötung vor. 37 Personen waren tödlich verunglückt. In 72,9 % der Fälle lagen Schussverletzungen allein oder in Kombination mit Ertrinken/Ersticken vor. In 40 % lag ein Tod im Wasser allein oder in Kombination mit Schussverletzungen vor. In 9,3 % der Fälle waren stumpfe Gewalteinwirkungen, wie Stürze und Überrollungen durch Schienenfahrzeuge, todesursächlich. Von den 227 Todesfällen im Bereich des Grenzüberganges Berlin-Friedrichstraße standen 37 Sektionsprotokolle für eine Auswertung zur Verfügung. 94,6 % dieser Betroffenen waren an einem plötzlichen Herztod auf Basis vorbestehender krankhafter Organveränderungen verstorben.

Es erfolgte weder eine systematische Unterlassung der Sektionen von Mauertoten noch eine systematische Vernichtung von Sektionsprotokollen. Die Sektionen wurden größtenteils entsprechend der Bergungsorte nach den regionalen Zuständigkeiten der gerichtsmedizinischen Institute durchgeführt. Es erfolgte keine systematische Manipulation von Sektionsbefunden oder Totenscheinen. In den vergleichenden Fallbetrachtungen konnten in einem Großteil der Fälle die Erkenntnisse des ZZF und der SBM bestätigt werden, wobei in einigen Fällen rechtsmedizinisch relevante Erweiterungen vorgenommen werden konnten und nur in wenigen Fällen Diskrepanzen festzustellen waren. Bei den Todesfällen am Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße wurden anhand der wenigen verfügbaren Sektionsprotokolle keine Hinweise auf Fremdeinwirkung festgestellt.

Abstract

According to a research project of the Centre for Contemporary History Potsdam (ZZF) and the Berlin Wall Foundation (BWF) 140 people died in connection with the border regime at the Berlin Wall from 1961 to 1989. The main objective of this work was the acquisition and forensic medical analysis of the autopsy reports of these so-called Wall deaths. A further research interest was directed at 227 deaths in the area of the Berlin-Friedrichstraße border crossing, which had an unclear connection to the border regime. Extensive archival research was conducted with the main focus on the forensic medical documentation of the Wall deaths.

The wall deaths were in 94,3 % male and on average 25,3 years old. 55,7 % died by the end of 1966. 81,4 % were GDR citizens. 15,7 % were FRG citizens. 72,1 % died while attempting to escape. Of the 119 in East Berlin recovered persons 95 were autopsied. Of these 78,9 % were autopsied at the Institute of Forensic Medicine of the Humboldt University of Berlin and 12,6 % at the Bad Saarow Military Medical Academy. Of the 20 wall deaths recovered in West Berlin, 16 were autopsied. For 93,6 % of the cases autopsy reports were found. 97 people were killed and 3 persons committed suicide. 37 persons were fatally injured by accidents. Gunshot wounds alone or in combination with drowning/suffocation were present in 72 % of the cases. In 40 % water-related death was present alone or in combination with gunshot wounds. In 9,3 % blunt force trauma, such as falls and rollovers from rail vehicles, were the cause of death. Autopsy reports for 37 of the deaths in the area of the Berlin-Friedrichstraße were available for analysis. 94,6 % of these had died of sudden cardiac death.

There was no evidence for systematic omission or manipulation of autopsies and autopsy reports of wall deaths nor was there any systematic disposal of autopsy reports. Mostly the autopsies were performed in accordance with the regional responsibilities of the forensic medical institutes. In the comparative analyses the findings of the ZZF and the BWF could be confirmed in the majority of the cases. In some cases forensic medically relevant extensions could be made and in a few cases discrepancies were found. For the deaths at the Berlin-Friedrichstraße, no indications of externally applied force were found.

1 Einleitung

1.1 Historischer Rahmen

1.1.1 Von der deutschen Teilung zum Bau der Berliner Mauer

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs 1945 wurde das Großdeutsche Reich von den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland, Frankreich und der Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken (UdSSR) in 4 Besatzungszonen aufgeteilt. Berlin (damals Groß-Berlin) wurde als ehemalige Reichshauptstadt ebenfalls in 4 Zonen aufgeteilt [1].

Zunächst wurden lediglich Schlagbäume und farbliche Markierungen an den Grenzen angebracht. Im Laufe der Jahre wurden auf der Seite der sowjetischen Besatzungszone erste Grenzanlagen zu den übrigen Besatzungszonen errichtet. Die Differenzen zwischen den USA, Großbritannien und Frankreich auf der einen und der Sowjetunion auf der anderen Seite nahmen nach Kriegsende schnell wieder zu. Es folgte 1948 der Austritt der UdSSR aus dem nach Kriegsende gebildeten Kontrollrat, der obersten Behörde der Alliierten in Deutschland. Auf die Einführung der D-Mark in den Berliner Westsektoren im selben Jahr folgte die erste Berlin-Blockade durch die UdSSR, die damit die Versorgung der Westberliner Sektoren abschnitt [2].

Im Jahr 1949 erfolgten die Gründung der Bundesrepublik Deutschland (BRD) in der von den sogenannten Westalliierten (USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland und Frankreich) kontrollierten Zone und die Gründung der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in der sowjetisch kontrollierten Zone. Im Jahr 1952 begann die DDR mit der zunehmenden Abriegelung der innerdeutschen Grenze sowie des Überganges nach Ost-Berlin innerhalb der DDR. Die Abriegelung der Grenze zu den Westsektoren in Berlin wurde erwogen, jedoch zunächst nicht verwirklicht [1, 3]. Trotz der zunehmenden Befestigung der innerdeutschen Grenze und des Einsatzes von Schusswaffen zur Verhinderung von Fluchten flohen bis 1961 mehr als zweieinhalb Millionen Menschen aus der sowjetischen Besatzungszone beziehungsweise der DDR in den Westen [1, 4]. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die strafrechtliche Verfolgung von Flüchtigen lieferte unter anderem zunächst das ab 1954 geltende Paß-Gesetz der DDR. Nach dem § 8 Absatz 1 konnte, wer ohne Genehmigung das Gebiet der DDR verließ, mit bis zu 3 Jahren Gefängnis bestraft werden. Im Jahr 1968 wurde im Strafgesetzbuch der DDR mit dem § 213 der Straftatbestand des „ungesetzlichen Grenzübertrittes“ geschaffen. Nach dem § 213 Absatz 1 wurde das widerrechtliche – also ohne die dafür notwendige staatliche Genehmigung zu besitzen – Betreten und Verlassen des Hoheitsgebietes der DDR unter Strafe gestellt. Trotz des Verbotes der Ausreise ohne Genehmigung der Behörden der DDR und der möglichen strafrechtlichen Konsequenzen, blieben die sogenannten Republikflüchtigen weiterhin ein Problem für die DDR. In den Jahren 1959 bis 1961 befand sich diese in einer tiefen wirtschaftlichen Krise. Die vielen Grenzgänger, die

1 Einleitung

in West-Berlin arbeiteten und in Ost-Berlin wohnten und die zunehmende Zahl der teils gut ausgebildeten Flüchtlinge nach West-Berlin erschwerten die Situation. Die Wirtschaft drohte zusammenzubrechen [4].

Anfang August 1961 beschloss die Führung der DDR daher in Zusammenarbeit mit der Sowjetunion und den sogenannten Ostblockstaaten (die Volksrepublik Polen, die Tschechoslowakische Sozialistische Republik, die Ungarische Volksrepublik, die Volksrepublik Bulgarien, die Volksrepublik und Sozialistische Republik Rumänien und die Sozialistische Volksrepublik Albanien) die physische Sicherung der Grenze zum Westen [5]. In der Nacht vom 12. auf den 13. August 1961 erfolgten massive Abriegelungsmaßnahmen der nach West-Berlin führenden Verkehrswege. Die U- und S-Bahn wurden unterbrochen und Haltestellen in Ost-Berlin abgesperrt. Der Bahnhof Berlin-Friedrichstraße diente als Grenzübergang (siehe Abbildung 1). Es folgte die Errichtung von Zäunen, Mauern und Stacheldraht. An Häusern, die auf Ostgebiet standen, deren Bürgersteige jedoch zum Westberliner Gebiet gehörten, wurden die Eingänge und Fenster zugemauert [6].

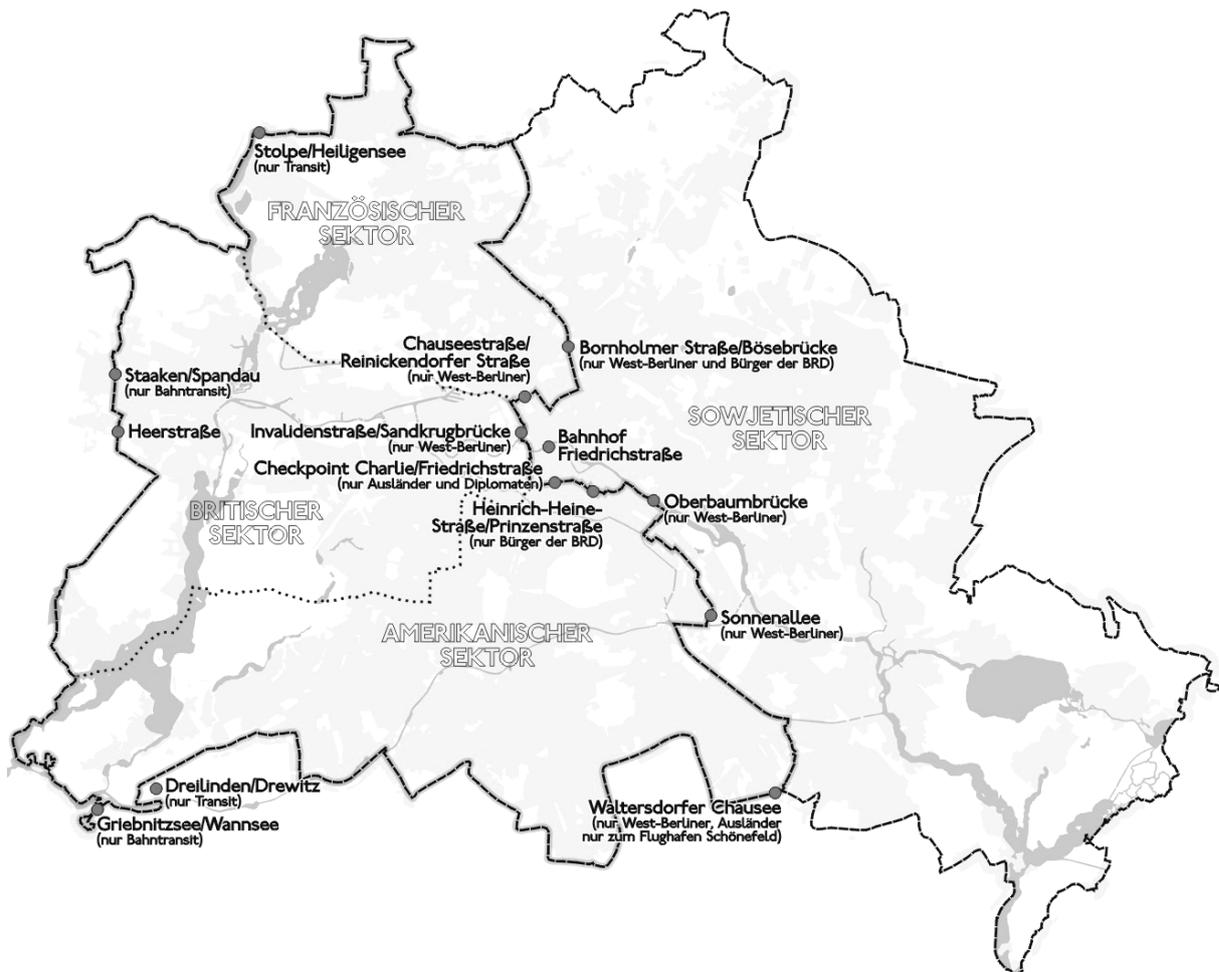


Abbildung 1: Lage und Verlauf der Berliner Mauer und der Grenzübergangsstellen bis 1989, modifiziert nach: [7].

1 Einleitung

Die Reaktionen der Westalliierten waren verhalten. Sie nahmen den Mauerbau hin, solange ihre Rechte an West-Berlin nicht angetastet wurden. Weder die UdSSR noch die Westalliierten hatten Interesse an einer Eskalation der Situation in einen offenen Krieg. Es erfolgte jedoch eine Verstärkung der amerikanischen Kampftruppen vor Ort. Das Leben vieler Berliner war durch den Mauerbau massiv beeinträchtigt. Familien wurden auseinandergerissen und konnten sich nicht mehr gegenseitig besuchen. Über Nacht waren für Ostberliner die Wege zu Ausbildungs- oder Arbeitsstelle abgeriegelt. Viele Fluchtversuche fanden bereits in den ersten Tagen nach dem 13. August 1961 statt [6].

Ida Siekmann starb 9 Tage nach der Abriegelung der Sektorengrenzen bei dem Versuch aus ihrer in Ost-Berlin gelegenen Wohnung in der Bernauer Straße aus dem Fenster auf den in West-Berlin liegenden Bürgersteig zu fliehen [6]. Sie zählt als erster Todesfall an der Berliner Mauer, umgangssprachlich auch Maueropfer oder Mauertote genannt. Günter Litfin kam 2 Tage später als erste Person durch eine Schussverletzung ums Leben [8]. Bis zur Öffnung der Sektorengrenzen am 9. November 1989 verloren insgesamt 140 Menschen in direktem Zusammenhang mit dem Grenzregime an der Berliner Mauer ihr Leben [9].

1.1.2 Aufbau der Grenzsicherungsanlagen in Berlin

Die Grenzsicherungsanlagen wurden über die Jahre hinweg stetig weiterentwickelt. Aus dem zu Beginn nur aus Stacheldraht und Betonelementen bestehenden Konstrukt entstand über die Jahrzehnte eine komplexe Anlage, abhängig von der Häuserbebauung teilweise mit einer Breite von mehreren 100 Metern. In den 1980er Jahren bestanden die Grenzanlagen von Ost- in Richtung West-Berlin aus Hinterlandmauern, Signalanlagen, Stacheldrahtzäunen, Sperrgräben, Kolonnenwegen, Lichtertrassen, Postentürmen mit Suchscheinwerfern, Kontrollstreifen, Fahrzeugsperren und einer etwa 4 Meter hohen Betonmauer nach West-Berlin (siehe Abbildung 2) [10]. Minen wurden an der innerstädtischen Grenze nicht eingesetzt. In Bereichen von schwieriger zu sichernden Grenzabschnitten wurde ein sogenanntes Sperrgebiet vor der Hinterlandmauer eingerichtet, das nur mit Sondergenehmigung betreten werden durfte. Der Aufbau der Grenzanlagen in Berlin orientierte sich an denen, die bereits in den Vorjahren an den innerdeutschen Grenzen errichtet wurden [3, 11].

1.1.3 Bildung der Grenztruppen

Zur Überwachung des grenzüberschreitenden Verkehrs sowie von illegalen Grenzübertritten wurde im Jahr 1946 als Bestandteil der Volkspolizei die Grenzpolizei gegründet [13]. Sie war zunächst den einzelnen Ländern, ab dem Jahr 1948 der Deutschen Verwaltung des Inneren der sowjetischen Besatzungszone und nach der Gründung der DDR dem Ministerium des Inneren der DDR (MdI) unterstellt. Die Grenzpolizei wurde an den Außengrenzen der DDR nach Westen und zur Sicherung des sogenannten Außenringes zwischen der DDR und West-Berlin eingesetzt. Bis 1951 erfolgte eine zunehmende Militarisierung der Grenzpolizei, die im

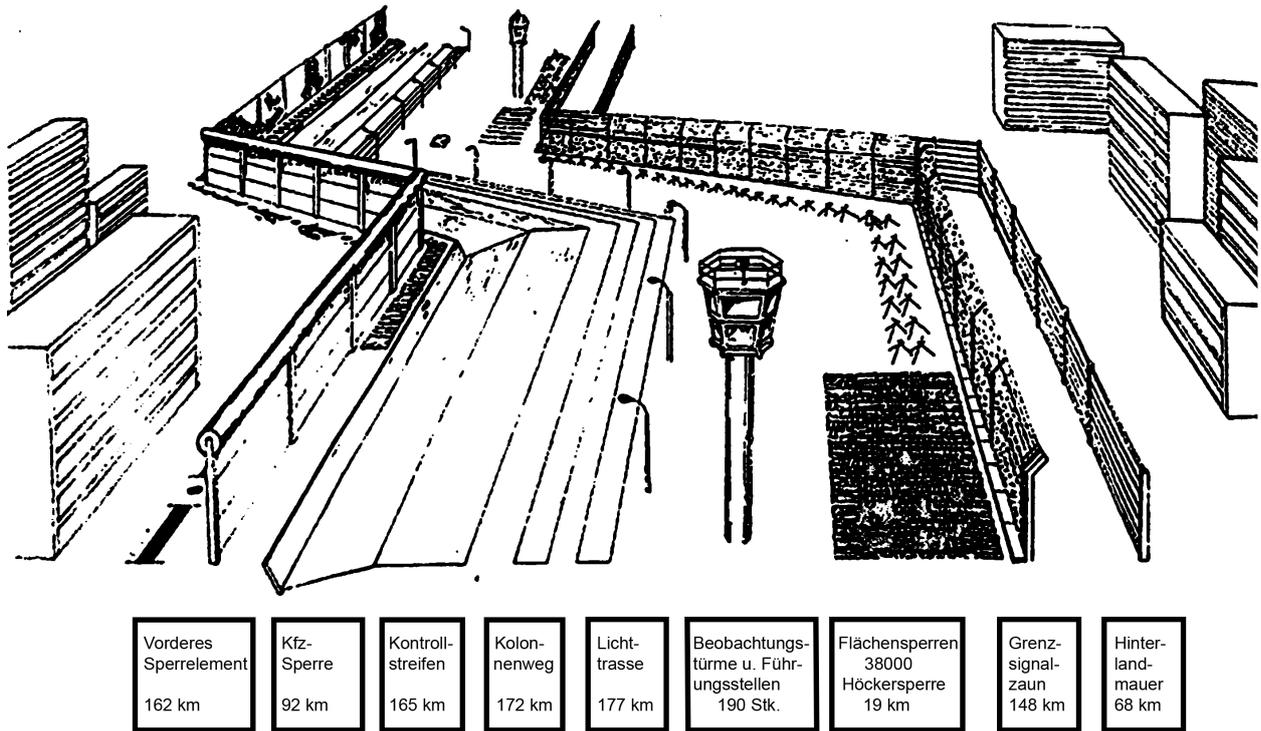


Abbildung 2: Nachzeichnung eines von den Grenztruppen angefertigten Schemas der Grenzanlagen der Berliner Mauer aus dem Jahr 1983, modifiziert nach: [12].

Jahr 1952 endgültig von der Volkspolizei ausgegliedert wurde und von nun an dem Ministerium für Staatssicherheit der DDR (MfS) unterstellt war [13]. Ihr Auftrag war weiterhin die militärische Sicherung der Grenzen gegen Angriffe von außen und die Überwachung der Grenzgebiete, worunter auch die Verhinderung von Fluchtversuchen zählte [1]. Für die Überwachung der Grenzen in der Innenstadt war vor dem Mauerbau bis zum Jahr 1955 zunächst die Volkspolizei zuständig. Aufgrund fehlender Kapazitäten wurde diese Aufgabe anschließend, bis zu Beginn des Mauerbaus 1961, auf die Ostberliner Bereitschaftspolizei übertragen. Erst nach der Abriegelung der Sektorengrenzen wurde die Grenzpolizei in die, dem Ministerium für Nationale Verteidigung der DDR (MfNV) unterstellten, Grenztruppen der Nationalen Volksarmee (NVA) eingegliedert und infolgedessen auch zur Sicherung der innerstädtischen Grenze eingesetzt [11]. Kurz nach Beginn der Abriegelungsmaßnahmen erfolgte die Bildung zweier Grenzbrigaden, die noch zu großen Teilen aus Einheiten der Bereitschaftspolizei bestanden. Die erste Grenzbrigade diente der Sicherung der innerstädtischen Grenze und die zweite Grenzbrigade der Sicherung des Außenringes. Mit Einführung der Wehrpflicht im Jahr 1962 veränderte sich die Truppenzusammensetzung deutlich. Ab diesem Zeitpunkt wurden für die Grenztruppen zur Sicherung der Mauer zunehmend Wehrpflichtige herangezogen [11]. Die Aufgaben der Grenzposten beziehungsweise -truppen waren durch die durch das MfNV herausgegebenen Dienstvorschriften (DV) festgelegt und die Grenztruppen waren für die „Gewährleistung der ununterbrochenen und zuverlässigen Wahrung der Unantastbarkeit der

Staatsgrenze der Deutschen Demokratischen Republik zur BRD und Westberlin“ [14] zuständig. Grenzdurchbrüche waren nicht zuzulassen und die Flucht von DDR-Bürgern sollte unbedingt verhindert werden. Zunächst sollten hierfür Warnrufe und -schüsse angewendet werden. Kam der Grenzverletzer den Aufforderungen nicht nach, sollte die Schusswaffe gezielt eingesetzt werden [8, 14, 15].

1.1.4 Schusswaffengebrauchsbestimmungen

Die Grenztruppen der DDR waren größtenteils mit Langwaffen der Kalaschnikow-Baureihe mit dem Kaliber 7,62 mm und Pistolen vom Typ Makarow mit dem Kaliber 9,2 mm ausgestattet. In der Terminologie der DDR wurden die Langwaffen der Kalaschnikow-Baureihe als Maschinenpistolen bezeichnet, während sie nach westlicher Definition zu den Sturmgewehren zählen. Weitere zur Ausrüstung gehörende Waffen stellten zum Beispiel Maschinengewehre vom Typ Kalaschnikow, die Maschinenpistolen von Typ Schpagin und der Mauser Karabiner 98 K dar [13, 16]. Zur Standardbewaffnung der in West-Berlin stationierten US-Truppen gehörten die Selbstladegewehre Carabine M1 und M2 mit dem Kaliber 7,62 mm.

Der Schusswaffeneinsatz im Grenzgebiet war lange Zeit lediglich durch interne Vorschriften und Anweisungen ohne feste Gesetzesgrundlage geregelt. Hierzu gehörten die sogenannte Vergatterung der Soldaten und die Schusswaffengebrauchsbestimmungen, enthalten in der „DV III/2 – Dienstvorschrift für den Dienst der Grenzposten“, die zunächst nur für den Außenring galten. Laut der Dienstvorschrift aus dem Jahr 1958 sollte der Einsatz von Schusswaffen zunächst nur im Falle von Notwehr oder zur Abwehr von Überfällen und Angriffen und nicht zur Ergreifung von Grenzverletzern erfolgen. Durch Nachträge zu der Dienstvorschrift in den folgenden Jahren war die Anwendung der Waffe jedoch auch zur Verhinderung von Fluchten zulässig [17]. Durch den Befehl Nr. 39/60 des Ministers des Inneren vom 28. Juni 1960 galten die Schusswaffengebrauchsbestimmungen ab diesem Zeitpunkt auch für die Sektorengrenzen. Die Schusswaffe konnte zur Verteidigung des Hoheitsgebietes und der Grenzen der DDR und zur Festnahme von „Spionen, Saboteuren, Provokateuren und anderen Verbrechern“ [18] eingesetzt werden. Die Bestimmungen gaben Richtlinien für die Anwendung der Schusswaffe bei der Festnahme von Personen vor, die ihre Flucht nicht auf einen Aufruf oder nach Abgabe eines Warnschusses abbrechen. Zuvor sollten jedoch alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden [18]. Vor jedem Grenzdienst wurde außerdem von den Zugführern eine sogenannte Vergatterung durchgeführt [19]. Die Grenzsoldaten wurden für die Dauer des Dienstes dem jeweiligen Vorgesetzten unterstellt und erhielten eine Art Belehrung über ihre Rechte und Pflichten. Im Rahmen dieser Vergatterung wurde sinngemäß vermittelt, dass ein Grenzdurchbruch in jedem Fall und unter allen Umständen zu verhindern war. Trotz der in den Dienstvorschriften dargestellten Abwägungen zur Anwendung der Schusswaffe wurde den Grenzsoldaten suggeriert, dass Republikflüchtige als „Verbrecher“ galten und Fluchtversuche notfalls mit gezielten Schüssen verhindert werden mussten [20]. Ihnen wurden Belobigungen und Auszeichnungen bei erfolgreicher Verhinderung eines Grenzdurchbruches in Aussicht

gestellt – auch bei tödlichem Ausgang [14]. Erst im Jahr 1982 wurde die Befehlslage zum sogenannten Schießbefehl per Gesetz festgeschrieben. Laut dem Abschnitt IV. § 26 Absatz 1 des Grenzgesetzes der DDR aus dem Jahr 1982 über die Staatsgrenze der DDR waren bei Widerstand gegen die Grenztruppen bei Ausübung ihrer Tätigkeit eine körperliche Einwirkung ebenso wie die Anwendung von Hilfsmitteln zur Verhinderung von Fluchtversuchen und zur Abwehr von Gewalttätigkeiten zulässig, wenn andere Mittel nicht ausreichten, um ernste Gefährdungen für die Sicherheit und Ordnung im Grenzgebiet zu verhindern. Der § 27 desselben Gesetzes regelte die Anwendung von Schusswaffen [13]. Diese sollte als äußerste Maßnahme der Gewaltanwendung gegenüber Personen gelten und war nur zulässig, soweit die körperliche Einwirkung mit oder ohne Hilfsmittel nicht erfolgversprechend war. Berechtigt war der Schusswaffengebrauch zur Ergreifung von Personen, die eines Verbrechens dringend verdächtig wurden oder zur Verhinderung einer Straftat. Möglichst nicht anzuwenden war die Schusswaffe im Falle der Gefährdung Unbeteiligter, bei Kindern, Jugendlichen oder Frauen oder wenn das Hoheitsgebiet eines benachbarten Staates beschossen werden würde. Bei der Anwendung sollte das Leben von Personen nach Möglichkeit geschont werden [8, 21].

Bis zum Jahr 1989 wurde die Anweisung zum Einsatz von Schusswaffen zeitweise, zum Beispiel bei Besuchen von Staatsoberhäuptern in West-Berlin, aufgehoben, um keine Aufmerksamkeit durch Todesfälle an der Mauer zu erzeugen [13]. Im April 1989 wurde der „Schießbefehl“ zunächst inoffiziell und mündlich durch den Staatsratsvorsitzenden der DDR, Erich Honecker, ausgesetzt [22]. Ab diesem Zeitpunkt durfte die Schusswaffe nur noch zum Schutz des eigenen Lebens und nicht mehr zur Abwehr von Fluchten eingesetzt werden [23].

1.2 Rechtsgrundlagen von Leichenschau und -öffnung in der DDR und der BRD

Die folgenden Betrachtungen beschränken sich auf die für die Arbeit relevanten Grundlagen der Leichenschau und der gerichtlichen, klinischen, anatomischen und Verwaltungssektion.

Die Aufgaben der Untersuchung und Besichtigung einer Leiche (sogenannte ärztliche Leichenschau) liegen in der Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache. Zunächst ist die Todesart zu bestimmen. Es wird zwischen natürlicher und nicht natürlicher Todesart unterschieden. Zu den nicht natürlichen Todesarten zählt jeder Tod, der durch eine strafbare Handlung, einen Unfall, einen Suizid oder eine andersartige äußere (Gewalt-)Einwirkung eingetreten ist [24]. Solange eine kausale Beziehung zwischen der äußeren Einwirkung und dem Todeseintritt besteht, trifft dies auch zu, wenn besagtes Ereignis bereits mehrere Jahre zurückliegt. Zu den natürlichen Todesarten zählen alle Tode, die nicht durch äußere Einwirkung beeinflusst werden. Hier ist zum Beispiel der Tod durch Krankheit zu nennen. Ist die Todesart nicht eindeutig zu klären, wird von einer unklaren oder ungewissen Todesart gesprochen. Ist mittels einer Leichenschau keine klare Aussage bezüglich der todesursächlichen

1 Einleitung

Vorgänge zu treffen, muss eine Leichenöffnung erwogen werden. Von großer Wichtigkeit ist hierbei die Frage, ob es sich dabei um einen Tötungsdelikt, einen Unfall oder einen Suizid handelt [25].

Die gesetzlichen Grundlagen zu Leichenschau und Leichenöffnung in der DDR wurden, soweit keine strafrechtlich relevanten Bereiche betroffen waren, durch die „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“ geregelt. Diese wurde über die Jahrzehnte mehrmals verändert, wobei die grundlegenden Vorgaben erhalten blieben. Eine Leichenschau sollte zügig nach Todeseintritt durch einen Arzt erfolgen, der anschließend einen Totenschein (siehe Abbildung 3) auszustellen hatte. Hierbei wurde zwischen Totgeburten und unter einem Jahr Verstorbenen sowie Verstorbenen, die bei Eintritt des Todes ein Jahr oder älter waren unterschieden. Bei verbleibenden Unklarheiten bezüglich der Todesursache oder -art nach der Leichenbesichtigung sollte, nach § 8 und § 9 der Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04. Dezember 1978, durch den zuständigen Kreisarzt eine sogenannte Verwaltungssektion angeordnet werden [26]. Die Sektion musste jedoch nicht in einem gerichtsmedizinischen Institut vorgenommen werden, sondern konnte auch in einem Institut für Pathologie erfolgen. Handelte es sich bei den zu Obduzierenden um in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens Verstorbene, so wurde die Leichenöffnung als klinische oder pathologisch-anatomische Sektion von den Pathologen der jeweiligen Klinik durchgeführt. Hierzu, wie auch bei der Verwaltungssektion, war weder eine staatsanwaltliche Anordnung, noch das Einverständnis der Angehörigen notwendig [27]. Eine Leichenöffnung sollte ebenso bei Verstorbenen erfolgen, bei denen sich im Laufe der Untersuchung Hinweise auf eine nicht natürliche Todesart ergaben und bei denen keine Leichenöffnung durch die Staatsanwaltschaft angeordnet worden war. Hierzu musste vom Leichenschauarzt ein Autopsieantrag ausgefüllt und zusammen mit dem vollständig ausgefüllten Leichenschauschein der zuständigen Stelle gemäß § 5 Absatz 1 und 2 der Anordnung über die ärztliche Leichenschau von 1978 zugeleitet werden [26]. Bei Hinweisen auf einen nicht natürlichen Tod, bei unklarer Todesart und bei unbekanntem Leichen sollte die Volkspolizei informiert werden. Ergaben sich im Rahmen der Sektion oder bereits zum Zeitpunkt der Leichenschau Anhaltspunkte für einen „nicht natürlichen Tod mit Verdacht verbrecherischer Veranlassung oder anders deutlichem Zusammenhang mit rechtlichen Fragen“ [26], wurde vom Staatsanwalt vor 1968 gemäß § 69 Strafprozessordnung (StPO) (siehe Abbildung 4) und ab 1968 gemäß § 45 StPO der DDR eine gerichtliche Sektion angeordnet [26, 28]. Das Hauptaugenmerk lag hierbei auf der Klärung der Todesumstände bezüglich einer Fremdbeteiligung [26, 29]. In jedem Falle sollte nach erfolgter Sektion das Sektionsergebnis auf dem zuvor ausgestellten Totenschein nachgetragen werden. Der Totenschein sollte in zweifacher Ausführung erstellt und für 20 Jahre aufbewahrt werden. Das Original des Sektionsberichtes war an die Stelle zu übergeben, die die Leichenöffnung angeordnet hatte.

1 Einleitung

Totenschein

Formblatt 011-3

Standesamt: Berlin-Mitte

Lochspalten

für verstorbene Personen, die ein Jahr oder älter sind

Die fett-schwarz umrandeten Abschnitte sind vom Standesamt auszufüllen; die doppelt umrandeten Kästchen bleiben frei. Ausfüllung mittels Schreibmaschine oder in Blockschrift erwünscht.

Kreis: _____
Sterbebuch-Nr.: 938 3

1. Familienname und Rufname	<u>unbekannt</u>		Ledig <input type="checkbox"/> 1 verheiratet <input type="checkbox"/> 2 verwitwet <input type="checkbox"/> 3 geschied. <input type="checkbox"/> 4		2
2. Ständiger Wohnsitz	Kreis	Gemeinde	Geschlecht: männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		3
	Straße		BSU 000112		4-11
3. Feststellung des Todes	durch den behandelnden Arzt <input type="checkbox"/>	nicht durch den behandelnden Arzt <input checked="" type="checkbox"/>	Sterbedatum ca. Uhrzeit: 18.00	Tag: 2 Monat: 7 Jahr: 04	12-17
4. Sterbeort	zu Hause <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/>	wo sonst? <u>Berlin-Mitte</u>	Geburtsdatum		18-25
5. Bei Verheirateten	Geburtsdatum des(r) überlebenden Ehegatten(gattin)				26-31
6. Bei Frauen	Eheschließungsjahr				32-33
6. Bei Frauen	Wieviel Kinder hat die Verstorbene lebend geboren?				34-35
7. Schwangerschaft und Entbindung	Liegt eine Schwangerschaft vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	Monat	Erfolgte in den letzten 6 Wochen eine Entbindung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	am	
8. Todesart	natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/>	nicht natürlicher Tod (einschl. Verdacht) <input checked="" type="checkbox"/>	Sind Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorhanden, ist die Todesart nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, so ist unverzüglich die Volkspolizei zu benachrichtigen.		
9. Nur ausfüllen bei Unfall oder nicht natürlichem Tod	Zußere Ursache	Unfallkategorie: während der Arbeit <input type="checkbox"/> 1 im Verkehr <input type="checkbox"/> 2 im Haus <input type="checkbox"/> 3 Sonstiger <input type="checkbox"/> 4	(Zustandekommen) des Schadens		
10. Autopsieantrag	Autopsie erforderlich nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	bei wem beantragt	Path.Inst. <input type="checkbox"/>	Gerichtsmed. Inst. <input checked="" type="checkbox"/>	Durchführung in
11. Tod trat ein unter:	Atemlähmung, Herzstillstand, Hypoxie, Kachexie, Koma, Kreislaufversagen, Marasmus, Verblutung und sonstige Bezeichnungen gelten nicht als Todesursache, sondern als Art des Todesertrittes. (Zutreffendes unterstreichen)				

12. Todesursache:

a) Brustdurchschuß bedingt durch (oder Folge von) _____

b) _____ bedingt durch (oder Folge von) _____

c) _____

d) _____

e) _____

Feststellung des Grundleidens: stationär ambulant sonstig

Zeitdauer (ungefähr zwischen Krankheitsbeginn und Tod): 9 7 0

Berlin, 27.4.1973 22.00

Unterschrift und Namensstempel des ausstellenden Arztes

Institut für gerichtliche Medizin
der Humboldt-Universität zu Berlin
104 BERLIN, Postfach 100

13. Todesursache:

i. Direkt zum Tode führende(r) Krankheit oder Krankheitszustand

ii. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben (Begleitkrankheiten), ohne mit der Ursache a) in Zusammenhang zu stehen

Übereinstimmung zu 12. i. 1 2 3

* Wenn der Totenschein nicht vom behandelnden Arzt ausgefüllt wird, so ist nach Möglichkeit hier die Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes anzugeben:

Zur Beachtung für den Anzeigepflichtigen!
Der Sterbefall ist umgehend dem zuständigen Standesamt des Sterbeortes anzuzeigen. Der Totenschein und der Personalausweis des Verstorbenen sind abzugeben; Geburtsurkunde, gegebenenfalls Eheurkunde oder Nachweis über Beendigung der Ehe usw. sind mitzunehmen und vorzulegen.

Abbildung 3: Totenschein aus der DDR für Verstorbene, die bei Eintritt des Todes ein Jahr oder älter waren, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [30].

1 Einleitung

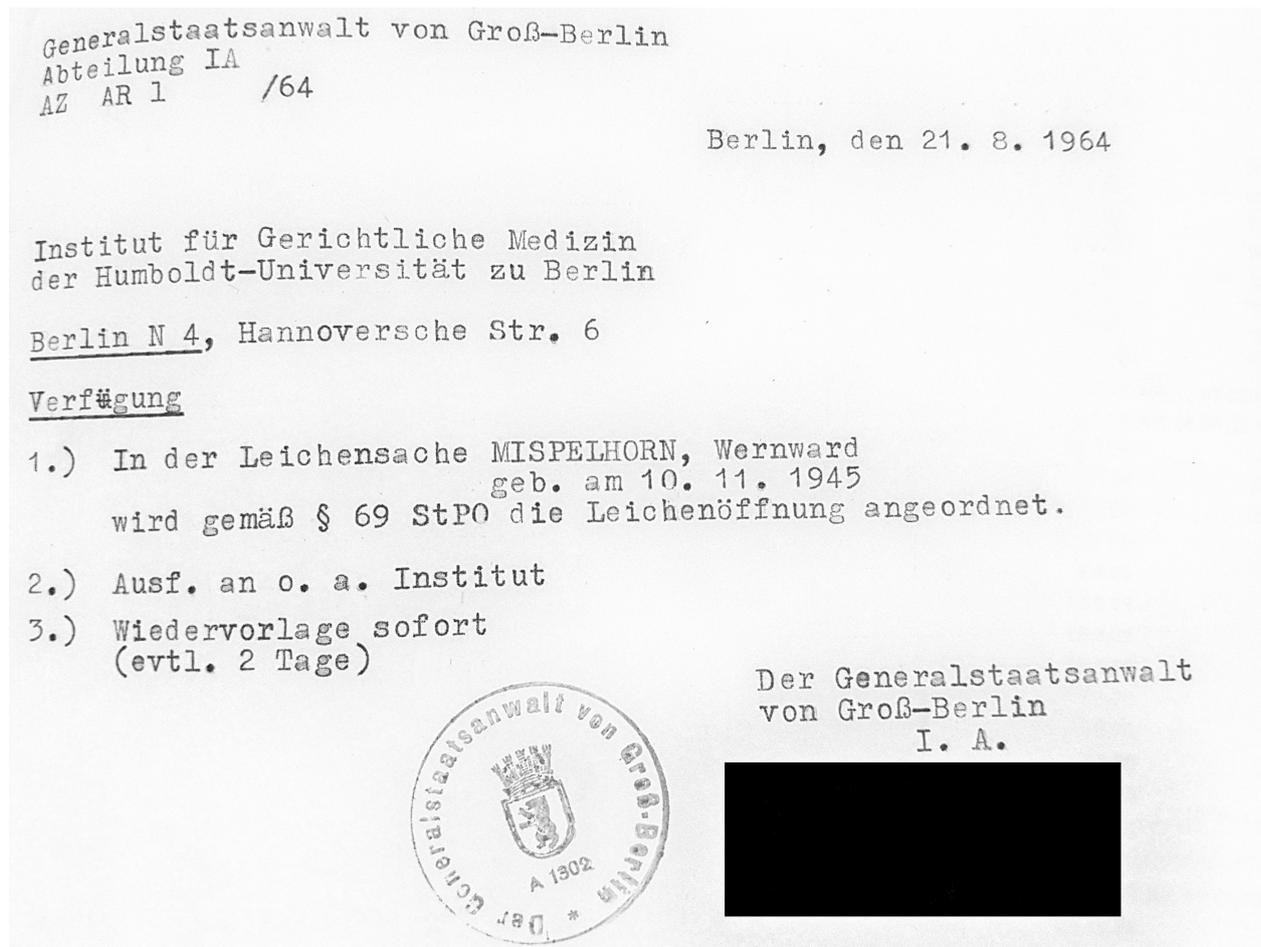


Abbildung 4: Anordnung einer Leichenöffnung nach § 69 StPO der DDR im Jahr 1964, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [31].

In der BRD wurde sowohl vor als auch nach der Wiedervereinigung – und wird auch heute noch – die Durchführung gerichtlicher Sektionen durch die §§ 87 ff. der StPO der BRD geregelt. Bei Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod und bei unbekanntem Leichen muss nach § 159 der StPO zunächst die Polizei informiert werden. Anschließend sollte die Staatsanwaltschaft über die Veranlassung einer gerichtlichen Sektion entscheiden. Die Durchführung klinisch-wissenschaftlicher oder anatomischer Sektionen ist in der BRD dagegen nur teilweise gesetzlich und insgesamt uneinheitlich geregelt, da die Vorgaben zu Leichenschau und Leichenöffnung, soweit es sich nicht um eine stafprozessual relevante Sektion handelt, in die Gesetzgebungskompetenz der einzelnen Bundesländer fallen und nur zum Teil in entsprechenden Bestattungsgesetzen geregelt sind. Hierbei ist zu bemerken, dass die Bundesländer auf dem Gebiet der ehemaligen DDR sich nach der Wiedervereinigung an den vorbestehenden gesetzlichen Regelungen orientiert haben und die Gesetzgebung in den westlichen Bundesländern sich bereits vor der Wiedervereinigung nur sehr uneinheitlich geregelt darstellte [26, 27]. Allen gleich ist die Notwendigkeit der Durchführung einer Leichenschau bei jedem aufgefundenen Toten durch einen approbierten Arzt. Der im Anschluss auszufüllende Leichenschauschein kann sich entsprechend von Bundesland zu Bundesland unterscheiden.

Klinisch-wissenschaftliche beziehungsweise anatomische Sektionen werden nahezu ausschließlich zur Klärung der Todesursache oder zur Prüfung von Therapieverfahren oder Diagnosen im Rahmen der Qualitätssicherung bei in Krankenhäusern Verstorbenen vorgenommen oder als Sektionen im Rahmen eines wissenschaftlichen Interesses durchgeführt. Hierfür muss in der Regel das Einverständnis der Angehörigen vorliegen oder das Vorgehen zumindest mutmaßlich dem Willen des Verstorbenen entsprechen [24, 32]. Die in der DDR seit 1949 angewendete Form der Verwaltungssektion bei verbliebenen Unklarheiten bezüglich der Todesursache wurde in den westlichen Bundesländern vor der Wiedervereinigung nicht praktiziert und wird auch weiterhin in Deutschland nicht regelhaft durchgeführt [26, 27, 33].

1.3 Inhalt und Gliederung von Sektionsprotokollen in der DDR und der BRD

Die Durchführung gerichtlicher Sektionen sowie Inhalt und Gliederung der Sektionsprotokolle in der DDR orientierten sich an Vorschriften, die noch aus der Zeit der Weimarer Republik stammten. Teile einer gerichtlichen Sektion bildeten die gründliche äußere Besichtigung sowie die Eröffnung aller 3 Körperhöhlen. Die Gliederung der Protokolle beinhaltete für gewöhnlich im ersten Abschnitt die äußere Besichtigung, im zweiten Abschnitt die innere Besichtigung und im dritten Abschnitt das vorläufige Gutachten (siehe Tabelle 1) [29].

Tabelle 1: Übliche Gliederung eines Sektionsprotokolls in der DDR.

Kategorie	Inhalt
A. Äußere Besichtigung	
B. Innere Besichtigung	I. Besichtigung der Kopfhöhle II. Besichtigung der Brust- und Bauchhöhle III. Rückenmarkshöhle (bedarfswise)
C. Vorläufiges Gutachten	I. Sektionsergebnis II. Feststellung der Todesursache III. Erörterungen zu Gewalteinwirkung und zum Todesmechanismus sowie zu Hinweisen auf die Mitwirkung von dritter Hand IV. Ermittlungsergebnisse und Erörterungen zu Übereinstimmungen und/oder Unstimmigkeiten mit dem Sektionsergebnis

Darstellung der Verfasserin, 2020, nach: [29].

1 Einleitung

Im Rahmen des vorläufigen Gutachtens sollten das Sektionsergebnis, die Todesursache und -art sowie eine Erörterung stattgehabter Gewalteinwirkungen, etwaige Hinweise auf Fremdverschulden und eine Einordnung der Sektionsbefunde in Bezug zu den Ermittlungsergebnissen enthalten sein. Soweit vorhanden sollten zusätzlich Ergebnisse von zum Beispiel feingeweblichen oder toxikologischen Untersuchungen erfasst werden. Die Begrifflichkeit des „vorläufigen“ Gutachtens ergab sich aus der Tatsache, dass man sich ein endgültiges Gutachten bis zum Abschluss der polizeilichen Ermittlungen vorbehalten wollte, da sich im Laufe dieser relevante Informationen für die Einordnung der Sektionsbefunde ergeben konnten [29].

In der BRD musste – und muss auch heutzutage – die gerichtliche Obduktion nach § 89 der StPO, ebenso wie in der DDR, die Öffnung aller 3 Körperhöhlen beinhalten und nach § 87 Absatz 2 der StPO durch 2 Ärzte vorgenommen werden. Anschließend muss ein Protokoll erstellt werden, welches alle erhobenen Befunde detailliert erfasst und Bezug auf mögliche Zusammenhänge zwischen Todeseintritt und Verletzungsmechanismen nimmt. Um eine größtmögliche Objektivität zu erhalten und einen fachlichen Standard zu gewährleisten, existieren Leitlinien zur ärztlichen Leichenschau und zur rechtsmedizinischen Leichenöffnung [25]. Erstmals 1999 von der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) registriert, sind diese rechtlich nicht bindend, werden jedoch unter Rechtsmedizinern anerkannt und eingehalten. Die Leitlinie zur rechtsmedizinischen Leichenöffnung [34] wurde maßgeblich durch Professorin A. Klein (*1939) erarbeitet, die 1987 unter Professor W. Reimann (1920–2005), einem Schüler von Professor O. Prokop (1921–2009), Leiter des Instituts für gerichtliche Medizin (IGM) der Humboldt-Universität zu Berlin (HU) von 1957–1987, in Dresden habilitierte. Sie entspricht im Wesentlichen der Gliederung der Protokolle in der DDR. Tabelle 2 zeigt den üblichen Inhalt und die Gliederung von Sektionsprotokollen. Die Protokolle sollen logisch aufgebaut und in einem schlichten Stil abgefasst sein. Sprachlich soll bei der Erstellung der Protokolle auf für Nichtmediziner verständliche Formulierungen geachtet und auf lateinische und griechische Fachausdrücke nach Möglichkeit verzichtet werden [34].

1 Einleitung

Tabelle 2: Übliche Gliederung eines Sektionsprotokolls nach den Leitlinien zur rechtsmedizinischen Leichenöffnung der AWMF.

Kategorie	Inhalt
Deckblatt	anwesende Personen Aktenzeichen Sektionsdatum, -zeit, -ort und -nummer Name, Geburts- und Sterbedatum und Adresse des Toten Namen der Obduzenten
A. Äußere Besichtigung	Untersuchung der Bekleidungssituation Besichtigung der entkleideten Leiche Inspektion des Kopfes und der Halsregion Inspektion des Brustkorbes, der Bauchdecke und des Rückens Inspektion der Genital- und Analregion Inspektion der oberen und unteren Extremitäten
B. Innere Besichtigung	Besichtigung der Kopfhöhle Besichtigung der Brust- und Halshöhle Besichtigung der Bauchhöhle Besichtigung des Skelettsystems
C. Vorläufiges Gutachten	Sektionsergebnis Todesursache und -art Vorgeschichte (soweit bekannt, mündlich mitgeteilte oder am Tatort selbst gemachte Beobachtungen) Waffe, Schussentfernung und -richtung Blutalkoholbestimmung binokulare Untersuchung Asservate und Hinweise auf Zusatzuntersuchungen Beurteilung und Schlussfolgerungen Vorbehalt eines abschließenden, wissenschaftlich begründeten Gutachtens

Darstellung der Verfasserin, 2020, nach: [34].

1.4 Ausgewählte Aspekte der forensischen Traumatologie und Toxikologie

1.4.1 Vorbemerkungen

In den folgenden Kapiteln werden nur ausgewählte rechtsmedizinische Grundlagen der forensischen Traumatologie und Toxikologie erläutert, die für das Verständnis der vorliegenden Ausarbeitung von Bedeutung sind. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen dem fachfremden Leser ein tieferes Verständnis ermöglichen.

1.4.2 Formen von Gewalteinwirkungen

Die Rechtsmedizin unterteilt Gewalteinwirkungen in verschiedene Formen. Hierzu zählen die scharfe, halbscharfe und stumpfe Gewalt. Ist eine Verletzung durch einen stumpfen Gegenstand, durch Schlagen, Treten, Stoßen oder einen Aufprall entstanden, spricht man von stumpfer Gewalteinwirkung. Schussverletzungen stellen eine Sonderform der stumpfen Gewalteinwirkung dar. Unter scharfer Gewalt versteht man das Schneiden oder Stechen mit einem spitzen oder scharfen Gegenstand. Unter die Begrifflichkeit der halbscharfen Gewalt fallen Hieb-, Säge- und Bissverletzungen. Sonderformen von Gewalteinwirkungen sind thermische Gewalt- und elektrische Energieeinwirkung [35].

1.4.3 Todesursachen bei äußerer Gewalteinwirkung

Als häufige Todesursachen durch äußere Gewalteinwirkung sind der Tod durch zentrale Lähmung, das Verbluten nach innen und außen, die Zertrümmerung lebenswichtiger Organe, Luft- und Fettembolien und sekundäre Ursachen, wie zum Beispiel Infektionen und Schock zu nennen.

Tod durch zentrale Lähmung

Die Ursache ist eine traumatische Schädigung lebenswichtiger Zentren des Halsmarks und des Gehirns. Ein unmittelbarer Todeseintritt ist möglich. Es kann auch erst nach Stunden durch einen Hirndruckanstieg mit Volumenzunahme und konsekutiver Einklemmung des Hirnstammes im großen Hinterhauptsloch zum Tode kommen. Postmortale Diagnosekriterien sind die Verletzungslokalisation, das Verletzungsausmaß und anatomische Hirndruckzeichen [36].

Verbluten nach innen und außen

Eine Verletzung großer Arterien kann zum Verbluten führen. Es müssen jedoch nicht immer Arterien verletzt sein. Die Beschädigung mittelgroßer Venen kann zu Sickerblutungen und im Verlauf ebenso zum Ausbluten führen. Ab einem akuten Blutverlust von 1/3 des Blutvolumens ist das Leben gefährdet. Als generell tödlich gilt ein Verlust von 2/3 des Blutvolumens. Postmortale Diagnosekriterien sind die Blutarmut der inneren Organe (besonders

der Nieren), geringe bis fehlende Totenfleckbildung und zumeist subendokardiale Blutungen in der linken Herzkammer [36].

Zertrümmerung lebenswichtiger Organe

Zum einen kann es durch eine Verletzung des Herzens mit Aorta- und Pulmonalarterienzerreiung zu einer direkten Unterbrechung der Kreislaufaktion kommen. Zum anderen können zum Beispiel bei Verletzung der Lunge eine Einschränkung der Atmung oder eine Verletzung des Gehirns zum Tode führen [36]. Ursächlich kann zum Beispiel ein Polytrauma bei Sturz aus großer Höhe sowie eine berrollung durch ein Schienenfahrzeug sein [24, 35].

Embolien

Der Eintritt von Luft in das herznahe Venensystem kann durch Behinderung der Pumpfunktion des Herzens zum Tode führen. Ebenso kann es bei größeren Weichteil- und Knochenverletzungen zum Eintreten von Fettpartikeln in das Gefäßsystem und in der Folge zu einer Lungenfettembolie kommen [24]. Lungenembolien können ebenfalls durch verschleppte Blutgerinnsel ausgelöst werden. Postmortale Diagnosekriterien sind der Nachweis von Fettpartikeln, Blutgerinnseln oder Gas, Zeichen des Rechtsherzversagens mit dilatierter rechter Herzkammer und besonders bei Luftembolien die Verletzungslokalisation [36].

Sekundäre Ursachen

Sekundär können zum Beispiel Wund- und Allgemeininfektionen, Lungenentzündungen oder ein hämorrhagischer Schock infolge eines großen Blutverlustes zum Tode führen. Andere Schockformen können durch Organschädigung auf der Basis eines Sauerstoffmangels ebenso tödlich enden [24].

1.4.4 Vitale Reaktionen

Vitale Reaktionen haben eine Bedeutung bei der Rekonstruktion der Todesumstände. Soll zum Beispiel eine Differenzierung zwischen einer berrollung durch ein Schienenfahrzeug in suizidaler Absicht oder einer postmortalen Verletzung nach Ablegen der Leiche getroffen werden, ist es von großer Relevanz, ob Verletzungen vor oder nach dem Todeseintritt entstanden sind [24]. Es handelt sich dabei um Reaktionen des Körpers, die nur beim Lebenden beziehungsweise bei intaktem Körperkreislauf auftreten. Je länger die Überlebenszeit nach Verletzungsentstehung, umso ausgeprägter können diese Reaktionen sein. Bei sehr kurz nach dem Todeseintritt entstandenen Verletzungen kann die Differenzierung schwierig sein. Erwähnenswert sind auch sogenannte agonale Reaktionen. Hierbei handelt es sich um Prozesse oder Verletzungen, die während der Sterbephase aufgetreten sind [36].

Ausbluten

Größere Blutverluste setzen einen bestehenden Körperkreislauf voraus. Herznahe Gefäßverletzungen führen schneller als herzferne zu einem Ausbluten. Ab 1,5 bis 2 Liter gilt der Blutverlust als lebensgefährlich. Blutmengen bis zu etwa einem Liter können auch früh-

1 Einleitung

postmortal passiv auslaufen [36]. Postmortale Diagnosekriterien sind schwache oder fehlende Leichenflecke, Blutarmut und Blässe der inneren Organe, insbesondere eine schlaffe, blutarme Milz und blasse Nieren (blasse Rinde und hyperämische Markkegel) sowie subendokardiale streifige Einblutungen. Im Gegenzug deuten blutreiche Organe auf einen avitalen Blutverlust beziehungsweise eine andere Todesursache hin [24, 35, 36].

Schock

In der Regel sind Schockfolgen erst nach vielen Stunden nachweisbar und haben daher für die Beurteilung der Vitalität nur bedingt Relevanz. Sind schockspezifische Organveränderungen vorhanden, handelt es sich jedoch um ein eindeutiges Vitalitätszeichen. Postmortale Diagnosekriterien sind ein alveoläres oder interstitielles Lungenödem, sogenannte Schocknieren und -leber, hämorrhagische Erosionen und akute Stressulzera des Magens, Zeichen einer Verbrauchskoagulopathie mit Mikrothrombosen der peripheren Gefäße und Einblutungen, hyaline Membranen in den Lungen und Ausschwemmung von Knochenmarkzellen in die Peripherie [24, 35, 36].

Aspiration

Die Einatmung von Fremdmaterial in die Luftwege kann nur bei intakter Atemmechanik erfolgen und ist damit ebenfalls ein Vitalitätszeichen. Es kann sich hierbei um Blut, Erbrochenes, Ruß, Wasser oder andere Fremdpartikel handeln. Bei einem Ertrinkungstod tritt in der Regel postmortal ein Schaumpilz vor Mund oder Nase auf. Er entsteht durch eine Vermischung von Bronchialsekret, Wasser und Luft [35, 36]. Des Weiteren kann der Nachweis von Kieselalgen (Diatomeen) bei einem Ertrinkungstod als Hinweis auf eine aktive Aspiration von Ertrinkungsflüssigkeit hilfreich sein, wobei hierzu in Fachkreisen Uneinigkeit besteht, da Diatomeen unter bestimmten Bedingungen sowohl postmortal in die Lungen eindringen als auch bei Nichtertrunkenen vorkommen können [37].

Embolie

Bei einer Embolie handelt es sich um einen akuten Verschluss eines Gefäßes durch thrombotisches Material, Fett oder Gas. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein Vitalitätszeichen, da eine Verschleppung des Materials einen funktionierenden Körperkreislauf voraussetzt [24, 35, 36].

1.4.5 Stumpfe Gewalteinwirkung

Unter der Begrifflichkeit stumpfe Gewalt werden flächenhafte oder umschriebene mechanische Einwirkungen auf den Körper subsumiert. Als häufige und für diese Ausarbeitung relevante Folgen stumpfer Gewalt sind Schürfwunden, intra- und subkutane Blutungen, Kontinuitätsunterbrechungen der Haut, Verletzungen innerer Organe, Knochenbrüche und Schädel-Hirn-Traumen zu nennen [38].

1 Einleitung

Schürfungen entstehen bei tangentialer Einwirkung auf die Haut und können sowohl zu oberflächlichen als auch zu bis zur Dermis reichenden Hautdefekten führen. Vitale Zeichen sind Unterblutungen und Entzündungsreaktionen. Vertrocknungen der Wunden können sowohl prä- als auch postmortal auftreten. Zerreißen bei der Gewalteinwirkung Blutgefäße unter der Haut oder im Muskel, entstehen sogenannte Blutunterlaufungen beziehungsweise Hämatome. Hämatome selbst stellen in der Regel vitale Zeichen dar, können aber auch noch bis zu einigen Stunden postmortal entstehen. Kontinuitätsunterbrechungen der Haut können durch indirekte Zugwirkung (Risswunden) und durch direkte Druckeinwirkung (Quetschwunden) entstehen. Es handelt sich hierbei um Verletzungen mit meist unregelmäßig geformten Wundrändern, die in der Tiefe sogenannte Gewebebrücken (erhaltene Gefäße, Nerven oder Bindegewebsstränge) aufweisen können [36]. Zu den Kontinuitätsunterbrechungen zählen auch Dehnungsrisse der Haut, die zum Beispiel bei Überrollungen durch oder Kollisionen mit Kraftfahrzeugen auftreten. Eine weitere Verletzung, die beim Überrollen auftreten kann, ist die sogenannte Ablederung (Décollement). Hierbei kann es zu massiven Gewebeertrümmerungen mit Höhlenbildung und Einblutungen kommen [24, 38].

Stumpfe Gewalteinwirkungen können zu einer Vielzahl von inneren Verletzungen führen. Hierzu gehören Prellungen (Kontusionen) und Zerreißen (Rupturen) von Organen und großen Gefäßen mit der Gefahr des Verblutens und eines Schocks. Auch Knochenbrüche sind eine häufige Folge stumpfer Gewalt. Bei den Schädelbrüchen wird dabei in lokalisierte geformte und flächenhafte ungeformte Einwirkungen unterschieden. Bei direkter umschriebener Gewalteinwirkung kommt es zu sogenannten Loch- oder Stanzbrüchen. Biegungsbrüche treten bei flächiger Gewalteinwirkung auf und sind spinnennetzartig konfiguriert [36]. Als Verletzungen im Schädelinneren sind Hirnhautblutungen, Hirnquetschungen und Hirnblutungen zu unterscheiden. Bei Hirnquetschungen kann es am Ort der Gewalteinwirkung (Coup-Verletzungen) und gegenüber der Gewalteinwirkung (Contre-Coup-Verletzungen) zu Hirnrindenprellungen und Blutungen kommen, wobei Contre-Coup-Verletzungen häufiger bei Stürzen und eher nicht bei Schlägeinwirkungen auftreten [36].

Als Ereignisse, bei denen der Todeseintritt Folge der stumpfen Gewalteinwirkung ist und die für die vorliegende Arbeit relevant sind, sind Schlagverletzungen, Stürze und Anfahrungen und Überrollungen durch Schienenfahrzeuge zu nennen. Bei einem akzidentellen Fall aus großer Höhe finden sich häufig Schädel-Hirn-Traumen, Brustraumverletzungen und körperstammnahe Frakturen. Zur Unterscheidung zwischen ebenerdigen Sturz- und Schlagverletzungen kann die sogenannte Hutkrempe regel herangezogen werden. Verletzungen am Schädel oberhalb der gedachten „Hutkrempe“ weisen eher auf eine Schlagverletzung, unterhalb auf eine Sturzverletzung hin. Bei Stürzen aus großer Höhe kann diese Regel jedoch nicht angewendet werden [36, 38]. Anfahrungen durch Schienenfahrzeuge gehen in der Regel mit ausgedehnten Gewebe- und Knochenverletzungen, insbesondere an der Anprallseite, einher. Bei hohen Geschwindigkeiten kann es zur Zertrümmerung des Körpers und der Abtrennung von Extremitäten kommen. Extremitätenabtrennungen und Dekapitationen treten

insbesondere auch bei der Überrollung von liegenden Personen auf. Diese stellen sich charakteristischerweise eher glattrandig dar [38].

1.4.6 Schussverletzungen

Bei Schussverletzungen handelt es sich formal um eine stumpfe Gewalteinwirkung. Aufgrund der morphologischen Spezifika bilden sie jedoch eine Sonderform und werden getrennt von anderen stumpfen Gewalteinwirkungen betrachtet. Die Verletzungsbiomechanik bei einer Schussverletzung ist stark von der Waffe, der Munition und der Schussentfernung abhängig. Bei den Waffentypen unterteilt man in Kurz- und Langwaffen. Kurzwaffen dienen dem einhändigen und Langwaffen dem beidhändigen Gebrauch. Zusätzlich sind Langwaffen in der Regel mit einem längeren Lauf ausgestattet. Nicht zu der klassischen Einteilung gehören zum Beispiel Bolzenschussapparate und Schreckschuss- und Gasfeuerwaffen, welche auf geringe Distanz ebenfalls tödliche Verletzungen hervorrufen können [39, 40].

Bezüglich der Munition haben Geschossmasse, Kaliber, Deformationsgrad und die Geschwindigkeit einen Einfluss auf die traumatische Wirkung. Ab einer Auftrittsgeschwindigkeit von 50 m/s wird die Haut in der Regel penetriert. Pistolen erreichen eine Mündungsgeschwindigkeit von circa 280 bis 360 m/s, Gewehre und Karabiner von circa 450 bis 1000 m/s. Während bei geringeren Geschossgeschwindigkeiten die direkte Zerstörung durch das Projektil im Vordergrund steht, wirkt bei höheren Geschwindigkeiten die kinetische Energie beim Durchdringen des Zielmediums vor allen Dingen senkrecht zum Schusskanal. Es kommt zu einer sogenannten Kavitation – eine momentane seitliche Gewebeerdrängung. Diese temporäre Wundhöhle kann bei Hochgeschwindigkeitsgeschossen (ab 800 m/s) einen Durchmesser von mehr als 10 cm betragen. Es können in diesem Bereich liegende Gefäße und Knochen verletzt werden und bei Brustdurchschüssen ohne Herzbeteiligung kann es dennoch zu einer tödlichen Herzprellung kommen. Bei einem Durchschuss durch wenig elastisches Gewebe, wie zum Beispiel durch das Gehirn, kann es zu einer hydrodynamischen Sprengwirkung mit kompletter Organzerreißen kommen. Schussverletzungen im Gewebe sind durch 3 Zonen gekennzeichnet. Im Inneren befindet sich der bleibende Schusskanal, häufig mit geringfügig kleinerem Durchmesser als das Geschosskaliber. Ringsherum stellt sich eine Kontusionszone mit irreversibler Traumatisierung und Gewebenekrose dar. Als äußerer Bereich der temporären Wundhöhle liegt die Kompressionszone an [24, 36].

Bei den Schussverletzungsformen unterscheidet man zwischen dem Steckschuss, dem Durchschuss, dem Gellerschuss, dem Krönleinschuss und dem Ringelschuss. Während bei einem Durchschuss eine Ein- und Austrittswunde besteht, liegt bei einem Steckschuss nur eine Einschusswunde vor. Bei einem Gellerschuss handelt es sich um eine Verletzung, die durch einen abgelenkten Schuss ausgelöst wird. Es kann hierbei durch Beschädigung des Geschosses und durch eine schräge Flugbahn zu einem uncharakteristischen Einschuss kommen. Ein Krönleinschuss ist eine Schussverletzung mit Schädelspaltung und Enthirnung. Dagegen

handelt es sich bei einem Ringelschuss um einen Schädelsteckschuss, bei dem das Geschoss im Schädelinneren an der Kalotte entlang kreist [36, 38].

Schussverletzungen zeigen typische Ein- und Ausschusscharakteristika an der Haut. Bei einem Einschuss findet sich zentral ein rundlicher, nicht adaptierbarer Gewebedefekt, der bei schrägem Eintritt des Geschosses oval sein kann. Rundherum liegt ein grauschwärzlicher Schmutzring, der durch Einstülpung der Haut (oder Kleidung) und kurzzeitige Berührung dieser durch das Projektil gebildet wird. Weiter außen folgt ein bräunlicher Schürfsaum, welcher durch Dehnung des Gewebes entsteht. Als Ausdruck der temporären Wundhöhle findet sich zuletzt ein rot unterbluteter Kontusionsring unterschiedlicher Breite. Es können Abweichungen dieser charakteristischen Merkmale auftreten. Bei aufgesetzten Schüssen entstehen eher strahlige Hautaufreißungen. Auch an Hautfalten und durch Querschläger können atypische Muster entstehen. Ausschussverletzungen zeigen eine höhere Varianz. Die Wunden können größer, aber auch kleiner als die Einschusswunde sein. Die Wundränder sind meist unregelmäßig geformt und adaptierbar. Bei Geschossen, die gerade noch aus der Haut austreten, können schlitzförmige Defekte auftreten [36, 38].

Bei der Schussentfernung erfolgt die Einteilung in absolute und relative Nahschüsse sowie in Fernschüsse. Beim absoluten Nahschuss handelt es sich um einen aufgesetzten oder wenige Millimeter entfernten Schuss. Die Entfernungen für einen relativen Nahschuss und Fernschüsse hängen von der Lauflänge der Waffe ab, sodass bei Langwaffen zum Teil bis zu einer Entfernung von 150 cm noch von einem relativen Nahschuss gesprochen werden kann. Bei einem absoluten Nahschuss finden sich oft sternförmige Hautdefekte. Darunter bildet sich eine Schmauchhöhle mit grauschwärzlichem Schmauch und, bei nicht ganz aufgesetzter Waffe, ringsherum ein schmaler Schmauchring [36, 38]. Bei aufgesetzter Waffenmündung kann eine bräunliche Stanzmarke beobachtet werden (sogenannte Werkgartnersche Stanzmarke) [41]. Bei einem relativen Nahschuss zeigen sich ein Schmauchhof und Einsprengungen unverbrannter Pulverteilchen. Bei größerer Entfernung kann der Schmauchhof fehlen. Fernschüsse sind durch fehlenden Schmauch und fehlende Pulvereinsprengungen charakterisiert [36, 38].

1.4.7 Ersticken und Tod im Wasser

Beim Ersticken handelt es sich um einen Tod durch Sauerstoffmangel der Organe, allen voran des Gehirns. Hierbei kann es sich um eine Verlegung der Atemwege, Behinderung der Atemmechanik oder um Sauerstoffmangel in der eingeatmeten Luft handeln. Auch innere Ursachen wie eine Behinderung des Sauerstofftransportes durch die Erythrozyten können ursächlich sein. Zu den typischen Befunden bei Ersticken zählen besonders Petechien der Augenlid- und -bindehäute und von Pleura, Epikard sowie bei Kindern der Thymuskapsel. Eine Blutarmut der Milz, flüssiges Leichenblut und eine akute Dilatation des rechten Herzens treten häufig auf, finden sich aber auch bei vielen anderen Todesursachen. Bei schnellem Ersticken sind die Lungen häufig stark gebläht. Bei einem langsameren Verlauf liegen zumeist Ödem und Stauung bei nur geringer Blähung vor [36].

1 Einleitung

Das Ertrinken kann als eine Form des Erstickens betrachtet werden, bei der es durch Flüssigkeitsaspiration zum Tode kommt [24]. Beim Tod im Wasser wird in typisches und atypisches Ertrinken und in Badetod im engeren und im weiteren Sinne unterschieden [36]. Abzugrenzen ist auch der Tod im Wasser vom Leichenfundort Wasser. Beim typischen Ertrinken kommt es im Verlauf des Sterbevorganges, der mit Unter- und wieder Auftauchen verbunden ist, zu einem Wechsel von Inspiration und Aspiration. Bahnend kann hierbei eine fortschreitende Erschöpfung des Schwimmers sein. Bei dieser Art des Ertrinkens zeigen sich charakteristische Obduktionsbefunde [40]. Bei atypischem Ertrinken handelt es sich um einen Vorgang, bei dem die Person, zum Beispiel durch gewaltsames Untertauchen, sofort untergeht und es keine wesentlichen inspiratorischen Phasen gibt. Aus diesem Grund sind die erstickungs- beziehungsweise ertrinkungstypischen Obduktionsbefunde in den meisten Fällen geringer ausgeprägt. Die Zuordnung ist in der Literatur jedoch nicht eindeutig. Teilweise zählen hierzu auch Fälle von Badetod im engeren oder weiteren Sinne, unter anderem auch, da die Abgrenzung schwierig sein kann [24]. Beim Badetod im engeren Sinne kommt es zu einem reflektorischen Kreislaufstillstand aufgrund einer Reizung, zum Beispiel durch kaltes Wasser, aber auch durch einen vollen Magen oder eine Alkoholisierung. Es wird angenommen, dass prädisponierende Faktoren bestehen müssen [40]. Ein typischer Ertrinkungsbefund fehlt in diesem Fall und auch beim Badetod im weiteren Sinne. Hierbei kommt es zum Tod aus natürlicher Ursache, zum Beispiel durch einen Herzinfarkt während des Aufenthaltes im Wasser [36]. Unter einem typischen Ertrinkungsbefund versteht man in Süßwassergewässern eine meist trockene Lungenblähung (Emphysema aquosum), ein aufgehobenes Retraktionsvermögen des Lungengewebes, verwaschene Blutaustritte in der Pleura (Paltauf'sche Flecke), eine schlaffe und blutarme Milz, blutgestaute Leber und Nieren, Rechtsherzdilatation, flüssiges Leichenblut, Wasser im Magen beziehungsweise Dreischichtung des Mageninhaltes nach Abstehen in einem Glas (Wydler-Zeichen) und Flüssigkeit in der Stirn- oder Keilbeinhöhle (Svechnikov-Zeichen). Weitere Befunde können ein weißlicher, feinblasiger Schaum vor Mund und Nase sowie im Nasen- und Rachenbereich und in der Trachea sein [26, 29, 36, 40]. Bei einem längeren Aufenthalt im Wasser können eine sogenannte Waschhautbildung (ab circa 3 Stunden) und ein Algenrasen (ab circa 2 Wochen) festgestellt werden [26, 36, 40].

Der Nachweis von Kieselalgen (Diatomeen) und anderen Ertrinkungsbestandteilen wurde im betrachteten Zeitraum in der Regel durchgeführt und als Hinweis auf ein vitales Ertrinken gewertet [26, 29]. Bei Diatomeen handelt es sich um einzellige pflanzliche Organismen, deren Zelleib von einer Hülle aus Kieselsäure umgeben ist [29]. Sie gelangen bei der Aspiration von Ertrinkungsflüssigkeit in die Lungen und können durch Ruptur von Lungenalveolen und -kapillaren auch den systemischen Kreislauf und andere Organe erreichen [37]. Der Nachweis erfolgte zum einen aus Presssaft der Lunge, dem eine Natriumcarbonatlösung zur weiteren Verarbeitung zugesetzt wurde. Wurden hierbei Ertrinkungsbestandteile festgestellt, galt dies jedoch lediglich als Hinweis und nicht als beweisend für ein vitales Ertrinken, da Diatomeen auch postmortal in die Lunge gelangen können [29]. Zum anderen konnte durch die

1 Einleitung

sogenannte Veraschung von Leberbestandteilen, bei der Schwefelsäure zu Leberbestandteilen zugegeben wurde und durch den anschließenden Zusatz von Salpetersäure ein Rückstand zur mikroskopischen Untersuchung auf Kieselalgen gewonnen werden. Hierbei galt nur das Vorhandensein von mehreren beziehungsweise vielen Algen als Beweis für ein vitales Ertrinken [26]. Zum einen können einzelne Diatomeen auch aus dem Magen-Darm-Trakt in das Blutsystem aufgenommen werden [26] und zum anderen wurden Diatomeen in geringen Mengen auch bei Nichtertrunkenen nachgewiesen [29]. Der Nachweis aus dem Knochenmark konnte ebenso erfolgen und war insbesondere bei bereits fäulnisveränderten Leichnamen wichtig [26].

Aufgrund des ubiquitären Vorkommens von Diatomeen und da diese auch bei aus anderen Ursachen Verstorbenen nachgewiesen wurden, war der Nachweis als Beweis für ein vitales Ertrinken in der Vergangenheit umstritten [24, 37, 42]. Zhou et al. [43] postulieren, dass eine zunehmende Sicherheit in der Diagnose des vitalen Ertrinkens mithilfe des Nachweises von Diatomeen durch die genaue Artbestimmung und die Auswertung des Verhältnisses des Diatomeengehalts im Lungengewebe und im mutmaßlichen Ertrinkungsmedium gewonnen werden kann. Xuefeng et al. [42] sind der Auffassung, dass die Bestimmung zwar aus verschiedenen Organen erfolgen, der Hauptaugenmerk jedoch auf der Bestimmung im Lungengewebe liegen sollte. In ihrer Studie zur quantitativen Analyse von Diatomeen in Organen von Ertrunkenen und Nichtertrunkenen stellen die Autoren außerdem fest, dass sich Diatomeen auch in Organen Nichtertrunkener nachweisen ließen, die Anzahl jedoch unter der, in Ertrunkenen nachgewiesenen, lag. Eine Schwierigkeit sehen die Autoren aber in der Festlegung eines Grenzwertes. Eine Übersichtsarbeit von Farrugia und Ludes [37] aus dem Jahr 2010 hält fest, dass es sich bei der qualitativen und quantitativen Untersuchung von Diatomeen aus Leichengewebe sowie aus dem Ertrinkungsmedium um ein Verfahren handelt, dass die Diagnose eines typischen Ertrinkens ermöglicht. Eine genaue Diatomeenidentifizierung und -quantifizierung kann nach der Meinung der Autoren die Anzahl falsch-positiver Befunde bei Nichtertrunkenen verringern, da aus dem Magen-Darm-Trakt in den großen Kreislauf über-tretene Bestandteile anhand ihrer geringen Größe unterschieden werden können und es sich hierbei ohnehin nur um eine geringe Anzahl handelt. Ein postmortaler Diatomeenübertritt muss bei mehr als 2 Meter Lagerungstiefe und einem Aufenthalt im Wasser von mehr als 5 bis 6 Stunden erwogen werden, sodass bei dieser Konstellation geringe Nachweismengen an Diatomeen nicht als aussagekräftig angesehen werden können [37].

Neben der eigentlichen Diagnose eines Ertrinkens oder Badetodes hat beim Tod im Wasser auch die Feststellung beziehungsweise Unterscheidung prä- oder postmortal beigebrachter Verletzungen eine große Relevanz. Abgesehen von einer fehlenden Unterblutung von Wunden, die jedoch auch durch Auswaschen der Wunde im Wasser bedingt sein kann, zeigen sich durch das Treiben des Körpers im Wasser typische avitale Verletzungen an Fußspitzen, Knien, Handrücken und Stirnseite des Kopfes. Auch Schiffsschraubenverletzungen sind häufig und stellen sich meist als parallele Schnitte mit kreidig-weißlichem Aussehen der Wun-

dränder dar [26]. Bergungsverletzungen können ebenfalls vorkommen und die Differenzierung vorausgegangener Verletzungen erschweren [24].

1.4.8 Blutalkoholbestimmung

Es gibt verschiedene Nachweisverfahren zur Bestimmung der Alkoholkonzentration in Flüssigkeiten und Geweben. Gebräuchlich sind respektive waren das Widmark- und das Alkoholdehydrogenase(ADH)-Verfahren sowie die Gaschromatographie [26], wobei das Widmark-Verfahren aufgrund mangelnder Spezifität an Bedeutung verloren hat [24]. Zur Kontrolle sollen immer 2 verschiedene Verfahren angewendet werden [24, 36]. Das Widmark-Verfahren ist eines der ältesten chemischen Verfahren zur Blutalkoholbestimmung. Da bei dem Verfahren der Wassergehalt des Blutes mitbestimmt wird, eignete es sich besonders für die Blutalkoholbestimmung bei Leichen, da sich der Wassergehalt im Blut nach dem Todeseintritt signifikant verändern kann [36]. Das ADH-Verfahren ist ein photometrisches Nachweisverfahren, welches alkohol-, jedoch nicht ethanolspezifisch ist [24]. Das gaschromatographische Verfahren ist ein physikalisches Trennverfahren, das Ethanol direkt nachweisen kann [24]. Die Zeit zwischen dem Eintritt des Todes und der Untersuchung beziehungsweise Obduktion, sogenanntes postmortales Intervall, ist von großer Bedeutung für die Zuverlässigkeit der Blutalkoholbestimmung. Insbesondere bei fäulnisveränderten Leichen gestaltet sich die Bestimmung beziehungsweise die Interpretation der bestimmten Konzentrationen schwierig, da es sowohl zu einer fäulnisbedingten Ethanolneubildung als auch zu einem Ethanolchwund kommen kann [24].

Bezüglich der Wirkung von Ethanol auf den menschlichen Körper ist ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 ‰ von einer geringen Beeinträchtigung bei der Durchführung komplexer Tätigkeiten auszugehen. Mit steigenden Blutalkoholkonzentrationen kommt es zu einer zunehmenden Enthemmung und zu einer Störung der Sinnesfunktionen. Insbesondere ab Werten von über 1 ‰ lassen sich eine zunehmende Beeinträchtigung der motorischen und psychischen Funktionen feststellen. Es kann zum unreflektierten Umsetzen von spontanen Impulsen, häufig gekoppelt mit erhöhter Risikobereitschaft und Unvorsichtigkeit, kommen. Auch sind steigende Aggressivität, Distanzlosigkeit und Uneinsichtigkeit häufige Erscheinungen [36].

1.5 Aktueller Forschungsstand

Seit 1961 wurden mehrfach Versuche unternommen die Zahl der an der Berliner Mauer Verstorbenen zu ermitteln. Nennenswerte Untersuchungen beziehungsweise Veröffentlichungen umfassen hierbei die der Zentralen Ermittlungsstelle für Regierungs- und Vereinskriminalität (ZERV), der Zentralen Erfassungsstelle der Landesjustizverwaltungen in Salzgitter, der Staatsanwaltschaft (StA) Berlin, der Westberliner Polizei, der Westberliner „Arbeitsgemeinschaft 13. August e. V.“ und des Forschungsprojekts des Leibniz-Zentrums für Zeithistorische

1 Einleitung

Forschung Potsdam (ZZF) und der Stiftung Berliner Mauer (SBM): „Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989“ [9].

Sofern sie in West-Berlin wahrgenommen wurden, erfasste die Westberliner Polizei ab dem 13. August 1961 Todes- und Zwischenfälle mit Schusswaffengebrauch an der Berliner Mauer. Mit dem Abschluss der Erfassung im Jahr 1990 umfasste diese Liste der Westberliner Polizei 92 namentlich genannte Todesfälle [9].

1991 wurde der sogenannte Salzgitter-Report durch die, im November 1961 gegründete, zentrale Erfassungsstelle der Landesjustizverwaltungen in Salzgitter veröffentlicht [44]. Der Bericht enthielt Fälle, die den Verdacht einer strafbaren Handlung begründeten und bis 1990 in West-Berlin zum Beispiel durch die Polizei erfasst wurden, aber auch Fälle, die zum Beispiel durch Befragung von geflohenen Grenzsoldaten als verdächtig galten und gab zunächst 78 und in einer 2. Auflage von 1993 114 Todesfälle an [45]. Die Auswertungen der Westberliner Polizei sowie der Erfassungsstelle Salzgitter müssen als lückenhaft angesehen werden, da zum Zeitpunkt der Auswertungen noch kein unbeschränkter Zugang zu den Unterlagen der DDR bestand [9].

1991 erfolgte die Gründung der ZERV als Ermittlungseinheit des Polizeipräsidiums Berlin zur Aufarbeitung und strafrechtlichen Verfolgung der Vergehen in der DDR. Sie ermittelte in den 1990er Jahren auf Grundlage der Recherchen der Westberliner Polizei und der Erfassungsstelle Salzgitter sowie eigener Recherchen in den Archiven der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands und in den Archiven der DDR-Grenztruppen und des MfS und führte zum Abschluss der Ermittlungen 122 Todesfälle auf [46].

Auf der Basis der durch die ZERV ermittelten Fälle führte die StA Berlin in den 1990er Jahren zahlreiche Prozesse, die in der Öffentlichkeit als sogenannte Mauerschützenprozesse bezeichnet wurden, durch und gab 1999 eine Anzahl von 86 Todesfällen an, bei denen eine Straftat seitens der DDR-Grenzsicherungsposten vorgelegen habe. Eine Namensliste wurde weder durch die ZERV noch durch die StA Berlin veröffentlicht [9, 45].

Die Arbeitsgemeinschaft 13. August e. V. wurde 1963 in West-Berlin gegründet [47]. Sie hat den Anspruch alle Todesopfer, die im Zusammenhang mit Flucht und/oder dem Grenzregime ums Leben gekommen sind, zu erfassen. Hierunter zählen Todesfälle mit und ohne Fremdeinwirkung, wie zum Beispiel Unfälle, Selbstmorde und plötzliche Todesfälle aus natürlicher Ursache, wie Herztode an Grenzübergängen. Im Jahr 2008 lag die vom Verein veröffentlichte Anzahl der Todesopfer an der Berliner Mauer bei 235. Quellenangaben nennt die Arbeitsgemeinschaft hierfür nicht [9]. Aus Fachkreisen wird der Arbeitsgemeinschaft zum Teil mangelnde Wissenschaftlichkeit vorgeworfen [48].

Insgesamt herrschte lange Zeit eine große Uneinigkeit und Unsicherheit über die tatsächliche Anzahl der Todesfälle an der Berliner Mauer. Gerig [8] zählte 1989 auf der Basis der in der Erfassungsstelle Salzgitter registrierten Fälle 75 „Ermordete“ an der Berliner Sektorengrenze und am „Ring um Berlin (West)“ und 4 erschossene Grenzsoldaten auf. Filmer und Schwan [13] veröffentlichten 1991 für 113 an der Berliner Mauer Verstorbene, soweit bekannt

1 Einleitung

und vorhanden, Namen und Tagesberichte der Grenzsicherung. Auch diese Arbeit basierte laut Literaturangaben auf dem Salzgitter-Report [13].

Das 2005 unter der Leitung von Frau Dr. Nooke von der SBM und von Herrn Dr. Hertle vom ZZF begonnene Forschungsprojekt „Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989“ machte es sich zur Aufgabe, eine überprüfbare und zuverlässige Aufarbeitung der zwischen 1961 und 1989 an der Berliner Mauer Verstorbenen zu unternehmen. Hauptaugenmerk lag hierbei auf der Bildung einer verlässlichen Informationsquelle bezüglich der Anzahl der tatsächlich an und aufgrund der Berliner Mauer Verstorbenen sowie deren Todesumstände. Die Ergebnisse dieses Projekts basieren auf einer ausführlichen Archivrecherche von mehr als 500 Verdachtsfällen, bei denen „ein zeitlicher und räumlicher Zusammenhang des Todes mit dem Grenzregime an der Mauer“ [9] möglich schien. Die Autoren der Studie erarbeiteten ihre Informationen aus Verfahrensakten der Berliner und Neuruppiner Staatsanwaltschaft, Daten aus dem Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU), aus dem Bundesarchiv-Militärarchiv in Freiburg und aus den Beständen des Bundesarchivs in Berlin und Koblenz, des Landesarchivs Berlin, des Brandenburgischen Landeshauptarchivs, der Polizeihistorischen Sammlung des Polizeipräsidenten in Berlin, dem Politischen Archiv des auswärtigen Amtes, dem Archiv der Zentralen Erfassungsstelle Salzgitter und aus verschiedenen Presse-, Rundfunk- und Bildarchiven [9]. Die Anzahl der Todesopfer an der Berliner Mauer, im Folgenden auch Mauertote genannt, wurde im Zuge der ersten Veröffentlichung des Projekts im Jahre 2009 mit 136 angegeben [49]. Anschließende Recherchen in den Jahren 2013 und 2017 ergaben Hinweise auf jeweils 2 weitere Todesopfer. Zum Zeitpunkt der abschließenden Auswertung der im Rahmen dieser Dissertation erfassten Datenbestände liegt die ermittelte Anzahl der Mauertoten nach Prüfung durch das ZZF und die SBM bei 140 Personen (Stand: Dezember 2020) [9]. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden ebenso Recherchen zu Todesfällen mit örtlichem Bezug zu Berliner Grenzübergängen und unklarem Zusammenhang zu den Grenzkontrollen durchgeführt. Hertle und Nooke [9] stellten hierbei 251 Todesfälle, 227 davon am Grenzübergang S-Bahnhof Friedrichstraße, fest. Sowohl im Hinblick auf die Auswertung vielfältiger Quellen und deren transparente Darstellung als auch auf die hohe geprüfte Fallzahl, kann die Auswertung des Forschungsprojektes des ZZF und der SBM nach aktuellem Kenntnisstand als vollständigste wissenschaftlich fundierte Aufarbeitung der Todesfälle an der Berliner Mauer angesehen werden.

Den oben genannten Untersuchungen und Veröffentlichungen ist gemein, dass sie sich darauf konzentrieren, die an der Berliner Mauer aufgrund des DDR-Regimes Verstorbenen zu ermitteln und/oder zu veröffentlichen und im Falle der StA Berlin auch darauf, Straftatbestände aufzudecken und zu verfolgen. Insbesondere im Rahmen des Projektes des ZZF und der SBM sowie im Zuge der Ermittlungen der StA Berlin wurden hierfür, soweit verfügbar, auch Obduktionsberichte eingesehen. Eine systematische Archivrecherche im Hinblick auf die

Sektionsprotokolle aller Mauertoten wurde im Rahmen der oben genannten Untersuchungen und Veröffentlichungen jedoch nicht durchgeführt.

Im Rahmen einer Dissertation von Horn [16] im Jahr 2001 erfolgte die rechtsmedizinische und ballistische Aufarbeitung von Schussverletzungen durch „Mauerschützen“ exemplarisch in 9 Fällen, die im Rahmen der „Mauerschützenprozesse“ stafprozessual verfolgt wurden und bei denen der Autor selbst als Sachverständiger tätig war. Hierfür erfolgte die Einsicht und Auswertung der vorliegenden Sektionsberichte. Geserick et al. [50] recherchierten 94 Todesfälle auf der Basis von Tagesberichten der Volkspolizei und der Grenztruppen, von denen sie in 36 Fällen einen Eintrag in den Archivbüchern des IGM der HU finden konnten.

Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Recherchen zu der hier vorliegenden Dissertation (Stand: Dezember 2020) liegt keine systematische wissenschaftliche Sammlung und Auswertung der Sektionsprotokolle aller Mauertoten aus rechtsmedizinischer Perspektive vor.

1.6 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit besteht im Auffinden und Zusammentragen der Sektionsprotokolle sowie jedweder Informationen über stattgehabte Sektionen der, nach Auswertung des aktuellen Forschungsstandes als Mauertote geltenden, 140 Todesfälle an der Berliner Mauer in den Jahren 1961 bis 1989 sowie der Erschließung dieser Archivmaterialien für künftige Forschungsprojekte und deren fachhistorische rechtsmedizinische Analyse. Hierzu erfolgt eine Sichtung der recherchierten Sektionsprotokolle hinsichtlich der Todesursachen sowie anderer im Laufe der Recherche erhobenen Daten und eine fallbezogene Auswertung. Die Protokolle werden zusätzlich in Zusammenhang mit den durch das Forschungsprojekt des ZZF und der SBM gewonnenen Informationen über die Todesursachen und -umstände auf Unterschiede und Widersprüche hin geprüft. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Rolle des IGM der HU bezüglich der Frage nach einer Beteiligung an einer Vertuschung der Todesfälle durch das MfS zu klären und mögliche Lücken im Universitätsarchiv der HU zu schließen. Hierbei ist von Interesse, ob die Mauertoten systematisch obduziert oder nicht obduziert wurden, welche Abläufe hierbei eine Rolle gespielt haben und wie anschließend mit den Obduktionsergebnissen und Sektionsprotokollen verfahren wurde. Zusätzlich erfolgt im Archivgut des IGM der HU eine Recherche der, durch das ZZF und die SBM mitgeteilten, 227 Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße zur Prüfung der Todesursachen und eines möglichen Zusammenhanges mit den dort durchgeführten Grenzkontrollen.

2 Material und Methoden

2.1 Einschlusskriterien

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Beschaffung und Auswertung der Sektionsprotokolle der Todesfälle an der Berliner Mauer. Zu Beginn der Datensammlung im Jahr 2012 stand aus diesem Grund die Zusammenstellung einer Namensliste der Todesfälle an der Berliner Mauer im Zeitraum vom 13. August 1961 bis zum 09. November 1989 im Vordergrund. Nach Auswertung des aktuellen Forschungsstandes (siehe Kapitel 1.5) wurde hierfür die durch das Forschungsprojekt des ZZF und der SBM erstellte Liste ausgewählt, die zunächst 136 Namen beinhaltete. Die im Laufe des Forschungsprojektes im Jahr 2013 und 2017 zusätzlich recherchierten Fälle wurden nachträglich in die Auswertung aufgenommen. Im Rahmen dieser Arbeit legte die Verfasserin den 01. Dezember 2020 als Enddatum der Fallaufnahme fest. Tabelle 3 zeigt eine Auflistung der bis zu diesem Zeitpunkt erfassten insgesamt 140 Todesfälle. Die Nummerierung der Fälle ergibt sich aus der zeitlichen Reihenfolge der Sterbe- beziehungsweise Auffindedaten. Die Namen der Toten dürfen nach § 32 Absatz 1 Nr. 4 und Nr. 6 Stasi-Unterlagen-Gesetz (StUG) veröffentlicht werden. Das Gesetz ermöglicht für Forschung und Medien die Einsicht und Verwendung von Daten Verstorbener, deren Tod mindestens 30 Jahre zurückliegt, sowie die Herabsetzung der Schutzfrist auf 10 Jahre, sofern ein begründetes wissenschaftliches Interesse besteht.

Tabelle 3: Namensliste der Todesfälle an der Berliner Mauer 1961–1989. „Unbekannt“ = Name des Toten ist bis zum 01.12.2020 nicht bekannt geworden.

Nr.	Name der Person	Nr.	Name der Person	Nr.	Name der Person
1	Siekmann, Ida	2	Litfin, Günter	3	Hoff, Roland
4	Urban, Rudolf	5	Segler, Olga	6	Lünser, Bernd
7	Düllick, Udo	8	Probst, Werner	9	Lehmann, Lothar
10	Wohlfahrt, Dieter	11	Krüger, Ingo	12	Feldhahn, Georg
13	Schmiel, Dorit	14	Jercha, Heinz	15	Held, Philipp
16	Brueske, Klaus	17	Böhme, Peter	18	Schmidtchen, Jörgen
19	Frank, Horst	20	Göring, Peter	21	Haberlandt, Lutz
22	Hannemann, Axel	23	Kelm, Erna	24	Glöde, Wolfgang
25	Huhn, Reinhold	26	Noffke, Siegfried	27	Fechter, Peter
28	Wesa, Hans-Dieter	29	Mundt, Ernst	30	Seling, Günter
31	Walzer, Anton	32	Plischke, Horst	33	Reck, Otfried
34	Wiedenhöft, Günter	35	Räwel, Hans	36	Kutscher, Horst
37	Kreitlow, Peter	38	Muszynski, Wolf-Olaf	39	Mädler, Peter
40	Widera, Siegfried	41	Schröter, Klaus	42	Schulz, Dietmar
43	Berger, Dieter	44	Schultz, Paul	45	Hayn, Walter

2 Material und Methoden

Tabelle 3: Namensliste der Todesfälle an der Berliner Mauer 1961–1989.

Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
46	Philipp, Adolf	47	Heike, Walter	48	Wolscht, Norbert
49	Gneiser, Rainer	50	Trabant, Hildegard	51	Mispelhorn, Wernhard
52	Schultz, Egon	53	Wolf, Hans-Joachim	54	Mehr, Joachim
55	Unbekannt	56	Buttkus, Christian	57	Krzemien, Ulrich
58	Hauptmann, Hans-Peter	59	Döbler, Hermann	60	Kratzel, Klaus
61	Garten, Klaus	62	Kittel, Walter	63	Cyrus, Heinz
64	Sokolowski, Heinz	65	Kühn, Erich	66	Schöneberger, Heinz
67	Brandes, Dieter	68	Block, Willi	69	Schleusener, Lothar
70	Hartmann, Jörg	71	Marzahn, Willi	72	Schulz, Eberhard
73	Kollender, Michael	74	Stretz, Paul	75	Wroblewski, Eduard
76	Schmidt, Heinz	77	Senk, Andreas	78	Kube, Karl-Heinz
79	Sahmland, Max Willi	80	Piesik, Franciszek	81	Weckeiser, Elke
82	Weckeiser, Dieter	83	Mende, Herbert	84	Lehmann, Bernd
85	Krug, Siegfried	86	Körner , Horst	87	Henniger, Rolf
88	Lange, Johannes	89	Kluge, Klaus-Jürgen	90	Lis, Leo
91	Wehage, Eckhardt	92	Wehage, Christel	93	Müller , Heinz
94	Born, Willi	95	Ehrlich, Friedhelm	96	Thiem, Gerald
97	Kliem, Helmut	98	Zock, Hans-Joachim	99	Friese, Christian-Peter
100	Kabelitz, Rolf-Dieter	101	Hoffmann, Wolfgang	102	Kühl, Werner
103	Beilig, Dieter	104	Kullack, Horst	105	Weylandt, Manfred
106	Schulze, Klaus	107	Katraci, Cengaver	108	H., Holger
109	Frommann, Volker	110	Einsiedel, Horst	111	Gertzki, Manfred
112	Kroboth, Siegfried	113	Niering, Burkhard	114	Kukuczka, Czesław Jan
115	Sprenger, Johannes	116	Savoca, Giuseppe	117	Halli, Herbert
118	Mert, Çetin	119	Kiebler, Herbert	120	Hennig, Lothar
121	Schwietzer, Dietmar	122	Weise, Henri	123	Odinzow, Wladimir I.
124	Steinhauer, Ulrich	125	Jirkowsky, Marienetta	126	Grohganzt, Hans-Peter
127	Muschol, Johannes	128	Starrost, Hans-Jürgen	129	Taubmann, Thomas
130	Freie, Lothar Fritz	131	Proksch, Silvio	132	Schmidt, Michael-Horst
133	Liebeke, Rainer	134	Mäder, Manfred	135	Gross, René
136	Bittner, Michael	137	Schmidt, Lutz	138	Diederichs, Ingolf
139	Gueffroy, Chris	140	Freudenberg, Winfried		

Darstellung der Verfasserin, 2021, nach: [9].

2.2 Rahmenbedingungen der Archivrecherche

Die ausführliche Archivrecherche zur Beschaffung der Sektionsprotokolle der Mauertoten bildet die Basis dieser Arbeit. Die Auswahl der zu besuchenden Archive erfolgte mithilfe von PD Dr. Hartwig, Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er stellte Informationen bezüglich der zuständigen Archive und der Aufbewahrungsorte der Obduktionsberichte zur Verfügung.

Entsprechend der Teilung der Stadt in den sowjetischen, amerikanischen, britischen und französischen Sektor waren zwischen 1961 und 1989 verschiedene Institutionen für die Durchführung von gerichtlichen Obduktionen zuständig. Hierzu zählten das IGM der HU (siehe Abbildungen 5 und 6), die Militärmedizinische Akademie Bad Saarow (MMA), das Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin (FU) und das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (GerMed).

Der Zuständigkeitsbereich des IGM der HU erstreckte sich, der Lage des Instituts in der Hannoverschen Straße entsprechend, über den sowjetisch kontrollierten Teil der Stadt und über die Stadtgrenzen hinaus auch auf die Bezirke Potsdam und Frankfurt (Oder). 1983 wurde das IGM Potsdam gegründet und übernahm ab diesem Zeitpunkt den Bezirk Potsdam [28]. Die Unterlagen des IGM der HU lagern heute im Universitätsarchiv (UA) der HU in der Abteilung Rechtsmedizin.

1981 erfolgte die Gründung der MMA [28, 51]. Die Einrichtung entstand aus dem Zentralen Lazarett der NVA und beinhaltete auch ein Institut für gerichtliche Medizin. Die Aufbewahrung und Verwaltung der Unterlagen der NVA sowie der DDR-Grenztruppen obliegt dem Bundesarchiv (BArch) beziehungsweise dessen Abteilung Militärarchiv (MA) in Freiburg [52].

Die zuständigen gerichtsmedizinischen Institute für den amerikanischen, britischen und französischen Sektor waren während des untersuchten Zeitraumes zum einen das 1949 gegründete Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU Berlin und zum anderen das 1937 gegründete Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin. Dem Landesinstitut stand zunächst das Pathologische Institut des Städtischen Krankenhauses in Moabit und ab 1965 das Leichenschauhaus West (LSH W) in der Invalidenstraße zur Durchführung von Sektionen zur Verfügung [28, 54]. Soweit noch vorhanden, befinden sich die Unterlagen des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der FU im Universitätsarchiv der FU im Bestand „Institut für Rechtsmedizin/Verwaltung (I-RM-V)“ und die Unterlagen des Landesinstituts im hauseigenen Archiv. Im 2003 im Zuge der Neuorganisation der Universitätsmedizin aus den Instituten der FU und HU hervorgegangenen Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin zu Berlin werden keine Sektionsberichte aus der betreffenden Zeit archiviert.

Weitere Anlaufstellen stellten das Archiv des BStU, das Archiv der StA Berlin und die Gedenkstätte Berliner Mauer (GBM) dar. Die Behörde des BStU erforscht und verwaltet auf



Abbildung 5: Außenansicht des IGM der HU in der Hannoverschen Straße (1980er Jahre), aus: [53].



Abbildung 6: Sektionssaal des IGM der HU (1980er Jahre), aus: [53].

Grundlage des StUG die ehemaligen Unterlagen des MfS und dessen Vor- und Nachfolgeorganisationen [55]. Das MfS diente in der DDR als Verwaltungs- und insbesondere Kontrollorgan. In dessen Zuständigkeitsbereich fielen unter anderem Vorkommnisse an der Berliner Mauer und Ermittlungen zu den sogenannten Republikflüchtigen. Des Weiteren führte die StA Berlin bereits in den 1990er Jahren ausführliche Ermittlungen zu verschiedenen Todesfällen an der Berliner Mauer im Zuge der sogenannten Mauerschützenprozesse durch [9]. Die Akten werden im Archiv der StA Berlin aufbewahrt. In Kenntnis des Projekts der SBM und des ZZF konnte auch in den im Rahmen des Projekts zusammengetragenen Unterlagen ein vielversprechender Datenbestand angenommen werden. Die Akten befanden sich zum Zeitpunkt der Recherche in der GBM.

2.3 Ablauf der Archivrecherche

Universitätsarchiv der Humboldt Universität zu Berlin

Im Archiv sind Unterlagen der Berliner Gerichts- respektive Rechtsmedizin aus den Jahren 1856 bis 2004 aufbewahrt. Darunter befinden sich auch die Sektionsprotokolle des IGM der HU von 1961 bis 1989. Die Einsicht und tabellarische Erfassung der benötigten Daten erfolgte vor Ort in mehreren Sitzungen. Es wurde auf das Vorliegen von Sektionsprotokollen aller in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR verstorbenen Mauertoten geprüft. Zunächst wurden die Haupt- und Sektionsbücher der Jahre 1961 bis 1989 gesichtet. In den Hauptbüchern sind die eingegangenen Leichen mehrerer aufeinanderfolgender Jahre verzeichnet. Sie enthalten Namen der Verstorbenen, Geschlecht, Geburtsdatum, Sterbedatum, Wohnort, vermutete Todesursache, die Namen der Obduzenten und eine Kennzeichnung bezüglich der Durchführung einer Obduktion (siehe Abbildung 7). Hierbei stand „Obd.“ für eine durchgeführte Obduktion und „F“ für Freigabe des Leichnams ohne zuvor durchgeführte Obduktion. In den Sektionsbüchern ist zusätzlich die Sektionsnummer (zugleich Nummer der Obduktionsberichte) und die durch die Obduktion ermittelte Todesursache vermerkt (siehe Abbildung 8). Die Bücher wurden einzeln durchgesehen und mithilfe von Sterbe- oder gegebenenfalls Auffindedatum und Namen auf Übereinstimmungen mit der Liste des ZZF und der SBM geprüft. In einem Zeitfenster von wenigen Tagen um die bekannten Daten herum wurde auch nach dem Eingang von unbekanntem Leichen gesucht.

1373	Kröger, Inger	Noch	21. 1. 1940	BARC	12. 12. 61	Obd.	12. 12. 61	10. 12. 61 00 ⁰⁰ am Reichskapsi fertig
		Berlin	841/61		14. 12. 61	44	16. 12. 61	10. 12. 61 00 ⁰⁰ am Reichskapsi fertig
								10. 12. 61 00 ⁰⁰ am Reichskapsi fertig
								10. 12. 61 00 ⁰⁰ am Reichskapsi fertig
								10. 12. 61 00 ⁰⁰ am Reichskapsi fertig

Abbildung 7: Ausschnitt einer Doppelseite aus einem Hauptbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1961, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [56].

Die eigentlichen Sektionsprotokolle werden sortiert und durchlaufend nummeriert – jeweils zu 50 Stück in Pappkartons verpackt – im Archiv aufbewahrt. Diese konnten mithilfe der

2 Material und Methoden



Abbildung 8: Ausschnitt einer Doppelseite aus einem Sektionsbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1961, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [57].

jeweils recherchierten Sektionsnummer auf das Vorliegen der Obduktionsberichte kontrolliert werden. Die Protokolle liegen als Original auf Schreibmaschinenpapier und größtenteils gut erhalten vor. In den meisten Fällen sind nur die Sektionsprotokolle abgelegt. Vereinzelt sind zusätzlich die Anordnung zur Leichenschau oder Totenscheine vorhanden. In Einzelfällen findet sich an Stelle eines fehlenden Obduktionsberichts eine Kopie des betreffenden Abschnittes aus dem Sektionsbuch mit dem Vermerk, dass das Protokoll nicht aufzufinden war. Diese Notizen wurden durch Mitarbeiter der ZERV hinterlassen.

Eine offizielle Archivsignatur für den Bestand existierte zum Zeitpunkt der Archivrecherche nicht, da der Bestand noch nicht erschlossen war. Der Verweis auf den Auffindeort der Sektionsprotokolle wird wie folgt vorgenommen: HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. des Sektionsprotokolls/Jahr.

Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik

Nach § 32 Absatz 1 Nr. 4 und Nr. 6 des StUG ist ein Einblick in die Unterlagen des MfS im Zuge einer wissenschaftlichen und historischen Aufarbeitung möglich. Zu diesem Zweck ist auf der Internetseite des BStU ein Antragsformular zu finden [58]. Sowohl eine direkte Einsicht als auch der Erhalt von Kopien ist möglich. Aufgrund der Fülle an benötigten und im Archiv vorhandenen Informationen erfolgte anstelle einer direkten Einsicht die Zuteilung einer Sachbearbeiterin, welche die erforderlichen Unterlagen zusammenstellte und diese als Kopien dem Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin zukommen ließ. Diese Unterlagen enthielten, je nach Verfügbarkeit im Archiv, Sektionsprotokolle, Totenscheine, Sterbeurkunden, Alkoholbefunde, Berichte des MfS zum Geschehen und ballistische Gutachten. Die Archivsignaturen wurden hierbei für jeden einzelnen Fall beziehungsweise jede einzelne Seite direkt von der BStU vorgegeben und folgen in der Regel der Gliederung: BStU, MfS, zuständige Bezirksverwaltung, Abteilung, Bandnummer, Seitenzahl.

Universitätsarchiv der Freien Universität Berlin

Im Universitätsarchiv der FU erfolgte die Recherche aller in West-Berlin geborgenen Mauer- toten. Die Sektionsberichte, die noch aufzufinden waren, wurden als Leihgabe zur Einsicht per Hauspost an das Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin gesendet. Die Archivsignatur lautet wie folgt: FU, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll Jahr/Nr.

Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

Im GerMed erfolgte die Nachfrage einzelner, zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht aufgefunderer, Sektionsprotokolle aus den Jahren 1962 und 1964. Die Aufzeichnungen des Landesinstituts reichen jedoch nur bis in das Jahr 1967 zurück, sodass hier keine entsprechenden Berichte zur Auswertung zur Verfügung standen.

Archiv der Staatsanwaltschaft Berlin

Gemäß § 476 StPO ist eine Einsicht in die Akten der StA Berlin zu Forschungszwecken erlaubt. Es wurde um die Akten für alle Fälle gebeten, für die zum Zeitpunkt der Anfrage noch kein Sektionsprotokoll aufgefunden worden war. Nach einer Bearbeitungszeit der Anfrage von etwa 8 Monaten konnte mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft eine Einsichtnahme in mehreren Sitzungen erfolgen. Die Anfertigung von Kopien war erlaubt. Die Unterlagen wurden durch eine Sachbearbeiterin herausgesucht und zur Verfügung gestellt. Sie enthielten neben den Obduktionsberichten auch Auszüge aus den Verfahrensakten der „Mauerschützenprozesse“ und zusätzliches Material, wie Tatortskizzen oder Protokolle von Zeugenbefragungen. Der Verweis auf die verwendeten Akten erfolgt unter Angabe des Aktenzeichens (Az.).

Gedenkstätte Berliner Mauer

In der Gedenkstätte Berliner Mauer lagerten zum Zeitpunkt der Archivrecherche der Verfasserin die im Zuge des Projekts „Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989“ recherchierten Unterlagen. Dazu zählten Sektionsprotokolle, Totenscheine, Sterbeurkunden, Informationen und Berichte des MfS über die Tathergänge sowie ballistische Gutachten und Presseartikel. Die Anfertigung von Kopien war in der GBM nicht möglich. Die teils sehr umfangreichen Akten zu den Mauertoten wurden einzeln auf das Vorhandensein von Obduktionsberichten und weiterer Unterlagen, wie zum Beispiel ballistische Gutachten und Hinweise auf die Durchführung von Obduktionen oder deren Unterlassung geprüft. Die GBM besitzt keine eigene Archivsignatur und verlangte keine gesonderten Quellenreferenzen. Es wird die Signatur des Archivs angegeben, aus dem die GBM die jeweiligen Unterlagen bezogen hat.

Bundesarchiv Freiburg (Abteilung Militärarchiv)

Das Bundesarchiv in Freiburg wurde nicht selbstständig aufgesucht, da die hier vorhandenen Unterlagen im Archiv der GBM in Kopie vorlagen. Nur im Fall eines der 2017 ergänzten Todesopfer war die nachträgliche Anforderung eines Sektionsprotokolls notwendig. Dies war mithilfe eines Onlineformulars auf der Internetpräsenz des Bundesarchivs möglich.

2.4 Datenerhebung in Bezug auf die Sektionsprotokolle der Mauertoten

Parallel zur Auswahl der zu besuchenden Archive erfolgte die Erstellung einer Tabelle zur Datenerhebung. Tabelle 4 bietet einen Überblick über die Haupt- und Subkategorien. Zur Nachvollziehbarkeit und Erfassung der Auffindeorte der Sektionsprotokolle dient die Kate-

2 Material und Methoden

gorie *Quellen* unterteilt in das Universitätsarchiv der *HU* und der *FU* und die Archive des *BStU*, der *GBM*, der *StA* Berlin und des *GerMed*.

Unter *Anschauungsmaterial und sonstige Dokumente* ist der Zugriff auf zusätzliche Materialien den jeweiligen Quellen entsprechend vermerkt. Dazu zählen unter anderem Skizzen, ballistische Gutachten, Totenscheine, Sterbeurkunden, Krankenhausberichte, Vernehmungsprotokolle und Meldungen des MfS.

Im Rahmen der Hauptkategorie *Allgemeine Daten* wurde das *Geburts-* und *Sterbedatum*, das *Alter* und das *Geschlecht* der Toten erfasst. Wie die auf der chronologischen Reihenfolge der Sterbe- beziehungsweise Funddaten basierende *Nummerierung*, wurden diese Daten im Vorfeld der Archivrecherche auf der Basis der Erkenntnisse des ZZF und der SBM ausgefüllt.

Tabelle 4: Kategorien der Datenerfassung der Archivrecherche.

Hauptkategorien	Subkategorien
Quellen	HU, BStU, GBM, StA, FU, GerMed
Anschauungsmaterial und sonstige Dokumente	HU, BStU, GBM, StA, FU, GerMed
Allgemeine Daten	Nummerierung, Geburtsdatum, Alter, Todesdatum, Geschlecht
Örtlichkeiten	Bergungsort, Wohnort, Krankenhausaufenthalt
Allgemeine Daten zu den Sektionsprotokollen	Durchführung, Auffindbarkeit, Vollständigkeit, Sektionsort, Sektionsdatum, Sektionsnummer, Obduzenten
Inhalt der Sektionsprotokolle	Todesart, Todesumstände im weiteren Sinne, Gewaltform, Todesursache im Sektionsprotokoll, weitere Informationen
Todeskontext	Todesumstände, Fluchtabsicht
Waffe	Waffenart, Schussentfernung
Blutalkoholkonzentration	Widmark Urin, Widmark Blut, ADH Urin, ADH Blut, Sonstige Werte
HU spezifische Informationen	Hauptbuch, Sektionsbuch

Darstellung der Verfasserin, 2020.

Die Hauptkategorie *Örtlichkeiten* beinhaltet den *Auffindeort* der Toten. Es handelte sich hierbei um den, mithilfe der Informationen des ZZF und der GBM sowie aus Sektionsprotokollen und Berichten der Staatssicherheit ermittelten Bezirk, in dem die Toten geborgen wurden. Dies erlaubte eine Zuordnung zu den Besatzungszonen und diente somit als wichtiger Hinweis auf den Obduktionsort. In der Subkategorie *Wohnort* wurde erfasst, ob die Verstorbenen zum Zeitpunkt ihres Todes in der DDR oder in der BRD lebten. Die Subkategorie *Krankenhausaufenthalt* beinhaltet Informationen zu eventuellen Krankenhausaufenthalten vor dem Todeseintritt.

Die *Allgemeinen Daten zu den Sektionsprotokollen* umfassen Informationen zur *Durchführung* einer Obduktion. Es galt hierbei zu klären, ob eine Obduktion durchgeführt wurde. Ebenfalls erfasst wurde, ob die Berichte innerhalb der Recherche aufgefunden werden konnten und ob sie vollständig zur Auswertung vorlagen. Der *Sektionsort* enthält das Institut oder die Institution, in der die Obduktion, die pathologisch-anatomische Sektion oder die Verwaltungssektion durchgeführt wurde. Die *Sektionsnummer* und die Namen der *Obduzenten* wurden den Obduktionsberichten entnommen. Die *Sektionsnummer* leitet sich aus der fortlaufenden Nummerierung der durchgeführten Obduktionen in einem Kalenderjahr ab. Auf diese Weise ist jederzeit eine eindeutige Zuordnung der Berichte anhand der Sektionsnummern möglich.

Kernstück der Arbeit bilden die Daten zum *Inhalt der Sektionsprotokolle*. Erfasst wurden, neben der *Todesart* und der *Gewaltform* beziehungsweise *-einwirkung*, die *Todesumstände im weiteren Sinne*. Hierbei handelt es sich um einen von der Verfasserin gewählten Überbegriff, der die zum Tode führenden Umstände kurz und auswertbar beschreibt. Die Auswahlmöglichkeiten sind im Rahmen der Ausarbeitung *Tötung*, *Unfall*, *Selbsttötung* und *Unklar*. Darüber hinaus wurden den Fällen die Wertigkeiten *Schussverletzung*, *Ertrinken/Badetod*, *Ersticken* und *stumpfe Gewalteinwirkung* zugeordnet. Für die Kategorie *Todesursache im Sektionsprotokoll* wurde dagegen auf die Angaben zur pathologisch-anatomischen Todesursache aus dem Abschnitt „Vorläufiges Gutachten“ der Obduktionsberichte zurückgegriffen. Zur Erfassung von Textdaten wurde die Kategorie *Weitere Informationen* eingeführt. Unter dieser Bezeichnung wurden genauere inhaltliche Beschreibungen der Sektionsprotokolle erfasst. Hierzu gehören insbesondere Informationen zu äußeren Merkmalen von Schuss- und anderen Verletzungen, Schussrichtung und -entfernung, Beschaffenheit der inneren Organe und Besonderheiten der Kleidung, ebenso wie Wertungen der Obduzenten und Informationen zum Tathergang.

Die Kategorie *Todeskontext* enthält Informationen zu den *Todesumständen*. Ebenfalls erfasst wurde, ob bei den Toten eine *Fluchtabsicht* vorlag. Die Angaben hierzu basierten auf Informationen aus Obduktionsberichten, Unterlagen des MfS und der StA und auf den Erkenntnissen des ZZF und der SBM.

Unter *Waffe* ist die *Waffenart*, durch die die Verletzung beigefügt wurde und die *Schussentfernung* erfasst. Eine Grundlage für die Unterteilung in Nah- und Fernschuss bildeten

Informationen über die Wundverhältnisse im Sinne von vorhandenen oder nicht vorhandenen Nahschusszeichen und die Beschaffenheit der Kleidung aus den Obduktionsberichten. Informationen hierzu stammten auch aus Skizzen und Berichten des MfS und der Westberliner Polizei sowie aus ballistischen Gutachten.

Die Erfassung einer alkoholischen Beeinflussung erfolgte in der Kategorie *Blutalkoholkonzentration* zum Großteil mithilfe von Blut- und Urinalkoholkonzentrationen, die direkt im Sektionsprotokoll enthalten waren. In einigen Fällen gaben auch gesonderte Laborberichte Auskunft. Es wurden jeweils die Werte der Messverfahren *Widmark* und *ADH* im *Urin* und *Blut* aufgenommen. Unter *sonstige Werte* sind Ergebnisse anderer Messverfahren erfasst.

Die Kategorie *HU spezifische Informationen* beinhaltet Daten, die für die Archivrecherche im Universitätsarchiv der HU von Bedeutung waren. Hierzu zählt, ob und mit welchen Informationen die Mauertoten in den *Haupt-* beziehungsweise *Sektionsbüchern* erfasst waren.

2.5 Datenerhebung in Bezug auf die Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße

Bei den Todesfällen mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße (siehe Abbildung 9) handelt es sich um alle in der Zeit vom 13.08.1961 bis 09.11.1989 im Bereich des S-Bahnhofs Friedrichstraße verstorbenen oder tot aufgefundenen Personen, die namentlich in der Polizeihistorischen Sammlung des Polizeipräsidenten in Berlin aus Lageberichten der Transportpolizei und des Präsidiums der Volkspolizei Berlin erfasst wurden. Der Tod musste nicht zwingend bei Grenzkontrollen eingetreten sein. Eine durch das Forschungsprojekt des ZZF und der SBM zusammengestellte Liste mit 227 dieser so erfassten Todesfälle am Grenzübergang Friedrichstraße mit Namen, Geburts- und Sterbedaten, Staatsangehörigkeiten, konkreten Todesorten und Quellenangaben wurde der Verfasserin mit Erlaubnis des Polizeipräsidenten in Berlin zur Verfügung gestellt. Zu Beginn der Recherche waren keine weiteren Informationen zu diesen Personen bekannt. Bisher erfolgte keine Erforschung der genauen Todesursachen oder eines potenziellen Zusammenhanges mit den politischen Verhältnissen, im Sinne einer Beeinflussung oder Herbeiführung des Todes durch die Grenzkontrollen am Grenzübergang Friedrichstraße. Da kein Einfluss der politischen Verhältnisse auf den Todeszeitpunkt der Personen bewiesen ist, ist eine Veröffentlichung der Namen im Rahmen dieser Dissertation nicht möglich. Die Interessen der Verstorbenen sind gemäß des geltenden Persönlichkeitsrechts auch nach dem Tode durch Nicht-Veröffentlichung ihrer personenbezogenen Daten zu wahren. Da das Hauptaugenmerk dieser Arbeit auf der Auswertung der Sektionsprotokolle der Mauertoten liegt, wurden die Namen lediglich im Universitätsarchiv der HU recherchiert. Als Recherchegrundlage diente eine Tabelle mit den Spalten: *Nummer, Name, Geburtsdatum, Sterbedatum, Sektionsprotokoll vorhanden, Sektionsprotokoll vollständig, Obduzenten, Inhalt des Sektionsprotokolls, Todesursache, Todesart, Todesursache im weiteren Sinne* und *Besonderes*.

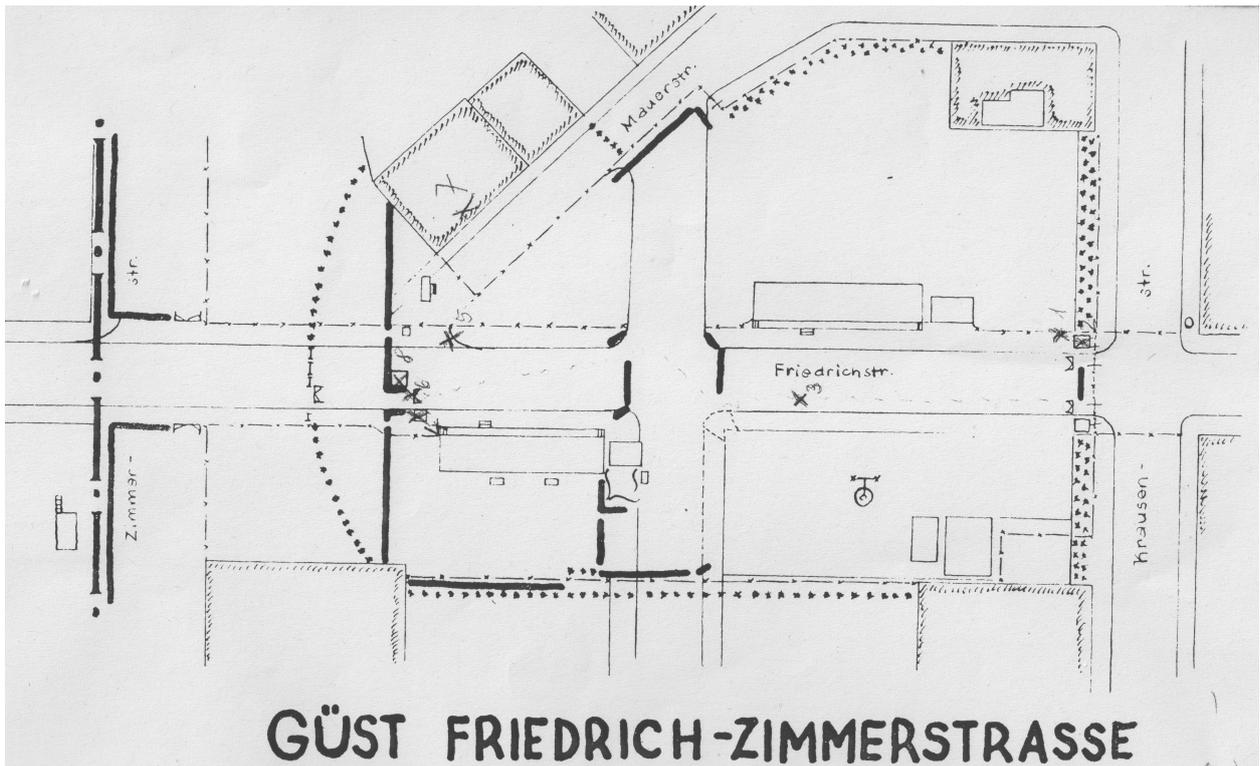


Abbildung 9: Skizze der Grenzübergangsstelle Friedrichstraße aus dem Jahre 1974, aus: [59].

2.6 Datenauswertung

Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgte zum Teil in Form einer deskriptiven Statistik. Die erhobenen Daten wurden zur Wahrung der Übersicht aus der Haupttabelle in kleinere themenspezifische Tabellen umsortiert, mittels Auszählungen ausgewertet und als Grafiken oder Tabellen dargestellt. Hierfür wurde das Programm *Apache Open Office 4.1.6* verwendet. Eine Errechnung von Mittelwerten, Median und Standardabweichungen war bei der Natur der zusammengetragenen Informationen nur in wenigen Fällen sinnvoll. Auch war aufgrund der Vielfältigkeit und Textschwere der Daten eine reine statistische Auswertung nicht zielführend. Es erfolgte zusätzlich eine fallbezogene Auswertung mit dem Schwerpunkt der Sektionsergebnisse, um die Fülle an ermittelten Daten und Materialien möglichst sinnvoll und vollständig darzulegen.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten der Mauertoten

3.1.1 Alter und Geschlecht

Im Folgenden wird in den Tabellen und Grafiken die Gesamtanzahl (N) der einbezogenen Fälle vermerkt. Die anteilige Anzahl wird mit „n“ bezeichnet. Werden einzelne Fälle im Fließtext erläutert, erfolgt entweder die Nennung des Namens und der zugrunde gelegten Nummerierung (siehe Kapitel 2.1) oder die Nennungen der Nummerierung in Klammern in Kursivschrift.

Unter den Toten befanden sich 8 weibliche und 132 männliche Personen. Die jüngste Person war zum Zeitpunkt des Todes ein Jahr, die älteste 80 Jahre alt. Wie die Abbildung 10 zeigt, waren mehr als die Hälfte der Verstorbenen ($n = 79$) zwischen 18 und 25 Jahren alt ($\bar{x} = 25,3$ Jahre). 9 der Toten waren unter 18 Jahre alt. Bei einem Todesfall (55) war das Alter nicht bekannt, da der Leichnam nie geborgen wurde.

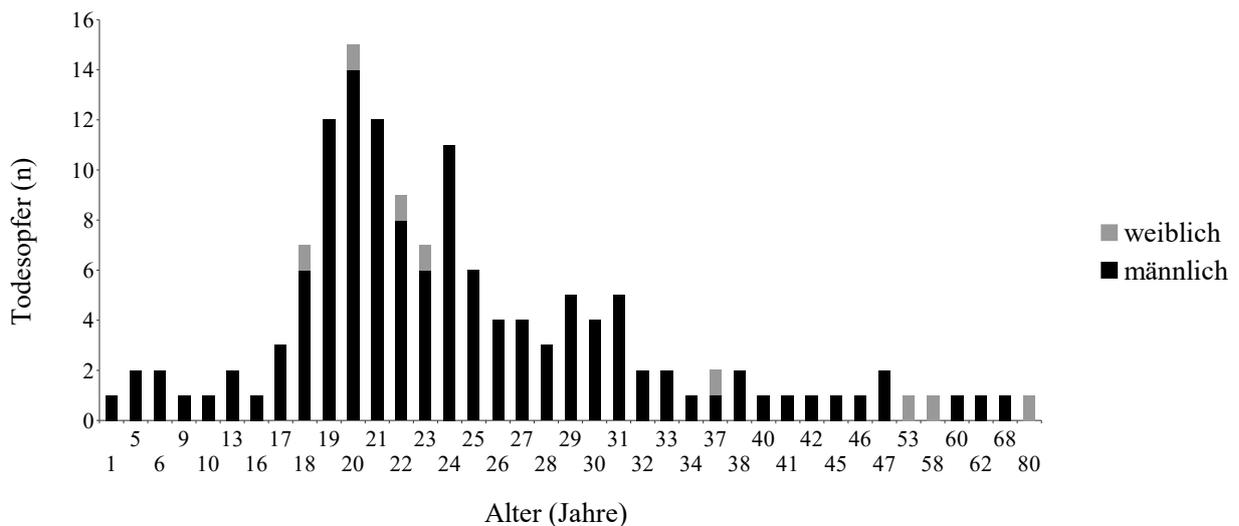


Abbildung 10: Altersverteilung der Mauertoten. N = 139. Erhebung der Verfasserin, 2018.

3.1.2 Zeitliche Verteilung der Todesfälle

Etwas über die Hälfte der Fälle ($n = 78$) ereigneten sich bis Ende des Jahres 1966 (siehe Abbildung 11). 1966 starben das letzte Mal mehr als 10 Menschen pro Jahr an der Berliner Mauer. Über die Jahre sank die Zahl der Todesfälle weiter, sodass von 1971 bis 1989 nie mehr als 5 Menschen pro Jahr an der Mauer ums Leben kamen. Im Fall von *Hans-Peter Grohgan* (126) konnte kein genaues Todesdatum ermittelt werden. Er wurde im Februar 1981 aus der Spree geborgen und ist in der Abbildung 11 als Todesfall im Jahr 1981 verzeichnet.

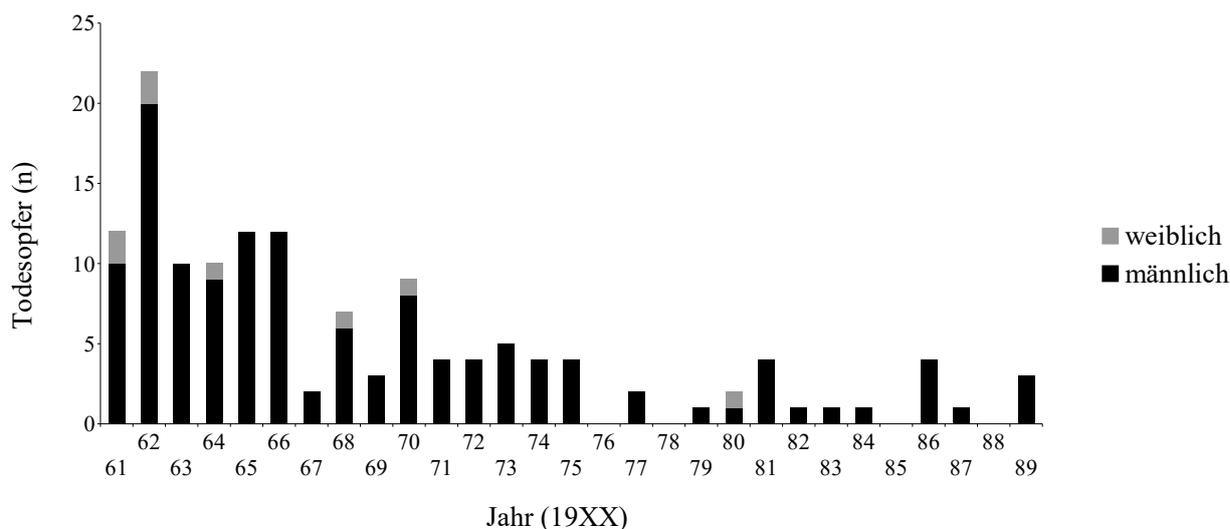


Abbildung 11: Anzahl der Mauertoten 1961–1989 pro Jahr. N = 140. Erhebung der Verfasserin, 2018.

3.1.3 Herkunftsorte und Fluchtabsichten

In 101 Fällen war eine Fluchtabsicht aufgrund der durch Hertle und Nooke [9] recherchierten persönlichen Vorgeschichten und Todesumstände als sehr wahrscheinlich anzusehen. Hierzu zählten 98 DDR-Bürger, 2 polnische Staatsbürger und eine ertrunkene Person (55), bei der die Staatszugehörigkeit nicht bekannt war, da der Leichnam nicht geborgen wurde. In 2 (84 und 122) der 101 Fälle handelte es sich um aus einem Gewässer geborgene Leichen, deren Todesumstände nicht beobachtet wurden. Aufgrund der persönlichen Vorgeschichten war in diesen beiden Fällen und in dem Fall, in dem der Leichnam nicht aufgefunden werden konnte, dennoch anzunehmen, dass bei allen 3 Personen der Fluchtgedanke im Vordergrund stand. Zu den 39 Todesfällen ohne Fluchtabsicht gehörten 22 getötete Einwohner und Besucher von West-Berlin beziehungsweise Bürger der BRD und 8 Grenzsoldaten, die im Dienst an der Mauer getötet wurden. Ebenso fielen in diese Gruppe 8 weitere Bürger der DDR und ein sowjetischer Soldat, die aufgrund von Missverständnissen, auffälligem Verhalten oder als Fluchthelfer den Tod fanden. Soweit in den, im Zuge der Archivrecherche aufgefundenen, Unterlagen keine Informationen zu Herkunftsort und zur Fluchtabsicht herauszulesen waren, stützen sich die Annahmen auf die Ergebnisse des Forschungsprojektes des ZZF und der SBM und die Unterlagen im Archiv der GBM.

3.2 Erschließung der Sektionsprotokolle der Mauertoten

Im Rahmen der Archivrecherche wurden 180 Sektionsprotokolle für 103 der 140 Todesfälle an der Berliner Mauer aufgefunden (siehe Tabelle 5). Aufgrund der sich doppelnden Anfragen an die Archive, lagen zur Auswertung für viele Fälle die (identischen) Obduktionsberichte

3 Ergebnisse

Tabelle 5: Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten und anderer Materialien in den Archiven der jeweiligen Institute und Institutionen.

	Archiv						Anzahl (N)
	HU	BStU	GBM	StA	FU	GerMed	
auf Sektionsprotokolle geprüft	140	118	140	50	20	3	471
Sektionsprotokolle vorhanden	43	36	84	14	3	0	180
keine Sektionsprotokolle, aber andere Materialien vorhanden	0	29	35	20	0	0	84

Erhebung der Verfasserin, 2020.

mehrfach aus verschiedenen Archiven vor. Zusätzlich wurden 2 der Mauertoten (46 und 140) jeweils in Ost- und West-Berlin obduziert. Zum Zeitpunkt der Recherche lagen dem ZZF und der SBM 83 Sektionsprotokolle zur Einsicht vor. Hierzu zählten auch beide Sektionsprotokolle von *Adolf Philipp* (46). Tabelle 6 zeigt die Namen der Toten, deren Sektionsprotokolle im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin zusätzlich aufgefunden wurden. Bei *Winfried Freudenberg* (140) handelte es sich hierbei um das Protokoll der Nachobduktion des IGM der HU. Dem ZZF und der SBM lag nur das Protokoll der Sektion in West-Berlin vor.

Tabelle 6: Mauertote, deren Sektionsprotokolle zusätzlich zu den Protokollen, die dem Projekt der SBM und des ZZF vorlagen, aufgefunden wurden. N = 21. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
11	Krüger, Ingo	27	Fechter, Peter	31	Walzer, Anton
40	Widera, Siegfried	74	Stretz, Paul	77	Senk, Andreas
78	Kube, Karl-Heinz	83	Mende, Herbert	84	Lehmann, Bernd
91	Wehage, Eckhardt	92	Wehage, Christel	94	Born, Willi
98	Zock, Hans-Joachim	103	Beilig, Dieter	107	Katraci, Cengaver
109	Frommann, Volker	112	Kroboth, Siegfried	129	Taubmann, Thomas
132	Schmidt, Michael-Horst	138	Diederichs, Ingolf	140	Freudenberg, Winfried

Erhebung der Verfasserin, 2020.

Tabelle 7 zeigt für jeden Todesfall die Auffindeorte der Sektionsprotokolle und die Archivsignaturen nach den Vorgaben der Archive an. Im Sinne der Übersichtlichkeit ist bei mehrfacher Vorlage desselben Sektionsprotokolls in verschiedenen Archiven nur eine Signatur angegeben. Einschließlich der im Archiv der GBM vorliegenden Protokolle waren im

3 Ergebnisse

Archiv der StA Berlin insgesamt 56 und im Archiv des BStU insgesamt 51 Protokolle vorhanden. Im Archiv der HU erfolgte durch das Forschungsprojekt des ZZF und der SBM keine eigenständige Recherche.

Tabelle 7: Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten in den Archiven der jeweiligen Institute und Institutionen inklusive der Archivsignaturen. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten, „x“ = Sektionsprotokoll vorhanden, „-“ = Sektionsprotokoll nicht vorhanden.

Nr.	Archiv					Archivsignatur
	HU	BStU	FU	GBM	StA	
1	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 143/90
8	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 254/90
9	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 137/91
10	-	-	-	-	-	-
11	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 712/61
12	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 177/95
13	-	-	-	-	-	-
14	-	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 29 Js 2 148/90
15	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 160/90
17	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-
19	-	-	-	-	--	-
20	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 102/91
21	-	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 27 Js 2 152/90
22	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 153/90
23	-	-	-	-	-	-
24	-	-	-	-	-	-
25	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 281/193
26	-	-	-	-	-	-
27	-	-	-	-	x	StA Berlin, Az. I 377/62
28	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 54/90
29	-	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 27 Js 2 88/90
30	-	-	-	-	-	-
31	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 639/62
32	-	-	-	-	-	-
33	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 166/90
34	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 133/91

3 Ergebnisse

Tabelle 7: Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten in den Archiven der jeweiligen Institute beziehungsweise Institutionen inklusive der Archivsignaturen.

Nr.	Archiv					Archivsignatur
	HU	BStU	FU	GBM	StA	
35	x	x	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 6/63
36	-	-	-	-	-	-
37	-	-	-	-	-	-
38	-	-	x	x	-	FU, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll 62/224
39	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr.275/63
40	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 582/63
41	x	x	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 700/63
42	-	-	-	-	-	-
43	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 66/90
44	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 159/90
45	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 166/64
46	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 150/91 (Protokoll des IGM der HU und des LSH W)
47	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 443/64
48	-	-	-	-	-	-
49	-	-	-	-	-	-
50	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 591/64
51	x	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 27 Js 2 91/90
52	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AU 8795/65 Bd. 1, Bl. 28, 148–167
53	-	-	-	x	-	BStU, MfS, HA IX Nr. 18287, Bl. 51–66
54	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 875/64
55	-	-	-	-	-	-
56	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 96/90
57	x	x	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 343/65
58	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 2 30/94
59	-	-	-	x	x	StA Berlin, Az. 27 Js 2 161/90
60	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 626/65
61	-	-	-	-	-	-
62	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AS 754/70, Bd. II, Nr. 9, Bl. 9–21
63	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AS 754/70, Bd. II, Nr. 8, Bl. 27–39
64	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AOP 7559/65, Bl. 76–82
65	x	x	-	x	-	BStU, MfS, AS 3948/71, Bl. 6–13
66	-	-	-	x	x	StA Berlin, Az. 27 Js 2 158/90
67	-	-	-	-	-	-
68	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 2 Js 71/91
69	-	-	-	-	-	-
70	-	-	-	-	-	-
71	-	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 2 Js 134/91
72	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 432/91
73	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 2 Js 79/91

3 Ergebnisse

Tabelle 7: Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten in den Archiven der jeweiligen Institute beziehungsweise Institutionen inklusive der Archivsignaturen.

Nr.	Archiv					Archivsignatur
	HU	BStU	FU	GBM	StA	
74	-	x	-	-	-	BStU, MfS, AS 218/66 Bd. I, S. 13–22, 25
75	x	x	-	x	-	StA Neuruppin, Az. 61 Js 2/95
76	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 2 Js146/91
77	-	-	x	-	-	FU, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll 66/404
78	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1269/66
79	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 162/90
80	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 AR 56/95
81	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 223/68
82	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 224/68
83	-	-	-	-	x	StA Berlin, Az. 2 Js 224/91
84	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 699/68
85	-	x	-	x	x	StA Berlin, Az. 2 Js 92/90
86	x	-	-	x	x	StA Berlin, Az. 27/2 Js 131/91
87	x	-	-	x	x	StA Berlin, Az. 27/2 Js 131/91
88	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 490/69
89	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1236/69
90	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1266/69
91	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 350/70
92	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 349/70
93	x	x	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 889/70
94	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 981/70
95	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 249/90
96	x	x	-	x	-	BStU, MfS, AS 754/70, Bd. I, Nr. 1, Bl. 21–40
97	x	x	-	x	-	StA Neuruppin, Az. 61 Js 139/96
98	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1799/70
99	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1830/70
100	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 168/71
101	-	-	-	x	-	BStU, MfS, AS Nr. 754/70, Bd. XV, Nr. 2, Bl. 25, 27–29, 35
102	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 989a/71
103	-	x	-	-	-	BStU, MfS, AS 754/70, Bd. XVI Nr. 70–75
104	-	-	-	-	-	-
105	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AS Nr. 754/70, Bd. XVI, Nr. 1, Bl. 207–215
106	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 300/72
107	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 1304/72
108	-	-	-	-	-	-
109	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 283/73
110	-	-	-	-	-	-
111	-	-	-	-	-	-
112	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 583/73
113	-	-	-	-	-	-

3 Ergebnisse

Tabelle 7: Auffindeorte der Sektionsprotokolle der Mauertoten in den Archiven der jeweiligen Institute beziehungsweise Institutionen inklusive der Archivsignaturen.

Nr.	Archiv					Archivsignatur
	HU	BStU	FU	GBM	StA	
114	x	-	-	x	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 401/74
115	-	-	-	-	-	-
116	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 698/74
117	-	-	-	-	-	-
118	-	-	-	-	-	-
119	-	x	-	x	-	BStU, MfS, BV Potsdam, Allg. P. Nr. 1179/76, Bl. 16–27
120	-	x	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 299/92
121	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 99/96
122	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 AR 15/95
123	-	-	-	x	-	BArch, DVW 13/97745, Bl. 45–50
124	-	x	-	x	-	BStU, MfS, HA IX Nr. 967, Bl. 46–59
125	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js 189/90
126	-	-	-	-	-	-
127	-	x	-	x	-	BStU, MfS, AU 90/90, Bl. 3–11, 13–33
128	-	x	-	x	-	BStU, MfS, BV Potsdam, Allg. P. Nr. 728/83, Bl. 62–78
129	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 969/81
130	-	x	-	x	-	BStU, MfS, GH 61/83, Bd. 2, Bl. 32–51
131	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 2 Js 98/90
132	-	x	-	-	-	BstU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Bl. 9–10, 13–21
133	-	x	-	x	-	BStU, MfS, BV Erfurt, Nr. 2103/87, Bd. III, Bl. 39, 45–46
134	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js/56 Js 275/03 und 80/90
135	-	-	-	x	-	StA Berlin, Az. 27 Js/56 Js 275/03 und 80/90
136	-	-	-	-	-	-
137	-	x	-	x	-	BStU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Bl. 15, 20
138	x	-	-	-	-	HU, UA, Gerichtsmedizin, Nr. 45/89
139	-	-	-	x	x	StA Berlin, Az. 2 Js 48/90
140	x	x	x	x	x	StA Berlin, Az. 27/6 AR 126/91 (Protokoll des IGM der HU) FU, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll 89/112 (Protokoll des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der FU)

Erhebung der Verfasserin, 2020.

3.3 Bergungsorte der Mauertoten

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden der amerikanische, britische und französische Sektor im Folgenden unter West-Berlin zusammengefasst und der sowjetische Sektor, inklusive der zugehörigen Anteile der Spree, als Ost-Berlin bezeichnet.

85 % (n = 119) der Toten wurden in Ost-Berlin und 14,3 % (n = 20) in West-Berlin geborgen. In einem Fall konnte keine Leiche aufgefunden werden (55). Es wurde lediglich von einem Grenzposten beobachtet, wie der Betroffene in der Spree versank [60].

3.4 Sektionsorte der Mauertoten

Von den 119 in Ost-Berlin geborgenen Verstorbenen wurden nach den vorliegenden Dokumentationen 95 obduziert. 77,8 % (n = 74) dieser Sektionen und die Nachobduktion einer in West-Berlin geborgenen Person (140) fanden im IGM der HU statt (siehe Tabelle 8). 12,6 % (n = 12) erfolgten in Bad Saarow. *Herbert Kiebler* (119) war im Jahr 1975 der erste Mauertote, der dort obduziert wurde. Zu diesem Zeitpunkt befand sich in Bad Saarow noch das Zentrale Lazarett der NVA, aus welchem 1981 die MMA hervorging. In den Folgejahren wurden in der DDR noch 10 Personen außerhalb der MMA an anderen Instituten obduziert, davon eine im IGM Potsdam (133), eine im 63. gerichtsmedizinischen Laboratorium der Gruppe der Sowjetischen Streitkräfte in Deutschland (123) und 8 am IGM der HU.

Tabelle 8: Sektionsorte der Mauertoten. N = 113. „FU“ = Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU.

	MMA	IGM der HU	FU	LSH W	VPK	Sonstige
Anzahl (n)	12	75	5	12	2	7
Erhebung der Verfasserin, 2018.						

Im Zentralen Lazarett der NVA beziehungsweise in der MMA wurden nur Personen obduziert, die bei Fluchtversuchen durch Schüsse verletzt wurden. Bei den nach 1975 an anderen Instituten Obduzierten handelte es sich bei dem Fall im 63. gerichtsmedizinischen Laboratorium der Gruppe der Sowjetischen Streitkräfte in Deutschland und bei 3 Fällen im IGM der HU (124, 128 und 130) ebenso um Schussverletzte, wobei es sich nur in einem Fall (128) um einen Fluchtversuch handelte. Die übrigen 5 im IGM der HU Obduzierten und die im IGM Potsdam obduzierte Person kamen in Gewässern oder durch stumpfe Gewalteinwirkung zu Tode.

Im St. Joseph Krankenhaus, im Krankenhaus Strausberg, im Bezirkskrankenhaus Potsdam, im Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam und im Klinikum Berlin Buch fanden 5 der Sektionen als pathologisch-anatomische Sektionen (n = 4) beziehungsweise als Verwaltungssektion (n = 1) statt. In der Tabelle 8 sind unter „Sonstige“ im Sinne der Übersichtlichkeit die oben genannten Krankenhäuser und das 63. gerichtsmedizinische Laboratorium der Gruppe der Sowjetischen Streitkräfte in Deutschland sowie das IGM Potsdam zusammengefasst. Im Krankenhaus der Volkspolizei (VPK) wurden weitere 2 pathologisch-anatomische Sektionen durchgeführt.

In dem in West-Berlin gelegenen Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU und im LSH W wurden von den 20 in West-Berlin geborgenen Toten 16 obduziert. Die doppelt durchgeführten Obduktionen fanden zuerst am IGM der HU (46) beziehungsweise am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU (140) und nachträglich am LSH W beziehungsweise am IGM der HU statt. Die Fälle sind in Tabelle 8 doppelt erfasst.

3.5 Sektionsarten und -frequenz der Mauertoten

Insgesamt wurden 111 der Mauertoten obduziert (siehe Tabelle 9). Aufgrund der 2 jeweils in Ost- und West-Berlin obduzierten Toten, handelte es sich um 113 Obduktionen. Es wurden 106 gerichtliche Sektionen, 6 pathologisch-anatomische Sektionen und eine Verwaltungssektion durchgeführt. Von den 113 Berichten wurden, einschließlich der 4 Berichte der 2 jeweils in Ost- und West-Berlin obduzierten Toten, 105 aufgefunden, sodass insgesamt für 103 Mauertote Obduktionsberichte zur Auswertung vorlagen. Es handelte sich hierbei um 99 Protokolle gerichtlicher Sektionen, das Protokoll der Verwaltungssektion und um 5 Protokolle pathologisch-anatomischer Sektionen. Es lagen 92 Protokolle vollständig zur Auswertung vor, davon ein pathologisch-anatomisches Gutachten als Leseabschrift. In 13 Fällen standen nur die äußere Besichtigung und/oder das vorläufige Gutachten zur Verfügung.

Tabelle 9: Durchführung von Sektionen an Mauertoten unterteilt nach ihren Bergungsorten.

N = 139. „O“ = in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR geborgen, „W“ = in West-Berlin geborgen.

	O	W	Anzahl (n)
Sektion durchgeführt	95	16	111
Sektion nicht durchgeführt	16	1	17
Durchführung unbekannt	8	3	11
Anzahl (n)	119	20	139

Erhebung der Verfasserin, 2020.

Für 37 Todesfälle wurden keine Berichte aufgefunden (siehe Tabelle 10). Dazu gehörte ein Fall, in dem keine Leiche vorhanden war, ebenso wie 17 Fälle, in denen aus den verfügbaren Akten herauszulesen war, dass keine Obduktion durchgeführt wurde. In 3 dieser Fälle wurden laut Aufzeichnungen des MfS keine gerichtlichen Obduktionen durchgeführt, da die einwandfreie Todesursache durch eine Schussverletzung nach der äußeren Leichenschau (33, 36 und 37) oder nach einem vorliegenden Arztbericht (67) feststand, wobei bei *Otfried Reck* (33) eine pathologisch-anatomische Sektion durchgeführt wurde. Von diesen 17 Fällen ließ sich in 10 Fällen ein Eintrag im Hauptbuch des IGM der HU, aber kein Eintrag im Sektionsbuch nachweisen (siehe Tabelle 11). Bei *Dorit Schmiel* (13) war weder ein „F“ noch ein „Obd.“ eingetragen. Der Eintrag wies einen Kommentar auf, dass keine Obduktion

3 Ergebnisse

Tabelle 10: Übersicht der zur Auswertung nicht vorhandenen Sektionsprotokolle der Mauertoten bezogen auf ihre Bergungsorte. N = 36. „O“ = in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR geborgen, „W“ = in West-Berlin geborgen.

	O	W	Anzahl (n)
Sektion nicht durchgeführt	16	1	18
Protokoll nicht auffindbar	6	2	7
Durchführung unbekannt	8	3	11
Anzahl (n)	30	6	36

Erhebung der Verfasserin, 2020.

durchgeführt wurde. Alle weiteren 9 waren mit einem „F“ als Hinweis auf die Freigabe des Leichnams ohne eine zuvor durchgeführte Obduktion versehen. In 11 von den 37 Fällen ließ sich im Rahmen der Recherchen nicht klären, ob eine Obduktion durchgeführt wurde. In einem von diesen Fällen (111) war das Protokoll einer Leichenschau und eine Anordnung der Staatsanwaltschaft zur gerichtlichen Obduktion vorhanden. Ob diese anschließend auch durchgeführt wurde, war nicht zu klären. Ein Eintrag im Haupt- oder Sektionsbuch lag nicht vor.

Tabelle 11: Mauertote, für die ein Eintrag im Hauptbuch als Hinweis auf den Eingang des Leichnams im IGM der HU vorhanden war, die jedoch nicht obduziert wurden. N = 10. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
13	Schmiel, Dorit	15	Held, Philipp	19	Horst, Frank
36	Kutscher, Horst	42	Schulz, Dietmar	67	Brandes, Dieter
110	Einsiedel, Horst	113	Niering, Burkhard	115	Sprenger, Johannes
117	Halli, Herbert				

Erhebung der Verfasserin, 2020.

In 8 der 37 Fälle wurden zwar Sektionen durchgeführt, die Protokolle waren im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin jedoch nicht aufzufinden. Das Protokoll einer Befragung eines Mitarbeiters des IGM der HU durch die StA Berlin aus den 1990er Jahren sowie ein Eintrag im Sektionsbuch 1975/76 belegen die Vernichtung von Sektionsprotokollen, die im Zeitraum vom Januar 1951 bis Dezember 1962 im IGM der HU angefertigt wurden, am 21.08.1975 (siehe Abbildung 12). Laut einer Zeugenaussage im Rahmen der staatsanwaltlichen Ermittlungen erfolgte die Vernichtung aus Platzgründen [61].

Tabelle 12 zeigt einen Überblick über die Durchführung und Orte der Obduktionen und die Auffindbarkeit und Vollständigkeit der Sektionsprotokolle für jeden Fall.

Protokolle von Januar 1951
 bis Dezember 1962
 am 21.08.75 im Baum-
 schulenweg vernichtet.

Abbildung 12: Eintrag im Hauptbuch 1975/1976 zur Vernichtung der Sektionsprotokolle bis Dezember 1962 im IGM der HU zu Berlin, aus: [62].

Tabelle 12: Darstellung der Durchführung der Sektionen, der Auffindbarkeit und Vollständigkeit der Protokolle und der Sektionsorte. N = 140. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten. „S“ = Sektion, „SP“ = Sektionsprotokoll, „x“ = Ja, „-“ = Nein, „ubk“ = unbekannt, „paS“ = pathologisch-anatomische Sektion, „VS“ = Verwaltungssektion, „kL“ = kein Leichnam vorhanden, „HU“ = IGM der HU, „FU“ = Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU, „Sonstige“ = andere Institute beziehungsweise Krankenhäuser.

Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S	Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S
1	-	-	-	-	2	x	-	-	HU
3	ubk	-	-	-	4	ubk	-	-	-
5	ubk	-	-	-	6	x	-	-	LSH W
7	x	x	-	LSH W	8	x	x	-	HU
9	VS	x	x	Sonstige	10	-	-	-	-
11	x	x	x	HU	12	x	x	x	LSH W
13	-	-	-	-	14	x	x	x	FU
15	-	-	-	-	16	x	x	-	LSH W
17	ubk	-	-	-	18	x	-	-	HU
19	-	-	-	-	20	x	x	x	HU
21	x	x	x	Sonstige	22	x	x	-	HU
23	x	-	-	LSH W	24	-	-	-	-
25	x	x	x	HU	26	ubk	-	-	-
27	x	x	x	HU	28	x	x	x	LSH W

3 Ergebnisse

Tabelle 12: Darstellung der Durchführung der Sektionen, der Auffindbarkeit und Vollständigkeit der Protokolle und der Sektionsorte. N = 140.

Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S	Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S
29	x	x	x	HU	30	ubk	-	-	-
31	x	x	x	HU	32	-	-	-	-
33	paS	x	x	VPK	34	x	x	-	HU
35	x	x	x	HU	36	-	-	-	-
37	-	-	-	-	38	x	x	x	FU
39	x	x	x	HU	40	x	x	x	HU
41	x	x	x	HU	42	-	-	-	-
43	x	x	x	HU	44	x	x	-	LSH W
45	x	x	x	HU	46	x	x	x	HU und LSH W
47	x	x	x	HU	48	paS	-	-	Sonstige
49	ubk	-	-	-	50	x	x	x	HU
51	x	x	x	HU	52	x	x	x	HU
53	x	x	x	HU	54	x	x	x	HU
55	kL	-	-	-	56	x	x	x	HU
57	x	x	x	HU	58	paS	x	x	Sonstige
59	x	x	-	LSH W	60	x	x	x	HU
61	ubk	-	-	-	62	x	x	x	HU
63	x	x	x	HU	64	x	x	x	HU
65	x	x	x	HU	66	x	x	x	LSH W
67	-	-	-	-	68	x	x	x	HU
69	-	-	-	-	70	-	-	-	-
71	x	x	x	HU	72	x	x	x	HU
73	paS	x	x	Sonstige	74	x	x	x	HU
75	x	x	x	HU	76	x	x	-	LSH W
77	x	x	x	FU	78	x	x	x	HU
79	x	x	x	FU	80	x	x	-	LSH W
81	x	x	x	HU	82	x	x	x	HU
83	paS	x	x	Sonstige	84	x	x	x	HU
85	x	x	x	HU	86	x	x	x	HU
87	x	x	x	HU	88	x	x	x	HU
89	x	x	x	HU	90	x	x	x	HU
91	x	x	x	HU	92	x	x	x	HU

3 Ergebnisse

Tabelle 12: Darstellung der Durchführung der Sektionen, der Auffindbarkeit und Vollständigkeit der Protokolle und der Sektionsorte. N = 140.

Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S	Nr.	S durchgeführt	SP vorhanden	SP vollständig	Ort der S
93	x	x	x	HU	94	x	x	x	HU
95	paS	x	x	VPK	96	x	x	x	HU
97	x	x	x	HU	98	x	x	x	HU
99	x	x	x	HU	100	x	x	x	HU
101	x	x	-	HU	102	x	x	-	HU
103	x	x	x	HU	104	ubk	-	-	-
105	x	x	x	HU	106	x	x	x	HU
107	x	x	-	HU	108	ubk	-	-	-
109	x	x	x	HU	110	-	-	-	-
111	ubk	-	-	-	112	x	x	x	HU
113	-	-	-	-	114	x	x	x	HU
115	-	-	-	-	116	x	x	x	HU
117	-	-	-	-	118	x	-	-	-
119	x	x	x	MMA	120	x	x	x	MMA
121	x	x	x	MMA	122	x	x	x	MMA
123	x	x	x	Sonstige	124	x	x	x	HU
125	x	x	-	MMA	126	x	-	-	HU
127	x	x	x	MMA	128	x	x	x	HU
129	x	x	x	HU	130	x	x	x	HU
131	x	x	x	MMA	132	x	x	x	MMA
133	x	x	x	Sonstige	134	x	x	x	MMA
135	x	x	x	MMA	136	x	-	-	MMA
137	x	x	x	MMA	138	x	x	x	HU
139	x	x	x	MMA	140	x	x	x	FU und HU

Erhebung der Verfasserin, 2020.

3.6 Gliederung der Sektionsprotokolle der Mauertoten und der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße

Die Sektionsprotokolle des IGM der HU und des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der FU folgen in allen aufgenommen Fällen dem Aufbau, den auch Tabelle 1 in Kapitel 1.3 zeigt. Die Protokolle der MMA weichen von diesem Aufbau nur leicht ab, da die Angaben zur Inneren Besichtigung unter dem Punkt „B. Lokalbefund“ zusammengefasst sind. Abbildungen 13, 14 und 15 zeigen die jeweiligen Deckblätter der Institute. Im Wesentlichen entsprach der Aufbau der damaligen Sektionsprotokolle den heute gültigen Leitlinien der rechtsmedizinischen Leichenöffnung der AWMF [34] (siehe Tabelle 2 in Kapitel 1.3). Die Inhalte variierten je nach Tatbestand und Informationsstand der Obduzenten, sodass nicht immer für alle Kategorien der Datensammlung die notwendigen Informationen in den Sektionsprotokollen enthalten waren. Die aufgefundenen Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße lagen in einer verkürzten Form vor, da es sich hierbei um Verwaltungssektionen handelte. Wie bei diesen üblich, wurden die Sektionen in vollem Umfang durchgeführt, die Informationen in den Berichten beschränkten sich jedoch auf die äußere Besichtigung und das Sektionsergebnis.

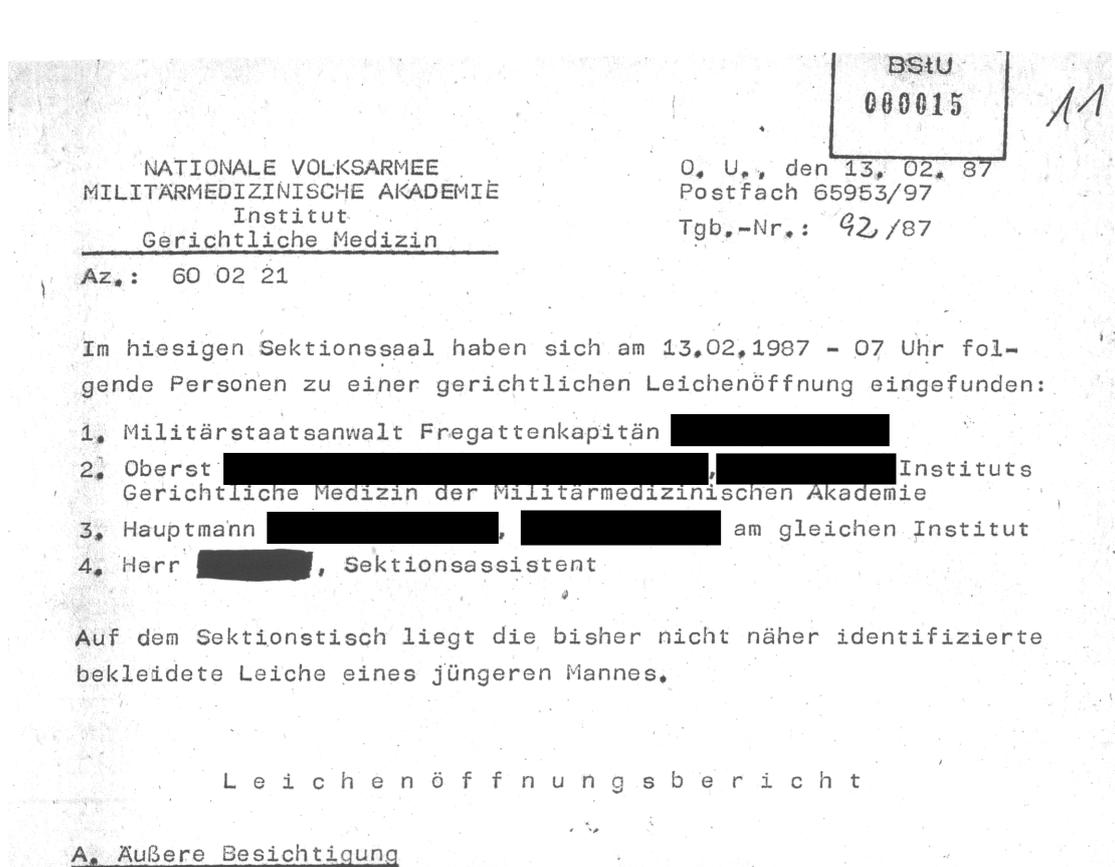


Abbildung 13: Deckblattausschnitt eines Sektionsprotokolls aus der MMA, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [63].

3 Ergebnisse

Sekt. Nr. **275/63** Berlin, den **27.4.1963** **16.00** Uhr **35**

An den Herrn **39**

~~Militär-~~
~~General-~~ Staatsanwalt
~~Bauks-~~
Kreis-

in **Potsdam**

Gegenwärtig: **Staatsanwalt** [redacted]

Betr.: Aktenz. In der Leichensache
Mädler, Peter
wegen

wurde nach Erledigung des Ersuchens
vom **27.4.1963**

als 1. Sachverst. [redacted] als 2. Sachverst. [redacted]

der Leichnam de **e Peter Mädler**
geb.: **10.7.1943**
gestorben: **26.4.1963**
wohnhaf gewesen: **Telbow**

Sektionsgehilfe: [redacted] Sekretärin: [redacted]
zur Leichenöffnung übergeben.

Vorgang: **siehe vorl. Gutschten**

Die Sachverständigen erklärten:

(92) Bm 2752/62 3

Abbildung 14: Deckblatt eines Sektionsprotokolls aus dem IGM der HU, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [64].

3 Ergebnisse

dem Landgericht Berlin

Az.: 1 Kap Js 258/89

Gegenwärtig:

_____ als Staatsanwalt,

_____ als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle.

Turmstraße 91, den 8.3.89
1000 Berlin 21 Max/Ze

Verhandelt im Sektionssaal des
Institutes für Rechtsmedizin
der Freien Universität Berlin

In der Leichen-Sache

L.-Nr.: 112/89

Berechnet vom

Ersten Obduzenten _____ DM

Zweiten Obduzenten _____ DM

Sektionsgehilfen _____ DM

1. Die Beerdigungsscheine sind in drei Stücken
ausgefertigt und ausgehändigt worden.

2. Urschriftlich
mit den Akten – Anlagen

Herrn Dezernenten
für 1. Kap _____
nach Erledigung des Ersuchens vom _____ d. Mts.

Übersandt
Berlin 21. den _____

Anteilige Pauschvergütung gemäß § 18 BRKG für
Personen, die an gerichtlichen Leichenöffnungen
teilgenommen haben:
DM _____

Berlin 21. den _____

JUSTIZ-OBERHAUPT-SEKRETÄR

Form 1000 a
Protokoll über eine Leichenöffnung §§ 37 ff. StPO
JVA-Feder 3 3000 1/81

wurde den ärztlichen Sachverständigen:

1. _____
49 Jahre alt.

als den gerichtlichen Sachverständigen:

2. _____
36 Jahre alt.

als den gerichtlichen Sachverständigen.
32 Jahre alt gewordenen
der Leichnam de
Winfried Freudenberg,
geb. am 29.8.56,
tot aufgefunden am 8.3.

zur Leichenöffnung übergeben. Die Sachverständigen
erklärten:

A. Äußere Besichtigung
Sektionsbeginn: 17.55 Uhr

Erschwerte Sektion wegen
aufwendiger und zeitraubender
Präparation der Verletzungen

Abbildung 15: Deckblatt eines Sektionsprotokolls aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU, ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [65].

3.7 Die Rolle des Instituts für gerichtliche Medizin der Humboldt Universität zu Berlin

3.7.1 Allgemeines Prozedere bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten

Kam bei einem Zwischenfall an der Berliner Mauer in Ost-Berlin eine Person ums Leben und sollte anschließend eine Obduktion erfolgen, so wurde die Leichenöffnung durch den General- oder Militärstaatsanwalt von Groß-Berlin oder durch Bezirks- beziehungsweise Kreisstaatsanwälte zumeist nach geltendem Recht angeordnet, wobei die Anordnungen nicht in allen Fällen in den Archivunterlagen vorlagen. Die Leichen wurden ins IGM der HU gebracht, mindestens in einem Fall (74) durch Mitarbeiter der NVA (siehe Abbildung 16) und anschließend durch die Mitarbeiter des Instituts obduziert. Soweit die Uhrzeit auf den Sektionsprotokollen vermerkt war, fanden die Obduktionen größtenteils im Rahmen des normalen Tagesgeschäftes am Tag nach dem Todeseintritt oder wenige Tage später statt. In Einzelfällen erfolgte die Obduktion noch am selben Tag am Abend oder auch sehr früh vor Beginn des Tagesdienstes. Laut den Aufzeichnungen in den Sektionsprotokollen fand ein Großteil der Obduktionen nicht in Gegenwart anderer Personen als der Mitarbeiter des Instituts statt. Waren auf den Protokollen Anwesende vermerkt, so handelte es sich hierbei meistens um den zuständigen Bezirks- oder Militärstaatsanwalt. Es kam jedoch vor, dass Mitarbeiter des MfS, teilweise auch namentlich genannt, als gegenwärtig vermerkt waren. Vereinzelt waren als Anwesende auch lediglich „Vertreter der Ermittlungsorgane“ ohne namentliche Nennungen sowie „Vertreter der Kriminalpolizei“ und „Volkspolizisten“ notiert. Abbildungen 17 und 18 zeigen hierzu Ausschnitte der Deckblätter der Sektionsprotokolle von *Peter Göring* (20) und *Gerald Thiem* (96).

n. n. bekannt			30.4.66 von der N.V.A gebracht
	Obd.	30.4.66	Schluß
	151	6.5.66	Alle Protokolle wurden von M.f.S. eingezogen
Mauertoten			

Abbildung 16: Auszug aus dem Hauptbuch des IGM der HU aus dem Jahr 1966 mit dem Vermerk, dass die Sektionsprotokolle vom MfS eingezogen wurden, aus: [66].

Sekt. Nr. 395 BSU
00011 Berlin, den 23. 5. 62 21.30 Uhr.

An den
Herrn
Militär-
General-
Bezirks-
Kreis-
Staatsanwalt von Groß-Berlin

in Berlin

Gegenwärtig: Militärstaatsanwalt [REDACTED]

Betr.: Aktenz.

In der Leichensache
G ö r i n g , Peter

Abbildung 17: Deckblattausschnitt des Sektionsprotokolls von *Peter Göring* (20), ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [67].

Sekt. Nr. 1122/70 Berlin, den 8.8.1970 5.00 Uhr 25

An den
Herrn
Militär-
General-
Bezirks-
Kreis-
Staatsanwalt
in der DDR

BSU
00027

Gegenwärtig: Gen. [REDACTED] vom MfS

Betr.: Aktenz.

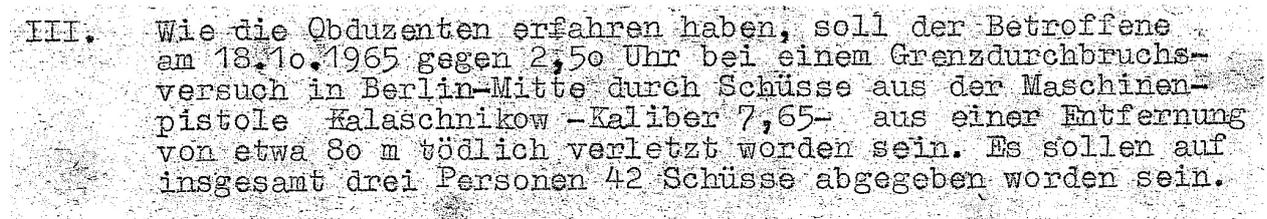
In der Leichensache
Unbekannte männliche Leiche

Abbildung 18: Deckblattausschnitt des Sektionsprotokolls von *Gerald Thiem* (96), ausschnittsweise durch die Verfasserin geschwärzt, aus: [68].

3 Ergebnisse

Des Weiteren gaben verschiedene Befragungen, die die StA Berlin mit Mitarbeitern des ehemaligen IGM der HU führte, Auskunft über das mutmaßliche Vorgehen bei der Einlieferung eines Todesfalles mit Grenzbezug. Laut dieser Befragungen waren Mitarbeiter des MfS oder der Polizei regelmäßig bei den Obduktionen anwesend. Die Sektionen sollen teilweise nachts durchgeführt worden sein und es soll vorgekommen sein, dass die Protokolle nach der Sektion durch den Staatssicherheitsdienst entfernt wurden. Ein Sektionsassistent vertrat die Auffassung, dass die durch das MfS gebrachten Leichen größtenteils nicht in den Büchern erfasst wurden und das MfS ein eigenes Transportwesen zum An- und Abtransport der Leichen hatte. Die Obduzenten hätten jedoch keine Anweisungen von den Angestellten des MfS entgegengenommen und die Befunde wurden stets wahrheitsgemäß notiert. Ein Oberarzt sagte ebenso aus, dass es keine Anweisungen durch das MfS gegeben hatte, die Befunde falsch darzustellen und das keine Unterschiede zwischen Obduktionen von Flüchtigen und anderen Personen gemacht wurden [69]. Im Fall von *Ingo Krüger (11)* lag ein Schreiben eines ehemaligen Mitarbeiters des IGM der HU vor, aus dem hervorgeht, dass die Todesursache im Sektionsprotokoll wahrheitsgemäß eingetragen wurde [70]. Eine im Zuge der Ermittlungen der StA Berlin zum Tode von *Christian Buttke (56)* in den 1990er Jahren aufgenommene Stellungnahme eines an der FU angestellten Rechtsmediziners bewertete den Obduktionsbericht als in sich schlüssig und bescheinigte diesem, abgesehen von einem Flüchtigkeitsfehler, keine Auffälligkeiten [71].

Wurden Mauertote in das IGM der HU gebracht und anschließend obduziert, fanden sich in den Protokollen häufig an die Obduzenten adressierte Angaben zu den Tathergängen. Hierbei wurden zum Beispiel die Schussentfernungen, eingesetzte Waffen, die Schussanzahl und teilweise auch der Umstand der tödlichen Verletzung bei einem versuchten Grenzdurchbruch genannt (siehe Abbildung 19). Es gab auch Fälle, in denen die Tatsache, dass es sich um einen Vorfall mit Grenzbezug handelte, nicht explizit erwähnt wurde (siehe Abbildung 20). Des Weiteren wurden im untersuchten Zeitrahmen augenscheinlich zusätzliche Aufklärungen der Mitarbeiter über die Schweigepflicht durch die Leitung des Instituts durchgeführt. Im Universitätsarchiv der HU lagen einzelne Aktennotizen mit Erinnerungen beziehungsweise Anweisungen zur Pflicht der Wahrung von Berufsgeheimnissen allgemein sowie auch in Bezug auf konkrete Grenzzwischenfälle vor (siehe Abbildung 21).



III. Wie die Obduzenten erfahren haben, soll der Betroffene am 18.10.1965 gegen 2,50 Uhr bei einem Grenzdurchbruchversuch in Berlin-Mitte durch Schüsse aus der Maschinenpistole Kalaschnikow -Kaliber 7,65- aus einer Entfernung von etwa 80 m tödlich verletzt worden sein. Es sollen auf insgesamt drei Personen 42 Schüsse abgegeben worden sein.

Abbildung 19: Auszug aus dem Sektionsprotokoll von *Walter Kittel (62)*, aus: [72].

III. Zum Vorgang wurde mitgeteilt, daß der Betroffene am 13. November 1970 in den Nachmittagsstunden bei Begehung ungesetzlicher Handlungen von einem Schuß getroffen worden sein soll. Nach etwa 30 Minuten sei er dann im Krankenhaus verstorben.

Abbildung 20: Auszug aus dem Sektionsprotokoll von *Helmut Kliem* (97), aus: [73].

A k t e n n o t i z

Anläßlich der heute durchzuführenden Sektion der Leiche des
Egon Schultz - Grenzzwischenfall

angeordnet vom Militärstaatsanwalt Groß-Berlin, wurden alle auf dem Sektionssaal anwesenden Mitarbeitern des Institutes sowie die Sekretärinnen der Sektionsabteilung nachdrücklich an ihre Pflicht zur Geheimhaltung von Berufsgeheimnissen und die Möglichkeiten einer strafrechtlichen Verfolgung bei Verletzung dieser Geheimhaltungspflicht gemäß § 300 StGB erinnert.

Abbildung 21: Aktennotiz zur Pflicht zur Geheimhaltung von Berufsgeheimnissen in Bezug auf den Mauertoten *Egon Schultz* (52), aus: [74].

3.7.2 Erfassung der Mauertoten bei Einlieferung und Sektion

Von den 119 in Ost-Berlin geborgenen Toten und dem in Ost-Berlin nachobduzierten Toten (140), konnte für 85 ein Eintrag im Haupt- oder Sektionsbuch nachgewiesen werden. 75 davon wurden durch Mitarbeiter des IGM der HU obduziert. In den verbleibenden 10 Fällen fand sich ein Eintrag im Hauptbuch und eine Kennzeichnung, dass keine Obduktion durchgeführt wurde. Hierzu zählte ein Fall (19), für den in Aufzeichnungen der StA Berlin aus den 1990er Jahren vermerkt war, dass er im IGM der HU obduziert und das Sektionsprotokoll 1975 vernichtet wurde. In einem Fall (51) befand sich im Hauptbuch ebenso eine Kennzeichnung, die darauf hinwies, dass keine Obduktion durchgeführt wurde („F“). Im Sektionsbuch war der Tote jedoch eingetragen und es lag im Universitätsarchiv der HU ein Sektionsbericht vor. In weiteren 6 Fällen ließ sich kein Eintrag im Hauptbuch nachweisen, im Sektionsbuch waren diese jedoch mit Sektionsnummern verzeichnet. 2 dieser Protokolle (39 und 116) waren im Universitätsarchiv der HU vorhanden, 1 (52) im Archiv des BStU und 1 (34) bei der StA Berlin. Die verbleibenden 2 Berichte (18 und 126) waren nicht aufzufinden.

In einem weiteren Fall (128) war ein Eintrag im Hauptbuch mit einem Hinweis auf eine durchgeführte Obduktion vorhanden, jedoch kein Eintrag im Sektionsbuch. Der Sektionsbericht war im Archiv des BStU vorhanden und die Obduktion wurde im Auftrag der Staatsanwaltschaft Potsdam durchgeführt. Dies war der einzige Fall, in dem kein Eintrag im Sektionsbuch vorlag, obwohl für die Person ein Sektionsprotokoll vorhanden war.

Von den heute namentlich bekannten Mauertoten, für die ein Eintrag in den Haupt- oder Sektionsbüchern vorlag, wurden 5 als Unbekannte in das IGM der HU eingeliefert. Nach den vorliegenden Dokumentationen wurden 3 von ihnen (74, 96 und 130) obduziert. Bei einem von diesen (74) fand sich im Hauptbuch ein Vermerk, dass die Leiche von der NVA gebracht wurde und die Protokolle durch das MfS eingezogen wurden (siehe Abbildung 16). Mindestens bei *Gerald Thiem* (96), *Johannes Sprenger* (115) und *Herbert Halli* (117) waren dem MfS die Namen bekannt, wurden im IGM der HU jedoch bei Einlieferung nicht mitgeteilt [75, 76]. *Thiem* wurde um 5 Uhr morgens in Anwesenheit eines Mitarbeiters des MfS obduziert. *Sprenger* und *Halli* wurden nicht obduziert.

Einen Sonderfall stellte *Manfred Gertzki* (111) dar. Für ihn ließ sich weder ein Eintrag im Haupt- noch im Sektionsbuch nachweisen. Im Archiv des BStU lagen jedoch das Protokoll einer, durch eine Gerichtsmedizinerin des IGM der HU durchgeführten, Leichenschau sowie die Anordnung zur gerichtlichen Obduktion durch den Generalstaatsanwalt für einen unbekanntem Mann vor. Obwohl der Name von *Gertzki* den Ermittlungsorganen bekannt war, wurde dieser im IGM der HU offenbar nicht mitgeteilt. Ein Sektionsprotokoll war im Rahmen der Recherchen nicht aufzufinden und ob eine Obduktion durchgeführt wurde, ließ sich nicht klären.

3.7.3 Totenscheine der Mauertoten

Von den 85 in das IGM der HU eingelieferten Mauertoten, die einen Eintrag in Haupt- oder Sektionsbuch aufwiesen, lagen für 23 Personen Totenscheine vor. Für *Manfred Gertzki* (111), für den kein Eintrag in den Haupt- oder Sektionsbüchern verzeichnet war, lagen ebenso Totenscheine vor. Die Totenscheine lagen in 16 Fällen in einfacher und in 8 Fällen in mehrfacher Ausführung vor. In 70,8 % (n = 17) der Fälle wurden die Totenscheine am selben oder am Folgetag des Todeseintrittes mit der wahrheitsgemäßen Todesursache und dem Namen des Toten ausgefüllt, wobei in einem Fall (113), in dem der Totenschein durch einen Arzt des VPK ausgefüllt wurde, die zugrunde liegende Schussverletzung nicht explizit genannt wurde. Hervorzuheben ist der Fall von *Wolfgang Hoffmann* (101), für den drei Totenscheine ausgestellt wurden. Zunächst einer mit der im Rahmen der Leichenschau vermuteten Todesursache „Fenstersturz – Schädelbasis und Oberschenkelfraktur“ und Sterbeort „VP-Insp. Treptow“ durch einen Arzt der „Dringlichen medizinischen Hilfe – Schnellhilfe“, die die prähospitalen Versorgung in der DDR gewährleistete [77]. Der zweite Totenschein mit der im Rahmen der Leichenschau vermuteten Todesursache „Schädelbasisbruch“ und dem Sterbeort „Berlin-Mitte (Transport)“ wurde durch eine Mitarbeiterin des IGM der HU erstellt. Unter dem Punkt „(Zustandekommen) des Schadens“ war, im Gegensatz zu „Fenstersturz (Schädelbasis)“ im ersten Totenschein, „Sturz aus der Höhe“ angegeben. Der dritte Totenschein entsprach in den Angaben dem Totenschein des IGM der HU, ergänzt um das Ergebnis der Sektion und beschrieb als Todesursache eine Schädelbasisfraktur [78].

3 Ergebnisse

In einem Fall (97) lag ein Totenschein vor, der zunächst auf „Unbekannt“ ausgestellt wurde. Der Name wurde in diesem Fall jedoch auf dem Totenschein nachgetragen. Als Todesursache nach der Leichenschau war durch einen Arzt für Allgemeinmedizin aus Potsdam „Verdacht auf Gehirnblutung“ eingetragen. Die Todesursache nach der Sektion im IGM der HU war „Verletzung von Oberarmschlagader und -blutader“. In einem weiteren Fall (105) lagen 2 Totenscheine, jeweils einer auf „Unbekannt“ und einer auf den Namen des Toten ausgestellt, vor. Die Totenscheine waren ansonsten in wesentlichen Aspekten identisch ausgefüllt. Die Todesursache war sowohl nach der Leichenschau, als auch nach der Sektion im IGM der HU wahrheitsgemäß eingetragen. Gegenüber der Familie des Betroffenen erfolgte durch das MfS eine Legendierung im Sinne eines Verschweigens seines Todes durch eine Schussverletzung bei einem Fluchtversuch [79].

In 2 weiteren Fällen (96 und 111) lagen nur Totenscheine mit unbekanntem Namen vor. Der Totenschein von *Gerald Thiem* (96) war durch die Gerichtsmedizinerin, die sowohl die Leichenschau, als auch die Obduktion durchgeführt hatte, am Morgen der Obduktion ausgefüllt worden. Die Todesursache war für die Leichenschau mit „Brustschuss“ und für die Sektion mit „Brustdurchschüsse mit Lungen- und Arterienverletzung“ angegeben. Es erfolgte eine Legendierung im Sinne einer Geheimhaltung des Vorganges durch das MfS, da der Vorfall weder im Westen noch im Osten durch Zivilisten bemerkt wurde. *Thiems* Leiche wurde im Krematorium Baumschulenweg verbrannt, ohne das der Name dort bekannt gemacht wurde [68]. Bei *Manfred Gertzki* (111) lagen 2 nahezu identische Totenscheine vor. Als Todesursache nach der Leichenschau war auf beiden Scheinen „Brustdurchschuss“ angegeben. Der Abschnitt für das Ergebnis der Sektion war nicht ausgefüllt [30].

In weiteren 3 Fällen (110, 115 und 117) waren die Totenscheine zwar auf die Namen der Toten ausgestellt, die Eintragungen wichen jedoch vom Üblichen ab oder enthielten Falschinformationen. *Horst Einsiedel* (110) wurde laut Eintrag im Hauptbuch nicht obduziert. Laut vorliegender Unterlagen des MfS wurde die Leiche im Rahmen einer Legendierung vom IGM der HU angeblich an das Gerichtsmedizinische Institut der medizinischen Akademie Dresden übergeben. Zum Zeitpunkt des Todes am 15.02.1973 wurde ein Totenschein durch einen Arzt des VPK mit der Todesursache „Halsdurchschuss“ nach der Leichenschau ohne Benennung des Todesortes erstellt. Es lag ein weiterer Totenschein vor, der als Todesursache „Ertrinken“ nach der Leichenschau und als Todesort „Westseite Jungfernheide“ angab. Dieser war auf den 15.03.1973 datiert und ebenso durch einen Mitarbeiter des VPK unterschrieben. Eintragungen durch Mitarbeiter des IGM der HU lagen nicht vor [80]. Für *Johannes Sprenger* (115) wurde 10 Tage nach Todeseintritt ein namentlicher Totenschein durch einen Mitarbeiter des IGM der HU ausgestellt, der als Todesursache „offenbar Schussverletzung“ angab. Der Abschnitt für die Todesursache nach einer Sektion war nicht ausgefüllt. Zur Legendierung des Vorfalles sollte, laut Unterlagen der Abteilung IX des MfS auf eine Obduktion verzichtet werden, um zu verhindern, dass weitere Personen von dem Sachverhalt erfahren. Hierbei sollten die tatsächlichen Todesumstände verschleiert werden. In einer vorläufigen

Version, welche nicht verwendet wurde, sollte der Familie von *Sprenger* mitgeteilt werden, dass er Suizid begangen und sich eine Schussverletzung zugefügt habe. Letztendlich wurde der Familie jedoch mitgeteilt, dass er stranguliert im Wald aufgefunden worden sei [75]. Für *Herbert Halli (117)* lag in den Unterlagen des BStU ein Totenschein vom 04.04.1975 aus dem VPK vor. Als Todesursache nach der Leichenschau waren „intraabdominelle Verletzungen“ vermerkt. Der Abschnitt für die Todesursache nach einer Sektion war nicht ausgefüllt. Es lag zusätzlich eine „Anzeige über die Aufhebung einer Leiche“ vor. Dieser Leichenfundbericht gab als den, die Leiche besichtigenden Arzt, einen Gerichtsmediziner des IGM der HU an und beinhaltete, dass *Halli* als nicht identifizierte Leiche in einer Baugrube aufgefunden wurde und durch „verschiedene innere Verletzungen“ verblutet sei. Tatsächlich hatte er einen Bauchhöhlendurchschuss erlitten [76].

3.8 Die Rolle der Militärmedizinischen Akademie Bad Saarow

3.8.1 Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten

Insgesamt wurden im Zentralen Lazarett der NVA beziehungsweise in der 1981 gegründeten MMA 12 Mauertote obduziert. Alle eingelieferten Personen hatten Schussverletzungen erlitten und waren bei einem Fluchtversuch umgekommen. Außer für *Michael Bittner (136)*, wurden im Rahmen der Archivrecherche für alle weiteren, in der MMA obduzierten Personen, die Sektionsprotokolle aufgefunden.

In 4 der 12 Fälle (*120, 121, 125* und *139*) war der Name der Toten den Obduzenten zu Beginn der Obduktion bekannt und im Sektionsprotokoll angegeben. *Hennig (120)* und 7 weitere Tote wurden als unbekannte Personen in die MMA eingeliefert. In den 7 Fällen ließen sich im Rahmen der Obduktionen Bestrebungen zur Identifizierung der Toten, wie zum Beispiel ausführliche äußerliche Beschreibungen und die Erhebung des Zahnstatus, nachweisen. Bei *Lutz Schmidt (137)* lag zusätzlich eine Anordnung durch den Militärstaatsanwalt vor, dass Maßnahmen zur Identifizierung des Toten durchgeführt werden sollten. In 4 von den zunächst als Unbekannte eingelieferten Toten wurde der Name im Verlauf der Obduktion bekannt, was durch einen Nachtrag in den Sektionsprotokollen deutlich wurde. Bei *Silvio Proksch (131)* und *Michael-Horst Schmidt (132)* blieben die Namen nach den vorhandenen Unterlagen aus der MMA dort auch nach der Obduktion unbekannt. Im Fall von *Johannes Muschol (127)* war im Sektionsprotokoll ebenso kein Name angegeben. In den Unterlagen des BStU lagen 3 Totenscheine, einer davon ausgestellt auf den Namen von *Muschol*, vor.

Bei *Muschol* handelte es sich um den einzigen Fall, bei dem in der schriftlichen Information an die Obduzenten im Sektionsprotokoll ein illegaler Vorfall an der Grenze erwähnt wurde. In allen anderen Fällen wurde den Obduzenten mitgeteilt, dass die Personen mit Schussverletzungen aufgefunden wurden, ohne die Staatsgrenze explizit zu erwähnen. Im Fall von *Silvio Proksch (131)* wurde den Obduzenten die falsche Information, dass der Tote in einem

Waldgebiet in Mahlow aufgefunden wurde, übermittelt. Bei *Herbert Kiebler* (119) wurde zusätzlich erwähnt, dass dieser bei der Begehung einer Straftat umgekommen sei.

Außer *Muschol*, der laut Sektionsprotokoll um 21.30 Uhr obduziert wurde, wurden alle Toten zwischen 8.00 und 15.00 Uhr im Rahmen des regulären Tagesdienstes obduziert. Bei allen Sektionen waren gemäß der Sektionsprotokolle Bezirks- oder Militärstaatsanwälte anwesend. In einem Fall (119) war zusätzlich ein Oberleutnant der Untersuchungsabteilung Potsdam und in einem weiteren (121) „Vertreter der Ermittlungsorgane“ auf dem Protokoll als „anwesend“ notiert.

3.8.2 Totenscheine der Mauertoten

Von den 12 in der MMA obduzierten Mauertoten wurden für 6 Personen (119, 120, 125, 127, 132 und 137) Totenscheine aufgefunden. Diese lagen in jeweils 3 Fällen in einfacher beziehungsweise in mehrfacher Ausführung vor.

Nur in einem Fall (125) waren 2 Totenscheine auf den Namen des Toten ausgestellt. Der Totenschein gab als Todesursache nach der Leichenschau im Krankenhaus Hennigsdorf einen „hämorrhagischen Schock und multiple innere Verletzungen“ an. Die durch einen Obduzenten der MMA eingetragene Todesursache nach der Sektion war „multiple Verletzungen von Bauchorganen“ [81].

In 3 Fällen (119, 127 und 137) lagen Totenscheine vor, die sowohl auf „Unbekannt“, als auch auf den Namen ausgestellt waren. Bei *Herbert Kiebler* (119) wurde im Totenschein der MMA nach Sektion als Todesursache eine „Verletzung intrathorakaler Organe mit Verbluten in die Brusthöhlen“ angegeben. Der Abschnitt für die Todesursache nach der Leichenschau wurde durch eine Fachärztin für Sportmedizin mit „Thoraxverletzung“ ausgefüllt [82].

In den Unterlagen des BStU ließen sich insgesamt 3 Totenscheine für *Johannes Muschol* (127) auffinden. 2 waren nahezu identisch. Einer hiervon war auf „Unbekannt“ und einer auf den Namen von *Muschol* ausgestellt. Als Todesursache im Rahmen der Obduktion war bei beiden eine „Herzzerreißung und ein traumatischer Hämatothorax“ und als Todesursache im Rahmen der Leichenschau „multiple intrathorakale Verletzungen“ angegeben. Als äußere Ursache waren „Schussverletzungen“ vermerkt. Er war damit der einzige Fall, in dem zugrunde liegende Schussverletzungen explizit genannt wurden. Datiert waren diese Totenscheine auf den 16.03.1981 (Ergebnis der Leichenschau) und 17.03.1981 (Ergebnis der Obduktion). Bei dem namentlichen Totenschein betrug die Uhrzeit des Ergebnisses der Leichenschau 13.00 Uhr, bei dem Totenschein auf „Unbekannt“ 21.30 Uhr. Die Uhrzeit des Sektionsergebnisses war mit 03.00 Uhr identisch. Laut Sektionsprotokoll erfolgte die Obduktion am 16.03.1981 um 21.30 Uhr. Beide Totenscheine wurden von dem Gerichtsmediziner der Abteilung für gerichtliche Medizin der MMA ausgestellt, der auch die Obduktion durchführte. Der dritte Totenschein war am 18.03.1981 auf „Unbekannt“ ausgestellt und enthielt als Todesursache, sowohl von Leichenschau als auch von der Sektion, eine „Schädelbasisfraktur mit Hirnkontusion“. Die Uhrzeiten waren hierbei 01.45 Uhr für das Ergebnis der Leichenschau und 02.30

Uhr für das Ergebnis der Obduktion. Als Todeszeit war 23.35 Uhr am 17.03.81 angegeben. Im Vergleich zu den oben genannten Totenscheinen stimmte bei diesem weder der Obduktionsort noch der Ereignisort überein. Dieser Totenschein wurde von dem Gerichtsmediziner des IGM der HU ausgestellt, der auch bei *Herbert Halli* (117) den Totenschein unterzeichnet hatte. Als Obduktionsort war „Berlin“ angegeben [83]. Dies war der einzige Totenschein, der eine nicht mit der Obduktion übereinstimmende Todesursache ausgab. Es lag des Weiteren eine Sterbeurkunde für einen unbekanntem Toten mit dem Sterbedatum 17.03.1981 23.35 Uhr vor.

Bei *Lutz Schmidt* (137) waren die vorhandenen Totenscheine in wesentlichen Aspekten identisch. Die Todesursache nach der Leichenschau waren „Brustraumverletzungen“ und die Todesursache nach der Sektion war „Herzkammerzerreißung“. Beide Abschnitte wurden durch einen Gerichtsmediziner der MMA ausgefüllt. Die Zeitangaben für die Ermittlung der Todesursache anhand der Leichenschau und der Obduktion waren identisch.

Bei *Lothar Hennig* (120) und *Michael-Horst Schmidt* (132) lag jeweils nur ein Totenschein ohne namentliche Nennung der Toten vor. Bei *Hennig* war als Todesursache nach der Leichenschau „Blutung aus der Aorta“ durch einen Bezirksarzt aus Potsdam vermerkt worden. Im Abschnitt für die Todesursache nach Obduktion wurde durch einen Arzt des Zentralen Lazarets der NVA auf die Sterbekarte verwiesen. Auf der Sterbekarte waren der Name des Toten und als Todesursache „Blutung aus der Aorta“ angegeben [84]. Der Totenschein von *Schmidt* gab als Todesursache sowohl nach Leichenschau als auch nach Autopsie einen Hämatothorax und eine Lungengewebszerreißung aus. Beide Felder wurden durch den Obduzenten der MMA ausgefüllt und auf den 01.12.84 13.00 und 15.00 Uhr datiert.

3.9 Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten

Bei 63 Personen ließen sich Angaben zu gemessenen postmortalen Blutalkoholkonzentrationen erfassen. 29 von diesen wiesen im Mittel einen Promillewert von unter 0,10 ‰ auf und wurden als zum Todeszeitpunkt nicht alkoholisiert gewertet. Die Tabelle 13 zeigt die Namen und die Abbildung 22 zeigt die Verteilung der gemessenen Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten, deren Mittelwerte über 0,10 ‰ liegen. Bei den gemessenen Blutalkoholwerten handelte es sich größtenteils um Ergebnisse aus Widmark- und ADH-Verfahren. Ab dem Jahr 1980 fanden sich auch Werte aus gaschromatographischen Verfahren. Für die Darstellungen wurden aus den vorhandenen Werten in jedem Fall der Mittelwert gebildet. Die minimale Blutalkoholkonzentration der eingeschlossenen Werte betrug 0,16 ‰, die maximale 3,25 ‰ ($\bar{x} = 1,7 \text{ ‰} \pm 0,95 \text{ ‰}$, $\tilde{x} = 1,78 \text{ ‰}$). In einigen Fällen war nur eine vermutliche alkoholische Beeinflussung aus den Obduktions- oder Arztberichten abzuleiten. Ein Indiz hierfür war unter anderem ein alkoholischer Geruch der Organe. Diese Fälle wurden nicht mit einbezogen. Fälle, in denen eine alkoholische Beeinflussung nur gemutmaßt wurde, zum Beispiel, weil sich die Personen vor ihrem Tode in einer Bar aufhielten, wurden ebenso nicht aufgenommen.

3 Ergebnisse

Tabelle 13: Namen und Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten mit Mittelwerten $> 0,10 \text{ ‰}$. $N = 34$. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Name	\bar{x} in ‰	Nr.	Name	\bar{x} in ‰
8	Probst, Werner	1,67	85	Krug, Siegfried	0,16
21	Haberlandt, Lutz	3,00	89	Kluge, Klaus-Jürgen	2,34
27	Fechter, Peter	0,28	90	Lis, Leo	1,65
31	Walzer, Anton	1,92	93	Müller, Heinz	1,70
42	Schulz, Dietmar	2,00	96	Thiem, Gerald	2,90
43	Berger, Dieter	2,98	97	Kliem, Helmut	2,25
53	Wolf, Hans-Joachim	0,28	104	Kullack, Horst	1,10
60	Kratzel, Klaus	2,85	105	Weylandt, Manfred	2,25
63	Cyrus, Heinz	1,40	106	Schulze, Klaus	1,13
71	Marzahn, Willi	0,89	117	Halli, Herbert	2,30
72	Schulz, Eberhard	1,66	119	Kiebler, Herbert	1,95
74	Stretz, Paul	2,35	120	Hennig, Lothar	2,15
75	Wroblewski, Eduard	3,05	125	Jirkowsky, Marienetta	0,23
76	Schmidt, Heinz	1,86	129	Taubmann, Thomas	3,25
79	Sahmland, Max Willi	1,02	131	Proksch, Silvio	2,50
80	Piesik, Franciszek	0,20	132	Schmidt, Michael-Horst	1,35
81	Weckeiser, Elke	0,45	133	Liebeke, Rainer	0,25

Erhebung der Verfasserin, 2020.

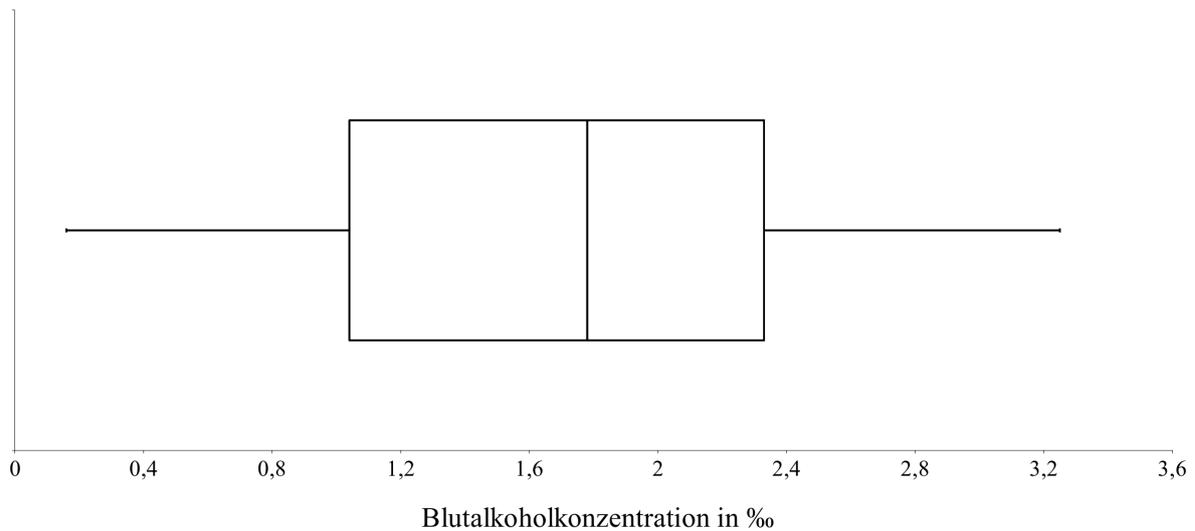


Abbildung 22: Verteilung der Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten mit Mittelwerten $> 0,10 \text{ ‰}$. $N = 34$. Erhebung der Verfasserin, 2019.

Von den 22 Bürgern der BRD, die an der Mauer zu Tode kamen, waren 22,7 % (n = 5) alkoholisiert (siehe Tabelle 14). Es handelte sich in 2 Fällen (74 und 76) um Westberliner, die angetrunken in der Spree schwimmen gingen und in der Folge von Grenzposten erschossen wurden. 2 weitere (93 und 96) kletterten von der Westseite auf die Grenzmauer und wurden ebenfalls erschossen. Der BRD-Bürger *Siegfried Krug* (85) erlitt am Brandenburger Tor bei einem Aufenthalt in Ost-Berlin Schussverletzungen. Insgesamt wurden 23,5 % (n = 8) der unter Alkoholeinfluss stehenden Personen erschossen, obwohl sie keinen Fluchtversuch planten. Ein Ostberliner (97) hatte sich lediglich im Grenzgebiet verfahren und ein anderer (83) lief nachts von der Bushaltestelle zu seinem im Grenznähe gelegenen Elternhaus, überhörte oder ignorierte die Anweisungen der Grenzposten und wurde daraufhin von einem Schuss getroffen. Ein weiterer (58) griff nach der Waffe eines Grenzpostens, nachdem dieser ihn festnehmen wollte, weil sich ein Begleiter von ihm nicht ausweisen konnte. Es lösten sich dabei Schüsse.

Tabelle 14: Anzahl der Mauertoten mit Blutalkoholkonzentrationen von im Mittelwert > 0,10 ‰ bezogen auf die Todesursachen und eine Fluchtabsicht. N = 34. „FV“ = Fluchtversuch.

	DDR-Bürger		BRD-Bürger
	FV	kein FV	
Schussverletzung	21	3	5
Ertrinken	1	0	0
stumpfe Gewalteinwirkung	4	0	0
Anzahl (n)	26	3	5

Erhebung der Verfasserin, 2020.

3.10 Medizinische Versorgung und Krankenhausaufenthalte der Mauertoten

Für 67 Personen, davon 58 in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR und 9 in West-Berlin geborgene Personen, wurde nach den vorhandenen Unterlagen ein Krankentransport in ein Krankenhaus organisiert. 16 davon verstarben bereits, bevor der Krankenwagen am Ereignisort eintraf, 9 auf dem Weg ins Krankenhaus und 42 überlebten die Fahrt und konnten im Krankenhaus behandelt werden. 31 von ihnen verstarben noch am selben oder am nächsten Tag, weitere 10 überlebten zumindest einige Wochen und Monate. Ein primär Überlebender (83) starb erst Jahre später an einem Nierenschaden, der auf eine Schussverletzung zurückzuführen war. 64,2 % (n = 43) wurden in das VPK (n = 37), das Armeelazarett Drewitz (n = 4) und das Haftkrankenhaus des DDR-Staatssicherheitsdienstes in Hohenschönhausen (n = 2) eingeliefert. Ansonsten wurden die Verletzten je nach Fundort

3 Ergebnisse

in Berlin und Umland in den zuständigen Krankenhäusern untergebracht. Hierzu zählten das Bethanienkrankenhaus (n = 1), das Bezirkskrankenhaus Potsdam (n = 1), das Friedrich Wolf Krankenhaus Hennigsdorf (n = 3), das Jüdische Krankenhaus (n = 1), das Krankenhaus Berlin Friedrichshain (n = 1), das Krankenhaus Klein Machnow (n = 1), das Krankenhaus Köpenick (n = 2), das Krankenhaus am Wannsee (n = 1), das Krankenhaus am Urban (n = 2), das Krankenhaus Babelsberg (n = 2), das Krankenhaus Nauen (n = 1), das Krankenhaus Staaken (n = 1), das Lazarus-Krankenhaus (n = 3), das St. Joseph Krankenhaus Potsdam (n = 1), das Städtische Krankenhaus Mitte (n = 1), das Virchow-Klinikum (n = 1) und das Krankenhaus Königs Wusterhausen (n = 1).

55 der 140 Mauertoten waren ertrunken oder vor Ort zum Zeitpunkt der Bergung verletzungsbedingt bereits verstorben und wurden nicht in ein Krankenhaus eingeliefert. In 19 Fällen war aus den Unterlagen nicht eindeutig zu entnehmen, ob ein Krankentransport organisiert wurde oder ob eine medizinische Versorgung vor Ort oder eine Behandlung in einem Krankenhaus erfolgte.

Von den 58 in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR in Krankenhäuser eingelieferten Personen mussten 13 mindestens eine halbe Stunde auf professionelle medizinische Versorgung warten (siehe Tabelle 15 und 16). Einer von ihnen (128) wurde vor Ort verhört, obwohl er eindeutig ärztliche Hilfe benötigte und 2 weitere (61 und 114) wurden in das weit entfernte Haftkrankenhaus Hohenschönhausen gebracht, obwohl andere Kliniken näher gewesen wären. Auch *Noffke* (26) wurde vor seinem Abtransport ins Krankenhaus verhört, über die währenddessen vergangene Zeit ließen sich jedoch keine Aufzeichnungen finden.

Tabelle 15: Zeit von der Verletzung bis zur professionellen medizinischen Versorgung und Zustand der Mauertoten bei Einlieferung ins Krankenhaus. N = 67. „O“ = in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR geborgen. „W“ = in West-Berlin geborgen.

Zeit bis zur ärztlichen Versorgung	tot eingeliefert				lebend eingeliefert			
	vor Ort gestorben		auf dem Weg gestorben		Überlebenszeit < 48 h		> 48 h	
	O	W	O	W	O	W	O	W
< 30 Minuten	1	1	6	2	16	2	5	1
> 30 Minuten	2	0	0	0	10	0	1	0
unklar	9	3	1	0	3	0	4	0
Anzahl (n)	12	4	7	2	28	2	10	1

Erhebung der Verfasserin, 2018.

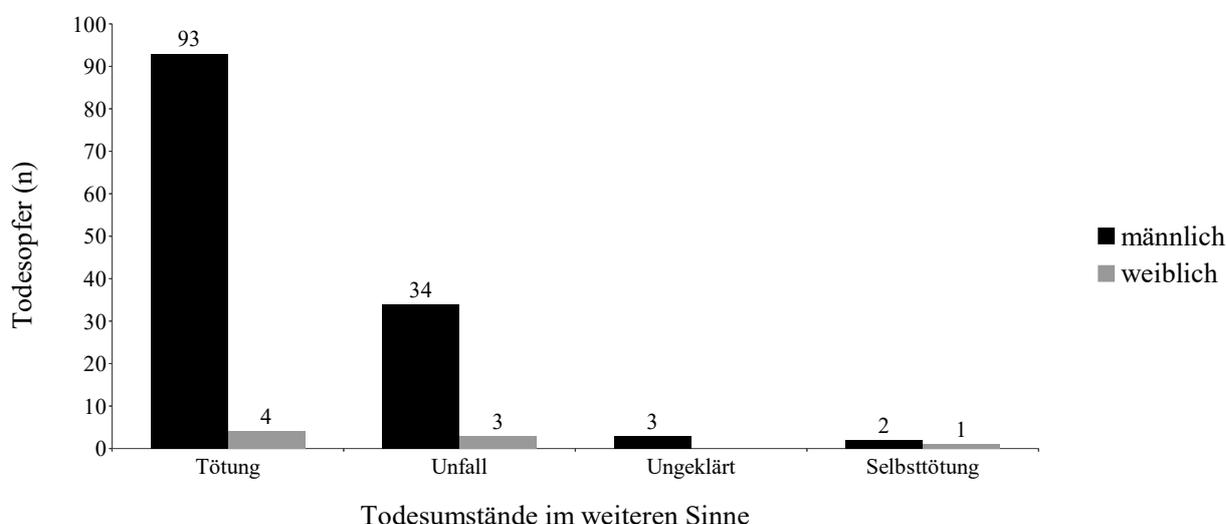
Tabelle 16: Fälle mit protrahierter medizinischer Responsezeit (> 30 Minuten). „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
10	Dieter Wohlfahrt	13	Dorit Schmiel	21	Lutz Haberlandt
27	Peter Fechter	61	Klaus Garten	73	Michael Kollender
93	Heinz Müller	97	Helmut Kliem	114	Czesław Jan Kukuczka
120	Lothar Hennig	128	Hans-Jürgen Starrost	131	Silvio Proksch
132	Michael-Horst Schmidt				

Erhebung der Verfasserin, 2020.

3.11 Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten

In allen 140 Fällen lag eine nicht natürliche Todesart vor. Dabei handelte es sich in 69,3 % (n = 97) der Fälle um Tötungen. Zu diesen zählten auch Fälle, in denen die Geschädigten aufgrund von Schussverletzungen ertrunken oder erstickt waren. Unfälle waren in 26,4 % (n = 37) und Selbstverletzungen in 2,1 % (n = 3) der Fälle Grund für den Todeseintritt (siehe Abbildung 23).

**Abbildung 23:** Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten. N = 140. Erhebung der Verfasserin, 2018.

Bei 3 der Todesfälle konnten die Todesumstände im weiteren Sinne nicht ausreichend geklärt werden. Dies betraf unter anderen *Willi Marzahn (71)*, bei dem aufgrund der Todesumstände und der Informationen aus dem Sektionsprotokoll und von Nachuntersuchungen des IGM der HU eine Selbsttötung durch eine Schusswaffe wahrscheinlich erschien, jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit bewiesen werden konnte [19]. Ein weiterer Mauertoter, *Wolfgang Hoffmann (101)*, kam durch den Sprung aus einem Fenster eines Vernehmungsraumes

3 Ergebnisse

der Volkspolizei zu Tode. Es konnte bei diesem Vorgang nicht sicher geklärt werden, ob er sich darüber im Klaren war, wie hoch er sich befand (2. Stock), sodass ein Suizid oder ein Unfall in Frage kamen [78]. Im Fall *Günter Seling* (30) wurden verschiedene Berichte aufgefunden. Zum einen hieß es, er sei aus Versehen von einem Grenzposten erschossen worden, zum anderen gab es einen Bericht, der schilderte, dass der Grenzposten den Unteroffizier *Seling* im Nebel für einen Flüchtling hielt und daraufhin seine Waffe bewusst abfeuerte [85]. Die Abbildung 24 stellt die Verteilung der Todesumstände auf die Jahre 1961 bis 1989 dar.

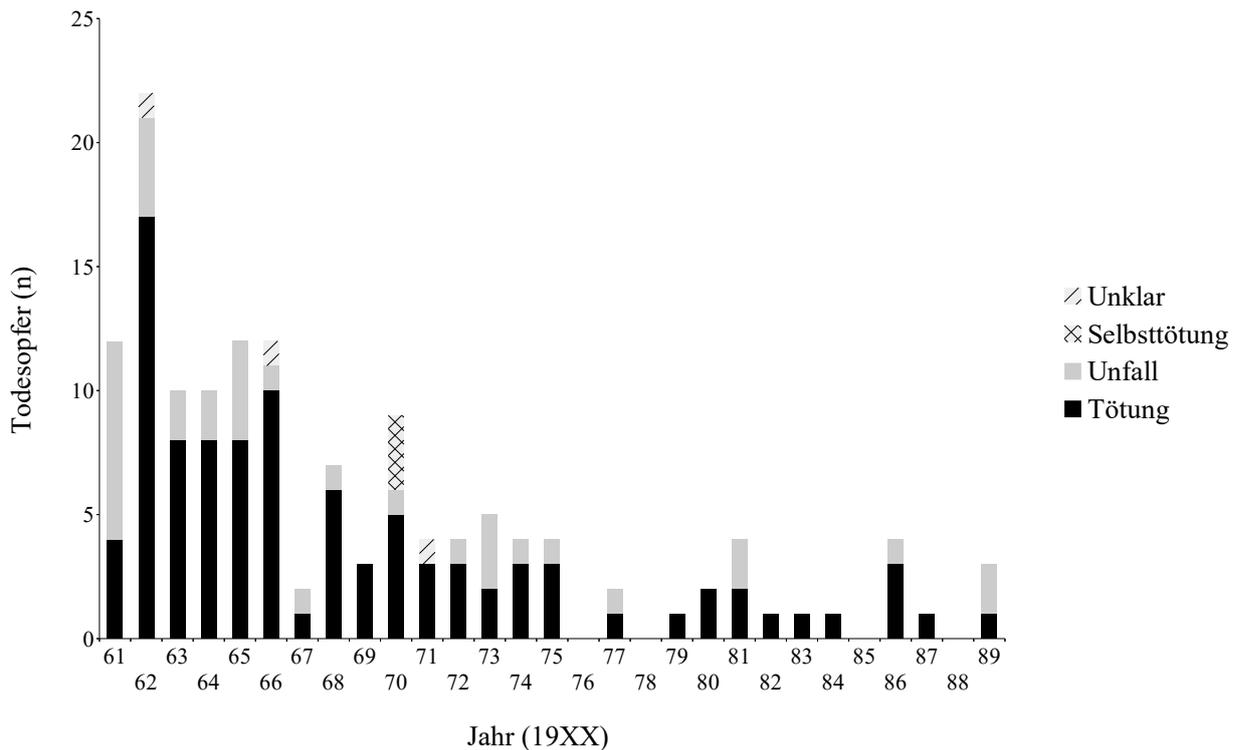


Abbildung 24: Verteilung der Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten auf die Jahre 1961–1989. N = 140. Erhebung der Verfasserin, 2018.

Tabelle 17 zeigt eine Unterteilung der Todesumstände im weiteren Sinne. Fälle in denen Anzeichen für einen Ertrinkungs- oder Erstickungstod und Hinweise auf Schussverletzungen bestanden, finden sich in den kombinierten Kategorien „Schussverletzung + Ertrinken“ (n = 8) beziehungsweise „Schussverletzung + Ersticken“ (n = 1). Die Kategorie „Ertrinken/Badetod“ (n = 23) umfasste Tote, die im Wasser ohne Fremdbeeinflussung zu Tode kamen. Hierbei konnte nicht in jedem Fall sicher zwischen den verschiedenen Kategorien des Todes im Wasser unterschieden werden. Ein im Wasser aufgefundener Toter (122) zeigte zum Zeitpunkt der Obduktion einen dermaßen fortgeschrittenen Fäulnisgrad, dass die Todesursache nicht sicher bestimmt werden konnte. Bei einem weiteren Toten (12) zeigte die Obduktion weder Anzeichen für vital zugefügte äußere Verletzungen noch für Ertrinken. Als Todesursache kam somit am ehesten ein reiner Reflextod durch Kälteeinwirkung (Badetod

3 Ergebnisse

im engeren Sinne) in Frage. *Franciszek Piesik* (80) wurde zwar aus einem Gewässer geborgen, war laut Sektionsprotokoll jedoch nicht im klassischen Sinne ertrunken, sondern durch Schlamm- und Erstickung erstickt.

Tabelle 17: Unterteilung der Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten. N = 140.

	Fremdtötung	Unfall	Selbsttötung	Ungeklärt	Anzahl (n)
Schussverletzung	87	1	3	2	93
Schussverletzung + Ertrinken	8	0	0	0	8
Schussverletzung + Ersticken	1	0	0	0	1
Ertrinken/Badetod	0	23	0	0	23
Ersticken	0	2	0	0	2
stumpfe Gewalteinwirkung	1	11	0	1	13
Anzahl (n)	97	37	3	3	140

Erhebung der Verfasserin, 2018.

Tabelle 18 stellt die Auffindbarkeit der Sektionsprotokolle und die Bergungsorte der Toten bezogen auf die Unterteilung der Todesumstände im weiteren Sinne dar.

Tabelle 18: Auffindbarkeit der Sektionsprotokolle und Bergungsorte der Mauertoten bezogen auf die Unterteilung der Todesursachen im weiteren Sinne. N = 140. „SP“ = Sektionsprotokoll, „O“ = in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR geborgen, „W“ = in West-Berlin geborgen.

	SP vorhanden		SP nicht vorhanden					
	O	W	nicht durchgeführt		unbekannt		durchgeführt	
	O	W	O	W	O	W	O	W
Schussverletzung	65	6	13	0	7	0	2	0
Schussverletzung + Ertrinken	6	1	0	0	0	0	1	0
Schussverletzung + Ersticken	0	1	0	0	0	0	0	0
Ertrinken/Badetod	11	4	3	0	1	0	3	1
Ersticken	0	1	0	0	0	1	0	0
stumpfe Gewalteinwirkung	7	1	1	1	0	2	0	1
Anzahl (n)	89	14	17	1	8	3	6	2

Erhebung der Verfasserin, 2018.

Insgesamt war in 65,2 % (n = 15) der Fälle von Ertrinken, Kälte- oder Badetod, in 61,5 % (n = 8) der Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung und in einem der 2 Fälle von Ersticken ein Sektionsprotokoll aufzufinden. Für 76,3 % (n = 71) der Fälle, in denen nur Schussverletzungen vorlagen und in 88,9 % (n = 8) der Schussverletzungen in Kombinationen mit Ertrinken beziehungsweise Ersticken lagen ebenfalls Protokolle zur Auswertung vor.

Insgesamt wurden von den in Ost-Berlin geborgenen Toten 79,8 % (n = 95) obduziert. Von den in Ost-Berlin geborgenen Schussverletzten wurden 75,5 % (n = 71) und von den in West-Berlin geborgenen Schussverletzten wurden alle (n = 8) obduziert.

3.12 Schussverletzungen der Mauertoten

3.12.1 Waffen

Insgesamt wurden in 103 Fällen Waffen eingesetzt (siehe Tabelle 19). Dabei handelte es sich in 99 % (n = 102) um Handfeuerwaffen. Nur in einem Fall (40) war das Tötungswerkzeug ein Schlagwerkzeug. Für einen Großteil der Fälle lagen keine Berichte über kriminaltechnische Untersuchungen vor. Die verwendeten Waffen wurden den Obduzenten jedoch teilweise zusammen mit dem Tathergang mitgeteilt.

Tabelle 19: Verwendete Waffentypen. N = 103.

		Anzahl (n)
Langwaffen	Kalaschnikow-Baureihe (7,62 mm)	31
	Carabine M1 oder M2 (7,62 mm)	1
Kurz Waffen	Makarow (9 mm)	5
	belgische Selbstladepistole „FN“ Modell 1910 (7,65 mm)	1
Schlagwerkzeug		1
Unklar		64

Erhebung der Verfasserin, 2019.

In 64 Fällen waren die Tatwaffen jedoch weder in den Informationen an die Obduzenten noch in weiteren Unterlagen eindeutig benannt oder es verblieben abschließend noch begründete Unsicherheiten bezüglich der verwendeten Schusswaffen. Bei 58 von diesen handelte es sich aufgrund der Tathergänge mutmaßlich um Langwaffen vom Typ Kalaschnikow oder vom Typ Schpagin, da die Grenzposten größtenteils mit diesen Waffen ausgerüstet waren. Bei *Dieter Wohlfahrt* (10) wurde vor Ort ein 9-mm-Projektile durch den, die Leichenschau durchführenden, Arzt auf Höhe der 9. Rippe links entfernt, ohne dass weiterführende Informationen zur Tatwaffe angegeben waren [86]. Bei *Heinz Jercha* (14) wurde ein deformiertes Projektil vorgefunden. Die kriminaltechnische Untersuchung ergab ein Kaliber von 7,65 mm passend zu einer Selbstladepistole. Um welche Waffe es sich genau handelte, war nicht angegeben. Im Fall von *Siegfried Noffke* (26) entfernte das MfS Unterlagen und ließ diese vernichten, sodass keine Aufzeichnungen über die Bewaffnung der Schützen aufgefunden werden konnten [87]. *Czesław Jan Kukuczka* (114) wurde am Grenzübergang Friedrichstraße und *Dieter Beilig* (103) in einem Vernehmungssaal aus kurzer Entfernung beschossen. Weder in den

Sektionsprotokollen noch in anderen Unterlagen konnte ein Vermerk zur Bewaffnung der Schützen gefunden werden [88, 89]. Bei *Egon Schultz (52)*, der multiple Schussverletzungen erlitten hatte, fanden die Obduzenten ein Nickelmantelprojektil in einer Bruststeckschussverletzung und 2 weitere Projektilen vom Kaliber 7,6 mm und 5,8 mm in der Kleidung des Toten. Bei dem 5,8-mm-Projektil handelte es sich nach Meinung der Obduzenten am ehesten um einen Geschosskern. Laut Berichten des MfS handelte es sich bei dem Steckschuss um ein Projektil vom Kaliber 7,65 mm, dass aus einer Pistole abgefeuert wurde. Ob die restlichen Schussverletzungen durch Pistolen- oder Kalaschnikowmunition zugefügt wurden, ließ sich nur anhand des Sektionsprotokolls nicht klären [90].

3.12.2 Schussentfernung

Bei der Klärung der Schussentfernungen konnte in vielen Fällen auf die Angaben in den Sektionsprotokollen bezüglich vorhandener beziehungsweise nicht vorhandener Nahschusszeichen zurückgegriffen werden. Bei 72,9 % (n = 102) der 140 Todesfälle waren Schussverletzungen festzustellen (siehe Tabelle 20).

In 46,1 % (n = 47) der Fälle mit Schussverletzungen enthielten die Protokolle Informationen dazu, dass es sich um Fernschüsse handelte. In 41 von diesen Berichten dokumentierten die Obduzenten, dass sich keine Anzeichen für Nahschüsse ergeben hatten, wobei anzumerken ist, dass nicht in jedem Fall die Kleidung der Toten zur Untersuchung vorlag. Bei den restlichen 6 Toten wurde den Obduzenten die Schussentfernung von den Mitarbeitern des MfS mitgeteilt und im Sektionsprotokoll vermerkt. In keinem Fall dokumentierten sie Unstimmigkeiten bezüglich der Aussagen. Dies beinhaltete auch einen Fall (16), bei dem es sich nach den Obduktionsergebnissen auch um einen Nahschuss gehandelt haben könnte. Weitaus wahrscheinlicher galt eine bei einem Fernschuss durch Splitterbildung hervorgerufene, sogenannte Dum-Dum Wirkung, die ähnliche Charakteristika wie ein Nahschuss zeigen könne. In den 25 weiteren Fällen, in denen ein Sektionsprotokoll vorhanden war, äußerten sich die Obduzenten nicht explizit zur Schussentfernung. Da in den Protokollen jedoch keine nahschussspezifischen Charakteristika der Schusswunden aufgeführt wurden, ist davon aus-

Tabelle 20: Differenzierung der Schussentfernung. N = 102. „SP“ = Sektionsprotokoll.

	Fernschüsse	Nahschüsse	Unklar
Differenzierung im SP	47	6	0
Differenzierung anhand des SP	25	0	1
Differenzierung anhand weiterer Unterlagen	21	0	2
Anzahl (n)	93	6	3

Erhebung der Verfasserin, 2019.

zugehen, dass es sich hierbei um Fernschüsse handelte. Von den 23 Fällen, in denen keine Sektionsprotokolle vorlagen, handelte es sich bei 21 laut Erkenntnissen der Archivrecherche bezüglich der Todesumstände höchstwahrscheinlich ebenfalls um Fernschüsse. Aufschluss gaben hier zum Beispiel Tatortskizzen, Anklageschriften der StA Berlin und Berichte des MfS. In 3 Fällen war die Schussentfernung nicht zu klären. Zum einen handelte es sich dabei um *Wolfgang Glöde (24)*, welcher laut Informationsbericht des MfS aus 75 cm Entfernung mit einer Kalaschnikow erschossen wurde [91]. Ohne Obduktion konnte hier keine Verifizierung erfolgen. Zum anderen wurde *Siegfried Noffke (26)* in einem Tunnel von Mitarbeitern der Staatssicherheit überrascht und aus nächster Nähe erschossen [92]. Es wurde weder eine Obduktion durchgeführt noch fanden sich genauere Angaben zur Schussentfernung. Ein Dritter, *Czesław Jan Kukuczka (114)*, wurde zwar obduziert, es fanden sich jedoch im Sektionsprotokoll keine wertenden Angaben zur Schussentfernung [89].

Die 6 Nahschüsse umfassten 3 absolute Nahschüsse (*71, 92 und 94*), von denen einer atypische Charakteristika zeigte und erst in einer nachträglichen Untersuchung als absoluter Nahschuss identifiziert wurde (*71*). In einem Fall wurde lediglich ein Nahschuss ohne genauere Einordnung beschrieben (*91*). Bei den verbleibenden handelte es sich um relative Nahschüsse (*58 und 128*). In 4 von den Protokollen (*91, 92, 94 und 128*) erfolgte keine genauere Erläuterung der Charakteristika der Schussverletzungen. Davon konnte bei einem Toten keine genauere Untersuchung durchgeführt werden, da dieser erst einen Monat nach Erleiden der Schussverletzung starb (*128*). Die Informationen zur Schussentfernung stammten in diesem Fall von Mitarbeitern des MfS.

3.12.3 Lokalisationen

Tabellen 21 und 22 zeigen die Häufigkeit von Kopf-, Rumpf- und Extremitätenverletzungen. In 57 Fällen lagen einzelne und in 43 weiteren multiple Schussverletzungen vor. Bei 2 Verstorbenen war die Anzahl der Schussverletzungen zum einen aufgrund fehlender Unterlagen (*26*) und zum anderen aufgrund massiver Schädelspaltung (*22*) nicht zu klären. In 55,6 % ($n = 5$) der Fälle von Schussverletzungen in Kombination mit Ertrinken oder Ersticken fanden sich isolierte Kopfschussverletzungen. Bei einem Ertrinkungstoten mit Kopfdurchschuss konnte die Schussanzahl bei oben genannter Schädelspaltung nicht geklärt werden. Isolierte Kopfschussverletzungen wurden in 35,1 % ($n = 20$) und isolierte Rumpfverletzungen in 61,5 % ($n = 32$) der Fälle festgestellt. In 55,8 % ($n = 24$) von multiplen Schussverletzungen lag die Kombination von Rumpf- und Extremitätenverletzungen vor.

3 Ergebnisse

Tabelle 21: Anzahl der Mauertoten mit isolierten Schussverletzungen von Kopf, Rumpf oder Extremitäten. N = 57. „K“ = Kopf, „R“ = Rumpf, „E“ = Extremitäten, „SP“ = Sektionsprotokoll.

	K	R	E
SP vorhanden	15	24	4
SP nicht vorhanden	5	8	1
Anzahl (n)	20	32	5
davon in Kombination mit Ertrinken/Ersticken	5	1	0

Erhebung der Verfasserin, 2020.

Tabelle 22: Anzahl der Mauertoten mit multiplen Schussverletzungen von Kopf, Rumpf und Extremitäten. N = 43. „K“ = Kopf, „R“ = Rumpf, „E“ = Extremitäten, „?“ = Lokalisation unbekannt, „SP“ = Sektionsprotokoll.

	K+R	K+E	K+R+E	R+E	R	?
SP vorhanden	1	3	7	23	1	0
SP nicht vorhanden	2	1	0	1	3	1
Anzahl (n)	3	4	7	24	4	1
davon in Kombination mit Ertrinken/Ersticken	0	1	0	1	0	0

Erhebung der Verfasserin, 2018.

3.13 Todesursachen der Mauertoten

Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Todesursachen der Mauertoten, für die ein Protokoll einer gerichtlichen Obduktion, einer pathologisch-anatomischen Sektion oder einer Verwaltungssektion vorlag ($n = 103$). In 70 % ($n = 56$) der Fälle von Schussverletzungen, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, trat der Tod durch Verbluten nach innen und außen durch die Verletzung großer Blutgefäße oder ausgedehnter Organ- und Weichteilverletzungen ein. Hiervon lagen in 8,9 % ($n = 5$) der Fälle auch Schädel- und Hirnverletzungen durch Kopfschüsse vor. In einem der Fälle (39) waren zusätzlich Ertrinkungsbefunde und in einem weiteren der Fälle (72) war zusätzlich eine Luftembolie des Herzens festzustellen. In 7,5 % ($n = 6$) der Fälle mit Schussverletzungen, für die ein Sektionsprotokoll vorhanden war, lagen auch Ertrinkungsbefunde vor. Von diesen wurden in 4 Fällen Hirnverletzungen festgestellt. In weiteren 13,8 % ($n = 11$) der Schussverletzten, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, waren Schädel-Hirn-Verletzungen und Verletzungen des Halsmarkes todesursächlich. Bei den zuvor genannten Fällen handelte es sich um Personen, bei denen der Tod kurze Zeit nach der Verletzungsbeibringung eingetreten war. Bei Personen, die nicht innerhalb weniger Minuten oder Stunden nach der Beibringung der Schussverletzung verstarben, fanden sich als Todesursachen auch eine Lungenfettembolie (130), eine Lungenarterienembolie (100), eine Bauchfellentzündung (65), eine Harnvergiftung (83), ein Nierenversagen bei Nierenschädigung infolge eines ausgeprägten Weichteilschadens (58) und eine Blutvergiftung (128).

In 12,6 % ($n = 13$) der Fälle, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, waren die Personen ohne äußere Gewalteinwirkung ertrunken, wobei in 2 Fällen die Kälte des Wassers bahrend für das Ertrinken gewesen sein konnte. Bei 2 weiteren aus Gewässern geborgenen Toten waren ein Reflaxtod durch Kälteeinwirkung (12) beziehungsweise Ersticken (80) die konstatierte Todesursache.

In den Fällen, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, waren bei Einwirkungen stumpfer Gewalt in 87,5 % ($n = 7$) der Fälle Schädel-Hirn-Verletzungen und/oder mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen lebenswichtiger Organe todesursächlich, wobei in einem Fall (63) letztendlich eine Fettembolie in Kombination mit Verbluten zum Tode führte. Eine Person (40) war infolge einer Schlagverletzung an einer Lungen- und Bauchfellentzündung verstorben.

3 Ergebnisse

Tabelle 23: Todesursachen der Mauertoten, für die ein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 103. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Todesursache
7	Ertrinken infolge von Erschöpfung
8	Verbluten nach innen infolge einer Herz- und Lungendurchschussverletzung
9	Ertrinken infolge eines Kälteschocks und Kreislaufkollaps
11	Ertrinken und eventuell Kälteschock
12	Reflextod im Wasser (am ehesten)
14	Verbluten nach innen infolge eines Bruststeckschusses
16	Ersticken
20	Verbluten nach innen infolge eines Beckendurchschusses mit Verletzung der Körperhauptschlagader
21	Unvollständige Enthirnung infolge eines Schädeldurchschusses
22	Unvollständige Enthirnung infolge eines Schädeldurchschusses in Verbindung mit Ertrinken
25	Verbluten nach innen und außen infolge eines Brustdurchschusses mit Herzbeutelverletzung
27	Verbluten infolge eines Beckendurchschusses
28	Verbluten infolge von Kopf-, Bauch- und Beckendurchschüssen
29	Schädel-Hirn-Verletzung und Verbluten infolge eines Kopfdurchschusses
31	Ertrinken infolge einer Hirnzerstörung infolge eines Kopfdurchschusses
33	Verbluten infolge eines Brustdurchschusses
34	Ertrinken
35	Ertrinken infolge eines Halsdurchschusses
38	Ertrinken
39	Verbluten infolge eines Brustkorbdurchschusses mit Eröffnung des rechten Herzens in Verbindung mit Ertrinken
40	Bronchopneumonie und Peritonitis infolge von Immobilität infolge eines Schädelbasisbruchs
41	Ertrinken infolge von Bewusstlosigkeit bei einer Hirnprellung durch eine Streifschussverletzung
43	Verbluten nach innen infolge eines Brustdurchschusses mit Leber- und Lungenverletzungen
44	Verbluten infolge eines Lungendurchschusses
45	Verbluten infolge von Becken- und Schulterdurchschüssen mit Zerreißung der linken Achselhöhlenschlagader
46	Verbluten nach innen und außen infolge multipler Schussverletzungen mit Herzerreiung
47	Verbluten infolge eines Unterbauchdurchschusses mit Verletzung einer Beckenschlagader
50	Verbluten infolge eines Bauchdurchschusses mit Zertrümmerung des rechten Leberlappens
51	Kopfdurchschuss mit Gehirnverletzung

3 Ergebnisse

Tabelle 23: Todesursachen der Mauertoten, für die ein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 103.

Nr.	Todesursache
52	Verbluten nach innen infolge von Schulter- und Brustdurchschüssen mit Zerstörung eines großen Brustabschnittes der Körperhauptschlagader
53	Verbluten infolge von Schulter- und Brustdurchschüssen mit Verletzung beider Halsschlagadern
54	Verbluten nach innen infolge eines Beckendurchschusses mit Verletzung der linken Beckenschlagader
56	Verbluten nach innen infolge einer Bruststeckschussverletzung mit Verletzung der Aorta
57	Ertrinken
58	Nierenversagen bei Crush-Niere infolge von Schussverletzungen in Brust und Extremitäten mit ausgeprägtem Weichteilschaden
59	Schädelhirnzertrümmerung infolge von Kopf- und Halsschussverletzungen
60	Schädelhirnzertrümmerung und mit dem Leben nicht zu vereinbarende Verletzungen infolge der Überrollung durch eine U-Bahn
62	Verbluten infolge von multiplen Schussverletzungen in Extremitäten, Brust und Bauch
63	Massive Lungenfettembolie und Verbluten infolge eines Sturzes aus großer Höhe
64	Verbluten infolge einer Oberschenkelschussverletzung mit Durchtrennung der Oberschenkelgefäße
65	Peritonitis infolge einer Bauchschussverletzung
66	Verbluten nach innen und außen infolge eines Brustdurchschusses
68	Verbluten ins Innere und Hirnprellung infolge von Gesäß-, Schulter-, Brust- und Kopfschussverletzungen
71	Hirnprellung infolge eines Kopfdurchschusses
72	Verbluten und Luftembolie des Herzens infolge eines Gesichtsschädel- und Halsdurchschusses mit massiver Weichteilzertrümmerung
73	Verbluten und Schädigung lebenswichtiger Hirnzentren infolge eines Kopfdurchschusses
74	Verbluten infolge von multiplen Schussverletzungen in Kopf, Brust und Extremitäten
75	Verbluten infolge von multiplen Schussverletzungen in Brust, Becken und Extremitäten
76	Halsmarkzerstörung infolge einer Kopfschussverletzung
77	Ertrinken
78	Verbluten infolge von Kopf- und Brustschussverletzungen
79	Ertrinken infolge von Schussverletzungen der Extremitäten
80	Ersticken
81	Verbluten nach innen infolge von Brust- und Oberschenkelschussverletzungen
82	Hirnprellung und Blutung zwischen harter und weicher Hirnhaut bei Schädelbasisbruch infolge eines Kopfdurchschusses
83	Urämie infolge eines paranephritischen Abszesses infolge einer Beckenschussverletzung

3 Ergebnisse

Tabelle 23: Todesursachen der Mauertoten, für die ein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 103.

Nr.	Todesursache
84	Ertrinken
85	Verbluten nach innen infolge von Brust- und Extremitätendurchschussverletzungen
86	Verbluten infolge von Brust- und Bauchdurchschüssen
87	Schädelhirnzertrümmerung und umfangreiche Weichteilverletzung infolge von multiplen Schussverletzungen
88	Verbluten infolge multipler Schussverletzungen mit Durchtrennung der rechten Halsschlagader und offener Schädel-Hirn-Verletzung
89	Verbluten infolge eines Brustdurchschusses mit Herz- und Lungenverletzung
90	Verbluten infolge eines Brustdurchschusses mit Herz- und Lungenverletzung
91	Halsmarkprellung infolge eines Munddurchschusses
92	Halsmarkprellung infolge eines Munddurchschusses
93	Verbluten nach innen infolge einer Beckenschussverletzung
94	Gehirnverletzung infolge eines Schädeldurchschusses
95	Verbluten infolge eines Oberschenkeldurchschusses
96	Verbluten infolge von multiplen Schussverletzungen
97	Verbluten infolge eines Schulterdurchschusses mit Verletzung einer Oberarmschlagader
98	Ertrinken
99	Verbluten infolge von Brust- und Bauchdurchschüssen
100	Allgemeininfektion mit herdförmiger Lungenentzündung infolge eines Beckendurchschusses mit Knochen- und Weichteileiterung
101	Schädelbasisbruch und multiple Knochenbrüche infolge eines Sturzes
102	Verbluten infolge eines Schulter- und Halsdurchschusses mit Verletzung einer Halsschlagader
103	Verbluten infolge eines Brustdurchschusses
105	Ertrinken infolge einer Hirnprellung infolge eines Kopfdurchschusses
106	Verbluten infolge eines Brustkorbsteckschusses mit Verletzung der Körperhauptschlagader
107	Ertrinken
109	Wirbelsäulenbrüche mit Rückenmarkquetschungen infolge eines Sturzes aus großer Höhe
112	Ertrinken
114	Verbluten infolge von Brust- und Bauchorganverletzungen infolge eines Rückendurchschusses
116	Ertrinken
119	Verbluten infolge einer Brustschussverletzung mit Lungenschlagaderzerreiung
120	Verbluten nach innen infolge eines Brustkorbdurchschusses
121	Gehirnverletzung in Verbindung mit Verbluten infolge eines Kopfdurch- und Schultersteckschusses mit Verletzung einer Achselhöhlenschlagader

3 Ergebnisse

Tabelle 23: Todesursachen der Mauertoten, für die ein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 103.

Nr.	Todesursache
122	Wegen Fäulnis nicht feststellbar
123	Verbluten infolge von Brustorganverletzungen infolge eines Rückendurchschusses
124	Verbluten infolge von Bauch- und Brustorganverletzungen infolge eines Rumpfdurchschusses
125	Verbluten infolge mehrfacher Organverletzung des Bauchraumes infolge einer Schussverletzung
127	Verbluten infolge einer Herzmuskelzerreißung infolge eines Brustdurchschusses
128	Sepsis bei eitriger Lungenentzündung, Bauchfellentzündung und akutes Nierenversagen infolge einer Leber-, Milz- und Nierenverletzung infolge eines Bauchdurchschusses
129	Verbluten infolge einer Rumpfdurchtrennung infolge einer Überrollung durch ein Schienenfahrzeug
130	Fettembolie infolge eines Beckendurchschusses
131	Verbluten infolge einer Beckenschussverletzung mit Zerreißen der rechten äußeren Hüftschlagader und der rechten Schenkelblutader
132	Verbluten nach innen infolge einer Brustschussverletzung
133	Ertrinken
134	Verbluten infolge einer Oberschenkelschussverletzung mit Zerreißen der Oberschenkelschlagader und -blutader links
135	Hirngewebezerreißung infolge einer Kopfschussverletzung
137	Verbluten nach innen infolge einer Brustschussverletzung mit Herzkammerzerreißung
138	Enthirnung infolge einer Schädelhirnfraktur mit Enthauptung infolge eines Sturzes aus großer Höhe
139	Verbluten nach innen und außen infolge einer Brustschussverletzung mit Herzmuskelzerreißung
140	Zerstörung lebenswichtiger innerer Organe in Verbindung mit Verbluten infolge eines Sturzes aus großer Höhe

Erhebung der Verfasserin, 2018.

Zu Mauertoten, für die weder ein Protokoll einer gerichtlichen Obduktion noch Unterlagen einer pathologisch-anatomischen Sektion oder einer Verwaltungssektion aufgefunden wurden (n = 37), zeigt Tabelle 24 Informationen zur Todesursache, welche aus anderen Unterlagen wie zum Beispiel Krankenakten, Verfahrensakten der StA Berlin, Leichenbucheinträgen, Berichten des MfS oder Befragungen der damaligen Obduzenten im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen in den 1990er Jahren stammten.

3 Ergebnisse

In 4 Fällen handelte es sich um Stürze, wobei in 2 Fällen nicht hinreichend geklärt werden konnte, aufgrund welcher genauen Verletzungen die Personen verstorben waren (1 und 6). 2 Personen verstarben indirekt infolge eines Sturzes an einer Lungenentzündung (4) beziehungsweise an einem Herzinfarkt (5). Eine Person (42) wurde von einem Schienenfahrzeug überrollt und erlitt dabei ein Schädel-Hirn-Trauma. 9 Personen ertranken (eine davon in Kombination mit einer Kopfschussverletzung) und ein einjähriges Kleinkind (108) erstickte, da es zu schreien anfang und die Mutter ihm den Mund zuhielt. Bei 23 Betroffenen waren Schussverletzungen festzustellen. In 11 von diesen Fällen ließen sich Hinweise auf den Todeseintritt durch Verbluten feststellen. Eine Person (2) war infolge einer Schussverletzung ertrunken und eine weitere Person (67) verstarb an einer Sepsis als Spätfolge nach einer Schussverletzung. In 10 von den Fällen mit Schussverletzungen konnten im Rahmen der Recherchen keine weiteren Informationen zu den Todesursachen gefunden werden.

Tabelle 24: Todesursachen der Mauertoten, für die kein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 37. „Nr.“ = Nummerierung der Mauertoten.

Nr.	Todesursache
1	Tod durch Verletzung bei einem Fenstersturz aus großer Höhe
2	Ertrinken infolge einer Genickschussverletzung
3	Kopfschussverletzung
4	Lungenentzündung infolge eines längeren (19.08.1961–17.09.1961) Krankenhausaufenthaltes nach Unterschenkelbruch infolge eines Sturzes
5	Herzinfarkt bei erhöhter Belastung durch Rückenprellung infolge eines Sturzes aus großer Höhe
6	Tod bei Knochenbrüchen infolge eines Sturzes aus großer Höhe
10	Verbluten nach innen infolge eines Herzdurchschusses
13	Verbluten nach innen infolge eines Unterbauchdurchschusses
15	Ertrinken
17	Kopf- und Bauchdurchschüsse
18	Verbluten nach innen infolge eines Aortadurchschusses
19	Verbluten nach innen infolge eines Brust- und Bauchhöhlendurchschusses
23	Ertrinken
24	Verbluten nach innen infolge eines Lungendurchschusses
26	Schussverletzungen
30	Kopfschuss
32	Ertrinken
36	Verbluten infolge eines Bauchdurchschusses
37	Kopfdurchschuss
42	Schweres Schädel-Hirn-Trauma infolge der Zerfahrung durch eine S-Bahn

Tabelle 24: Todesursachen der Mauertoten, für die kein Sektionsprotokoll zur Auswertung vorlag. N = 37.

Nr.	Todesursache
48	Ertrinken
49	Ertrinken
55	Ertrinken
61	Verbluten infolge eines Oberschenkelsteckschusses
67	Sepsis bei Dekubitus und Blasenentzündung infolge eines Brustdurchschusses und eines Wirbelsäulenstreifschusses mit Querschnittslähmung
69	multiple Schusswunden (vermutlich)
70	Kopfschuss (vermutlich)
104	Verbluten infolge einer Bauchschussverletzung
108	Ersticken
110	Verbluten infolge eines Halsdurchschusses
111	Brustdurchschuss
113	Verbluten infolge einer Nierenverletzung infolge einer Hüftschussverletzung
115	Kopf- und Brustschussverletzungen
117	Verbluten infolge intraabdomineller Verletzungen infolge eines Bauchdurchschusses
118	Ertrinken
126	Ertrinken
136	Rückenschussverletzungen

Erhebung der Verfasserin, 2018.

3.14 Einzelfallbetrachtungen der Mauertoten

3.14.1 Vorbemerkungen

In diesem Kapitel erfolgt die Zusammenfassung im Rahmen der Archivrecherche erfasster Informationen als Einzelfallbetrachtung für alle Todesfälle an der Berliner Mauer von 1961 bis 1989. Im Rahmen der Archivrecherche stand die Zusammenführung der Sektionsprotokolle im Vordergrund. Die Ausführungen konzentrieren sich aus diesem Grund auf die in den Sektionsberichten angegebenen Informationen. Die Obduktionsergebnisse wurden einer kritischen Prüfung unterzogen, sodass auf die Darstellung jedes einzelnen Befundes, zum Beispiel der einzelnen Verblutungszeichen, verzichtet werden kann, um den wesentlichen Sektionsergebnissen den Vorrang zu geben. Waren keine Sektionsprotokolle vorhanden, stammten die Informationen aus anderen Unterlagen, wie zum Beispiel Krankenakten, Verfahrensakten der StA Berlin, Leichenbucheinträgen, ballistischen Gutachten, Berichten des MfS oder Befragungen der damaligen Obduzenten oder rechtsmedizinischer Gutachter durch die StA Berlin.

Der Umfang der Darstellungen unterscheidet sich entsprechend der jeweiligen Verfügbarkeit von Unterlagen, aber auch je nach Relevanz der verfügbaren Informationen. Hierzu zählen zum Beispiel Aussagen zur Schussentfernung und zu den eingesetzten Waffen. Soweit in den Sektionsprotokollen kein Anhalt für Nahschusszeichen gegeben ist oder aus anderen Gründen ein Fernschuss zweifellos ist, wird dies nicht für jeden Fall einzeln dargelegt. Auch auf die in den Informationen an die Obduzenten mitgeteilte Schussentfernung und die Waffenart wird nicht zwingend gesondert eingegangen, soweit sich für den jeweiligen Fall hieraus keine Diskrepanz zu den Sektionsergebnissen ergibt oder diese Information von besonderem Interesse aufgrund der Tat- beziehungsweise Todesumstände ist. Soweit Erläuterungen zu Einzelfällen bereits in vorherigen Kapiteln erfolgt sind, wird auf diese verwiesen und die Darstellung im Rahmen der Einzelfalldarstellung verkürzt.

3.14.2 Schussverletzungen

Günter Litfin (2)

Für *Litfin* lag kein Sektionsprotokoll zur Auswertung vor. In den Ermittlungsakten der StA Berlin fanden sich jedoch Informationen zur Todesursache. Die Befragung des damaligen Obduzenten ergab als Todesursache Ertrinken infolge einer Genickschussverletzung. Das Projektil drang am Hinterkopf ein und am Kinn wieder aus. Laut Berichten des MfS gaben die Grenzposten Einzel- und Dauerfeuer aus ihren Maschinenpistolen ab. Der Nachweis geringer Einatmung von Wasser und Blut bei der Obduktion führte zu der Annahme, dass der Betroffene beim Durchschwimmen des Humboldthafens letztendlich Ertrunken sei [93].

Roland Hoff (3)

Hoff überquerte laut Anklageschrift der StA Berlin den Teltowkanal zwischen Lichterfelde und Klein Machnow in Richtung Westberlin und wurde dabei von hinten beschossen. Er erlitt einen Kopfschuss in die linke Kopfhälfte. Der Schussverlauf war von links nach rechts beschrieben. Der Schuss wurde aus einem Maschinengewehr, welches sich etwa 100 m entfernt befand, abgegeben. Hoff versank unmittelbar im Wasser [94].

Werner Probst (8)

Probst erlitt bei dem Versuch die Spree schwimmend zu überqueren einen Brustkorbdurchschuss mit Eintrittswunde am linken Rücken und Austrittswunde an der rechten Brustkorbseite. Zusätzlich lag eine oberflächliche Hautaufreißung an der rechten Schläfe, wahrscheinlich aufgrund eines Streifschusses, vor. An der Innenseite des linken Oberschenkels konnte ebenfalls ein Schussverletzung mit Einsprengung von zahlreichen kleinen Geschosssplittern festgestellt werden [61].

Dieter Wohlfahrt (10)

Wohlfahrt wurde ohne Obduktion direkt aus dem Kreiskrankenhaus Nauen zur Beerdigung übergeben. Vor Ort wurde ein Totenschein ausgefüllt, welcher im Rahmen der Recherchen

nicht aufgefunden wurde. Im Bericht der Bereitschaftspolizei wurde ein Durchschuss des Herzens beschrieben. Ein 9-mm-Projektil wurde links in Höhe der 9. Rippe im Rahmen der Leichenschau entfernt. Ebenfalls war vermerkt, dass der Betroffene erst eine Stunde nach der Verletzungsbeibringung geborgen wurde [86].

Dorit Schmiel (13)

Im Krankenhausbericht des VPK zu *Schmiel* war eine etwa 2 Querfinger medianwärts vom linken vorderen oberen Darmbeinstachel positionierte pfennigstückgroße Schussöffnung ohne Schmauchhof beschrieben. Die behandelnden Ärzte vermuteten, dass es sich hierbei um die Einschussöffnung handelte. Des Weiteren war eine kleine Schussöffnung im Bereich des rechten Sitzbeinhöckers beschrieben, die sie als Ausschussöffnung interpretierten. Als Todesursache wurde Verbluten nach Innen infolge eines Unterbauchdurchschusses vermerkt. *Schmiel* lag mindestens eine halbe Stunde am Boden, bevor sie abtransportiert wurde. Zum Zeitpunkt des Eintreffens im Krankenhaus hatte sie blasse und feuchte Haut, war kaum ansprechbar und zeigte keine Pupillenreaktion. Im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen in den 1990er Jahren wurde im Gegensatz zu der Interpretation der behandelnden Ärzte die Schussöffnung am Sitzbeinhöcker als Ein- und die am Darmbeinstachel als Ausschussöffnung anerkannt, da die Schüsse wohl von rechts abgegeben wurden [95].

Heinz Jercha (14)

Bei *Jercha* lag ein Steckschuss mit Eintrittswunde unterhalb des rechten Schulterblattes vor. Der Schusskanal endete dicht unterhalb der Drosselgrube. Die Todesursache war Verbluten nach Innen infolge der Eröffnung einer Zwischenrippenarterie und der Schlüsselbeinarterie. Die vorgefundene Pistolenmunition entsprach, bei Deformierung nicht eindeutig erkennbar, am ehesten einem Kaliber von 7,6 mm. Die kriminaltechnische Untersuchung ergab ein Kaliber von 7,65 mm [96].

Klaus Brueske (16)

Die Obduzenten stellten bei *Brueske*, der mit einem Lastkraftwagen beim Versuch die Grenze zu durchbrechen gegen eine Wand prallte und durch einen Sandhaufen verschüttet wurde, 2 Durchschüsse durch den Nacken und eine weitere Schussverletzung der rechten Hand fest. Insgesamt zeigten sich relativ große Ein- und Ausschüsse und erhebliche Gewebeerreißungen im Verlauf der Schusskanäle. Im Sektionsprotokoll wurden 2 Möglichkeiten als Entstehungsmechanismus diskutiert. Zum einen als Verletzung durch relative Nahschüsse und zum anderen durch, beim Durchschlagen des Fahrzeuges, beschädigte Geschosse. Hierbei könne eine sogenannte Dum Dum Wirkung hervorgerufen werden und zu ausgeprägten Schäden führen. Die zweite Möglichkeit erschien den Obduzenten am wahrscheinlichsten. Es zeigten sich zusätzlich zahlreiche Splitterverletzungen der linksseitigen Gesichtshaut, die auf Glassplitter zurückzuführen waren. Da die Verletzungen nur linksseitig vorlagen, konnte geschlussfolgert werden, dass die Schüsse von links kamen. Die Nackendurchschüsse waren laut Obduktions-

protokoll nicht sofort tödlich. Es lagen Sandanhaftungen im Gesicht und in den oberen und unteren Atemwegen vor, die letztendlich für einen Tod durch Ersticken sprachen [97].

Peter Böhme (17) und Jörgen Schmidtchen (18)

Für *Böhme* und *Schmidtchen* wurden keine Sektionsprotokolle aufgefunden. Beide wurden in das Krankenhaus Babelsberg eingeliefert. *Böhme* verstarb an einem Kopfschuss und mehreren Bauchdurchschüssen [98]. Bei *Schmidtchen* lag ein Steckschuss mit Verletzung der Herzspitze und der Aorta vor. Er verstarb bereits auf dem Weg ins Krankenhaus [99]. *Böhme* hatte zusammen mit einer weiteren Person 2 Pistolen vom Typ Makarow aus einem Waffenschrank entwendet und einen Fluchtversuch unternommen, bei dem er und der Grenzposten *Schmidtchen* angeschossen wurden [100]. In einem 1965 durchgeführten Ermittlungsverfahren konnte nicht geklärt werden, von wem der Grenzposten *Schmidtchen* erschossen wurde oder wer von beiden zuerst geschossen hatte. Die Ermittlungen der Berliner Staatsanwaltschaft in den 1990er Jahren ergaben, dass *Böhme* als Erster schoss [98].

Horst Frank (19)

Frank wurde im VPK notoperiert und erlag kurz darauf seinen Verletzungen. Als Todesursache war Verblutung nach Innen bei Darm- und Lungenverletzungen infolge eines Bauch- und Brusthöhlendurchschusses angegeben. Eine pfenniggroße Schussverletzung fand sich an der linken Gesäßhälfte. Hierbei handelte es sich laut der Krankenunterlagen wahrscheinlich um die Einschussöffnung. Die vermutete Austrittswunde zeigte sich an der rechten unteren Thoraxapertur. Des Weiteren hatte er eine Weichteildurchschussverletzung an der Innenseite und eine Streifschussverletzung an der Außenseite des rechten Oberarms erlitten [101].

Peter Göring (20)

Die Obduktion von *Göring* ergab einen linksseitigen Schulterdurchschuss mit einer Schussrichtung von vorne nach hinten. Ein weiterer Durchschuss wurde am rechten Zeigefinger festgestellt. Zusätzlich fand sich eine Einschussöffnung im Bereich der linken Flanke. Der Schusskanal verlief steil aufsteigend und zeigte keine Austrittswunde. Die Lunge und die Körperhauptschlagader waren verletzt. Es wurden Projektilteile im Brustraum gefunden, die, ebenso wie die Kleidung, an die Morduntersuchungskommission (MUK) übergeben wurden. Die Einschussöffnung an der Flanke stammte der Form nach am ehesten von einem Querschläger, der ihn im Liegen getroffen hatte. Bei den Projektilen handelte es sich um das Kaliber 7,62 mm, die von einer Carabine M1 oder M2 verschossen worden sein konnten [102].

Lutz Haberlandt (21)

Haberlandt wurde durch einen Kopfschuss verletzt und verstarb kurz nach seiner Einlieferung in das VPK. Bei der Sektion wies er eine Wunde der Kopfschwarte über dem rechten Scheitelbein auf, die vermutlich der Eintrittswunde entsprach. Der Schusskanal verlief von vorn oben rechts nach hinten unten links. Die Austrittswunde imponierte als Platzwunde über dem linken hinteren Scheitelbein mit Metallsplintern am inneren Wundrand. Es

bestand eine Zertrümmerung der Schädelkapsel im Bereich der hinteren Scheitelbeine mit Bruch des rechten Scheitelbeines und weiteren Berstungsbrüchen. Da charakteristische Ein- und Austrittsmerkmale fehlten, war die Bestimmung der Schussrichtung erschwert. Mittels der binokularen Untersuchung kamen die Obduzenten jedoch zu dem Ergebnis, dass der Schuss von vorne kam [103].

Axel Hannemann (22)

Hannemann zeigte 2 handtellergroße Eröffnungen des Stirnschädels mit Substanzverlust. Ebenfalls wies er eine Hautdurchtrennung vom rechten Augenbrauenwulst bis zur Stirnmitte und eine weitere sternförmige Hautdurchtrennung an der Grenze zwischen beiden Scheitelbeinen und dem Hinterhaupt auf. Es fand sich ein Ringbruch mit herausgesprengten Knochenlamellen vom Stirnbein über die Scheitelbeine zum Hinterhaupt verlaufend. Eine sichere Aussage über die Anzahl der Schussverletzungen und über die Schussrichtung konnte bei hochgradigen Veränderungen am Schädel durch eine hydrodynamische Sprengwirkung nicht getätigt werden. Die Obduktion ergab zusätzlich Zeichen eines agonalen Ertrinkens [104].

Wolfgang Glöde (24)

Im Fall von *Glöde* handelte es sich aus Sicht der Ermittler um einen Unfall. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt. Im Bericht der Bereitschaftspolizei wurde ein Lungendurchschuss mit Eintrittswunde in der oberen linken Brust und Austrittswunde unter dem rechten Schulterblatt beschrieben. Die Herzspitze wurde dabei verletzt. *Glöde* und einige andere Kinder wollten die Maschinenpistole des Grenzpolizisten sehen. Er richtete die Waffe auf den Jungen und kam beim Durchladen höchstwahrscheinlich aus Versehen an den Abzugshahn. Es löste sich ein Schuss und *Glöde* wurde getroffen und verstarb wenig später. Der Vorfall wurde nicht durch das MfS vertuscht und der Schütze wurde zur Verantwortung gezogen [91].

Reinhold Huhn (25)

Bei der Obduktion des Grenzposten *Huhn* zeigten sich eine Durchschuss- und eine Steckschussverletzung. Der Durchschuss verlief leicht ansteigend von vorne mittig nach hinten links seitlich mit Einschuss an der linken Brustvorderseite und Ausschuss in der Verlängerung der linken Achselfalte. Die Eintrittswunde des Steckschusses fand sich im linken Schulterblatt. Das Projektil (7,65 mm) durchdrang den Körper aufsteigend nach vorn rechts, verletzte den linken Lungenoberlappen und die Speiseröhre und blieb im rechten Schilddrüsenlappen stecken. Der Tote hatte 2 vom Durchschuss stammende runde Öffnungen im Herzbeutel. Die Todesursache war Verbluten nach Innen und Außen bei Zerstörung des Herzmuskels [105]. Die Verletzungen zeigten keine Anzeichen für einen Nahschuss. Die Kleidung konnte den Obduzenten keinen Anhalt bieten, da diese bereits zur kriminaltechnischen Untersuchung weitergeleitet worden war. Die Priorität der Schussverletzungen konnte bei, in beiden Schusskanälen vorhandenen, kräftigen Unterblutungen nicht eindeutig festgelegt werden. Beide Projektile drangen offenbar kurz nacheinander ein [106]. In den Unterlagen der StA Berlin fand sich eine Beschreibung des Tatherganges, wie er im Zuge der „Mauerschüt-

zenprozesse“ ermittelt wurde. *Huhn* und ein weiterer Grenzposten bemerkten, wie ein Mann zunächst allein aus einem Haus nahe der Grenze kam und kurze Zeit später mit 2 Frauen und 3 Kindern zurückkehrte. *Huhn* sollte eine Kontrolle durchführen. Sein Gegenüber konnte keinen Personalausweis vorzeigen, woraufhin *Huhn* ihm den Durchgang verweigerte. Der „Grenzverletzer“ zog eine Waffe und schoss 2 Mal auf den Grenzposten, einmal frontal in die Brust und, nachdem sich *Huhn* zur rechten Seite wendete, in die linke Schulter. Der Schütze konnte erfolgreich flüchten und behauptete in West-Berlin zunächst, dass er dem Grenzposten, nachdem er durch diesen bedroht wurde, lediglich einen Schlag verpasst hätte und dieser dann durch sogenanntes friendly fire durch andere Grenzposten umgekommen sei, während er bis nach West-Berlin unter Dauerfeuer gestanden habe. Die Wache auf dem Postenturm sagte aus, erst geschossen zu haben, nachdem *Huhn* bereits zu Boden gegangen und die Familie im Haus verschwunden sei. Laut einem ballistischen Gutachten vom 19.06.1962 wurden die am Tatort aufgefundenen Projektilen möglicherweise aus einer belgischen Selbstladepistole vom Typ „FN“ Modell 1910 abgegeben. Vor Ort fanden sich 2 Patronenhülsen mit der Bezeichnung „Geco 7,65“, die durch eine westdeutsche Firma hergestellt wurden [106].

Siegfried Noffke (26)

Der in West-Berlin lebende *Noffke* wollte seine Frau und sein Kind aus Ost-Berlin schleusen und schloss sich einer Gruppe Tunnelbauer an. Die Aktion wurde durch einen Informanten des MfS verraten und als der Tunnel von West-Berlin aus durchbrochen wurde, erwarteten Mitarbeiter des MfS die Tunnelbauer bereits. Entgegen der eigentlichen Anweisung die Fluchthelfer zu verhaften, eröffnete ein Mitarbeiter des MfS das Feuer [92]. Die Fluchthelfer hatten keine Waffen dabei. *Noffke* wurde getroffen und noch vor Ort verhört. Er verstarb auf dem Weg ins Krankenhaus. Die Krankenakte sowie Gewebeprobe und Namenslisten anderer, bei dem Vorfall Verletzter, wurden im VPK durch das MfS entfernt und waren im Rahmen der Recherchen im Archiv des BStU nicht mehr auffindbar. Die „Anzeige über die Aufhebung der Leiche“ vom 28.06.1962 verzeichnete lediglich „Schussverletzungen“ unter den äußeren Verletzungen [87].

Peter Fechter (27)

Fechter wurde bei einer Grenzüberschreitung von einem Schuss durch das Becken und den Oberschenkel getroffen. Die Eintrittswunde lag in der Mitte der Oberschenkelaußenseite. Der Schusskanal verlief von rechts unten nach links oben. Das knöcherne Becken, der Darm und die linke große Beckenschlagader und -vene waren geschädigt. Das Projektil war an der linken Hüftseite ausgetreten. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass der *Fechter* etwa gegen 15 Uhr des Vortages bei einer Grenzverletzung angeschossen wurde [107]. Der Krankenhausbericht beschrieb die Einschussöffnung ebenfalls am rechten Oberschenkel. Die Austrittsöffnung wurde auf der linken Seite unterhalb des Darmbeinkammes vermutet. Bei der Ankunft im Krankenhaus bestand nur noch eine präfinale Schnappatmung und es ließen sich keine Herzaktionen mehr feststellen. Der Tod war um 15.10 Uhr eingetreten. In einem Brief des

Obduzenten an den Polizeipräsidenten in Berlin im Jahre 1993 erklärte dieser, da ihm kein Sektionsprotokoll vorlag, allein auf der Basis des Krankenberichtes, dass eine zeitnahe Operation im Krankenhaus aussichtslos gewesen wäre. Als Gründe nannte er den fortgeschrittenen Ausblutungsgrad und eine bei Einlieferung um 15.08 Uhr weiterhin bestehende erhebliche Blutung. Laut Schlussbericht des MfS war *Fechter* mit einem Bekannten in einer Gaststätte, als sie den Entschluss fassten, zu fliehen. Im Grenzgebiet wurden sie von den Grenzposten entdeckt und beschossen. Zeugenberichte und die Ereignismeldung der Westberliner Polizei belegten dagegen, dass der erste Schuss gegen 14.12 Uhr fiel und dass das Opfer mindestens 50 Minuten schreiend im Grenzgebiet lag, bevor es hinter einer künstlich geschaffenen Nebelwand abtransportiert wurde [69].

Hans-Dieter Wesa (28)

Der Grenzposten *Wesa* kletterte am S-Bahnhof Bornholmerstraße über einen Zaun nach West-Berlin und wurde dabei angeschossen. Er erlitt mindestens 3 Schussverletzungen in den Kopf-, Bauch- und Beckenbereich sowie in den rechten Oberschenkel. Der Durchschuss des Oberschenkels verlief von vorn nach hinten fast senkrecht zur Körperlängsachse. Es wurden keine größeren Gefäße verletzt. Eine zweite Einschussöffnung befand sich dicht oberhalb des Beckens hinten auf der rechten Seite. Der Schusskanal verlief in der Pfeilebene des Körpers von hinten unten schräg nach vorne oben ansteigend. Der Ausschuss befand sich in der Brustkorbmitte. Laut Sektionsprotokoll wurde er wahrscheinlich bei nach vorne gebeugtem Oberkörper getroffen. Weiterhin zeigte sich eine Kopfschussverletzung, bei der nicht feststellbar war, ob es sich um einen oder mehrere Einschüsse handelte. Die ganze rechte Gesichtshälfte zwischen Oberlippe und Schläfe war aufgerissen. Die rechte Augenhöhle war zertrümmert. Der Schusskanal verlief schräg nach hinten oben ansteigend. Der Betroffene lag zum Zeitpunkt dieser Verletzungsbeibringung vermutlich auf dem Rücken. Die erhebliche Zertrümmerungswirkung war vermutlich durch einen Schuss aus einer langläufigen Waffe auf kurze Distanz oder durch ein Spezialgeschoss mit Sprengwirkung ausgelöst worden. Laut Information an die Obduzenten wurden 2 Feuerstöße, zunächst einer aus etwa 15–20 m Entfernung und ein weiterer aus kürzerer Distanz abgegeben [108]. Laut einem Bericht der Hauptabteilung VII des MfS kletterte *Wesa* über einen Zaun auf dem Gelände des S-Bahnhofs Bornholmerstraße nach West-Berlin. Sein Kollege bemerkte die Flucht und machte von seiner Schusswaffe gebrauch, obwohl sich *Wesa* bereits auf Westberliner Boden befand. Laut eigener Aussage rief der Schütze zunächst nach *Wesa* und schoss erst, als dieser davonlaufen wollte. Nachdem dieser zu Boden ging, feuerte er einen weiteren Feuerstoß ab. Der Flüchtige hatte keine Waffe bei sich [109].

Ernst Mundt (29)

Mundt verstarb an einer Kopfschussverletzung mit Einschusswunde an der Grenze zwischen linkem Stirn- und Scheitelbein. Der Schusskanal verlief von schräg vorn links nach hinten rechts. An der rechten Schläfe stellte sich die Ausschussöffnung dar. Es bestand ein Trüm-

merbruch des Schädeldaches. Das Gesicht und beide Hände waren stark verschmutzt und zeigten Hautvertrocknungen [110]. Laut einer „Einzel-Information“ des MfS versuchte *Mundt* die Grenze in Höhe der Bergstraße über eine Friedhofsmauer zu durchbrechen und wurde nach einem Warnschuss durch einen gezielten Kopfschuss getötet [111].

Günter Seling (30)

Der Unteroffizier *Seling* sollte eine Postenkontrolle durchführen. Es herrschte dichter Nebel und der Soldat am Posten hörte ein Geräusch und lud seine Waffe durch. Laut Berichten gab es 2 Beschreibungen des weiteren Verlaufs. Zum einen, dass sich eine Feuergarbe versehentlich beim Durchladen löste, zum anderen, dass *Seling* gezielt durch den Grenzposten beschossen wurde. Kurze Zeit später erlag er im Krankenhaus seiner Kopfverletzung. Ein Sektionsprotokoll wurde im Rahmen der Recherchen nicht aufgefunden [85].

Anton Walzer (31)

Walzer war bei der Überquerung der Spree infolge eines Kopfschusses ertrunken. Als Einschussloch zeigte sich eine Durchtrennung der Kopfschwarte über dem linken Hinterhaupt. Es bestand ein Lochbruch des Hinterhauptbeines links mit Aufspaltung der äußeren Knochenlamelle und davon ausgehenden Bruchlinien. An der linken Schulter bestand eine rinnenförmige Hautdurchtrennung, die am ehesten durch ein Geschoss verursacht wurde, dass anschließend den Kragen durchschlugen hatte und in das linke Hinterhaupt eingetreten war. Dass sich *Walzer* in schwimmender Position befand, war nach Meinung der Obduzenten plausibel. Die hochgradige Lungenblähung gab Anhalt dafür, dass die letzten Atemzüge noch unter Wasser ausgeführt wurden, sodass letztendlich Ertrinken in Verbindung mit der Kopfschussverletzung als Todesursache galt [112].

Otfried Reck (33)

Reck erlitt eine Schussverletzung, als er zusammen mit einem Freund flüchten wollte. Laut Krankenhausbericht stellte sich die Einschusswunde an der linken seitlichen Thoraxwand in Höhe der Skapulaspitze am lateralen Skapularrand mit einem Durchmesser von 1 cm dar. Der Ausschuss fand sich im rechten Sternoclavikulargelenk mit einem etwa halbhandflächen großen Weichteildefekt und Knochensplittern in der Tiefe. Das zertrümmerte Brustbein war sichtbar. Es bestand ein Pneumothorax rechts [113]. Auf eine ausführliche gerichtliche Obduktion wurde „auf Grund des einwandfreien Sachverhaltes verzichtet“ [113]. Im VPK wurde jedoch eine pathologisch-anatomische Sektion vorgenommen. Die Ein- und Austrittswunden waren operativ vernäht. Es bestanden ein Hämatothorax links, massive Blutaspirationen in beiden Lungenflügeln und flächenhafte subpleurale Blutungen im Bereich des rechten Lungenoberlappens als Folge eines Lungendurchschusses [114].

Hans Räwel (35)

Räwel wurde bei einem Fluchtversuch durch die Spree am Hals angeschossen und ertrank. Die Einschusswunde befand sich unterhalb des rechten Kieferastes. Die Wundränder wa-

ren nicht näher beurteilbar, da sie bereits zur Pathologie geschickt worden waren. An der rechten Schulter hinten zeigte sich die Ausschussöffnung mit kleinen strahligen Einrissen. Die Halsmuskulatur war verletzt und unterblutet. Die rechte Halsschlagader war unversehrt. Der Rückenmarkkanal war eröffnet und das Halsmark oberflächlich verletzt. Er zeigten zusätzlich Zeichen für Ertrinken [115].

Horst Kutscher (36)

Kutscher war infolge eines Bauchdurchschusses auf Höhe der Gürtellinie verblutet. Die Leiche wurde in das IGM der HU überführt. Obwohl zunächst eine Obduktion aufgrund der Umstände empfohlen worden war, wurde laut einem Bericht der Abteilung IX des MfS vom 7.2.1963 keine Obduktion durchgeführt, da die einwandfreie Todesursache festgestellt worden war. *Kutscher* wurde laut einer Meldung des MfS in Richtung Sicherungsanlage kriechend entdeckt und nach einem Warnschuss gezielt beschossen [116].

Peter Kreitlow (37)

Die Todesursache von *Kreitlow* war Verbluten infolge eines Kopf- und Halsdurchschusses. Laut Tatortbericht des MfS befand sich der Einschuss unterhalb des linken Ohres. Die Schädeldecke war durchbrochen. Der Ausschuss zeigte sich als klaffende Öffnung am rechten Unterkiefer. Es bestanden bis auf den Knochen reichende Verletzungen an der rechten Schulter, welche auf einen Streifschuss zurückzuführen waren. Der Tote wurde in Rückenlage mit den Beinen in Richtung Stellweg zeigend und mit leicht angewinkelten Armen aufgefunden. Der Bauch war entblößt und der Kopf befand sich in einer Blutlache nach rechts geneigt. Er hatte Blutspritzer im Gesicht. Die Leiche wurde zunächst in das Friedrich Wolf Krankenhaus Hennigsdorf eingeliefert und dann in eine Leichenhalle gebracht. Eine Obduktion wurde bei einwandfreier Todesursachenfeststellung durch die Leichenschau nicht durchgeführt [117].

Peter Mädler (39)

Bei *Mädler* kam es durch einen Brustkorbdurchschuss mit Eröffnung des rechten Herzens zum Tod durch Verbluten in Kombination mit Ertrinken. Eine Schussöffnung befand sich an der linken Brustkorbseite. Die zweite Schussöffnung stellte sich auf der rechten Brustkorbseite dar. Die rechte Öffnung war größer als die linke. Ein- und Ausschuss konnten durch das Fehlen eines Schürfsaums oder anderer charakteristischer Zeichen nicht sicher unterschieden werden. Knochensplitter fanden sich in beiden Öffnungen. Die Verletzung an der linken Brustkorbseite schien jedoch nach Meinung der Obduzenten am wahrscheinlichsten als Einschusswunde. Der Leichnam wies kratzerartige Oberhautdefekte, vorwiegend an den Gliedmaßen und am Rücken, auf. Weiterhin bestand eine kräftige Verschmutzung der Haut, vorwiegend mit sandigen Bestandteilen, aber auch mit schwärzlicher ölgiger Farbe. Die vorrangige Todesursache war die Schussverletzung, welche auch ohne die Kombination mit Ertrinken zum Tode geführt hätte. Laut Information an die Obduzenten wurde *Mädler* bei der Durchquerung des Teltowkanals von einem Grenzposten mit einer Maschinenpistole beschossen [64].

Klaus Schröter (41)

Schröter ertrank infolge einer Hirnprellung. Es zeigte sich eine Schussprellung im Bereich des Rückens mit Unterblutung der entsprechenden Region, wobei das Projektil nicht in die Haut eindrang. Eine rinnenförmige Aufpflügung der Kopfschwarte mit geradlinigem Verlauf im Bereich des Hinterhauptes und ein oberflächlicher Prellungsherd an der Unterseite des rechten Frontalhirnlappens mit kleinem Einbruch der knöchernen Bedeckung der rechten Augenhöhle waren als Streifschuss am Hinterhaupt mit Contre-coup-Verletzung am Frontalhirn zu deuten. Die Hirnprellung war dem Ertrinken vorausgegangen und hatte mit großer Wahrscheinlichkeit zur Bewusstlosigkeit und folglich zum Ertrinken geführt. Laut Information an die Obduzenten hatte der Verstorbene verbotenerweise versucht über die Grenze zu schwimmen [118].

Dieter Berger (43)

Berger erlitt einen Brustkorbdurchschuss und einen Oberschenkeldurchschuss. Die Einschussverletzung an der Brust befand sich unterhalb des rechten Schlüsselbeins. Der Schusskanal verlief von oben nach unten durch die rechte Lunge, das Zwerchfell und die Leber. Das Projektil war an der rechten Bauchseite wieder ausgetreten. Die Einschusswunde der Oberschenkelverletzung stellte sich an der Hinterseite des rechten Oberschenkels dar. An der Vorderseite des Oberschenkels war das Projektil ausgetreten. Verbluten nach Innen bei Leber- und Lungendurchschuss kombiniert mit einem Wundchock führten zum Tode. Die Obduzenten vermuteten, dass der Oberschenkel zuerst getroffen wurde. Der Tote musste bereits am Boden gelegen haben, als ihn der Brustschuss traf. Aufgrund einer gemessenen Blutalkoholkonzentration von etwa 3 ‰ konstatierten die Obduzenten, dass *Berger* als unzurechnungsfähig anzusehen war [119]. *Berger* wurde betrunken im Grenzgebiet entdeckt, als er einen Zaun nach oben kletterte. Auf Warnschüsse hin kletterte er wieder hinunter und hob die Hände. Berichte von Westberliner Zeugen besagten, dass sich *Berger* nur ein kleines Stückchen bewegte und daraufhin von den Grenzposten beschossen wurde. Die Grenzposten schilderten einen anderen Ablauf. Der Verstorbene soll versucht haben ins Hinterland zu entkommen und sei daraufhin beschossen worden. Ob es sich hierbei tatsächlich um einen Fluchtversuch handelte oder *Berger* sich lediglich betrunken im Grenzgebiet verirrt hatte, war nicht sicher zu klären [119].

Paul Schultz (44)

Obwohl im Totenschein festgehalten war, dass eine Obduktion von *Schultz* bei klarer Todesursache nicht für notwendig befunden wurde, wurde eine Obduktion im LSH W durchgeführt. Im Sektionsprotokoll wurde ein Einschuss am Rücken beschrieben. Die Wunde war bereits operativ verschlossen. Der Schusskanal verlief fast horizontal von hinten nach vorn. Die Ausschussöffnung zeigte sich links vorn an der Brust. An beiden Handgelenken waren Hautabschürfungen zu erkennen [120]. Ein Mitflüchtling von *Schultz* sagte aus, dass beide

versuchten die Mauer zu überklettern, als sie von Ost-Berlin aus beschossen wurden. *Schultz* wurde getroffen und fiel auf Westberliner Gebiet zu Boden [120].

Walter Hayn (45)

Hayn verblutete infolge der Zerreißung der linken Achselhöhlenschlagader. Es lagen zwei Schussverletzungen vor. Eine Eintrittswunde stellte sich in der linken Achselhöhle dar. Der Schusskanal verlief in der Körperlängsachse. Das Projektil war auf der linken Schulterhöhe ausgetreten. Eine weitere Schussverletzung durch das Becken verlief von der linken Gesäßhälfte leicht ansteigend nach vorne oben außen in Richtung linker vorderer Darmbeinstachel. Die Obduzenten sahen keinen Widerspruch zu den Angaben zum Tatgeschehen, laut ihnen war jedoch anzunehmen, dass sich der Betroffene zum Zeitpunkt der Verletzungsentstehung nicht in aufrechter Stellung befunden hatte. Laut Information an die Obduzenten habe *Hayn* versucht die Grenze illegal zu überwinden, sei dabei entdeckt worden und nach einer Warnung von den, mit Kalaschnikows bewaffneten, Grenzposten beschossen worden [121].

Adolf Philipp (46)

Philipp wurde zweimal, zunächst in Ost-Berlin und anschließend in West-Berlin obduziert. Die Todesursache war Verbluten nach innen und außen infolge einer Herzzerreißung. Die Obduktion im IGM der HU ergab wenigstens 5 Schussverletzungen. Bei allen handelte es sich um Durchschüsse – zwei davon mit Wiederein- beziehungsweise -ausschuss. Einschüsse wurden an der linken Schulter, am linken Oberarm, am rechten Knie und an der linken Fußsohle mikroskopisch gesichert. Eine Wunde an der rechten Schulter konnte nicht sicher als Ein- oder Ausschusswunde identifiziert werden. In der Brustmitte befand sich eine große Gewebeerstörung, die nach Meinung der Obduzenten wahrscheinlich sowohl durch Ein- als auch durch Ausschüsse gebildet worden war. Zumindest endeten hier mutmaßlich die Schüsse durch die linke Schulter und durch den linken Oberarm. Die Verletzungen des oberen Körperabschnittes wurden dem Betroffenen bei aufrechter Oberkrperposition beigebracht und durchdrangen ihn beinahe horizontal von links seitlich hinten nach vorn mittig. Herz und Lunge wurden dabei verletzt. Der Schuss durch die linke Fußsohle verlief annähernd in Krperlngsrichtung und traf ihn daher vermutlich in liegender Position. Bezüglich der zeitlichen Reihenfolge der Schussverletzungen konnte festgehalten werden, dass die Brustverletzungen und der Durchschuss im Bereich des rechten Knies stark unterblutet und daher in einem engen Zeitrahmen empfangen worden waren. Die Schussverletzung der linken Fußsohle zeigte wenig Unterblutung und war aus diesem Grund zeitlich nach den anderen Verletzungen anzusiedeln. Bluteinatmung und Blutarmut der inneren Organe deuteten auf ausgedehnte Verletzungen der Lunge und einen massiven Blutverlust hin [122]. Im Sektionsprotokoll des LSH W wurde die große Wunde in der Brustmitte nur als Einschusswunde beschrieben und die Obduzenten nahmen aus diesem Grund eine Schussrichtung von links vorn an. In der mikroskopischen Untersuchung der herausgeschnittenen Hautstücke, wurden Textilfasern in den als Einschusswunden deklarierten Hautdefekten nachgewiesen. Anzeichen für Nahschs-

se waren nicht zu erkennen. Es wurde jedoch vermutet, dass die Verletzungen durch eine Automatikfeuerwaffe aus kurzer Distanz zugefügt worden, da nur eine geringe Streuung und glatte Durchschüsse vorlagen. Die Schüsse durch den Oberkörper hatten ihn vermutlich in stehender, die Schüsse durch die Beine in liegender Position getroffen [122].

Walter Heike (47)

Heike erlitt eine Einschussverletzung am linken Unterbauch. Der Schusskanal verlief schräg nach hinten oben rechts und endete im oberen Gesäßbereich. Die rechte große Beckenarterie und -vene, der Dünndarm und die rechte Beckenschaufel waren verletzt [123]. *Heike* wurde entdeckt, als er am Kanalufer versuchte eine Mauer zu erklimmen. Ein Grenzsoldat kniete sich hin und gab gezielte Schüsse auf ihn ab [124].

Hildegard Trabant (50)

Trabant wies einen Bauchdurchschuss mit Zertrümmerung des rechten Leberlappens auf und war verblutet. Die Einschusswunde befand sich am Rücken. Der Schusskanal verlief unterhalb des rechten Rippenbogens von hinten außen nach vorn innen ansteigend. Im Verlauf kam es zu einer Zertrümmerung des rechten Leberlappens mit Blutung in die Bauchhöhle, einer Zerreißung der rechten Nebenniere, einem Pneumothorax und einem Zwerchfelleinriss. Laut Information an die Obduzenten war der Tod eine Stunde nach der Verletzungsbeibringung im VPK eingetreten [125].

Wernhard Mispelhorn (51)

Mispelhorn verstarb an einer Kopfschussverletzung. Die Eintrittswunde befand sich oberhalb der Ohren an der Hinterhauptsmitte. Das Projektil war im Bereich des linken Scheitelbeines wieder ausgetreten. Beide Wunden fielen mit massiven, flächenhaften Unterblutungen der Kopfschwarte und der linksseitigen Schläfenmuskulatur auf. Es bestand ein Knochendefekt am Hinterhauptsbein mit trichterförmiger Absprengung rings um den Lochbruch und davon ausgehenden Bruchlinien sowie ein bohngroer Lochbruch im linken Scheitelbein mit seitlichen Bruchausläufern. Es zeigten sich große Zerreißungen der harten Hirnhaut und ausgedehnte Maschenblutungen der weichen Hirnhäute. Flächenhafte Hautvertrocknungen am Brustkorb und kratzerförmige Hautvertrocknungen am Gesicht, am Brustkorb, am rechten Arm und am rechten Handrücken fielen bei der Sektion ebenfalls auf. Laut Information an die Obduzenten soll *Mispelhorn* fast aufrecht von hinten von einem Schuss getroffen worden und im VPK verstorben sein [126].

Egon Schultz (52)

Schultz starb durch Verbluten nach innen infolge der Verletzung der Aorta durch mehrere Schüsse. Ein Projektil hatte ihn an der Vorderseite der linken Schulter getroffen, die Lunge verletzt und war in der Rückenmuskulatur steckengeblieben. Dort wurde ein 7,65 mm Projektil geborgen. Dieser Schuss musste *Schultz* im Stehen getroffen haben. Alle weiteren Schüsse mussten *Schultz* im Liegen oder in Bewegung getroffen haben. Die Schusswunden verliefen

von der linken Schulterhinter- zur Beckenvorderseite mit Verletzung der Aorta, von der rechten Schulter zur Brustvorderseite, von der rechten Seite des Kreuzbeines zum rechten Oberschenkel annähernd in Körperlängsachse und durch die rechte Wade. An der Brustvorderseite lagen Vertrocknungen vor, die als Streifschussverletzungen gedeutet wurden. Des Weiteren wurden in der Kleidung ein vollständig erhaltenes Projektil vom Durchmesser 7,6 mm und ein Geschosskern mit einem Durchmesser von 5,8 mm vorgefunden. Möglicherweise stammte eines der Projektilen von der Schussverletzung, die an der Beckenvorderseite endete, da sich hier keine korrespondierende Ausschussöffnung an der Kleidung zeigte. Da alle Schussverletzungen deutliche Unterblutungen zeigten, nahmen die Obduzenten an, dass die Schüsse zügig nacheinander erfolgt sein mussten. Nach einem Bericht der Hauptabteilung IX des MfS wurde *Schultz* bei der Kontrolle eines Tunnelschleusungsprojektes zwischen Ost- und West-Berlin zunächst im Stehen von einem der Schleuser von der linken Seite mit einer Pistole getroffen. Anschließend war *Schultz* vermutlich zu Boden gegangen und beim folgenden Schusswechsel zwischen den Schleusern und den Mitarbeitern des MfS durch weitere Schüsse getroffen worden. Es konnte anhand des Sektionsprotokolls nicht sicher unterschieden werden, welche der Schüsse, die ihn liegend getroffen hatten, aus einer Pistole oder aus einer Maschinenpistole abgegeben worden waren. In einer Stellungnahme eines der Obduzenten wenige Tage nach dem Vorfall erklärte dieser auf die Frage hin, ob der Bruststeckschuss allein tödlich gewesen sein konnte, dass dieser, da er keine großen Arterien getroffen hatte, vermutlich nur zu einer geringen Blutung geführt hatte, aber dennoch als gefährliche Verletzung mit ungewissem Ausgang anzusehen ist [90].

Hans-Joachim Wolf (53)

Wolf erlitt bei einem Fluchtversuch durch die Spree 3 Schussverletzungen. 3 der Schüsse waren am Rücken ein- und ausgetreten. Ein Schusskanal verlief quer von links nach rechts, der andere quer von rechts nach links. Die dritte Schussverletzung verlief von der linken Schulter zur vorderen rechten Brustwand. An der vorderen Brustwand war eine massive Zerreißung und blutige Durchtrennung der Muskulatur zu erkennen. Das Schlüsselbein und der Kehlkopfringknorpel waren zertrümmert und die Luftröhre durchtrennt. Es bestanden multiple Hautvertrocknungen im Kopf- und Stirnbereich. In der Drosselgrube waren streifenförmige, von oben nach unten verlaufende, Blutungen zu erkennen. Die Obduzenten mutmaßten, dass von den Rückenverletzungen *Wolf* eine bei ungeordneter Bewegung und eine brustschwimmend zugefügt wurden. Die todesurschliche Schussverletzung durch den Brustkorb wurde rckenschwimmend zugefügt. Die Gesichtsverletzungen wurden als Bergungsverletzungen angesehen [127].

Joachim Mehr (54)

Mehr verstarb an innerem Verbluten aufgrund eines Beckendurchschusses mit Verletzung der äußeren Hftblutader links und des Mastdarms. Insgesamt wies er 4 Ein- und Ausschusswunden auf. Ein Schuss traf ihn an der rechten Gesäßhälfte und war dicht unterhalb des

linken Darmbeinstachels wieder ausgetreten. Aufgrund des Schussverlaufs wurde von den Obduzenten eine Bauchlage des Betroffenen für möglich gehalten. Die 3 weiteren Schussverletzungen befanden sich an den Oberschenkeln und am rechten Unterarm und Ellenbogen. Die Obduzenten hielten es für möglich, dass die Schussverletzungen am linken und rechten Oberschenkel durch ein einziges Projektil ausgelöst wurden und der Schuss ihn am ehesten in Rücken- oder Rechtsseitenlage getroffen hatte. Das Projektil war außen am unteren Drittel des linken Oberschenkels auf der Streckseite eingetreten, an der Innenseite des linken Oberschenkels aus- und am rechten Oberschenkel wieder eingetreten. Die Ausschussöffnung befand sich im Bereich der rechten Leistenbeuge. Der Schuss am rechten Arm war am Unterarm ein- und am Ellenbogen ausgetreten [128].

Christian Buttkus (56)

Buttkus erlitt bei dem Versuch, zusammen mit seiner Verlobten nach West-Berlin zu fliehen einen Bruststeckschuss durch beide Brusthöhlen, der zum Tod durch Verbluten führte. Der Einschuss befand sich an der rechten hinteren Brustkorbseite. Beide Lungenflügel und die Aorta waren getroffen. Ein Projektil vom Kaliber 7,62 mm befand sich in der linken Brusthöhle. Bei einem Verlauf des Schusskanals von rechts nach links ansteigend und in der Frontalebene gering nach links vorn abweichend kam der Schuss vermutlich von rechts seitlich und traf den Betroffenen im liegenden oder kriechenden Zustand. Bei einer sehr großen Einschusswunde und der Beschädigung zweier benachbarter Rippen sowie der ungewöhnlichen Tatsache eines Steckschusses bei einem Projektil vom Kaliber 7,62 mm könnte es sich laut einer Stellungnahme eines Rechtsmediziners der FU im Zuge der Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren um einen Querschläger, im Sinne eines am Boden abgeprallten und *Buttkus* von der Seite getroffenen Projektils, gehandelt haben. Laut Ermittlungen des MfS im Jahr 1965 erfolgten die Schüsse aus Maschinenpistolen aus Entfernungen von 200 m und 80 bis 100 m von der rechten Seite des Betroffenen sowie ein weiteres Mal aus kurzer Distanz als gezieltes Einzelfeuer. Der Tote wurde auf dem Bauch und direkt neben beziehungsweise auf den Beinen seiner Verlobten liegend vorgefunden. Einem Bericht der Grenzsoldaten konnte entnommen werden, dass *Buttkus* 25 Einschüsse an der rechten Brustseite aufwies. Seine Verlobte erlitt lediglich einen Streifschuss am Oberschenkel [71].

Hans-Peter Hauptmann (58)

An *Hauptmann* fanden sich laut Arztbericht des Lazarett Potsdam der NVA 3 oberflächliche Durchschüsse im Bereich des rechten Oberarms, zwei Streifschüsse im Bereich des rechten Ober- und Unterarms und ein Durchschuss durch die rechte untere Brusthöhle mit Verletzung der Lunge und im weiterem Verlauf der Leber und der rechten Niere. Die Einschüsse waren aufgrund von Pulverschmauchablagerungen auf der Vorderseite des Körpers zu vermuten. Ebenso waren die Schussverletzungen nach Meinung der behandelnden Ärzte mit hoher Wahrscheinlichkeit aus einer Distanz von unter 3 m erfolgt. Die Todesursache war letztendlich ein Nierenversagen infolge eines Blutungsschocks nach 9-tägiger Behandlung im

Klinikum Berlin-Buch, wo eine pathologisch-anatomische Sektion erfolgte. Zum Zeitpunkt der Sektion war kein eindeutiger Schusskanal mehr festzustellen, da die Verletzungen operativ versorgt worden waren. Es bestanden ein Hämatom in der rechten Nierenkapsel, eine Nekrose von Leberparenchym, eine Bauchfell- und Herzbeutelentzündung, eine Crush-Niere links, ein akutes Lungenödem, ein Hirnödem und Hirndruckzeichen. Nachdem die Begleiter *Hauptmanns* festgenommen werden sollten, wurde dieser wütend, lief auf den Grenzposten zu und griff nach dessen Waffe. Laut dem Abschlussbericht der Bezirksverwaltung des MfS Potsdam feuerte der Grenzposten daraufhin aus unmittelbarer Nähe zwei Schusssalven aus der Maschinenpistole ab [129].

Hermann Döbler (59)

Bei *Döbler* bestanden 4 Schussverletzungen. Es handelte sich um 2 Steckschüsse mit Einschusswunden an der rechten Schläfe und an der rechten Halsseite. Folge der Schussverletzung an der Schläfe waren eine Zertrümmerung der rechten hinteren und mittleren Schädelgrube und des rechten Felsenbeins sowie des Kleinhirns. Der Schusskanal mündete in die Kuppel der linken Brusthöhle, verlief weiter zur 8. Rippe links außen und endete in der linken seitlichen Rückenmuskulatur mit einem deformiertem Projektil. Er wurde vermutlich in leicht gebeugter Haltung getroffen. Es handelte sich hierbei um ein Hartmantelgeschoss mit einem Kaliber von 7 bis 8 mm. Das Geschoss des zweiten Steckschusses war beim Auftreffen auf die Wirbelsäule zersplittert. Es lagen weiterhin ein Streifschuss am Rücken von der rechten Schulter schräg nach links zum linken Schulterblatt verlaufend und ein Durchschuss der Kniekehle des rechten Beins von rechts nach links vor. Der Westberliner *Döbler* wurde gezielt beschossen, als er mit seinem Motorboot über die Grenze auf Territorium der DDR gelangte [130].

Klaus Garten (61)

Garten verstarb laut einer Meldung der NVA an einem dekompenzierten Schock nach Oberschenkelsteckschussverletzung. Als er beim Fluchtversuch in Teltow entdeckt wurde, wurden durch einen Grenzposten 3 Schüsse aus einer Maschinenpistole aus zirka 300 m Entfernung abgegeben. Der Verletzte wurde erst eine Stunde später in das weit entfernte Haftkrankenhaus Hohenschönhausen gebracht und verstarb am frühen Morgen des nächsten Tages [131, 132].

Walter Kittel (62)

Als Todesursache war im Sektionsprotokoll zu *Kittel* Verbluten infolge von Schussverletzungen angegeben. Ein Projektil war durch den linken Oberarm eingetreten, durchdrang den Brustkorb und war durch den rechten Oberarm wieder ausgetreten. Zwei weitere Einschussverletzungen befanden sich an der linken Hüfte und am linken Oberbauch. Die jeweiligen Ausschusswunden befanden sich auf der rechten Körperseite. Die Schusskanäle verliefen annähernd quer von links nach rechts. Ein Schuss war von vorn oben links durch die Mitte der vorderen Brustwand eingetreten und an der rechten Hüftseite wieder ausgetreten. Alle

Schusswunden waren deutlich unterblutet und mussten entsprechend zu Lebzeiten entstanden sein. Laut Information an die Obduzenten wurde mit einer Maschinenpistole auf *Kittel* geschossen [72].

Heinz Sokolowski (64)

Sokolowski war infolge einer Durchschussverletzung mit Einschusswunde im Bereich der rechten Leiste und Ausschusswunde an der Rück- und Außenseite des linken Oberschenkels verblutet. Der Schusskanal verlief annähernd quer zur Körperlängsachse von rechts nach links und etwas nach links und hinten absteigend mit Durchtrennung der rechten Oberschenkelschlagader und Trümmerbruch des Oberschenkelknochens. Nahschusszeichen wurden nicht festgestellt. Laut Mitteilung an die Obduzenten wurde *Sokolowski* bei einem Fluchtversuch entdeckt und gezielt beschossen [133].

Erich Kühn (65)

Kühn war an einer Peritonitis (Bauchfellentzündung) infolge einer Bauchschussverletzung nach mehrtägigem Aufenthalt im Krankenhaus verstorben. Laut Arztbericht befand sich die Einschusswunde in Nabelhöhe, etwa eine handbreit links vom Nabel entfernt. Der Ausschuss war etwa eine handbreit rechts vom Nabel zu vermuten. Zum Zeitpunkt der Obduktion waren die Wunden vernäht, sodass die Obduzenten hierüber keine Aussagen machen konnten. *Kühn* versuchte kriechend zum S-Bahnhof Sonnenallee zu gelangen und wurde dabei beschossen [134].

Heinz Schöneberger (66)

Schöneberger erlitt, als er bei der Schleusung zweier Frauen mit dem Auto entdeckt wurde, einen Brustkorbdurchschuss mit Zerreißung von Teilen der linken Lunge und der linken Schlüsselbeinarterie und Drosselvene sowie Zertrümmerung einer Rippe und des Schlüsselbeines. Er war mit dem Auto gegen einen Schlagbaum gefahren und versuchte anschließend zu Fuß zu flüchten. Das Projektil hatte ihn am linken Rücken unterhalb des Schulterblattes getroffen und war oberhalb des linken Schlüsselbeins wieder ausgetreten. Aufgrund des Verlaufs des Schusskanals hatte Schöneberger diese Wunde am ehesten in aufrechter, leicht gebückter Position erlitten. Weiterhin zeigte sich ein tangentielle Wunde am rechten Bein, die durch die Obduzenten des LSH W als Schusswunde deklariert wurde, wobei die Einschusswunde fuß- und die Ausschusswunde kniewärts gelegen haben soll. Im Zuge der Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren entsprach diese Verletzung jedoch, laut eines rechtsmedizinischen Sachverständigen, am ehesten einer Pfählungsverletzung, die er sich vermutlich beim Aufprall des Autos auf den Schlagbaum zugezogen hatte. In der Verhandlung wurde festgestellt, dass sich im Wagen nur geringe Blutspuren befanden und dass *Schöneberger* eher nicht durch die Schüsse, die den Wagen getroffen hatten, verletzt worden sein konnte. Weitere Ausführungen fanden sich in den vorhandenen Unterlagen zu dieser Verletzung nicht. Der Sachverständige vermutete aufgrund der Zertrümmerung der umliegenden Kno-

chen auch, dass die Brustschussverletzung durch eine Maschinenpistole beigefügt worden sein musste [135].

Dieter Brandes (67)

Brandes verstarb laut den Angaben in seiner Krankenakte 6 Monate nach Erleiden einer Brustschussverletzung mit Wirbelsäulenverletzung infolge von Kreislaufversagen bei Querschnittslähmung und Harnblasenentzündung. Der Einschuss befand sich unter dem linken Schulterblatt und der Ausschuss unter der rechten Achselhöhle. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt, da die Todesursache nach dem vorliegenden Krankenhausbericht nicht zweifelhaft war [136].

Willi Block (68)

Block wurde von mehreren Schüssen getroffen. Er starb aufgrund des Blutverlustes und einer Beschädigung des verlängerten Rückenmarks. Es bestanden zwei Streifschüsse am Rücken mit einem Verlauf von hinten rechts unten nach oben links. Die gleiche Schussrichtung zeigte ein Weichteildurchschuss im Bereich des rechten Gesäßes. Ein Projektil einer weiteren Schussverletzung konnte sichergestellt werden. Der Schusskanal verlief von rechts hinten außen durch die Lungen aufsteigend in den Wirbelkanal eintretend und endete im Bereich der hinteren Schädelgrube links. Zwei weitere Schusskanäle fanden sich im rechten Schulterbereich und in der rechten Brust. Beide verliefen ebenfalls von rechts nach links. Der Beschuss erfolgte während *Block* sich in kriechender Position in einem Stacheldrahtzaun verfangen hatte [137].

Lothar Schleusener (69) und Jörg Hartmann (70)

Schleusener und *Hartmann* versuchten laut der Anklageschrift der StA Berlin die Grenzanlagen zu überwinden, als ein Grenzposten Schatten im Grenzstreifen entdeckte und anschließend das Feuer eröffnete. Die 10 und 13 Jahre alten Kinder wurden tödlich getroffen. Eines der Kinder, vermutlich *Hartmann*, erlitt einen Kopfschuss und verstarb direkt vor Ort. Das andere, vermutlich *Schleusener*, wurde durch mehrere Projektile am Körper getroffen und verstarb wenig später im VPK. Krankenhausunterlagen wurden im Rahmen der Recherche nicht aufgefunden. Es erfolgte eine Legendierung des Vorfalles durch das MfS. *Hartmann* sollte angeblich ertrunken sein und *Schleusener* einen Stromschlag erlitten haben. Laut einem Bericht des Standesamtes Leipzig vom 14.12.1992 an die ZERV war die Sterbeurkunde von *Schleusener* gefälscht worden. Die Einäscherung erfolgte laut dem Ermittlungsbericht der ZERV vom 05.10.1992 im Krematorium Baumschulenweg. Obduktionen wurden nicht durchgeführt. Aufgrund der fehlenden Unterlagen konnte nur vermutet werden, welches Kind an welchen Verletzungen gestorben war [138].

Willi Marzahn (71)

Bei *Marzahn* handelte es sich um einen zentralen Tod bei Kopfdurchschuss. Die Eintrittswunde zeigte sich an der linken Schläfenseite. Im Wundgrund wurden körnige Sandantra-

gungen festgestellt. Das Projektil war an der rechten Schläfenseite wieder ausgetreten. Der Schusskanal verlief von links vorn unten nach rechts leicht hinten oben. Es bestand eine Hirnschwellung und multiple Hirnprellungsherde. Im vorläufigen Sektionsbericht wurde keine Festlegung zur Schussentfernung getroffen. Nahschusspezifische Charakteristika waren jedoch nicht beschrieben. Da die mutmaßlichen Tatumstände einen Nahschuss wahrscheinlich machten, wurde vom MfS eine mikroskopische Nachbegutachtung angefordert. Hierbei stellte sich Pulverschleim in einer zuvor makroskopisch nicht sichtbaren kleinen Höhle an der Einschussöffnung als Nahschusszeichen dar. Da typischere Nahschusszeichen, wie eine sternförmige Aufplatzung fehlten, handelte es sich laut Untersucher um einen atypischen, absoluten Nahschuss. Die Aus- und Einschussöffnung wurden nach Dilthizon-Methode auf Blei getestet. Für den Ausschuss ergaben sich $3 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ und für den Einschuss $80 \mu\text{g}/\text{cm}^2$. Da für die Einschussöffnung nur 3 Stellen erfasst wurden, wurde dieser Wert als sehr hoch und damit als beweisend für einen Nahschuss angesehen. Die Ausmessung der Einschussöffnung sprach für ein Kaliber von 9 mm [139]. Laut der Zeugenaussage eines Mitflüchtlings in West-Berlin hatten *Marzahn* und sein Begleiter 2 Maschinenpistolen vom Typ Kalaschnikow und 3 Pistolen vom Typ Makarow aus einer Waffenkammer entfernt und wollten aus dem Wald über einen freien Streifen nach West-Berlin flüchten. Sie wurden bemerkt und von einem Postenturm aus beschossen. Der Mitflüchtling schoss aus seiner Kalaschnikow, achtete nicht mehr auf *Marzahn* und überwand den Zaun nach West-Berlin. Nach einem Bericht des diensthabenden Unteroffiziers sollen die Flüchtigen zuerst geschossen haben. Ein Zwischenbericht des Militärstaatsanwalts Potsdam-Eiche bestätigte die Waffenentwendung und den Fund einer 9 mm Patronenhülse in Tatortnähe. Der Betroffene wurde unterhalb der Panzersperrwand zusammen mit einer Kalaschnikow und 2 Makarow aufgefunden. Die kriminaltechnische Untersuchung ergab einen Projektileinschlag in der obersten Betonplatte der Panzersperrwand. Alle Waffen waren entsichert. Aus einer Pistole und der Kalaschnikow wurde geschossen. An der Pistole vom Typ Makarow wurden ölig-sandige Rückstände festgestellt. Weitere Untersuchungen, insbesondere auf Pulverrückstände an den Händen, wurden nicht durchgeführt [19].

Eberhardt Schulz (72)

Der Tod von *Schulz* trat aufgrund von Verbluten und einer Luftembolie im rechten Herzen infolge eines Gesichts- und Halsdurchschusses ein. Die Eintrittswunde befand sich an der linken Wange. Der Schusskanal verlief annähernd horizontal und das Geschoss war an der rechten Halsseite wieder ausgetreten und hatte die rechte Halsschlagader und Halsvene verletzt. Laut der Information an die Obduzenten wurde *Schulz* bei einem Fluchtversuch mit einer Maschinenpistole erschossen [140].

Michael Kollender (73)

Bei *Kollender* wurde eine pathologisch-anatomische Sektion im Krankenhaus Strausberg durchgeführt. Der Tod trat durch eine Kopfschussverletzung mit Eintrittswunde an der rech-

ten Stirnseite und Austrittswunde rechts am Hinterhaupt mit Schädigung lebenswichtiger Hirnzentren und Verbluten ein. Der Schusskanal verlief in der Pfeilebene leicht nach rechts abweichend und annähernd horizontal. Eine weitere Schussverletzung fand sich am rechten Unterschenkel und Knie. Hier wurde im Muskelgewebe ein Projektilsplitter aufgefunden [141].

Paul Stretz (74)

Stretz wurde als Leichnam im Wasser mit avitalen Abschürfungen sowie mehreren Schussverletzungen geborgen. Hierzu zählten ein Steckschuss im Schädel mit Eintritt am Nacken und Verlauf nach vorne oben, ein Brustdurchschuss von rechts nach links verlaufend mit Austritt annähernd in der linken vorderen Axillarlinie und Wiedereintritt in den linken Oberarm und ein Oberarmdurchschuss rechts von außen nach innen. Ebenso lag eine Schussverletzung des linken Unterschenkels vor. Der Schusskanal verlief von vorne nach hinten. Alle Schussverletzungen zeigten Unterblutungen und wurden zu Lebzeiten zugefügt. Zur zeitlichen Abfolge der Verletzungen konnten keine Angaben gemacht werden. Laut Information an die Obduzenten wurde *Stretz* beim Überschreiten eines Grenzgewässers durch Schüsse getroffen [142].

Eduard Wroblewski (75)

Der Tod von *Wroblewski* trat nach mehrfachen Durchschuss- und Streifschussverletzungen von Rumpf und Gliedmaßen durch Verbluten bei Lungenzerreißung und hämodynamischem Schock ein. Alle eindeutig bestimmbareren Einschussöffnungen lagen auf der Körperrückseite. Zusätzlich zeigten sich Splitterverletzungen des Rückens und Steckschüsse in beiden Oberarmen und im linken Oberschenkel mit weitgehend zerfetzten Projektilresten, die als Abprallverletzungen zu verstehen waren und keine Hinweise auf die Schussrichtung gaben. Alle Verletzungen zeigten deutliche vitale Unterblutungen. Es lagen kratzerartige Hautabschürfungen vor, die mit durch Stacheldraht verursachten Verletzungen zu erklären waren. Laut Information an die Obduzenten wurden von Grenzposten bei einem Fluchtversuch von hinten Schüsse auf *Wroblewski* abgegeben [143].

Heinz Schmidt (76)

Der Westberliner *Schmidt* war alkoholisiert von der Westberliner Seite aus in die Spree gesprungen. Er schwam zur Ostseite und wurde von Grenzsoldaten entdeckt und beschossen. Er schaffte es noch zur Westseite zurückzuschwimmen, wurde jedoch von insgesamt fünf Schüssen getroffen. Es handelte sich um einen Gesichtssteckschuss der linken Wange und vier Durchschüsse durch den Schultergürtel. Der Steckschuss hatte den Mundraum eröffnet und dazu geführt, dass reichlich Blut eingeatmet und verschluckt wurde. Dieser Schuss hatte *Schmidt* vermutlich als erstes getroffen und seine Bewegungsfähigkeit nur wenig eingeschränkt. Am Rücken befanden sich 4 Einschusswunden. Eine Ausschussöffnung befand sich am Hals und eine weitere vorn an der rechten Schulter. Zusätzlich lag eine doppelte Ausschusswunde am Rücken zwischen den Einschusswunden vor. Laut den Obduzenten waren hier vermutlich 2 Schüsse ausgetreten, die die Wirbelsäule durchschlagen hatten. Zur Auswertung lag nur das vorläufige Gutachten vor, sodass keine weiteren Information zur Be-

schaffenheit der Verletzungen oder der genauen Schusskanäle vorlagen. Der Tod war infolge einer Zertrümmerung der untersten 3 Halswirbelkörper mit Zerstörung des Rückenmarks eingetreten [144].

Karl-Heinz Kube (78)

Kube verblutete infolge von Schussverletzungen von Schädel und Brustkorb. Die Schussverletzungen verliefen von rechts nach links nahezu horizontal. Eine Einschusswunde befand sich etwas links der Rückenmittellinie. Die korrespondierende Austrittswunde lag am Unterrand des linken Schulterblattes. Bei der Kopfverletzung handelte es sich um einen Streifschuss mit Eröffnung der Kopfschwarte und des Schädeldaches im Bereich des hinteren Scheitelbeines. Es ließen sich eine Zerreißung der harten Hirnhaut mit Eröffnung venöser Blutleiter sowie ein Berstungsbruch des Schädeldaches feststellen. Zusätzlich lagen Abschürfungen der Gesichtshaut, am linken Handrücken und am linken Unterschenkel sowie Risswunden an Fingerkuppen vor. Laut den Angaben im Sektionsprotokoll konnten keine Nahschusszeichen nachgewiesen werden. Die Obduzenten wurden informiert, dass es sich um eine tödliche Verletzung bei einem Grenzdurchbruch handelte [145].

Max Sahmland (79)

Sahmland wurde an Land durch Grenzposten entdeckt und beschossen. Bei dem Versuch, sich schwimmend durch den Teltowkanal zu retten, wurde er weiterhin beschossen und versank schließlich kurz vor dem Erreichen des Ufers auf Westberliner Seite. Laut Sektionsprotokoll der FU erlitt er insgesamt 4 Steckschüsse an der rechten Schulter und der rechten Rumpffseite durch Geschosssplitter. Die Lunge wurde durch einen Schuss verletzt. Die Obduzenten vertraten, auch aufgrund einer zusätzlichen Lungenblähung, die Meinung, dass der Blutverlust allein jedoch nicht tödlich gewesen und *Sahmland* letztendlich ertrunken war [146].

Elke (81) und Dieter Weckeiser (82)

Elke Weckeiser wurde beim gemeinsamen Fluchtversuch mit ihrem Mann am linken Oberschenkel und in die rechte Brustseite getroffen. Ein Projektil war seitlich in die Brust eingedrungen und am Rücken linksseitig wieder ausgetreten. Die Schussrichtung verlief eher von rechts nach links und mit ansteigendem Verlauf. Der Oberschenkeldurchschuss verlief nahezu horizontal, wobei die Einschusswunde an der Vorderseite vorlag. Nahschusszeichen fanden sich nicht. Im Rahmen der Ermittlungen der ZERV in den 1990er Jahren wurde durch einen Gutachter gemutmaßt, dass die Verletzungen möglicherweise nicht im Stehen sondern im Liegen beigebracht wurden. Der Rumpfdurchschuss hatte das Rückenmark verletzt und musste zu einer sofortigen Querschnittslähmung geführt haben. Möglicherweise war sie zunächst leicht gebeugt gelaufen, nach der ersten Schussverletzung zusammengebrochen und wurde dann in Rückenlage am Oberschenkel getroffen [147].

Bei *Dieter Weckeiser* lag eine Kopfschussverletzung mit nahezu horizontalem Verlauf und Schädelbasisbruch vor. Die Obduktion erfolgte nach medizinischer Versorgung. Der Kopf war mit einem Verband verbunden und es zeigten sich eine frische Kopfhautnaht sowie ein

Berstungsbruch des rechten Augenhöhlendaches und eine quer verlaufende furchenartige Aufpflügung des Großhirns im Bereich beider Scheitelhirnappen. Der Schussverlauf konnte bei der Obduktion nicht mehr ermittelt werden. Die Schusswunden wurden offenbar im Rahmen der medizinischen Versorgung herausgeschnitten, aber nicht asserviert. Der Operationsbericht nahm eine Schussrichtung von links nach rechts an. Schriftliche Erläuterungen lagen hierfür nicht vor [148].

Herbert Mende (83)

Mende verstarb an einer Urämie (Harnvergiftung) infolge eines paranephritischen (in der Fettkapsel der Niere gelegenen) Abszesses als Folge einer Schussverletzung an der rechten unteren Gesäßhälfte, wobei seine Harnblase und der Mastdarm verletzt wurden. *Mende* erlitt die Schussverletzung, als er an der Grenze zunächst bei einer Kontrolle aufgehalten wurde und dann loslief, um seinen Bus zu erreichen. Er verstarb erst Jahre nach seiner Schussverletzung und es erfolgte im Sankt Joseph Krankenhaus eine pathologisch-anatomische Sektion [149].

Siegfried Krug (85)

Krug starb durch Verbluten infolge von multiplen Brustkorbschussverletzungen mit Verletzungen der Lungen und der Leber. Die 3 Einschüsse befanden sich an der Brustvorderseite und an der Vorderseite des Oberarms. Laut Sektionsprotokoll fanden sich keine Nahschusszeichen. Laut Zeugenaussagen handelte es sich um eine Distanz von etwa 2 bis 3 m. Die Schusskanäle verliefen weitgehend horizontal beziehungsweise leicht nach rechts hinten abfallend. Möglicherweise hatte er sich leicht gebückt. Alle 3 Schüsse lagen nahezu auf einer Linie in einem Areal von 50 cm. Bei der Tatwaffe handelte es sich um eine Kalaschnikow. Der Westberliner *Krug* wurde in Ost-Berlin am Brandenburger Tor aus der Nähe von einem Grenzposten erschossen [150, 151].

Horst Körner (86) und Rolf Henniger (87)

Laut Information an die Obduzenten wurde *Henniger* als Fahrer in einem Armeewagen durch *Körner* mit einer Maschinenpistole vom Typ Kalaschnikow von vorn oder vorne links durch die Frontscheibe erschossen. Der Beifahrer hatte sich aus dem Wagen fallen lassen und anschließend *Körner* aus etwa 6 bis 7 m Entfernung mit einer Kalaschnikow beschossen. *Körner* erlitt insgesamt 15 Ein- und 14 Ausschusswunden. Die Einschussöffnungen fanden sich am Rumpf und am linken Arm und verliefen, bis auf einen quer verlaufenden Brustdurchschuss, jeweils von links oben nach rechts unten. An der Kleidung des Toten zeigten sich keine Nahschusszeichen [152, 153]. *Henniger* verstarb an einer Schädelhirnzertrümmerung und umfangreichen Weichteilverletzungen. Die Sektion zeigte multiple Schussverletzungen an der Brustvorderseite und am linken Arm sowie ausgedehnte Splitterverletzungen im Gesicht, an der Brustkorbvorderseite, an der linken Oberarmvorderseite und an beiden Händen und Unterarmen. 6 Einschussöffnungen an der Brustvorderseite standen 3 Ausschussöffnungen an der Körperrückseite gegenüber, wobei die Einschussöffnungen vorwiegend durch sekundäre Splitter erzeugt wurden. Die Schädelhirnzertrümmerung konnte laut Sektionsprotokoll nur

durch einen oder mehrere Querschläger mit großer Sprengwirkung ohne Durchschlagskraft hervorgerufen worden sein. Die Schussrichtung verlief bei allen Verletzungen von vorn nach hinten leicht unten. Es gab keine Anzeichen für einen Nahschuss [152, 153].

Johannes Lange (88)

Lange erlitt insgesamt 3 Durchschüsse und einen Steckschuss durch Hals, Nacken, Rumpf und beide Oberschenkel sowie eine Kopfschwartenwunde im rechten Schläfenbereich mit Hirnverletzung, die eher durch einen Streifschuss oder einen Querschläger verursacht wurde. Die Schüsse trafen *Lange* von hinten und von links seitlich. Laut Information an die Obduzenten versuchte er abends die Grenze zu überwinden und wurde von zwei Postentürmen aus beschossen [154].

Klaus-Jürgen Kluge (89)

Kluge starb infolge eines Brustdurchschusses mit Herz- und Lungenverletzung als er bei einem Fluchtversuch am Signalzaun entdeckt und beschossen wurde. Der Einschuss befand sich an der vorderen Brustwand. Der Schusskanal verlief von rechts vorn nach links hinten annähernd quer und leicht absinkend. Die Ausschussöffnung befand sich an der hinteren Brustwand. Zusätzlich zeigten sich kratzerartige Oberhautabschürfungen der Handinnenflächen und der Knievorderseiten. Laut Obduzenten ließ sich die Schussrichtung mit dem berichteten Vorgang in Einklang bringen, wenn die Person leicht nach rechts gedreht gestanden hatte. Der Schuss wurde laut Information an die Obduzenten von rechts hinten abgegeben [155, 156].

Leo Lis (90)

Lis verstarb infolge eines Brustdurchschusses mit Herz- und Lungenverletzung. Die Ein- und Ausschusswunden konnten nicht eindeutig unterschieden werden. Die Schusswunden befanden sich am Rücken und an der Brust. Der Schusskanal verlief von links hinten nach rechts vorn. Die Spuren an der Kleidung ließen den Einschuss hinten und den Ausschuss vorn vermuten. Laut Information an die Obduzenten wurde er von einer Kalaschnikow getroffen [157].

Eckhardt (91) und Christel Wehage (92)

Eckhardt und *Christel Wehage* verstarben beide an einer Halsmarkprellung infolge eines selbst beigebrachten Munddurchschusses. *Eckhardt Wehage* zeigte einen lochförmigen Defekt im weichen Gaumen. Der Zerstörungskanal verlief leicht nach hinten ansteigend durch die Halswirbelsäule und endete etwa in Höhe des großen Hinterhauptsloches. Zusätzlich befanden sich Vertrocknungen im Augenbereich, Abschürfungen an den Beinen und Blutspritzer an der rechten Hand und Kleidung. Laut Information an die Obduzenten sollten sich beide mit einer Pistole vom Typ Makarow erschossen haben. Die Untersuchung der Waffen zeigte blutverdächtige Auflagerungen an der einen Waffe am Griff und an der Innenseite des Verschlussstückes. Die andere zeigte keine Blut- oder Epithelzellanhaftungen, aber ein langes Haar und an der Innenseite des Verschlussstückes möglicherweise Tabakreste. Beide Waffen wurden abgeschossen [158]. Bei *Christel Wehage* war das Projektil an der linken

Zungenunterseite eingetreten. Der Schusskanal verlief quer von vorn nach hinten durch den Zungengrund, durch die linke hintere Rachenwand und durch die linke hintere Halsmuskulatur mit Zertrümmerung von Halswirbelfortsätzen und Halsmarkprellung. Der Ausschuss befand sich an der Nackenhaargrenze. Die Obduzenten hielten einen absoluten Nahschuss für eindeutig [159]. Beide wollten zusammen ein Flugzeug entführen und es zwingen in Westdeutschland zu landen. Die Piloten gingen jedoch nicht auf ihre Forderungen ein und flogen zurück zum Zentralflughafen Berlin-Schönefeld, von dem aus sie gestartet waren. Als sie dies während des Landeanfluges bemerkten, erschoss sich das Ehepaar *Wehage* [160].

Heinz Müller (93)

Der Westberliner *Müller* verstarb durch Verbluten infolge einer fast horizontal quer durch das Becken verlaufenden Schussverletzung mit Verletzung der Harnblase und des Bauchfells sowie der rechten äußeren Beckenblutader. Einschuss und Ausschuss wurden im Sektionsbericht nicht eindeutig identifiziert. Es fanden sich Hautdefekte an der linken und rechten Hüfte auf nahezu gleicher Höhe. In der Wunde an der rechten Hüfte ließ sich schwarzbraunes Fasermaterial nachweisen. Möglicherweise handelte es sich hierbei um die Einschusswunde. Die Kleidung des Toten stand jedoch nicht zur Untersuchung zur Verfügung. Laut Information an die Obduzenten sollte *Müller* aus etwa 210 bis 215 m Entfernung mit einer Kalaschnikow von seitlich hinten links beschossen worden sein. Die Obduzenten sahen hierin einen Widerspruch, da es sich nicht um einen Schuss von seitlich hinten, sondern um einen nahezu horizontalen Körperquerdurchschuss handelte. *Müller* gehörte zu den Mauertoten, die eine Stunde auf den Abtransport in das VPK warten mussten. Er war alkoholisiert auf die Mauer geklettert und auf die Ostseite gefallen, wo ihn ein Grenzposten entdeckte und Schüsse auf ihn abgab [161, 162].

Willi Born (94)

Born sollte sich laut Information an die Obduzenten im knienden oder sitzenden Zustand mit einer Kalaschnikow selbst getötet haben. Die Obduzenten konnten hierzu keine widersprüchlichen Befunde erheben. In der vorderen Halsregion im Mundbodenbereich zeigte sich eine leicht ovale, etwa 14 bis 17 mm große Öffnung mit deutlich sichtbarem Dehnungshof. Direkt über dem Schildknorpel befand sich eine ausgedehnte Schmauchhöhle. Der Kanal verlief nach oben hinten. Am Ausschussloch im hinteren Abschnitt beider Scheitelbeine zeigten sich zahlreiche radiär gerichtete Einrisse in der Kopfhaut mit nach außen gestellter trichterförmiger Aufstellung der Knochensplitter [163].

Friedhelm Ehrlich (95)

Ehrlich wurde laut „Abschlussbericht über eine verhinderte Fahnenflucht“ der NVA vom 4.8.1970 festgenommen und abgeführt. Anschließend stürzte er sich auf den Gruppenkommandeur, woraufhin der Begleitposten Schüsse auf ihn abgab [164]. Laut einem Bericht der Hauptabteilung IX des MfS wurde *Ehrlich* von zwei Grenzposten festgehalten. Als er sich plötzlich aufrichtete, fühlte sich der Schütze in einer Gefahrensituation und vermutete eine

Waffe bei *Ehrlich*. Er entsicherte seine Maschinenpistole und gab einen Schuss ab. Bei der Untersuchung durch den Grenzposten wurde laut Bericht eine Schussverletzung im Unterbauch festgestellt, jedoch keine Waffe aufgefunden [165]. Nach den Ergebnissen der anatomisch-pathologischen Sektion im VPK lag bei *Ehrlich* eine Schussverletzung des linken Oberschenkels mit Verletzung der großen Oberschenkelschlagader vor. Das Projektil war im Bereich des linken vorderen Darmbeistachels ein- und an der Innenseite des linken Oberschenkels wieder ausgetreten [164].

Gerald Thiem (96)

Thiem kletterte alkoholisiert von West-Berlin aus auf die Mauer und wurde von einem Grenzposten beschossen. Er erlitt einen Brustdurchschuss mit Verletzung der linken Lunge. Außerdem lagen ein Streifschuss an der Außenseite des linken Unterarms und ein Oberarmdurchschuss mit Wiedereintritt in die linke vordere Brustwand und mit Verletzung großer Brustgefäße vor. Der Projektilkern wurde in der Unterschulterblattmuskulatur aufgefunden. Des Weiteren bestanden ein Streifschuss an der rechten Rumpfaußenseite und je ein oberflächlicher Durchschuss an der Innenseite beider Oberschenkel. *Thiem* wurde als unbekannter Toter in das IGM der HU eingeliefert, obwohl dem MfS der Name des Toten bekannt war und um 5 Uhr morgens in Anwesenheit eines Mitarbeiters des MfS obduziert. Seine Leiche wurde im Krematorium Baumschulenweg verbrannt, ohne dass der Name dort bekannt gemacht wurde [68].

Helmut Kliem (97)

Kliem wurde, als er sich versehentlich unter Alkoholeinfluss im Grenzgebiet verfahren hatte und wieder umkehren wollte, für einen Flüchtling gehalten und von einem Wachturm aus beschossen. Laut Information an die Obduzenten war er bei einer „ungesetzlichen Handlung“ durch einen Schuss getroffen worden. Er erlitt einen Schulterdurchschuss von hinten leicht nach oben vorne ansteigend mit Verletzung der Oberarmschlagader. Er wurde erst eine Stunde später versorgt und verstarb im Krankenhaus Staaken [73, 166].

Christian Peter Friese (99)

Friese wurde bei einem Fluchtversuch von mehreren Wachposten beschossen und erlitt multiple Schusswunden an Rücken, beiden Oberschenkeln und am rechten Schienbein. Die Schussrichtung der zum Tode führenden Brusthöhlensteck- und -durchschüsse wurde als von links nach rechts angegeben. Lediglich bei den Oberschenkeldurchschüssen konnte die Schussrichtung nicht sicher ermittelt werden. Ebenso konnte es sich hierbei sowohl um Wiedereintritte als auch um isolierte Schussverletzungen gehandelt haben. Insgesamt wurde *Friese* von mindestens 5 und maximal 7 Projektilen getroffen [167, 168].

Rolf-Dieter Kabelitz (100)

Kabelitz verstarb an einer Allgemeininfektion mit Lungenentzündung infolge eines Beckendurchschusses mit Knochen- und Weichteilentzündung. Zum Zeitpunkt der Obduktion lag die

Verletzungsbeibringung bereits mehrere Wochen zurück. Es zeigte sich eine lange, klaffende Operationswunde vom rechten vorderen Darmbeinstachel bis in die Leistenbeuge reichend sowie eine weitere Operationswunde an der rechten Hüftaußenseite, die Folge der chirurgischen Eröffnung aufgrund einer lokalen Entzündungsreaktion war. Das umgebene Weichteilgewebe zeigte eine erhebliche Infiltration und Vereiterung. Bezüglich der Bestimmung zu Ein- und Ausschussöffnung konnten sich die Obduzenten nur auf die klinischen Angaben aus den Krankenhausberichten stützen. Das Projektil war mutmaßlich unterhalb des vorderen rechten Darmbeinstachels ein- und am Gesäß rechts seitlich wieder ausgetreten. Der Schusskanal verlief von rechts oben nach links hinten unten. *Kabelitz* erlitt weitreichende Verletzungen des Oberschenkel- und Beckenknochens sowie des Dün- und Mastdarms [169, 170].

Werner Kühl (102)

Kühl erlitt laut Sektionsprotokoll eine Schussverletzung mit Eintrittswunde hinten an der linken Schulter und Austrittswunde am Hals vorne rechts neben der Drosselgrube mit Verletzung der Lungenspitze und der Luftröhre und Zerreißung großer Halsgefäße [171].

Dieter Beilig (103)

Beilig wurde von hinten seitlich beschossen. Das Projektil war an der linken Rückenseite eingetreten und mit einem ansteigendem Verlauf an der rechten Rückenseite wieder ausgetreten. Es wurden die linke Lunge, mehrere Brustwirbelkörper und das Rückenmark verletzt. An den Wunden wurden durch die Obduzenten keine Nahschusszeichen festgestellt. Laut „Information zur Grenzprovokation in Berlin-Mitte, Brandenburger Tor am 2. Oktober 1971“ der Abteilung IX des MfS wurde *Beilig* in Gewahrsam bei einem Fluchtversuch aus dem Fenster des Verhrraumes aus einer Entfernung von 2 m erschossen [88].

Horst Kullack (104)

Kullack erlitt laut Operationsbericht des Krankenhauses Königs Wusterhausen eine Einschussverletzung am linken Oberbauch. Das Projektil war am Rücken wieder ausgetreten. Es lagen Verletzungen der Leber, des Magens und des Dünndarms vor. Die Verletzungen wurden vernäht, dennoch verstarb er einige Wochen später an den Verletzungsfolgen [172].

Manfred Weylandt (105)

Weylandt wurde nach West-Berlin schwimmend entdeckt und gezielt beschossen. Die Schussrichtung stellte sich von links hinten oben nach rechts vorne unten dar. Die Eintrittswunde befand sich an der linken Kopfseite und zeigte einen Durchmesser von 1 cm mit Schrfsaum und eine Unterblutung der Kopfschwarteninnenseite. Die Austrittswunde befand sich an der rechten Schläfe. Es bestanden zahlreiche Berstungsbruchlinien, Hirnrindenprellungsblutungen und eine Hirnswellung. Zusätzlich lagen Ertrinkungsbefunde vor [79].

Klaus Schulze (106)

Schulze wurde seitlich links in den Brustkorb getroffen. Der Schusskanal verlief nahezu horizontal. Das Projektil war in der rechten Brustkorbwand stecken geblieben und hatte die

Aorta, beide Lungen und die Luftröhre verletzt. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass die Schussentfernung etwa 300 m betrug. Es befanden sich an der Einschusswunde keine Nahschusszeichen, sodass die Obduzenten hierzu keinen Widerspruch sahen. Das Projektil wurde laut Sektionsprotokoll an die Ermittlungsorgane übergeben. Berichte der kriminaltechnischen Untersuchung lagen zur Auswertung nicht vor [173].

Horst Einsiedel (110)

Einsiedel wurde laut Eintrag im Hauptbuch des IGM der HU nicht obduziert. Die Leiche sollte laut Maßnahmenplan der Hauptabteilung IX des MfS im Rahmen einer Legendierung an das Gerichtsmedizinische Institut der medizinischen Akademie Dresden übergeben werden. Zum Zeitpunkt des Todes am 15.02.1973 wurde ein Totenschein durch einen Arzt des VPK mit der Todesursache „Halsdurchschuss“ nach der Leichenschau ohne Benennung des Todesortes erstellt. Es lag ein weiterer Totenschein, datiert auf den 15.03.1973, vor, der als Todesursache „Ertrinken“ nach der Leichenschau und als Todesort „Westseite Jungfernheide“ angab. Dieser war ebenso durch einen Mitarbeiter des VPK unterschrieben [80].

Manfred Gertzki (111)

An *Gertzki* wurde im IGM der HU einer Leichenschau durchgeführt. Seine Kleidung war durchfeuchtet. Er trug eine Stahlblechkonstruktion als Schutz vor Schussverletzungen. Er erlitt dennoch einen Streifschuss am Gesäß und zwei Rumpfdurchschüsse. Beide Projektile hatten ihn am Rücken rechts hinten beziehungsweise seitlich getroffen und waren vorne beziehungsweise seitlich an der Brust wieder ausgetreten. Die Schusskanäle verliefen von links nach rechts. Oberflächlich waren keine Nahschusszeichen zu sehen. Eine Obduktion wurde zwar angeordnet, Unterlagen hierzu wurden im Rahmen der Recherchen jedoch nicht aufgefunden [30].

Burkhard Niering (113)

Niering verstarb im VPK in Berlin an einer Nierenzertrümmerung. Laut Krankenakte erlitt er einen Einschuss in Höhe des zweiten Lendenwirbelkörpers links neben der Wirbelsäule. Die Ausschusswunde lag auf Höhe des ersten Lendenwirbelkörpers rechts. Es wurden dabei die Nieren und vermutlich große Gefäße verletzt. Zusätzlich zeigte er eine offene Verletzung am Handrücken. Er verstarb kurz nach der Einlieferung ins Krankenhaus [174].

Czesław Jan Kukuczka (114)

Kukuczka verstarb im Haftkrankenhaus Hohenschönhausen an Verletzungen der linken Lunge, der Milz und des Magens. Die Einschusswunde fand sich links am Rücken. Der Mantel zeigte an korrespondierender Stelle einen Textildefekt und rund um die Öffnung eine runde, metallisch glänzende Aufhellung. Der Schusskanal verlief schräg nach rechts vorn und etwas nach unten und war am Bauch wieder ausgetreten. Es wurden durch die Obduzenten keine wertenden Angaben zum Vorliegen einer Nah- oder Fernschussverletzung gemacht. An

die Obduzenten wurde übergeben, dass *Kukuczka* mit einer Bauchschussverletzung in ein Krankenhaus eingeliefert wurde und während einer Operation verstorben war [89].

Johannes Sprenger (115)

Sprenger wurde laut Bericht des MfS am 10.05.1974 bei einer Annäherung an die Staatsgrenze erkannt und mit 5 Schuss aus einer Maschinenpistole beschossen. Die Leiche wurde im IGM der HU als unbekannter Toter untergebracht. Zur Legendierung des Vorfalles sollte laut Unterlagen der Abteilung IX des MfS auf eine Obduktion verzichtet werden, um zu verhindern, dass weitere Personen von dem Sachverhalt erfahren. Der Familie sollte zunächst mitgeteilt werden, dass er sich mit einer Schusswaffe das Leben genommen hatte. Letztendlich wurde der Familie jedoch vermittelt, dass *Sprenger* stranguliert im Wald aufgefunden wurde. Es lag ein Totenschein unter seinem Namen, ausgestellt am 20.05.1974, vor. Als Todesursache nach der Leichenschau war „offenbar Schussverletzung“ durch einen Mitarbeiter des IGM der HU vermerkt. Der Abschnitt für die Todesursache nach einer Sektion war nicht ausgefüllt [75]. Nach Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren wurde *Sprenger* von 2 Schüssen in Kopf und Brust getroffen [175].

Herbert Halli (117)

Halli wurde bei einem Fluchtversuch laut einem „Bericht zur Grenzprovokation in Berlin-Mitte“ vom 03.04.1975 durch einen Bauchhöhlendurchschuss tödlich verletzt. Er wurde anschließend ins VPK eingeliefert, wo sein Tod festgestellt wurde. Laut dem Bericht wurde die Leiche anschließend als unbekannter Toter an das IGM der HU übergeben. Dort wurde laut Eintrag im Hauptbuch des IGM keine Obduktion durchgeführt. In einem Totenschein vom 04.04.1975 aus dem VPK war als Todesursache nach der Leichenschau „intraabdominelle Verletzungen“ vermerkt. Der Abschnitt für die Todesursache nach einer Sektion war nicht ausgefüllt. Um den Vorfall zu vertuschen, wurde eine gefälschte „Anzeige über die Aufhebung einer Leiche“ angefertigt. Laut dieser sei er alkoholisiert in eine Baugrube gefallen, wies verschiedene innere Verletzungen auf und sei dadurch verblutet. In dem Leichenfundbericht war angegeben, dass die Besichtigung der Leiche durch einen Gerichtsmediziner des IGM der HU erfolgt sei [76].

Herbert Kiebler (119)

Kiebler verstarb an einer Steckschussverletzung des Brustkorbes mit Zerreißung der rechten Lunge und großer Lungengefäße. Das Projektil war an der rechten Oberarmaußenseite eingetreten und wurde nach Zertrümmerung des Oberarmknochens beschädigt. Projektilteile waren an der Oberarminnenseite wieder ausgetreten und anschließend an der seitlichen Brustwand rechts wieder eingetreten. Es lagen mehrere oberflächliche Verletzungen vor. Die Verletzungen am Rücken zeigten keine Unterblutungen und wurden als Bergungsverletzungen interpretiert. Weitere Wunden an der Rumpfvorderseite konnten von einem Sturzgeschehen herrühren. Des Weiteren wies er Schnittverletzungen an den Unterarmen auf, die wie sogenannte Probierschnitte (Testschnitte in Vorbereitung eines Suizids) anmuteten. Im Ge-

sicht ließen sich Verletzungen feststellen, die auf eine Beibringung durch einen Faustschlag hindeuteten. Er wurde in der Abteilung für gerichtliche Medizin im Zentralen Lazarett der NVA zunächst als Unbekannter obduziert. Während der Obduktion wurde der Name des Geschädigten jedoch an die Obduzenten übermittelt. Durch den zuständigen Staatsanwalt wurde mitgeteilt, dass *Kiebler* bei der Begehung einer Straftat durch mehrere Schüsse verletzt wurde [82].

Lothar Hennig (120)

Hennig erlitt eine Schussverletzung der oberen Thoraxapertur. Die Einschussöffnung oberhalb des linken Schulterblattes wurde als rundliche, 1 cm messende Hautzerreiung mit einem 1 mm breitem Wundrand und ohne Nachweis von Pulverschmauch beschrieben. Der Schusskanal verlief nur leicht ansteigend und das Projektil war an der linken Brustkorbvorderseite wieder ausgetreten. Er erlitt eine Lungenverletzung und verblutete. Zusätzlich zeigte er eine blutverkrustete Oberhautverletzung an der rechten Stirnseite, Oberhauteintrocknungen rechts seitlich des Mundwinkels und eine blaugrnliche Verfärbung am Unterrand der linken Kniescheibe, die durch die Obduzenten im Sektionsprotokoll nicht gewertet wurden. Die Obduktion erfolgte im Zentralen Lazarett der NVA. Laut Information an die Obduzenten sei *Hennig* gegen 23.50 Uhr durch eine Maschinenpistole verletzt worden und auf dem Transport ins Krankenhaus verstorben [84]. Er wurde erst eine Stunde nach Beibringung der Verletzung durch einen Arzt versorgt [176].

Dietmar Schwietzer (121)

Schwietzer verstarb an einem Kopfdurchschuss. Das Projektil war oben rechts der Kopfmitte eingetreten, an der linken Halsseite ausgetreten und anschließend in der Brustwand links stecken geblieben. Das Projektil wurde als unbeschädigt beschrieben. Unterlagen zu einer kriminaltechnischen Untersuchung wurden im Rahmen der Recherchen nicht aufgefunden. In einer Untersuchung in Rahmen der Ermittlungen der StA Neuruppin in den 1990er Jahren vermutete ein Obduzent des Instituts für Rechtsmedizin der FU hinter der Verletzung, aufgrund der rundlichen Schdeleinschussffnung, eher einen direkten, axialen Treffer, als einen Querschläger. Zusätzlich erlitt *Schwietzer* einen flachen Brustwanddurchschuss links mit vorangegangenem Durchschuss oberhalb des linken Ellenbogens, wobei im Sektionsprotokoll des Zentralen Lazaretts der NVA ein Schussverlauf von links nach rechts angegeben war, welcher sich im Zuge der oben genannten Ermittlungen aufgrund der vorliegenden Angaben im Sektionsprotokoll nicht sicher bestätigen ließ. Ein nahezu horizontaler Beckenbeziehungsweise Gesdurchschuss lag ebenso vor. Im Falle dieser Schussverletzung sah der gutachtende Obduzent die vermutete Schussrichtung von rechts nach links als plausibel an. Abschließend schlussfolgerte er, dass der Brustwanddurchschuss und der Beckendurchschuss jeweils vom links und rechts vom Flüchtling gelegenen Turm gekommen sein konnte und ihn beide Schüsse vermutlich in stehender Position getroffen hatten. Der Kopfdurchschuss konnte aufgrund des Verlaufes nicht im Stehen zugefügt worden sein. Es musste mindestens eine

nach vornüber geneigte Körperhaltung bestanden haben. Am ehesten erfolgte die Schussverletzung von dem rechts vom Geschädigten befindlichen Wachturm. Im Sektionsprotokoll äußerten sich die Obduzenten nicht zur Position des Geschädigten. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass *Schwietzer* aus größerer Entfernung durch eine Maschinenpistole verletzt wurde [177].

Wladimir Iwanowitsch Odinzow (123)

Odinzow verblutete aufgrund von Herz- und Lungenverletzungen nachdem er von einem Projektil aus einer Maschinenpistole in den Rücken direkt rechts neben der Mittellinie getroffen wurde. Der Schusskanal verlief von links nach rechts ansteigend. Das Projektil war an der rechten Brustseite wieder ausgetreten. Laut Sektionsprotokoll konnte es sich bei der Tatwaffe um eine Maschinenpistole von Typ Kalaschnikow gehandelt haben [178].

Ulrich Steinhauer (124)

Steinhauer wurde von einem Rumpfdurchschuss und einem tangentialen Streifschuss an der Brustvorderseite getroffen. Der Durchschuss war an der linken Rückenseite eingetreten und leicht ansteigend und nach links außen verlaufend an der linken Körperseite wieder ausgetreten. Hierbei wurden die Milz, der Magen, die Leber, das Zwerchfell und das Herz verletzt [179].

Marienetta Jirkowsky (125)

Jirkowsky wurde laut Informationen an die Obduzenten der MMA um 04.20 Uhr am 22.11.1980 in das Krankenhaus Hennigsdorf eingeliefert und dort notoperiert. Sie verstarb gegen 11.30 Uhr. Der Operationsbericht beschrieb die Einschusswunde oberhalb der linken unteren Brustkorböffnung in der Brustwarzenlinie und die Ausschusswunde an der rechten Flanke eine handbreit oberhalb der Beckenschaufel. Durch den Schuss wurden die Leber, die Gallenblase, der Magen und Teile des Darms verletzt. In der anschließend durchgeführten Obduktion konnte der Schussverlauf nicht mehr sicher bestimmt werden. Den Obduzenten erschien jedoch ein Verlauf von links nach rechts wahrscheinlich. Der Totenschein gab als Todesursache nach der Leichenschau im Krankenhaus Hennigsdorf einen hämorrhagischen Schock und multiple innere Verletzungen an. Die durch einen Obduzenten der MMA eingetragene Todesursache nach der Sektion war „multiple Verletzungen von Bauchorganen“, ebenfalls ohne die Schussverletzungen zu erwähnen [81].

Johannes Muschol (127)

Muschol wurde von 3 Schüssen in den Rücken, am Bauch und am Oberschenkel getroffen. Ein Projektil war an der linken Rückenseite eingetreten und nach einem nahezu horizontalen Verlauf an der rechten Brustvorderseite wieder ausgetreten. Hierbei wurde das Herz verletzt. Die Obduzenten sahen diese Verletzung als sofort tödlich an. Eine weitere Schussverletzung war querverlaufend unter der Bauchdecke von links nach rechts festzustellen. Der dritte Schuss war an der Vorderseite des linken Oberschenkels ein- und an der Innenseite

wieder ausgetreten. Keine der Schussverletzungen wies Nahschusszeichen auf. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass der Betroffene von West-Berlin her die Staatsgrenze illegal übertreten hatte und ein Grenzposten nach Aufruf von seiner Schusswaffe Gebrauch machte, als sich *Muschol* durch Flucht entziehen wollte. Die Obduktion erfolgte in der Abteilung für gerichtliche Medizin der MMA als unbekannter Toter. Es wurden eine Untersuchung des Gebisses durchgeführt und Finger- und Handabdrücke des Toten abgenommen [83].

Hans-Jürgen Starrost (128)

Starrost erlitt einen Bauchdurchschuss mit Verletzungen der Milz, der Leber und der Nieren und verstarb einen Monat später an einer Blutvergiftung bei eitriger Lungenentzündung und Bauchfellentzündung. Im Zuge der Obduktion konnten Ein- und Ausschusswunden nicht mehr sicher differenziert werden. Laut Mitteilung an die Obduzenten war der Schuss im Bereich des Mittelbauches eingetreten und an der linken Flanke wieder ausgetreten, sodass sich ein Schussverlauf von vorn oben nach links hinten unten ergab. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass es sich bei der Verletzung um einen Nahschuss aus 1 bis 1,5 m aus einer Pistole vom Typ Makarow gehandelt habe. Durch den am Ort des Geschehens anwesenden Militärarzt wurde *Starrost* nur eine leichte Verletzung bescheinigt, sodass er, bevor er ins Krankenhaus abtransportiert wurde, noch verhört wurde [180].

Lothar Fritz Freie (130)

Freie wurde aus 30 m Entfernung beschossen und von einem Schuss in die rechte hintere Hüftseite getroffen. Der Schusskanal verlief schräg nach vorne links oben und das Projektil war links an der vorderen Hüftregion wieder ausgetreten und hatte Darmstrukturen und den Harnleiter verletzt. *Freie* wurde im VPK zweimal notoperiert. Laut Sektionsprotokoll verstarb er letztendlich an einer Fettembolie der Lungen [181].

Silvio Proksch (131)

Proksch war aufgrund einer Verletzung der rechten Hüftschlagader und Schenkelvene verblutet. Der Schuss war an der linken äußeren Beckenregion ein- und an der rechten Oberschenkelaußenseite wieder in einem leicht absteigenden Winkel ausgetreten. Die Harnblase wurde durch das Projektil verletzt. Zusätzlich lagen Abschürfungen an Gesicht und am rechten Oberschenkel vor, die mit Sturzverletzungen vereinbar waren. Er wurde in der MMA als unbekannter Toter obduziert. Laut Informationen an die Obduzenten sei die Leiche in einem Waldgebiet in der Nähe von Mahlow aufgefunden worden, obwohl er bei einem Fluchtversuch erschossen wurde. Laut Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren dauerte es mindestens 30 bis 40 Minuten, bis *Proksch* abtransportiert und ins VPK gebracht wurde, wo nur noch sein Tod festgestellt werden konnte [182].

Michael-Horst Schmidt (132)

Schmidt wurde von einem Schuss in den Rücken und von einem weiteren quer durch das linke Knie getroffen. Der Schuss in den Rücken hatte diesen seitlich durchdrungen und war

von links nach rechts leicht absteigend und geringgradig nach hinten verlaufen. Er erlitt eine Lungengewebszerreiung und verblutete. Größere Gefäße wurden nicht verletzt. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass der unbekannte Mann am 01.12.1984 gegen 00.30 Uhr in Berlin-Pankow mit einer Schussverletzung aufgefunden worden sei und nach ärztlicher Versorgung im VP-Krankenhaus um 06.20 Uhr verstorben war. Es verging fast eine Stunde bis er erstmedizinisch versorgt wurde [183, 184].

Manfred Mäder (134) und René Gross (135)

Mäder und *Gross* versuchten gemeinsam die Grenze mit einem Lastkraftwagen zu überwinden. *Mäder* war vom Dach des Lastkraftwagens auf die Mauer gesprungen und wurde von hinten in den linken Oberschenkel getroffen. Der Schusskanal verlief leicht nach vorne oben ansteigend. Er verstarb infolge einer Zerreißung der Oberschenkelschlagader und -vene. Er zeigte eine deutliche Blutarmut der inneren Organe und war vermutlich innerhalb weniger Minuten verblutet. *Gross* hatte unter dem Fahrzeug Deckung gesucht und erlitt eine Kopfsteckschussverletzung und eine weitere Steckschussverletzung oberhalb des rechten Schlüsselbeines durch Geschosssplitter. Der Kopfschuss war auf Höhe der rechten Augenhöhle eingetreten und in Kopflngsrichtung nach hinten verlaufen. Es lagen Brüche der Schädelbasis vor. Der Geschosskern lag in der hinteren Schädelgrube. Es lagen Blutungen der Hirnhäute und Hirnlappen sowie eine nahezu vollständige Durchtrennung von Hirnbrcke und verlängertem Mark vor. Der Tod musste sofort nach der Durchtrennung des verlängerten Marks eingetreten sein. Laut eines Berichts des MfS wurden beide gegen 05.20 Uhr geborgen und gegen 05.50 Uhr mittels Krankenwagen in das VPK gebracht, wo gegen 06.15 Uhr der Tod festgestellt wurde. Einem weiteren Bericht der Hauptabteilung IX des MfS wurde entnommen, dass beide noch am Ereignisort verstarben. Sie wurden zunächst als Unbekannte in die MMA eingeliefert. Während der Obduktionen wurden den Obduzenten jedoch die Namen mitgeteilt [185].

Michael Bittner (136)

Bittner wurde gegen 01.30 Uhr bei dem Versuch die Grenze mit einer Leiter zu überwinden durch zwei Schüsse getroffen und verstarb gegen 01.50 Uhr noch vor Ort. Laut Unterlagen der Bezirksverwaltung des MfS von Potsdam hatte die Sektion eine Leberruptur und eine Herzmuskelzerreißung ergeben und beide Verletzungen hätten wohl jeweils einzeln zum Tode geführt. Das Sektionsprotokoll der MMA selbst war im Rahmen der Recherchen nicht aufzufinden [186].

Lutz Schmidt (137)

Schmidt erlitt eine von rechts nach links leicht absteigende Brustkorbschussverletzung und verblutete unmittelbar aufgrund der Zerreißung einer Herzkammer. Die Einschusswunde war an der rechten und die Ausschusswunde an der linken Brustwandseite lokalisiert. Laut einer Befragung eines Obduzenten der MMA durch die StA Berlin in den 1990er Jahren musste der Schtze entweder auf gleicher Höhe oder erniedrigt gestanden haben. Aufgrund der Mor-

phologie der Ein- und Ausschusswunden musste es sich um ein ganzes Geschoss und keine Geschosssplitter gehandelt haben. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass *Schmidt* gegen 22.30 Uhr in Berlin-Treptow eine Schussverletzung erlitten hatte, jedoch nicht unter welchen Umständen er sich diese zuzog. Die Obduktion erfolgte zunächst als unbekannter Toter. Das Sektionsprotokoll enthielt eine detaillierte Beschreibung des Zahnstatus als Maßnahme zur Identifizierung. Der Name wurde während der Sektion bekannt [187, 188].

Chris Gueffroy (139)

Gueffroy verstarb infolge einer Schussverletzung des Brustraumes infolge einer Herzmuskelzerreißung. Das Projektil war an der linken vorderen Brustkorbseite ein- und an der rechten seitlichen Brustwand wieder ausgetreten. Zusätzlich erlitt er eine Verletzung des rechten Fußes. Der Schusskanal verlief von der Innen- zur Außenseite. Die Projektilen hatten ihn von links nach rechts und leicht nach hinten ansteigend durchdrungen. Der Schtze musste entsprechend entweder tiefer oder bei geneigter Körperhaltung des Betroffenen auf gleicher Höhe gestanden haben. Die Verletzung des Herzens war unmittelbar tödlich. Den Obduzenten wurde mitgeteilt, dass *Gueffroy* mit einer Schussverletzung in Berlin aufgefunden worden sei [189].

3.14.3 Ersticken und Tod im Wasser ohne fremde Gewalteinwirkung

Insgesamt kamen 24 der Mauertoten in Gewässern zu Tode, ohne das eine erkennbare Fremdeinwirkung im Sinne von zum Beispiel Schussverletzungen vorlag. Für 7 der Personen über 18 Jahre waren keine Sektionsprotokolle vorhanden. Hierzu zählten *Philipp Held* (15), *Erna Kelm* (23), *Horst Plischke* (32), *Norbert Wolscht* (48), *Rainer Gneiser* (49), *Hans-Peter Grohgan* (126) und ein *unbekannter Flüchtling* (55). *Philipp Held*s (15) Leiche war laut Vermerk im Hauptbuch des IGM der HU eingegangen, wurde jedoch nicht obduziert. Als Todesursache war Ertrinken angegeben. Die Leiche wurde an das anatomische Institut der HU übergeben [190]. In den Unterlagen der StA Berlin zu *Erna Kelm* (23) fand sich ein Vermerk, der aus dem Sektionsprotokoll stammte und als Todesursache Ertrinken festhielt [191]. *Horst Plischke* (32) flüchtete durch die Havel und wurde dabei beschossen. Als er 4 Wochen später geborgen wurde, wurden keine Schussverletzungen festgestellt [192]. *Norbert Wolscht* (48) und *Rainer Gneiser* (49) versuchten zusammen mit Hilfe eines Tauchgertes durch die Havel zu flüchten. Bei beiden kam es wohl zum Tod durch Ertrinken infolge eines Versagens des Tauchgertes [193]. Laut einem Schreiben des städtischen Krankenhauses Potsdam-Babelsberg an den Vater des Verstorbenen *Wolscht* aus dessen Privatbesitz trat der Tod mutmaßlich infolge einer Kohlendioxidvergiftung ein. Der behandelnde Arzt nahm an, dass die Absorption des Dioxids durch den Atemkalk nicht richtig funktioniert hatte [9]. *Hans-Peter Grohgan* (126) war bei einem Fluchtversuch im Dezember 1980 oder Januar 1981 in der Spree ertrunken und wurde im Februar geborgen [194]. Von einem Grenzposten wurde im Jahr 1965 ein *unbekannter Flüchtling* (55) beobachtet, wie er ohne äußere Ein-

wirkung, nachdem er um Hilfe gerufen hatte, im Wasser versank. Seine Leiche wurde nie gefunden. Ob es sich bei der Todesursache um Ertrinken durch Erschöpfung oder Kälteeinwirkung handelte oder es zu einem reflektorischen Ereignis im Sinne eines Badetodes kam, konnte ohne Leiche nicht geklärt werden [60, 195].

Für die weiteren 12 Toten über 18 Jahre waren Sektionsprotokolle zur Auswertung verfügbar. Im Falle von *Günter Wiedenhöft* (34), *Wolf-Olaf Muszynski* (38), *Franciszek Piesik* (80), *Hans-Joachim Zock* (98), *Henri Weise* (122) und *Rainer Liebeke* (133) befanden sich die Leichen in unterschiedlichen Zuständen fortgeschrittener Fäulnis. Bei *Weise* war der Fäulnisgrad so weit fortgeschritten, dass durch die Sektion keine sichere Todesursache geklärt werden konnte. Es zeigte sich unter anderem eine starke Fettwachsbildung und eine teilweise Skelettierung. Das Fehlen von Leichenteilen konnte bei längerem Aufenthalt im Wasser durch Tierfraß oder Schiffsschraubenkontakt erklärt werden. Er wurde zunächst als unbekannte Leiche aus der Spree geborgen und konnte erst mithilfe seines Zahnstatus identifiziert werden [196].

Typische Befunde für Ertrinken fanden sich bei *Udo Düllick* (7), *Lothar Lehmann* (9), *Ingo Krüger* (11), *Günter Wiedenhöft* (34), *Wolf-Olaf Muszynski* (38), *Ulrich Krezmien* (57), *Bernd Lehmann* (84), *Hans-Joachim Zock* (98) und *Rainer Liebeke* (133). Bei der Sektion von *Georg Feldhahn* (12) stellten die Obduzenten feuchte und dunkelrote Lungen fest. Der mikroskopische Befund des Pathologischen Instituts des Städtischen Krankenhauses Moabit vom 12.03.1962 von Lunge, Leber und Niere ergab keine Diatomeen, sodass ein Reflextod beim Eintritt ins Wasser als todesursächlich angenommen wurde [197]. Bei *Krüger* erfolgte zunächst keine Veraschung von Leber und Lungen [198]. In einem Brief des Obduzenten an den Generalstaatsanwalt von Groß-Berlin vom 12.02.1962 beschrieb dieser die Ergebnisse der auf Anforderung noch später erfolgten Veraschung. Es konnten Diatomeen nachgewiesen werden, sodass für ihn keine Zweifel an vitalem Ertrinken bestanden. Eine Befragung des Obduzenten im Jahre 1991 im Zuge der Ermittlungen der ZERV ergab folgende Informationen: Es wurde ein Mann mit Taucheranzug und Schnorchel aus dem Wasser geborgen. Äußere Verletzungen lagen nicht vor. Die Todesursache war im Sektionsprotokoll wahrheitsgemäß verzeichnet. Abschließende Untersuchungen, die eine sichere Aussage zum Tod durch Ertrinken zulassen würden, wurden zum Zeitpunkt der Obduktion nicht durchgeführt. Die Wassertemperatur und folglich ein Tod durch Kälteschock kann daher ebenfalls vorgelegen beziehungsweise eine Rolle gespielt haben [70].

Franciszek Piesik (80) wurde aus einem Gewässer in West-Berlin geborgen, war laut Sektionsprotokoll jedoch nicht ertrunken, sondern an Schlammeinatmung erstickt. Die Obduktion zeigte Schlammhaftungen am Körper und in der Luftröhre mit völliger Verstopfung der mittleren und kleinen bronchialen Verzweigungen [199].

Eine eindeutige Fremdeinwirkung wurde bei keinem der Toten beschrieben. Einige Leichen wiesen jedoch äußere Verletzungen auf. Bei *Piesik* lagen oberflächliche Abschürfungen an der linken Halsseite ohne vitale Zeichen vor. Aufgrund der Fäulniserscheinungen war die

Beurteilung erschwert, aber zunächst gab es keinen Anhalt für äußere Gewalteinwirkung. Er wies jedoch Veränderungen an der Halshaut auf, welche, bei ungeklärten Todesumständen, an eine Strangulation denken ließen. Zum Zweck der Aufklärung wurden Hautteile des Halses und Nackens zur feingeweblichen Untersuchung geschickt. Ergebnisse dieser lagen zur Auswertung nicht vor [199]. Bei *Udo Düllick* (7) lagen an Rumpf und Gliedmaßen kratzerartige Verletzungen vor, die wahrscheinlich von Stacheldraht oder Steinen herrührten. *Lothar Lehmann* (9) zeigte kleine Kratzer über dem linken Jochbein und strichförmige Abschürfungen über der rechten Stirnhälfte [200]. Bei *Georg Feldhahn* (12) stellten sich an der rechten Kopfseite eine klaffende Durchtrennung und mehrere Brüche des Schädelknochens und beider Oberarme dar. An den Brüchen zeigten sich keine Blutungen im Sinne von Vitalreaktionen, sodass laut Obduzenten anzunehmen war, dass sie postmortal zum Beispiel durch Schiffschrauben entstanden waren [197]. *Rainer Liebeke* (133) zeigte Zeichen für eine erst wenige Tage vor dem Tode erlittene stumpfe Gewalteinwirkung gegen den oberen Rumpfbereich und die linke Hüftbeinregion mit Schlüsselbeinbruch und Schulterblattbruch links. Er hatte einen Rucksackverband angelegt. Die Verletzung stand nicht im direkten Zusammenhang mit dem Todeseintritt. Sie war jedoch wahrscheinlich beim Schwimmen hinderlich und begünstigte durch die schnellere Erschöpfung in Verbindung mit der niedrigen Wassertemperatur den Todeseintritt. Aus diesem Grund fehlte bei ihm laut Obduzenten vermutlich auch die volle Ausbildung eines Ertrinkungsbefundes. Den Schlüsselbeinbruch hatte er sich vorher bei einem Sturz mit dem Motorrad zugezogen [201].

Bei 5 der Ertrunkenen handelte es sich um Kinder, die in die Spree fielen. In allen 4 Fällen, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, zeigten sich typische Zeichen des Ertrinkens. Hierzu gehörten *Andreas Senk* (77), *Cengaver Katranci* (107), *Siegfried Kroboth* (112) und *Giuseppe Savoca* (116) [202–205]. *Çetin Mert* (118) wurde nicht obduziert. Weitere Befunde als Zeichen für den Aufenthalt im Wasser waren in 3 Fällen (107, 112 und 116) vorhanden. Bei dem 6-jährigen *Savoca* bestand zusätzlich eine Kopfschwartenverletzung am linken Scheitelbein mit geringer Unterblutung. Die Verletzung könnte laut Sektionsprotokoll zum Beispiel von einem Sturz oder dem Kontakt mit der Uferböschung hergerührt haben [205].

Bei dem einzigen Fall von Erstickten, der sich nicht in einem Gewässer ereignete, handelte es sich um den Säugling *Holger H.* (108), der bei einem Fluchtversuch seiner Eltern verstarb. Um nicht entdeckt zu werden, hielt die Mutter dem Kind den Mund zu, da es anfang zu schreien. Das Kind war durch eine Bronchitis und Mittelohrentzündung bereits geschwächt, sodass es erstickte und nach der erfolgreichen Flucht der Eltern nicht mehr gerettet werden konnte. Ein Obduktionsbericht lag nicht vor. Ob eine Obduktion durchgeführt wurde, ist nicht bekannt [9].

3.14.4 Verletzungen durch stumpfe Gewalt

Ida Siekmann (1), *Rolf Urban* (4) und *Olga Segler* (5) kamen kurze Zeit nach Beginn des Mauerbaus bei dem Versuch, aus ihren Wohnungen zu springen oder sich abzuseilen, ums

3 Ergebnisse

Leben [9]. Sie starben mutmaßlich an den Verletzungen, die sie sich bei den Stürzen zugezogen hatten, beziehungsweise an deren Folgen. Sektionsprotokolle lagen für keinen der Fälle vor. *Urban* verstarb nach einem längeren Krankenhausaufenthalt nach Unterschenkelbruch [9]. *Segler* sprang aus dem Fenster ihrer Wohnung, zog sich eine Rückenprellung zu und verstarb einen Tag später im Krankenhaus an einem Herzinfarkt [206].

Bernd Lünser (6) und *Heinz Cyrus* (63) erlagen nach einem Sturz von einem Dach ihren Verletzungen. *Lünser* zog sich multiple Frakturen der linken Körperseite zu [207]. Ein Sektionsprotokoll wurde im Zuge der Recherche nicht aufgefunden. Bei *Cyrus* war laut Sektionsprotokoll eine massive Lungenfettembolie in Kombination mit Verbluten todesursächlich. Sein Leichnam wies multiple, unterblutete Hautdurchtrennungen an Gesicht, Hals und am rechten Arm und Oberbauch sowie Frakturen der Fußwurzelknochen, des rechten Beines und des Gesichtsschädels auf. Die multiplen Knochenbrüche der unteren Extremitäten und Weichteilquetschungen stellten typische Verletzungen nach einem Sturz aus großer Höhe dar. Die Brüche des Gesichtsschädels, ein Schädelbasisbruch und eine Fraktur der rechten Kniescheibe sprachen für einen Aufprall mit der Körpervorderseite [208].

Wolfgang Hoffmann (101) war, laut Informationen an die Obduzenten, durch ein im zweiten Stockwerk gelegenes Fenster gesprungen und anschließend auf dem Weg ins Krankenhaus verstorben. Er wies multiple Frakturen des linken Beins und Beckens sowie Rippenbrüche und eine Unterblutung an der linken Schulter auf. Zusätzlich bestand ein Stauchungsbruch der vorderen und mittleren Schädelgrube mit deutlicher Hirnschwellung und Hirnblutung. Nach dem Verletzungsmuster war er laut Obduzenten am ehesten mit dem linken Bein und dann mit der linken Seite, ohne direkte Gewalteinwirkung am Schädel, aufgekommen. Schnittartige Hautverletzungen an der Augenbraue und im rechten Lendenbereich könnten von Glassplittern hergerührt haben [78].

Winfried Freudenberg (140) war mit einem selbstgebauten Ballon über West-Berlin abgestürzt. Er wurde zweimal, jeweils in West- und Ost-Berlin obduziert. Beide Sektionen ergaben die Zerstörung lebenswichtiger innerer Organe infolge eines Sturzes aus großer Höhe. Der Verstorbene zeigte zahlreiche Abschürfungen an der rechten und vorderen Körperpartie, Abreißen der Haut und schwerste Verletzungen von Herz, Lungen, Leber, Becken, Schulterblättern und Schädel. Zum Zeitpunkt der Nachobduktion im IGM der HU bestand bereits eine fortgeschrittene Leichenfäulnis. Es zeigten sich eine ausgeprägte Blässe der inneren Organe, Prellungsblutungen der Leber und Bluteinatmungsherde als vitale Reaktionen [65, 209].

2 der Mauertoten sprangen mutmaßlich aus einer fahrenden S-Bahn. Bei *Volker Frommann* (109) führte dies zu Wirbelsäulenbrüchen im Bereich der Hals- und der Brustwirbelsäule mit Rückenmarkquetschungen und Unterblutungen der umgebenen Muskulatur und der Kopfschwarte. Ein Loch im Schläfenbein war Zeichen einer vor seinem Todeseintritt durchgeführten operativen Intervention. Ein Trümmerbruch des rechten Ellenbogens und ein Bluterguss am rechten Handrücken waren laut Obduzenten als Verletzung ebenfalls zweifelsfrei mit

einem Sturzgeschehen in Verbindung zu bringen. Er wurde auf einem Gleis liegend zwischen S-Bahn und Fernbahngleis entdeckt [210]. Die Leiche von *Ingolf Diederichs* (138) zeigte Zeichen einer massiven stumpfen Gewalteinwirkung. Hierzu gehörten Hautzerreißen und Abschürfungen an Kopf, Rumpf und Gliedmaßen, Trümmerfrakturen des Schädels mit Enthirnung und multiple Brüche der Wirbelsäule, der Schulterblätter, der Rippen und des linksseitigen Beckens mit entsprechenden Unterblutungen. Die Verletzungen waren laut der Obduzenten zu Lebzeiten entstanden. *Diederichs* wurde quer zur Fahrriichtung in Rückenlage neben den Gleisen aufgefunden [211].

2 Personen kamen durch die Überrollung beziehungsweise Anfahrt durch ein Schienenfahrzeug ums Leben. *Klaus Kratzel* (60) wurde mit beiden Beinen unter einer Stromschiene aufgefunden. Laut Sektionsprotokoll wurde er vermutlich in liegender Haltung angefahren. Todesursächlich war eine Schädelhirnzertrümmerung. Es lagen Kopfschwartendurchtrennungen mit schwärzlich verschmierten Wundrändern, ein Trümmerbruch der rechten Hälfte des Schädeldaches und mehrere Frakturen des Gesichtsschädels sowie Brüche der Unterarme und Unterblutungen, Vertrocknungen und Gewebedurchtrennungen an den unteren Gliedmaßen und am Rücken vor. Die Organe verströmten einem aromatisch-alkoholischen Geruch. Die Unterarmbrüche sprachen für initiales Anfahren und einen folgenden Sturz. Nach Mutmaßungen der Obduzenten handelte es sich möglicherweise auch um ein zweizeitiges Geschehen: *Kratzel* wurde zuerst von einer U-Bahn angefahren, zog sich die Unterarmbrüche zu und wurde dann von einer weiteren Bahn überrollt. Ebenfalls war es möglich, dass er sich infolge der Alkoholwirkung selbst in die Lage auf den Gleisen gebracht hatte. Zudem war eine vorangegangene tätliche Auseinandersetzung nicht auszuschließen [212]. Auch *Thomas Taubmann* (129) zeigte Zeichen der Überrollung durch ein Schienenfahrzeug. Hierzu zählte eine vollständige Rumpfdurchtrennung in Höhe der unteren Brustkorbhälfte unter Einbeziehung der Kleidung und die unvollständige Durchtrennung des rechten Oberarms in gleicher Höhe. Des Weiteren lagen Hautabschürfungen und Weichteilunterblutungen an der rechten Körperseite und nicht unterblutete Quetsch-Riss-Wunden und Frakturen der linken Scheitelbeinregion und ein nicht unterbluteter Bruch des linken Oberarms vor. Es bestand ebenfalls ein deutlicher aromatisch-alkoholischer Geruch der Organe. Alle Verletzungen waren einwandfrei mit einem Überrollungsmechanismus in Kombination mit einem Sturzgeschehen in Einklang zu bringen. Die Kopfverletzung am linken Scheitelbein und die Oberarmfraktur waren post mortem entstanden. Der Tote wurde quer liegend zum Gleis aufgefunden [213].

Dietmar Schulz (42) wurde ebenso in der Nähe von S-Bahngleisen aufgefunden. Der Vorfall blieb unbeobachtet und es lagen Berichte des MfS vor, die zum einen einen Sprung aus einer fahrenden S-Bahn und zum anderen eine Überfahung durch ein Schienenfahrzeug als todesursächlich beschrieben [9]. Ein Sektionsprotokoll lag in diesem Fall nicht vor. Laut Krankenhausbericht war der gesamte Schädel abnorm beweglich. Es bestand eine offene Fraktur quer über das gesamte Stirnbein bis zur Nasenwurzel hinabreichend. Der linke Bulbus fehlte. Im Krankenhaus wurde eine Schnappatmung festgestellt. Der Blutdruck war kaum messbar.

Die Todesursache war ein schweres Schädeltrauma. Laut Bericht waren keine Anzeichen für ein Fremdverschulden erkennbar. Die Blutalkoholkonzentration betrug 2 ‰ [214].

Siegfried Widera (40) verstarb an der Kombination einer abszedierten Bronchopneumonie und einer eitrigen Peritonitis nach zweiwöchigem Aufenthalt im Krankenhaus infolge von Immobilität aufgrund eines rechtsseitigen Schädelbasisbruches und einer Epiduralblutung. Laut Sektionsprotokoll war die Kopfverletzung vermutlich die Folge einer groben, äußeren stumpfen Gewalteinwirkung auf die rechte Schädelseite. Laut Information an die Obduzenten waren die Verletzungen vermutlich mit einer Bolzenzange beigebracht worden [215]. Einem Bericht des MfS konnte entnommen werden, dass der Grenzposten Wiedera von einem Flüchtling zunächst in ein Gespräch verwickelt und dann mit einer Eisenstange niedergeschlagen wurde [216].

3.15 Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße

Von den 227 geprüften Fällen waren 37 in den Haupt- und Sektionsbüchern des IGM der HU verzeichnet. Die entsprechenden Sektionsprotokolle waren allesamt im Universitätsarchiv der HU vorhanden. Davon lag in 13 Fällen nicht der vollständige Obduktionsbericht, sondern nur das Sektionsergebnis vor. In allen Sektionsprotokollen wurde eine natürliche Todesart bescheinigt. Die Tabelle 25 zeigt eine Zusammenfassung der Sektionsbefunde für alle 37 Verstorbenen. 94,6 % (n = 35) der Toten starben an einem plötzlichen Herztod, dessen Ursache, außer bei einer Person, die aufgrund eines Herzmuskeleinrisses mit Herzbeutelamponade verstarb, nur vermutet werden konnte. Insgesamt 30 der Verstorbenen wiesen akute Koronarthrombosen, Koronarstenosen oder alte Herzmuskelnarben auf. Außerdem wurden akute Rechtsherzbelastungen, chronische Endokarditiden und ausgeprägte Herzhypertrophien beschrieben. In 2 Fällen waren dagegen spontane Aortenrupturen auf der Basis einer Medianekrose und einer Mesaortitis productiva syphilitica todesursächlich. Das mittlere Alter der 37 Verstorbenen betrug 68 Jahre.

Zu 5 der Todesfälle waren Informationen zu den Todesumständen gegeben. 2 Personen wurden bereits tot in der S-Bahn aufgefunden. Die Todesursache lautete bei beiden: Koronarsklerose mit stenosierender Komponente [217, 218]. 2 weitere Personen brachen plötzlich auf dem Bahnhofsgelände zusammen. Ursächlich waren laut Sektionsergebnis zum einen ausgedehnte Myokardnekrosen und ein chronisches Herzwandaneurysma und zum anderen eine zystische Medianekrose mit Aortenruptur und Herzbeutelamponade [219, 220]. In einem Fall wurde in den Bericht explizit aufgenommen, dass der Tote nicht verhört wurde. Aufgefunden wurde dieser in einem Verbindungstunnel der S-Bahn Station. Eine Koronararterienthrombose führte laut Sektionsprotokoll zum Tode [221].

7 der Verstorbenen zeigten äußere Verletzungen. Bei einem der Toten fanden sich etwa daumennagelgroße Unterblutungen unter dem linken Auge und handtellergröße, bis ins

3 Ergebnisse

Tabelle 25: Zusammenfassung der einzelnen Obduktionsbefunde der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße, für die ein Sektionsprotokoll aufzufinden war. N = 37.

Obduktionsbefunde	Anzahl
Mitralklappenendokarditis	3
Mitralinsuffizienz	1
Herzhypertrophie	22
Herzinsuffizienz	1
Koronarsklerose	33
Koronarstenose	30
Herzwandaneurysma	12
Herzbeuteltamponade	2
Herzverfettung	1
Myokardschwien	22
Myokardnekrose	7
Endocardfibrose	7
allgemeine Artherosklerose	18
Aortenruptur	2
Aortenaneurysma	2
Medianekrose	2
Mesaortitis productiva syphilitica	2
Cor pulmonale	2
Lungenemphysem	7
Tracheobronchitis	1
Lungenarterienembolie	1
Chronisch lymphatische Leukämie	1
Milztumor	1
Cerebralsklerose	3
Keine Anzeichen für fremde Gewalteinwirkung	30
Äußere Verletzungen	7

Erhebung der Verfasserin, 2020.

Unterhautfettgewebe reichende Hämatome im oberen Drittel des rechten Oberschenkels. An der Vorderseite des rechten Unterschenkels bestand eine ebenfalls handtellergröße bräunliche Pigmentierung. Eine Erklärung für die Verletzungen fand sich im Bericht nicht. Als Todesursache war Herzkreislaufversagen bei Herzhypertrophie genannt[222]. Ein weiterer zeigte eine münzförmige Platzwunde mittig in der oberen Hinterhauptsregion. Bei Herzversagen infolge einer stenosierenden Koronararteriensklerose galt die Wunde am ehesten als agonale Sturzverletzung [223]. Des Weiteren befanden sich bei 2 Toten, bei denen der Todeseintritt ebenfalls auf eine Stenose einer Herzkranzarterie zurückzuführen war, zum einen eine kleine Hautabschürfung an der rechten Kinnseite und zum anderen 2 pfennigstückgroße Abschürfungen am Knie [224, 225]. Anzeichen für fremde Gewalteinwirkung sind in beiden Berichten nicht erwähnt. In einem Fall zeigte sich eine frische Platzwunde über der lateralen Seite der

3 Ergebnisse

linken Augenbraue und über der rechten Augenbraue. Auch hier erfolgte keine Stellungnahme zum Ursprung der Verletzung. Der Tod trat ebenfalls aufgrund einer Koronararterienstenose ein [226]. Weiterhin zeigte sich bei einem Toten eine münzgroße, blassbraune Hautvertrocknung an der rechten Schläfe mit einzelnen, nach oben verlaufenden Oberhautabschürfungen. Ebenfalls bestand eine hirsekorngroße, dunkelbraune Hautvertrocknung am Nasenrücken und eine 3 cm breite, unregelmäßige Kopfhautdurchtrennung mit einer Unterblutung rechts paramedian am Hinterkopf. Für die Obduzenten war kein Anhalt für fremde Gewalteinwirkung gegeben. Die Verletzungen stammten am ehesten von einem Sturz [227]. Ein weiterer Toter zeigte eine Rippenserien- und Sternumfraktur, welche aufgrund von Reanimationsmaßnahmen entstanden waren. Bei beiden Verstorbenen war die Todesursache eine stenosierende Koronararteriosklerose [227, 228].

4 Diskussion

4.1 Demographische Daten der Mauertoten

4.1.1 Alter und Geschlecht

Von den Mauertoten waren 94,3 % ($n = 132$) männlich und 56,4 % ($n = 79$) zwischen 18 und 25 Jahren alt. Ein Grund für die hohe Anzahl junger Erwachsener könnte in einer erhöhten Risikobereitschaft bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen [229], da der Aufenthalt im Grenzgebiet und der Versuch die Grenzanlagen zu überwinden riskant waren. Des Weiteren ist in diesem Alter die Berufs- oder Studienwahl von großer Bedeutung. Diese war in der DDR, insbesondere wenn Menschen durch systemkritisches Verhalten auffielen, stark eingeschränkt. Auch die drohende Einberufung zur NVA und Vorkommnisse während des Wehrdienstes könnten, wie auch durch Hertle und Nooke [230] dargelegt, als Gründe für eine hohe Anzahl an Fluchtversuchen bei jüngeren Menschen in Frage kommen.

Frauen ($n = 8$) und Kinder unter 18 Jahren ($n = 9$) waren unter den Mauertoten nur gering vertreten. Ob dies auf die Schonung von Frauen und Kindern hinsichtlich der Schusswaffenanwendungen nach dem Grenzgesetz [8, 21] zurückzuführen ist, kann anhand der hier referierten Fälle nicht bewertet werden, da hierfür auch entsprechende erfolgreiche Fluchten und nicht tödlich endende Fluchtversuche mit in die Auswertung einbezogen werden müssten.

4.1.2 Zeitliche Verteilung der Todesfälle

Bis einschließlich 1966 kamen etwas mehr als die Hälfte ($n = 78$) der bekannten Mauertoten ums Leben. Es ist anzunehmen, dass es hierbei eine Rolle spielte, dass viele DDR-Bürger 1961 plötzlich aus ihrem gewohnten Leben gerissen wurden. Teilweise waren sie von ihren Arbeitsstellen oder auch von Verwandten, Freunden und Partnern abgeschnitten und kannten den Westen der Stadt als sogenannte Grenzgänger noch gut. In den ersten Jahren nach dem Mauerbau war dieser Einfluss sicher noch größer, während in den folgenden Jahren die Mauer eher als Normalität akzeptiert wurde [230]. Das Leben der meisten Menschen stellte sich im Laufe der Zeit auf die Teilung ein. Ein auffälliger Einschnitt zeigt sich zwischen den Jahren 1966 und 1967. Kamen 1966 noch 12 Personen ums Leben, waren es 1967 nur 2. Wie auch durch Hertle und Nooke [230] dargelegt, ist als Grund hierfür in erster Linie die 1966 begonnene und im Verlauf zunehmende Modernisierung der Grenzanlagen anzunehmen.

Einen weiteren Einschnitt stellte das Jahr 1975 dar. Bis zu diesem Jahr ereigneten sich 85,7 % ($n = 120$) der Todesfälle. Ein Grund hierfür kann in der von 1973 bis 1975 in Helsinki abgehaltenen Konferenz über Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (KSZE) gesehen werden. Ziel der Konferenz war es, den Ost- und Weststaaten zu einem geregelten Miteinander zu verhelfen. Neben der Zusammenarbeit in Wirtschaft, Wissenschaft, Technik und Umwelt sowie in Sicherheitsfragen wurde auch der Umgang mit Menschenrechten thematisiert. Mit Unterzeichnung der Schlussakte verpflichtete sich die DDR am 1. August 1975

unter anderem zur Wahrung der Menschenrechte und Grundfreiheiten ihrer Einwohner [231]. Obwohl die Führung der DDR weiterhin kein Interesse an der Ausreise ihrer Bürger hatte und versuchte diese zu verhindern oder zu erschweren, stieg die Anzahl der Ausreiseanträge nach dem Abschluss der Konferenz deutlich an [232, 233]. Die Menschen legten ihre Hoffnungen mehr auf den offiziellen Weg als auf den gefährlichen Versuch, die Grenze illegal zu überqueren. Die Ergebnisse der vorliegenden Recherche bestätigen dahingehend die Annahmen und Ergebnisse von Hertle und Nooke [230].

4.1.3 Herkunftsorte und Fluchtabsichten

Bei einem Großteil der Fälle handelte es sich um DDR-Bürger ($n = 114$) und Personen, die bei einem Fluchtversuch ums Leben kamen ($n = 101$). Dieses Ergebnis kann bei einem Untersuchungskollektiv an Verstorbenen, bei denen definitionsgemäß ein zeitlicher und räumlicher Zusammenhang des Todes mit dem Grenzregime an der Berliner Mauer bestand, als erwartbar betrachtet werden. Als unerwartet hoch zeigte sich der Anteil an getöteten Einwohnern und Besuchern von West-Berlin beziehungsweise Bürgern der BRD ($n = 22$), bei denen keine Fluchtabsichten bestanden. Im Rahmen der Auswertung der vorliegenden Unterlagen konnten hierbei keine Unterschiede zu den Ergebnissen von Hertle und Nooke [9] festgestellt werden. Es ist anzumerken, dass sich die Herkunftsorte und Fluchtabsichten nicht in allen Fällen allein aus den im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin vorliegenden Unterlagen, die sich auf die Sektionen der Mauertoten fokussierten, feststellen ließen. Hierbei wurde daher verstärkt auf die Ergebnisse von Hertle und Nooke [9] und die Unterlagen in der GBM zurückgegriffen. Hierzu zählen insbesondere die 3 Fälle (55, 84 und 122), in denen eine Fluchtabsicht nur angenommen werden konnte. Da im Rahmen des Forschungsprojektes des ZZF und der SBM bereits eine ausführliche Aufarbeitung bezüglich der Hintergründe der einzelnen Fluchtversuche erfolgte, sollte dies nicht Hauptaugenmerk dieser Arbeit sein.

4.2 Erschließung der Sektionsprotokolle der Mauertoten

Im Rahmen der Archivrecherche wurde festgestellt, dass anhand der eingesehenen Unterlagen von den 140 bekannten Mauertoten 111 nachvollziehbar obduziert wurden. Von diesen wurden für 103 der Fälle Sektionsprotokolle aufgefunden. Bei den fehlenden Sektionsprotokollen handelte es sich in 2 Fällen um Obduktionen, die vor Dezember 1962 durchgeführt und deren Dokumentationen aus Platzgründen vernichtet worden waren [61]. Bei den verbleibenden 6 handelte es sich in 4 Fällen um Personen, die in Ost-Berlin und in 2 Fällen um Personen, die in West-Berlin obduziert wurden. In diesen Fällen konnte der Verbleib der Protokolle im Rahmen der Recherchen nicht geklärt werden.

Einschließlich der Akten des Projekts des ZZF und der SBM war ein Großteil der Obduktionsberichte im Archiv der StA Berlin ($n = 56$) und im Archiv des BStU ($n = 51$) aufzufinden.

Im Rahmen der Strafverfolgung der sogenannten Mauerschützen an der Berliner Mauer in den 1990er Jahren erfolgte eine weitreichende Aufarbeitung, wobei den Staatsanwaltschaften sowohl ausreichende Mittel als auch Befugnisse zur Verfügung standen. Fehlende Obduktionsberichte im Archiv der StA Berlin erklären sich dadurch, dass weitaus nicht alle Todesfälle an der Berliner Mauer strafrechtlich verfolgt wurden. Hier ist zum Beispiel an Fälle zu denken, in denen Personen ohne fremde Gewalteinwirkung ertrunken waren. Ebenso waren in den 1990er Jahren noch nicht alle der zum Abschluss der vorliegenden Recherche (Stand: Dezember 2020) als Mauertote geltenden Personen bekannt. Die strafrechtliche Aufarbeitung erfolgte auf der Basis der Ermittlungen der ZERV in den 1990er Jahren. Die für diese Arbeit angenommenen 140 Mauertoten basieren auf der Recherche des ZZF und der SBM, die erst im Jahr 2005 begonnen wurde.

Das Vorhandensein eines großen Anteils der Berichte im Archiv des BStU ergibt sich daraus, dass die Vorfälle an der Berliner Mauer in den Aufgabenbereich des MfS fielen und mindestens bei den im IGM der HU stattfindenden Obduktionen die Protokolle durch Mitarbeiter des MfS teilweise entfernt oder Ausfertigungen der Protokolle als Bestandteil der Ermittlungsunterlagen aufgenommen wurden. Dies erklärt auch, warum weniger Protokolle ($n = 43$) im UA der HU vorhanden waren als Sektionen ($n = 75$) durchgeführt worden waren. Die durch Mitarbeiter des MfS entfernten Protokolle wurden zunächst nicht vernichtet, sondern archiviert. Als Gründe für Lücken im Archiv des BStU können zum einen wechselnde oder abweichende Zuständigkeiten bei der Bearbeitung von Todesfällen angenommen werden. So war zum Beispiel bei Ertrunkenen bei Auffindung, insbesondere bei primär unbekannter Identität, nicht in allen Fällen ein Zusammenhang mit einem Fluchtversuch erkennbar, sodass die Ermittlungen zunächst von der örtlich zuständigen Abteilung Kriminalpolizei der Volkspolizei (VP) oder der MUK geführt wurden. Zum anderen ist an eine Vernichtung der Unterlagen zu denken. Im Rahmen der Öffnung der Grenze und des steigenden politischen Druckes veranlasste der Minister für Staatssicherheit Erich Mielke im November 1989 eine Aktenreduzierung des MfS, die zu einer Vernichtung von Unterlagen in großem Maßstab führte [234]. Hierbei könnten auch Sektionsprotokolle vernichtet worden sein.

In Zusammenschau lässt die geringe Anzahl an fehlenden Sektionsprotokollen die Schlussfolgerung zu, dass eine systematische Vernichtung der betreffenden Unterlagen weder direkt anschließend an die Sektionen noch später im Rahmen der Aktenreduzierung im November 1989 stattgefunden hat. Die Protokolle verblieben vielmehr entweder im IGM der HU beziehungsweise am jeweiligen Ort der Obduktion oder sie wurden durch Mitarbeiter des MfS eingezogen und mit den Ermittlungsakten aufbewahrt. In Anbetracht der mindestens 30 und zum Teil fast 60 Jahre zurückliegenden Ereignisse sind die fehlenden Obduktionsberichte eher auf das Überschreiten von Aufbewahrungsfristen sowie auf die Vernichtung von Unterlagen der Staatssicherheit im Jahr 1989 und von Unterlagen des IGM der HU im Jahr 1975 zurückzuführen. Die Lücken im Archiv des Instituts für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin zu Berlin konnten im Rahmen der Recherchen nahezu vollständig

geschlossen werden. Aufgrund der im Laufe der Zeit weitreichend durchgeführten Aufarbeitung durch zum Beispiel die StA Berlin, das ZZF und die SBM und die Archivrecherche der Verfasserin erscheinen weitere Versuche, die fehlenden Sektionsprotokolle aufzufinden, wenig aussichtsreich. Es bleibt jedoch anzumerken, dass sich hier ein erneuter Recherchebedarf ergeben kann, sollten weitere Todesfälle an der Berliner Mauer oder bisher nicht bekannte respektive erschlossene Archivbestände bekannt werden.

4.3 Bergungs-, Sterbe- und Sektionsorte der Mauertoten

Mit 85 % (n = 119) wurden die meisten Mauertoten in Ost-Berlin geborgen. Von diesen wurde mit 74 Toten die Mehrheit am IGM der HU obduziert. Dies ist nicht als auffällig anzusehen, sondern ist Ausdruck der in Kapitel 2.2 dargelegten regionalen Zuständigkeiten der gerichtsmedizinischen Institute. Kam auf Ostberliner Gebiet eine Person zu Tode und wurde eine Obduktion staatsanwaltschaftlich angeordnet, so wurde diese im Normalfall am IGM der HU durchgeführt. Dies galt in der Mehrheit der Fälle so auch für an der Berliner Mauer zu Tode gekommene Personen. Dass es sich bei Vorfällen mit Todesfolge an der Berliner Mauer dennoch um „Sonderfälle“ mit besonderem Regelungsbedarf handelte, spiegelt sich in der eigens hierfür erstellten, von etwa 1964 bis 1970 geltenden „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der ab 1970 geltenden „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ des MfS wider, nach denen die Bearbeitung von Leichenvorgängen an der Staatsgrenze zu West-Berlin in die Zuständigkeit der Abteilung IX des MfS übergeben und das weitere Vorgehen geregelt wurden [235, 236]. In diesen Anweisungen wurde festgelegt, dass im Rahmen von Vorkommnissen an der Berliner Mauer Verstorbene an das IGM der HU zu überführen waren und die Staatsanwaltschaft jeweils eine Anordnung zur Sektion für das IGM ausstellen sollte [235, 236]. Entgegen dieser Regelungen wurden ab 1975 vereinzelt und ab 1981 vermehrt Obduktionen von Todesfällen nach Schusswaffengebrauch bei Fluchtversuchen in der 1972 gegründeten Abteilung für Gerichtliche Medizin am Zentralen Lazarett der NVA beziehungsweise in der MMA durchgeführt. Als Einrichtung der NVA mit einem eigenständigen gerichtsmedizinischen Institut liegt nahe, dass Todesfälle mit militärischem Hintergrund dort bevorzugt obduziert wurden. Bei den nach 1975 an anderen Orten durchgeführten Obduktionen von Mauertoten handelte sich nur in 4 von 10 Fällen um Schusseinwirkungen, wobei nur in einem Fall auch eine Fluchtabsicht vorlag. Da in den verbleibenden 6 Fällen von in Gewässern oder durch stumpfe Gewalteinwirkung zu Tode gekommenen Personen kein direkter militärischer Hintergrund vorlag, ist es aufgrund der fehlenden Zuständigkeit nachvollziehbar, dass diese Obduktionen nicht in der MMA erfolgten.

Einem Aktenvermerk aus dem Januar 1987 des zentralen medizinischen Dienstes der DDR, der für die medizinische Versorgung von Mitarbeitern des MfS zuständig war, sind Überlegungen zur Notwendigkeit einer eigenen gerichtsmedizinischen Prosektur des MfS zu entnehmen,

die bis zum Ende der DDR 1990 jedoch nicht mehr verwirklicht wurden. Ziel war die Verbesserung des Geheimnisschutzes bei Sektionen von politisch bedeutsamen und unbekanntem Leichen. Es sollte vermieden werden, diese in „fremden“ [237] gerichtsmedizinischen Einrichtungen durchführen lassen zu müssen, um den davon Kenntnis erhaltenden Personenkreis einzuschränken [237]. Die ab 1975 praktizierten Obduktionen im Zuständigkeitsbereich der NVA und die Bestrebungen, eine gerichtsmedizinische Prosektur beim MfS zu etablieren, belegen einen wachsenden Drang zur Verbesserung der Konspiration beim MfS [77].

Nur in Einzelfällen wurden in Ost-Berlin Geborgene an anderen Einrichtungen als dem IGM der HU oder der MMA obduziert. In einem Fall (133) handelte es sich hierbei um eine Person, die nach der Gründung des IGM Potsdam in dessen Zuständigkeitsgebiet geborgen und entsprechend dort obduziert wurde. Ein weiterer Toter (123) wurde im 63. gerichtsmedizinischen Laboratorium der Gruppe der Sowjetischen Streitkräfte in Deutschland obduziert. Da es sich hierbei um einen westlich von Berlin stationierten sowjetischen Soldaten handelte, ist dies nicht als auffällig und ebenso als zuständigkeitsbedingt anzusehen. In 7 Fällen wurden Sektionen direkt in Krankenhäusern durchgeführt. Es handelte sich dabei in 5 Fällen um einen Tod durch Schussverletzungen und in 2 Fällen um einen Tod durch Ertrinken. Ein Grund hierfür könnte sein, dass, soweit keine gerichtlich angeordnete Sektion zu erfolgen hatte, in der DDR die Durchführung von pathologisch-anatomischen Sektionen und von Verwaltungssektionen nach geltenden Rechtsbestimmungen möglich und üblich waren. Letztendlich lässt sich nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen jedoch nicht sicher sagen, warum in diesen Fällen, insbesondere bei vorliegenden Schussverletzungen, keine gerichtlich angeordneten Sektionen in den zuständigen gerichtsmedizinischen Instituten erfolgten. Mit 5,9 % (n = 7) von allen in Ost-Berlin geborgenen Toten handelt es sich indessen um einen nur sehr geringen Anteil.

Von den 20 in West-Berlin geborgenen Toten wurden 16 an den für West-Berlin zuständigen gerichtsmedizinischen Instituten obduziert. Größtenteils erfolgten die Obduktionen am LSH W (n = 11). In West-Berlin wurden im Unterschied zu Ost-Berlin keine Sektionen von Mauertoten an Krankenhäusern durchgeführt.

Es lässt sich festhalten, dass die Mauertoten entsprechend ihrer Bergungsorte größtenteils sowohl in Ost- als auch in West-Berlin nach den jeweiligen regionalen Zuständigkeiten an den gerichts- beziehungsweise rechtsmedizinischen Instituten obduziert wurden. Ausnahmen bildeten hauptsächlich die ab 1975 vermehrt im Zentralen Lazarett der NVA beziehungsweise in der MMA durchgeführten Obduktionen der in Ost-Berlin geborgenen tödlich Schussverletzten.

4.4 Sektionsarten und -frequenz der Mauertoten

Mit 79,3 % (n = 111) wurde ein Großteil der Mauertoten obduziert. Es handelte sich hierbei, soweit entsprechende Unterlagen vorlagen, um durch die zuständige Staatsanwaltschaft

angeordnete Sektionen. Dies steht einerseits im Einklang mit den geltenden Rechtsvorschriften zur Leichenschau und Obduktion sowie den Untersuchungsaufgaben der Kriminalpolizei der VP respektive der MUK und entspricht andererseits den Festlegungen in der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ des MfS, nach denen für Leichenvorgänge an der Staatsgrenze eine Sektion durch die Staatsanwaltschaft angeordnet werden sollte. Dies zeigt, dass diese Sektionen größtenteils im Rahmen der in Kapitel 1.2 und 1.3 dargelegten rechtlichen Bestimmungen und Richtlinien erfolgten [77, 235, 236]. Auch Geserick et al. [50] kommen zu dem Schluss, dass die Anordnungen zur gerichtlichen Leichenöffnung gemäß der StPO der DDR nach den regionalen Zuständigkeiten erfolgten. Als weiterer Hinweis für regelrechtes Vorgehen bei den Sektionen kann angesehen werden, dass Inhalt und Gliederung der Sektionsprotokolle der Mauertoten nicht von den Dokumentationen anderer Obduktionen abwichen. Auch die in wenigen Fällen durchgeführten pathologisch-anatomischen und Verwaltungssektionen lassen sich im Einklang mit den in der DDR geltenden Rechtsbestimmungen bringen.

Insgesamt wurde mit 79,8 % ($n = 95$) ein großer Anteil der in Ost-Berlin geborgenen Toten obduziert. Es wurden jedoch nur 75,5 % ($n = 71$) der in Ost-Berlin geborgenen Schussverletzten obduziert, während in West-Berlin alle Schussverletzten ($n = 8$) obduziert wurden. Dies wiederum weist darauf hin, dass die in Ost-Berlin Verstorbenen in wenigen Fällen weder entsprechend der Vorgaben des MfS noch regelrecht nach geltenden Rechtsbestimmungen behandelt wurden. Nach § 69 beziehungsweise § 45 der StPO der DDR sollte bei Hinweisen auf einen nicht natürlichen Tod mit Verdacht auf verbrecherische Handlungen oder in diesem Zusammenhang auftretenden rechtlichen Fragen eine gerichtliche Sektion erfolgen, wobei ein Tod durch eine Schussverletzung zweifelsfrei zu den nicht natürlichen Todesarten zählt [77]. In einzelnen Fällen, zum Beispiel bei *Sprenger (115)*, fanden sich in den Unterlagen des MfS auch konkrete Aussagen bezüglich der Unterlassung einer Sektion zur Vertuschung beziehungsweise Legendierung eines Vorfalles an der Berliner Mauer [75]. In mindestens 3 weiteren Fällen (*69, 70* und *117*), in denen eine Legendierung erfolgte, wurden ebenso keine Obduktionen durchgeführt. In wenigen Fällen von in Ost-Berlin geborgenen Verstorbenen wurde laut Aufzeichnungen des MfS keine gerichtliche Obduktion durchgeführt, da die einwandfreie Todesursache durch eine Schussverletzung nach der äußeren Leichenschau (*33, 36* und *37*) oder nach einem vorliegenden Arztbericht (*67*) feststand, wobei bei *Otfried Reck (33)* zumindest eine pathologisch-anatomische Sektion durchgeführt wurde. Es fand sich auch in West-Berlin ein Fall (*44*), in dem zunächst auf eine Obduktion verzichtet werden sollte, da die Todesursache nach Leichenschau einwandfrei feststand. Letztendlich wurde in diesem Fall jedoch eine Obduktion durchgeführt. Insgesamt wurden jedoch nur in 18 Fällen keine Sektionen durchgeführt und in weiteren 11 Fällen konnte nicht geklärt werden, ob eine Sektion durchgeführt worden war.

In Anbetracht des geringen Anteils nicht Obduzierter an der Gesamtzahl der Mauertoten und in Kenntnis der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ des MfS ist nicht davon auszugehen, dass die Obduktionen von Mauertoten systematisch unterlassen wurden. Vielmehr wurde der weitaus größte Anteil der Mauertoten nach den geltenden Rechtsbestimmungen und Zuständigkeiten obduziert.

4.5 Die Rolle des Instituts für gerichtliche Medizin der Humboldt Universität zu Berlin

4.5.1 Allgemeines Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten

Nach kritischer Durchsicht unter fachlicher Supervision durch PD Dr. Hartwig vom Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin fanden sich in den Protokollen selbst keine Hinweise auf Manipulation oder Fehlinterpretation der Befunde durch die Obduzenten. In einem Fall (56) wurde das Protokoll im Rahmen der Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren durch einen ehemaligen Westberliner Rechtsmediziner geprüft und ebenso für sachlich richtig befunden. Auch im Vergleich mit den Ergebnissen der Recherche des ZZF und der SBM zu den Tatvorgängen ließen sich keine Fälle aufdecken, in denen zum Beispiel Schussverletzungen durch die Obduzenten unterschlagen oder Sektionsergebnisse anderweitig verfälscht wurden.

Bezüglich des Wissens der Obduzenten um die Todesumstände kann nach Auswertung der zur Verfügung stehenden Obduktionsberichte als sicher angenommen werden, dass diese in einem Großteil der Fälle um die Umstände eines versuchten Grenzdurchbruches wussten. In den Informationen an die Obduzenten wurde regelmäßig, wenn auch nur in wenigen Sätzen, auf die Grenzverletzung eingegangen sowie Schussentfernungen und die genutzten Waffen benannt. Unterstützend kann hier sowohl die teilweise Anwesenheit von Mitarbeitern des MfS als auch die anlassbezogene Erinnerung an die Pflicht zur Geheimhaltung von Berufsgeheimnissen herangezogen werden. Den Obduzenten wurden einige wenige Details über das Geschehen mitgeteilt, sie wurden jedoch daran erinnert, diese Informationen vertraulich zu behandeln. Die Obduzenten selbst trafen sonst keine Bewertungen bezüglich des Tatgeschehens, die über die reine Beschreibung von zum Beispiel Ein- und Ausschusswunden und Schussverläufen hinausging. Im Gegensatz zu sonstigen Tötungsdelikten war eine strafprozessuale Verfolgung in den meisten Fällen offenbar nicht angedacht. So wurden gemäß der Unterlagen auch keine Fragen an die Obduzenten zur Beantwortung gestellt. Die Sektionsprotokolle wurden durch Mitarbeiter des MfS zum Teil entfernt und eine fachliche Wertung oder weiterführende Auseinandersetzung durch die Obduzenten fand in der Regel nicht statt. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit

tödlichem Ausgang“ des MfS. Nach der in den 1960er Jahren geltenden Ordnung sollte den Obduzenten mündlich der Name und Vorname, das Geburtsdatum und die Wohnanschrift des Verstorbenen genannt werden. Ebenso sollte der Ereignisort, wobei hier die Staatsgrenze zu West-Berlin zu nennen war, und die Schussentfernung, das Kaliber des Geschosses und das Modell der Waffe mitgeteilt werden. An den Sektionen hatte der zuständige Sachbearbeiter der Abteilung IX des MfS teilzunehmen und sich hierfür als im Auftrag der Staatsanwaltschaft von Groß-Berlin handelnder VP-Angehöriger auszugeben. Der Sachbearbeiter hatte dafür zu sorgen, dass während der Sektion möglichst keine Skizzen oder Fotografien angefertigt wurden oder diese nach der Sektion an sich zu nehmen. Nach Beendigung der Sektion sollte außerdem der Totenschein mit Eintragung der Todesursache nach dem Sektionsergebnis und das Sektionsprotokoll durch diesen verlangt beziehungsweise abgeholt werden. Entgegen dem sonst üblichen Prozedere bei Leichenvorgängen waren die Protokolle erst nach Einsicht durch das MfS der Staatsanwaltschaft zu übergeben. Ein Exemplar des Gutachtens hatte in den Unterlagen der Abteilung IX des MfS zu verbleiben [235]. Auch nach der ab 1970 geltenden „Arbeitsrichtlinie zum Vorgehen bei Grenzprovokationen“ sollte den Obduzenten mindestens der Name und auf Verlangen auch die Schussentfernung und das Modell der Waffe genannt werden [236]. In der Arbeitsrichtlinie wurden auch 6 Mitarbeiter des IGM der HU genannt, die für die Durchführung der Sektionen nach Ansicht des MfS geeignet waren [236].

Die im Kapitel 3.7 berichtete Auffassung eines Sektionsgehilfen, dass das MfS eine eigenes Transportwesen zum An- und Abtransport der Leichen hatte, kann nur bedingt bestätigt werden. Nach den Arbeitsrichtlinien zum Vorgehen bei Grenzprovokationen sollten die Leichen durch das IGM der HU abgeholt werden, soweit die Betreffenden im VPK verstorben waren. Trat der Tod am Ereignisort oder auf dem Transport ins Krankenhaus ein, sollten die Leichen jedoch von einer Einheit der NVA zum IGM der HU gebracht werden [236]. In einem Fall fand sich hierzu ein Eintrag im Hauptbuch des IGM der HU, der dies bestätigte [66]. Laut Anweisungen zum Vorgehen bei Vorfällen an der Staatsgrenze im Raum Potsdam sollte der Transport durch Fahrzeuge der jeweiligen Grenzregimenter und unter Begleitung des zuständigen Mitarbeiters der Abteilung IX erfolgen [238]. Es handelte sich hierbei zwar nicht um ein eigenständiges Transportsystem des MfS, dennoch wichen diese Anweisungen vom regulären Prozedere bei der Leichenabholung durch das IGM der HU ab. Für die weitere Behauptung, dass die gebrachten Leichen größtenteils nicht in den Büchern erfasst wurden, konnten im Rahmen der Archivrecherche keine Belege gefunden werden. Von den 119 in Ost-Berlin geborgenen Verstorbenen sowie zusätzlich eines Toten, der in West-Berlin aufgefunden und in Ost-Berlin nachobduziert wurde, ließ sich in 71,4 % ($n = 85$) der Fälle im IGM der HU ein entsprechender Eintrag in den Haupt- oder Sektionsbüchern finden. Von diesen wiederum wurden 88,2 % ($n = 75$) obduziert. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass ab 1981 auch vermehrt Obduktionen in der MMA stattfanden, handelt es sich hierbei um einen sehr hohen Anteil, sodass nicht davon auszugehen ist, dass Mauerto-

te größtenteils ohne weitere Dokumentation durch das Institut „geschleust“ wurden. Dem steht auch die „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und die „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ entgegen [235, 236]. Unterstützend kann auch angesehen werden, dass, soweit Uhrzeiten angegeben waren, ein Großteil der Obduktionen im Rahmen des regulären Tagesgeschäftes erfolgte. Auffällig ist dennoch, dass in 7,1 % ($n = 6$) der Fälle kein Eintrag im Hauptbuch, jedoch ein Eintrag im Sektionsbuch vorhanden war. Zu diskutieren wäre, dass die Leichen nicht zur Verwahrung aufgenommen, sondern lediglich obduziert und anschließend an einem anderen Ort untergebracht wurden. Dies wäre jedoch eine von der gängigen Praxis abweichende Verfahrensweise gewesen. Bei dem einen Fall (128), in dem ein Eintrag im Hauptbuch des IGM der HU ohne korrespondierenden Eintrag im Sektionsbuch vorlag, könnte es sich um eine Außensektion in Potsdam durch Mitarbeiter des IGM der HU gehandelt haben. Dagegen spricht, dass, nach Anweisungen zum Vorgehen bei Todesfällen mit Bezug zur Staatsgrenze im Raum Potsdam, die Verstorbenen an das IGM der HU überführt und auch dort obduziert werden sollten [238].

Eine weitere Besonderheit stellt die Einlieferung von Todesopfern an der Berliner Mauer als Unbekannte in das IGM der HU dar. Mit 5,9 % ($n = 5$) der ins IGM der HU eingelieferten Toten, die einen Eintrag im Haupt- oder Sektionsbuch aufwiesen, und mit *Manfred Gertzki* (111), bei dem als unbekannter Toter eine Leichenschau ohne Dokumentation im Hauptbuch durchgeführt wurde, handelte es sich hierbei jedoch um einen sehr geringen Anteil. Bei 4 von diesen Fällen waren dem MfS die Namen der Toten vor Einlieferung bekannt. Ob den Obduzenten die Namen bei Einlieferung bekannt waren, lässt sich aus den Unterlagen nicht entnehmen. Hinweise hierfür fanden sich nicht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zwar von Seiten des MfS Maßnahmen zur Geheimhaltung der Prozesse und Untersuchungen ergriffen wurden, soweit Sektionen der Mauertoten im IGM der HU erfolgten, die Obduktionen allerdings nach hohen fachlichen Standards inklusive ausführlicher Protokollierungen ohne im Nachhinein erkennbare Befundunterschlagungen oder vorsätzliche Missinterpretationen von Befunden erfolgten.

4.5.2 Totenscheine der Mauertoten

In 27,9 % ($n = 24$) der Fälle, die in das IGM der HU eingeliefert wurden oder für die Einträge in den Haupt- oder Sektionsbüchern vorlagen, wurden Totenscheine aufgefunden. Mit 70,8 % ($n = 17$) lagen diese im Großteil der Fälle regelrecht namentlich ausgefüllt vor, wobei es als auffällig anzusehen ist, dass in einem von diesen Fällen (113) die ursächliche Schussverletzung nicht explizit erwähnt wurde. Der betreffende Totenschein wurde jedoch nicht von Mitarbeitern des IGM der HU ausgefüllt. Hervorzuheben ist hier ebenso der Fall *Wolfgang Hoffmann* (101), für den 3 Totenscheine vorlagen. Die durch Hertle und Nooke [9] getroffene Annahme, dass der zweite Totenschein im Rahmen einer Legendierung in Auftrag gegeben wurde, muss jedoch bezweifelt werden. Vielmehr ist festzuhalten, dass die Erstellung eines Totenscheins durch die behandelnden Ärzte und 2 weiterer Totenscheine durch die

Mitarbeiter des IGM der HU im Rahmen des üblichen Prozederes bei Leichenvorgängen mit Grenzbezug nach der äußeren Leichenschau und nach der Obduktion erfolgte. Trat der Tod am Ereignisort oder, wie bei *Hoffmann*, auf dem Weg ins Krankenhaus ein, sollte durch die Mitarbeiter des IGM der HU ein Totenschein in zweifacher Ausführung erstellt werden [235, 236]. Auch die abweichenden Angaben des Sterbeortes lassen sich anhand der Anordnungen und Arbeitsrichtlinien zum Vorgehen bei Leichenvorgängen mit Grenzbezug erklären. Trat der Tod auf dem Weg ins Krankenhaus ein, sollte als Sterbeort „Berlin-Mitte“ angegeben werden [235, 236]. Die Angabe „Sturz aus der Höhe“, statt „Fenstersturz“ erklärt sich aus der Tatsache, dass es sich bei „Sturz aus der Höhe“ um einen rechtsmedizinisch gebräuchlichen, nicht wertenden Ausdruck handelt. Dass der „Fenstersturz“ im Totenschein aus dem IGM der HU nicht als Todesursache erscheint, ergibt sich ebenso aus dem fachlichen Hintergrund, dass es sich bei einem Fenstersturz um ein Geschehen und nicht um die pathologisch-anatomische Todesursache handelt.

In 16,7 % ($n = 4$) der Fälle lagen Totenscheine mit unbekannter Identität vor. In 2 Fällen (97 und 105) wurde der Name anschließend bekannt und nachgetragen beziehungsweise ein neuer Totenschein ausgestellt. Dies ist nicht als ungewöhnlich anzusehen. In den anderen 2 Fällen (96 und 111) war der Name dem MfS bekannt, wurde jedoch offenbar im IGM der HU, im Rahmen von Legendierungen der Vorgänge durch das MfS, nicht mitgeteilt, obwohl dies nach der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der „Arbeitsrichtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ vorgesehen war. Hiernach sollten den Obduzenten die Namen der Verstorbenen mitgeteilt werden [235, 236].

Nur in einem geringen Anteil ($n = 4$) der Fälle wichen die Totenscheine auffällig vom Üblichen ab oder enthielten Falschinformationen, wobei hierbei mutmaßlich in 2 Fällen Mitarbeiter des IGM der HU beteiligt waren. Bei *Kliem* (97) wurde durch den Leichenschauarzt eine falsche Todesursache („Verdacht auf Gehirnblutung“) eingetragen. Die durch die Gerichtsmedizinerin des IGM der HU nachgetragene Todesursache entsprach jedoch den Tatsachen („Verletzung von Oberarmschlagader und -blutader“). Bei *Einsiedel* (110) lag, wie bei *Kliem*, ein Totenschein mit einer falschen Todesursache („Ertrinken“) nach der Leichenschau vor. Auch in diesem Fall wurden die Falscheintragungen jedoch nicht von Mitarbeitern des IGM der HU getätigt. Eine Obduktion erfolgte bei ihm, wie auch bei *Halli* (117) und *Sprenger* (115), nicht. Bei *Halli* lagen im Totenschein zwar keine Falscheintragungen vor, die Todesursache war jedoch sehr vage gehalten und erwähnt die zugrundeliegenden Schussverletzungen nicht. Hervorzuheben ist bei *Halli* auch, dass bei ihm ein gefälschter Leichenfundbericht vorlag. Laut Bericht wurde die Leichenuntersuchung durch einen Mitarbeiter des IGM der HU durchgeführt. Bei *Sprenger* lagen zwar ebenso keine eindeutigen Falscheintragungen im Totenschein vor, die Erstellung des Totenscheines fast 2 Wochen nach dem Todeseintritt und die mit „offenbar Schussverletzung“ für die Expertise eines Gerichtsmediziners als sehr vage anzusehende Todesursache sind indessen als auffällig anzusehen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass hier eine Beeinflussung durch Dritte erfolgte. Eine solche Verzögerung in der

Erstellung der Totenscheine war jedoch nach den Vorschriften des MfS nicht vorgesehen [235, 236].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der Auswertung der vorliegenden Totenscheine in wenigen Fällen Hinweise auf eine Manipulation der Unterlagen festgestellt wurden. Es handelte sich hierbei offenbar sowohl um Manipulation durch Mitarbeiter des VPK und andere Ärzte als auch in Einzelfällen – bei Personen, die zwar in das IGM der HU eingeliefert, aber nicht obduziert wurden – um Manipulation durch ausgewählte Mitarbeiter des IGM der HU. Es ist jedoch deutlich geworden, dass es sich um Einzelfälle handelt. Anhand der ausgewerteten Unterlagen wurden keine Hinweise auf eine systematische Verschleierung von Tatsachen durch die Mitarbeiter des IGM der HU festgestellt.

4.6 Die Rolle der Militärmedizinischen Akademie Bad Saarow

4.6.1 Prozedere und Erfassung bei Einlieferung und Sektion von Mauertoten

In den 11 vorliegenden Sektionsprotokollen ließen sich keine Hinweise auf Manipulation durch die, in der MMA tätigen, Gerichtsmediziner feststellen. Die Schussverletzungen wurden jeweils wahrheitsgemäß beschrieben. Die in einem Fall abweichende Meinung eines begutachtenden Rechtsmediziners der FU bezüglich der Beibringungsreihenfolge der Verletzungen kann als unterschiedliche Interpretation der Befunde angesehen werden.

Im Unterschied zu den Unterlagen des IGM der HU zeigte sich, dass Angaben zu den Todesumständen und zum Grenzbezug nicht regelhaft Bestandteil der Sektionsprotokolle waren. Dies kann darauf hindeuten, dass den Obduzenten diese Informationen nicht zur Verfügung standen. In einem Fall (131) wurde sogar ein falscher Auffindeort des Leichnams mitgeteilt. Die Identitäten von 9 Personen waren gemäß der Unterlagen zum Zeitpunkt der Obduktion bekannt. Hier erfolgte offenbar keine bewusste Verschleierung durch die MMA oder die Ermittlungsorgane. Bei 2 weiteren Personen (131 und 132) waren die Namen nicht in den vorliegenden Sektionsdokumentationen erfasst. Ob die Namen den Ermittlungsorganen zum Zeitpunkt der Sektion nicht bekannt waren oder bewusst unterschlagen wurden, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht sicher klären. Bezüglich des weiteren Prozederes lässt sich festhalten, dass die Sektionen regelhaft unter Anwesenheit von Staatsanwälten und in wenigen Fällen auch von Vertretern der Ermittlungsorgane und, wie auch am IGM der HU, größtenteils im Rahmen des regulären Tagesdienstes erfolgten.

4.6.2 Totenscheine der Mauertoten

In der Hälfte der Fälle (n = 6) lagen Totenscheine vor. In 5 von diesen Fällen lagen auf „Unbekannt“ ausgestellte Totenscheine vor. Davon wurde in 2 Fällen (119 und 137) der Name im Laufe der Sektion bekannt und nachgetragen. In 2 weiteren Fällen (120 und 132) waren die Namen in der MMA scheinbar nicht bekannt. Bei *Johannes Muschol* (127) lagen in den Akten des BStU 3 Totenscheine vor. Auffällig sind hierbei insbesondere die Uhrzeiten

des Ergebnisses der Leichenschau, die bei dem Totenschein mit namentlicher Nennung vor der Uhrzeit auf dem auf „Unbekannt“ ausgestellten Totenschein lag. Dies könnte als Hinweis darauf angesehen werden, dass der auf „Unbekannt“ ausgestellte Totenschein nachträglich erstellt wurde. Zu diesem Ergebnis kommen auch Hertle und Nooke [9]. Der dritte in den Akten des BStU vorliegende Totenschein von *Muschol* lässt sich nicht sicher einordnen. Zum einen ist unklar, aus welchen Gründen ein im IGM der HU tätiger Gerichtsmediziner einen Totenschein für eine in der MMA nicht von ihm selbst obduzierte Leiche ausstellen sollte und zum anderen ist eine sichere Zuordnung des Totenscheins, der auf „Unbekannt“ mit anderem Todesdatum, einer anderen Todeszeit und einer anderen Todesursache ausgestellt wurde, zu *Muschol* nicht möglich. Es ließ sich anhand der Unterlagen nicht klären, ob dieser Totenschein im Rahmen der Legendierung, die bei *Muschol* erfolgte, erstellt wurde oder dieser fehlerhaft in den Akten des BStU abgelegt wurde.

Bezüglich der in den Totenscheinen angegebenen pathologisch-anatomischen Todesursachen waren die Angaben in allen weiteren Fällen wahrheitsgemäß, wobei es als auffällig anzusehen ist, dass, bis auf einen Fall (127), keine Schussverletzungen benannt und die angegebenen Todesursachen, gemessen an den in den Sektionsprotokollen dokumentierten Verletzungen, teils vage waren.

Es ist festzuhalten, dass, auch wenn sich anhand der vorliegenden Unterlagen keine Hinweise auf eine systematische Verschleierung von objektiven Befunden durch Obduzenten der MMA ergeben, eine Beeinflussung der Mitarbeiter der MMA durch Dritte bei der Ausfertigung von Totenscheinen in Einzelfällen in Betracht kommt.

4.7 Blutalkoholkonzentrationen der Mauertoten

Für 25,7 % ($n = 26$) der Personen, die bei Fluchtversuchen umkamen, lagen Angaben zu gemessenen Blutalkoholkonzentrationen $> 0,10$ ‰ vor. Es wäre nachvollziehbar, dass die Wirkung des Alkohols im Sinne einer allgemeinen Enthemmung in diesen Fällen die Entscheidung zur Flucht oder deren Umsetzung begünstigt hatte, wobei anzumerken ist, dass erst bei einer Blutalkoholkonzentration von $> 0,3$ ‰ mit einer Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit zu rechnen ist. Als alkoholtypisch gilt das Umsetzen spontaner Impulse sowie eine erhöhte Risikobereitschaft [36]. Ebenso zu diskutieren ist, dass sich die Betroffenen zuvor „Mut angetrunken“ hatten, um durch die zu erwartende Enthemmung ihre Fluchtabsichten tatsächlich umzusetzen. Auch bei den 5 alkoholisierten Bürgern der BRD und den 3 DDR-Bürgern, die nicht bei einem Fluchtversuch umkamen, kann angenommen werden, dass hierbei der Alkoholeinfluss eine begünstigende Rolle gespielt hatte. Hier ist an die sogenannte Schnapsidee sowie an eine erhöhte Unvorsichtigkeit und Sorglosigkeit zu denken. Als beispielhaft können hier die Fälle der 2 Westberliner (93 und 96) gesehen werden, die alkoholisiert auf die Berliner Mauer kletterten, obwohl weithin bekannt war, dass an der Mauer scharf geschossen wurde.

Insgesamt lagen nur in 45 % ($n = 63$) der Fälle Aufzeichnungen über gemessene Blutalkoholkonzentrationen vor. Nach der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ und der „Richtlinie zur Bearbeitung von Grenzprovokationen mit tödlichen Ausgang“ sollte regelhaft eine Bestimmung der Blutalkoholkonzentration erfolgen [235, 236]. Dies legt nahe, dass in mehr Fällen die Bestimmung der Blutalkoholkonzentration erfolgte und die Unterlagen hierzu im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin lediglich nicht aufgefunden wurden. Zusätzlich wurden einzelne Fälle, in denen aufgrund fehlender Messwerte und entsprechend fehlender Quantifizierbarkeit nur anzunehmen war, dass die Betroffenen Alkohol zu sich genommen hatten, nicht einbezogen. Es ist folglich nicht nur nicht auszuschließen, sondern sogar davon auszugehen, dass in mehr als in den erfassten 24,3 % ($n = 34$) aller Fälle eine alkoholische Beeinflussung vorlag. Hinweise auf weitergehende toxikologische Untersuchungen konnten den vorliegenden Unterlagen nicht entnommen werden.

Begrenzend ist anzumerken, dass im Rahmen von Fäulnisprozessen sowohl ein Ethanol-schwund [24] als auch eine Ethanolneubildung [239] stattfinden kann. Dies kann die gemessene postmortale Blutalkoholkonzentration verfälschen, da Fäulnisalkohole ebenso wie prä-mortale zugeführte Ethanole gleichermaßen durch die Widmark- und ADH-Messverfahren erfasst werden. Hieraus ergibt sich, dass die Blutalkoholkonzentrationen bei den Mauertoten mit einem langem postmortalem Intervall, bei denen zum Zeitpunkt der Sektion bereits Fäulnisprozesse eingesetzt hatten, möglicherweise fälschlicherweise zu hoch oder zu niedrig gemessen wurden. Bei niedrigen Konzentrationen kann es sich dementsprechend um falsch-positive Befunde handeln. Hier sind die Fälle von *Francizek Pisik* (80) und *Rainer Liebeke* (133) zu nennen. Die Toten zeigten beide nur eine geringe Blutalkoholkonzentration von $< 0,3$ ‰ und wurden in beginnendem (80) beziehungsweise fortgeschrittenem (133) Fäulniszustand obduziert.

Ein weiterer Fall, der einschränkend zu betrachten ist, ist der Fall von *Siegfried Krug* (85). Im Rahmen der in der Auswertung der Blutalkoholkonzentrationen verwendeten Bildung des Mittelwertes der - im Regelfall - 4 mittels ADH- beziehungsweise Widmark-Verfahren erfassten Werte, ergab sich hier ein Mittelwert von 0,16 ‰. Die mit dem Widmark-Verfahren ermittelten Werte betragen 0,35 ‰ und 0,2 ‰ und die mit dem ADH-Verfahren betragen 0,1 ‰ und 0 ‰. Nach Madea und Brinkmann [240] ist das ADH-Verfahren dem Widmark-Verfahren jedoch als überlegen anzusehen, sodass bei *Krug* davon auszugehen ist, dass es sich um einen falsch-positiven Befund handelte.

4.8 Medizinische Versorgung und Krankenhausaufenthalte der Mauertoten

Mit 64,2 % ($n = 43$) von den 67 Fällen, in denen die Verletzten sicher in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, wurde ein Großteil in das VPK, das Armeelazarett Drewitz oder das Haftkrankenhaus Hohenschönhausen gebracht. Dies erfolgte, obwohl zumindest teilweise an-

dere Krankenhäuser näher an den Ereignisorten gelegen hätten. Dass hierbei bevorzugt das dem Ministerium des Inneren unterstehende VPK angefahren wurde, erklärt sich aus dessen Zuständigkeitsbereich für innere Sicherheit und Grenzsicherheit und der Lage nahe der Mauer sowie aus Festlegungen des MfS zum Vorgehen bei „Grenzprovokationen mit tödlichem Ausgang“ [236]. Hiernach sollten sogenannte Grenzprovokateure in das VPK eingeliefert werden, wobei anschließend dort die Behandlungsunterlagen aus Gründen der Konspiration zu entfernen waren [236]. Verletzte bei Vorfällen an der Staatsgrenze im Raum Potsdam sollten unter anderem in das Armeelazarett Drewitz und das Haftkrankenhaus Hohenschönhausen eingeliefert werden [238]. Auch Hertle und Nooke [230] kommen zu dem Ergebnis, dass Verletzte an der Berliner Mauer bevorzugt in das VPK und das Armeelazarett Drewitz eingeliefert werden sollten.

Einen weiteren Aspekt stellt die Zeit bis zur angemessenen medizinischen Versorgung dar. 22,4 % ($n = 13$) der Verletzten, die in ein Krankenhaus in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR eingeliefert wurden, mussten mindestens eine halbe Stunde auf die Versorgung beziehungsweise den Abtransport warten. Mögliche Erklärungsansätze finden sich in der gesonderten Situation im Grenzgebiet. Zum einen sollte der Abtransport über Wagen der Grenzregimenter erfolgen [238]. Zum anderen konnten zivile Krankenvagen der nächstgelegenen Krankenhäuser nicht ohne Genehmigung ins Grenzgebiet vordringen. Des Weiteren ist nachvollziehbar, dass es im Rahmen der komplexen Befehlskette zu Verzögerungen kam. Es mussten Vorgesetzte informiert werden, die sich zunächst ein Bild von der Lage machen mussten, um dann das weitere Vorgehen zu entscheiden. Hierzu zählte zum Beispiel, wer den Ereignisort betreten durfte [241]. In wenigen Fällen wurden die Verletzten noch verhört, bevor sie medizinisch behandelt wurden und in Einzelfällen kam es vor, dass Personen nicht zeitnah geborgen wurden, um die Einsehbarkeit aus West-Berlin, zum Beispiel durch Schaffung einer künstlichen Nebelwand (27), zu verringern. In nahezu der Hälfte der Fälle in Ost-Berlin beziehungsweise auf dem Gebiet der DDR ($n = 28$) erfolgte die medizinische Versorgung jedoch etwa innerhalb einer halben Stunde nach der jeweiligen Verletzung. Daraus lässt sich ableiten, dass die Versorgung nicht systematisch unterbunden oder verzögert wurde. Dass Verzögerungen aus Gründen der Organisation im Grenzgebiet oder zur Verheimlichung des Vorfalls vor West-Berlin den Todeseintritt begünstigen konnten, muss den Beteiligten jedoch klar gewesen sein und steht außer Frage.

Bezüglich der Rettbarkeit der Mauertoten, die mehr als 30 Minuten auf angemessene medizinische Hilfe warten mussten, bleiben Fragen offen. In den Fällen von *Dieter Wohlfahrt* (10), *Dorit Schmiel* (13) und *Klaus Garten* (61) lagen keine Sektionsprotokolle vor, sodass sich hier keine Aussagen über die Überlebenschancen treffen lassen. Bei *Wohlfahrt* (10) soll jedoch eine Verletzung der Herzkammer vorgelegen haben, sodass eine Rettbarkeit auch bei zügigerer medizinischer Versorgung sehr fraglich erscheint. Für *Siegfried Noffke* (26), der vor seinem Abtransport noch verhört wurde, bei dem die genaue Zeit bis zum Abtransport aber nicht bekannt ist, lag ebenso kein Sektionsprotokoll vor, sodass auch

hier keine weiteren Aussagen getroffen werden können. *Lutz Haberlandt* (21) und *Michael Kollender* (73) hatten Schädelschussverletzungen erlitten, die, aufgrund von konsekutiven Hirnblutungen und Hirnschwellungen, mutmaßlich zügig zum Tode geführt haben. In den Fällen *Peter Fechter* (27), *Helmut Kliem* (97) und *Silvio Proksch* (131) lagen Verletzungen von großen Extremitätenarterien vor, sodass von einem raschen Blutverlust auszugehen ist. Wie schnell dieser im Einzelfall erfolgte, lässt sich jedoch allein anhand der Sektionsprotokolle nicht nachvollziehen. Wie auch durch Horn [16] dargelegt, hätte eine schnellere professionelle medizinische Notfallversorgung, zum Beispiel in Form von Volumensubstitution oder sofortiger Operation, sicher einen positiven Einfluss auf die Überlebenschancen gehabt, exakte zeitliche Aussagen lassen sich hierüber jedoch nicht treffen. Bei *Heinz Müller* (93), *Czesław Jan Kukuczka* (114), *Lothar Hennig* (120), *Hans-Jürgen Starrost* (128) und *Michael-Horst Schmidt* (132) lagen verschiedene Organverletzungen oder Verletzungen großer venöser Gefäße vor, die nicht zwingend zum sofortigen Tod führen müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass eine zeitnahe professionelle medizinische Versorgung in diesen Fällen die Überlebenschancen verbessert hätte. Da es sich hierbei jedoch um ein multifaktorielles Geschehen handelt, wobei zum Beispiel die genauen zeitlichen Abläufe, die Wundmorphologie, die durchgeführten Erstmaßnahmen und der jeweils geltende Standard der medizinischen Versorgung eine große Rolle spielen, die im Rahmen der Ausarbeitung der Verfasserin nicht lückenlos erfasst wurden, kann hier keine haltbare Aussage getroffen werden.

In 19 Fällen ließ sich anhand der vorliegenden Dokumentationen nicht klären, ob die Betroffenen vor dem Todeseintritt in ein Krankenhaus eingeliefert wurden. Weitere 55 der Mauertoten waren ertrunken oder aufgrund des Verletzungsmusters vor Ort mutmaßlich so zügig verstorben, dass sie in kein Krankenhaus eingeliefert wurden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin erhobenen Daten bezüglich der Krankenhausaufenthalte und der Zeiten bis zur adäquaten medizinischen Versorgung als lückenhaft anzusehen sind. Information zu den Krankenhausaufenthalten und Zeiten bis zur medizinischen Versorgung fanden sich in unterschiedlichsten Unterlagen, zum Beispiel in Berichten des MfS oder in Krankenhausberichten, sind jedoch nicht Teil der Sektionsprotokolle. Das Hauptaugenmerk der Archivrecherche der Verfasserin lag jedoch in der Auswertung der Todesursachen mithilfe der Obduktionsberichte, nicht in der Auswertung des zum Tode führenden Geschehens oder der diesbezüglichen exakten zeitlichen Abläufe. Aus diesem Grund kann im Rahmen der Ausarbeitung der Verfasserin auch keine, über die obige hinausgehende, tiefgreifendere Auseinandersetzung mit der Frage der Rettbarkeit der einzelnen Betroffenen bei zügigerer professioneller medizinischer Hilfe erfolgen.

4.9 Todesumstände im weiteren Sinne der Mauertoten

Der Schusswaffeneinsatz an der Berliner Mauer war in der DDR lange Zeit lediglich durch die sogenannte Vergatterung der Grenzposten und die Schusswaffengebrauchsbestimmungen ohne feste Gesetzesgrundlage geregelt. Der Einsatz von Schusswaffen war nach der Weisungslage zur Verhinderung von Fluchtversuchen zulässig und konnte zur Verteidigung des Hoheitsgebietes und der Grenzen der DDR eingesetzt werden. Zuvor sollten Aufrufe und Warnschüsse erfolgen und andere Möglichkeiten als der Schusswaffeneinsatz ausgeschöpft werden [18]. Im Rahmen der Vergatterung wurde jedoch sinngemäß vermittelt, dass ein Grenzdurchbruch in jedem Fall und unter allen Umständen zu verhindern war [20]. Dies spiegelt sich darin wider, dass mit 68,6 % ($n = 96$) in dem Großteil der Fälle Tötungen durch Schusswaffengebrauch vorlagen. Abseits der Erkenntnis, dass die Zahl an Todesfällen an der Berliner Mauer insgesamt und in Bezug auf tödliche Schussverletzungen über die Jahre stetig abgenommen hat, lässt sich keine erkennbare Veränderung in Bezug auf das Jahr 1982, in dem die Befehlslage zum sogenannten Schießbefehl per Gesetz festgeschrieben wurde, feststellen. Insbesondere lässt sich kein erneuter Anstieg an Todesfällen durch Schussverletzungen finden. Auch für das zeitweise Aussetzen des Schießbefehls bis 1989 lässt sich kein relevanter Einfluss darstellen.

Mit 17,1 % ($n = 24$) als alleinige Todesursache und mit 22,9 % ($n = 32$) in Kombination mit Schussverletzungen stellt auch der Tod im Wasser einen wesentlichen Anteil der Todesfälle dar. Die Besonderheit des Grenzverlaufs innerhalb Berlins zum Teil orientiert an der Spree und am Außenring teils orientiert an der Havel kann hier als ursächlich gelten. Im Vergleich zur Überwindung der über die Jahre immer komplexer werdenden Grenzanlagen ist nachvollziehbar, dass der Versuch die Grenze schwimmend zu überwinden erfolgsversprechender wirkte. Abseits von Flüchtigen stellen hier weitere Gruppen die Westberliner, die aufgrund von Unachtsamkeit oder Übermut im Grenzbereich in der Spree baden gingen sowie insgesamt 5 Kinder, die beim Spielen in die Spree fielen und ertranken, dar. Obwohl diese Vorgänge zum Teil sowohl von West- als auch von Ost-Berlin aus beobachtet wurden und trotz herbeigeeilter Hilfe von Passanten, Polizisten oder Feuerwehrleuten wurden die Kinder nicht gerettet. Hertle und Nooke [9] sehen als Grund hierfür, dass die Beteiligten Angst hatten, bei der Rettung selbst für Flüchtige gehalten und erschossen zu werden. Erst im Oktober 1975 wurde eine Vereinbarung zwischen der Regierung der DDR und dem Senat von West-Berlin getroffen, die die Rettungsmaßnahmen an bestimmten Abschnitten der Grenzgewässer regelte und vereinfachen sollte [242]. Nach 1975 kam es bei Kindern zu keinen weiteren bekannt gewordenen Unfällen mit Todesfolge in Grenzgewässern.

In 3 Fällen (30, 71, 101) konnte nicht eindeutig geklärt werden, ob es sich um Unfälle, Fremdtötungen oder Selbsttötungen handelte, da eine Differenzierung allein anhand der Sektionsprotokolle nicht möglich war. Auch im Rahmen des Forschungsprojektes des ZZF und der SBM konnten die Todesumstände in diesen Fällen nicht geklärt werden [9].

Begrenzend ist zu bemerken, dass für 29 % ($n = 23$) der Fälle mit Schussverletzungen (auch in Kombination mit Ertrinken), 53,3 % ($n = 8$) der Fälle von Ertrinken/Badetod, für einen der 2 Erstickten und für 38,5 % ($n = 5$) der durch stumpfe Gewalt zu Tode Gekommenen keine Sektionsprotokolle vorlagen. Insbesondere für die Fälle, in denen aufgrund der bekannten Todesumstände eine Kombination aus Ertrinken und Schussverletzungen vorliegen konnte, kann ohne Sektionsprotokoll nicht objektiviert werden, welchen Einfluss die Schussverletzung und welchen Einfluss das Wasser auf den Todeseintritt gehabt hatten.

4.10 Schussverletzungen der Mauertoten

4.10.1 Waffen

Während die Untersuchung der Beschaffenheit von Schussverletzungen am Menschen bezüglich der Schussrichtung und der Merkmale von Ein- und Ausschussverletzungen sowie von Nah- und Fernschüssen ein Kerngebiet der Gerichtsmedizin darstellt, liegt die eingehende Untersuchung der Geschosse und Bestimmung des Kalibers und der Tatwaffe im Aufgabengebiet der kriminaltechnischen Untersuchungsabteilung [25]. Üblicherweise erhält der Gerichtsmediziner Informationen zu den aufgefundenen Projektilen oder Waffen und hat die Aufgabe, eine Plausibilitätsprüfung durchzuführen. Ohne diese Informationen ist die Aussagekraft allein anhand des vorliegenden Leichnams und der Wundmorphologie sehr eingeschränkt. Vielmehr muss hier eine enge Zusammenarbeit zwischen Gerichtsmediziner und Ballistiker erfolgen [16]. Aufzeichnungen über kriminaltechnische Untersuchungen lagen jedoch nur in wenigen Einzelfällen vor. Da der Adressat solcher Ergebnisse in der Regel die ermittelnde Staatsanwaltschaft und nicht das gerichtsmedizinische Institut ist, entspricht dies der Erwartung. Die Ergebnisse dieser Archivrecherche bezüglich des eingesetzten Waffentyps beziehen sich daher größtenteils auf die Angaben, die an die Obduzenten bezüglich des Tatherganges gemacht und die schriftlich im Sektionsprotokoll festgehalten wurden. In Kenntnis der routinemäßig in der DDR eingesetzten Bewaffnung mit Langwaffen der Kalaschnikow-Baureihe und Kurz Waffen vom Typ Makarow (siehe Kapitel 1.1.4) kann angenommen werden, dass die Informationen an die Obduzenten, in denen als Tatwaffen größtenteils Maschinenpistolen vom Typ Kalaschnikow genannt waren, wahrheitsgemäß getätigt wurden. Auch nach der „Ordnung für die Bearbeitung von Leichenvorgängen“ sollte den Obduzenten die Waffenart mitgeteilt werden [235]. Dennoch lag in nicht einmal der Hälfte der recherchierten Vorgänge eine schriftliche Nennung der Waffenart vor. Aufgrund der routinemäßigen Bewaffnung kann jedoch auch für die meisten von diesen Fällen, für die der Tathergang, zum Beispiel Beschuss von einem Postenturm aus, bekannt war, davon ausgegangen werden, dass die Verletzungen durch Langwaffen vom Typ Kalaschnikow oder vom Typ Schpagin zugefügt wurden. Hieraus ergibt sich, dass mit 87,3 % ($n = 89$) in einer großen Mehrheit der Fälle Schussverletzungen vermutlich durch Langwaffen vom Typ Kalaschnikow oder vom Typ Schpagin zugefügt wurden. Nur in sehr wenigen Fällen ($n = 5$) lagen nachweislich Schussverletzungen durch eine

Kurzwaffe vom Typ Makarow vor. In einem der ungeklärten Fälle (10) handelte es sich bei der Tatwaffe möglicherweise ebenso um eine Kurzwaffe vom Typ Makarow, da aus der Leiche ein 9-mm-Projektile geborgen wurde. Auch im Fall von *Heinz Jercha* (14) sprach das aufgefundene Projektil vom Kaliber 7,65 mm am ehesten für eine Verletzung durch eine Kurzwaffe. Bei *Egon Schultz* (52) lässt sich anhand des Sektionsprotokolls, bis auf den Bruststeckschuss, der durch Pistolenmunition zugefügt wurde, keine Aussage über die weiteren Schussverletzungen treffen. Im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen Aufarbeitung in den 1990er Jahren wurde festgestellt, dass die Bruststeckschussverletzung durch eine Pistole und die übrigen Schussverletzungen durch eine Langwaffe vom Typ Kalaschnikow zugefügt wurden [9]. In den verbleibenden 3 Fällen (26, 103 und 114) lässt sich aufgrund fehlender Dokumentation bezüglich aufgefundener Projektile und der Tatwaffen keine Aussage treffen. Abschließend ist anzumerken, dass eine Auswertung nur auf der Basis von Sektionsprotokollen kein geeignetes Mittel zur Bestimmung von Geschosskalibern und verwendeten Schusswaffen ist.

4.10.2 Schussentfernung

In 76,5 % (n = 78) der Fälle, in denen Schussverletzungen vorlagen, waren Sektionsprotokolle vorhanden. Von diesen waren in 67,9 % (n = 53) der Fälle Informationen zur Schussentfernung durch die Obduzenten verschriftlicht. Hierbei wurde entweder benannt, dass es sich um Nahschüsse handelte (n = 6), dass keine Anzeichen für einen Nahschuss vorlagen (n = 41) oder es wurden keine Unstimmigkeiten bezüglich der Informationen, dass es sich um einen Fernschuss gehandelt hatte, konstatiert (n = 6). In den verbleibenden 32,1 % (n = 25) der Fälle wurden keine nahschusspezifischen Charakteristika beschrieben. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei ebenso um Fernschüsse handelte. Begrenzend ist anzumerken, dass nicht in allen Fällen die Kleidung der Toten zur Untersuchung vorlag. Diese kann jedoch notwendig sein, um zum Beispiel relative Nahschüsse von Fernschüssen zu unterscheiden [39].

Mit 91,2 % (n = 93) lagen im weitaus größten Anteil aller Fälle mit Schussverletzungen Distanzschüsse vor. Lediglich in 6 Fällen konnten Nahschüsse festgestellt werden. Es handelte sich hierbei in 3 Fällen um Selbsttötungen. In 2 weiteren Fällen waren die Schüsse aus kurzer Distanz zweifelsfrei mit den bekannten Tatumständen vereinbar (58 und 128). Im Fall von *Willi Marzahn* (71) konnte weder anhand des Sektionsprotokolls noch anhand anderer Dokumente sicher zwischen einer selbst- oder fremdbeigebrachten Verletzung unterschieden werden. Dass bei ihm eine Nahschussverletzung vorlag, war jedoch anhand des Sektionsprotokolls und von Nachuntersuchungen des IGM der HU zweifellos.

In 3 Fällen bleibt nach Auswertung der vorliegenden Dokumentationen ungeklärt, ob es sich um Nah- oder Fernschüsse handelte. Bei *Wolfgang Glöde* (24) und *Siegfried Noffke* (26) kann aufgrund fehlender Unterlagen keine Aussage getroffen werden. Bei *Czesław Jan Kukulczka* (114) kommt aufgrund der Beschreibung des Lokalbefundes und der Kleidung durch die Obduzenten ein Fernschuss oder ein relativer Nahschuss in Betracht. Die Obduzenten

selbst äußerten sich nicht wertend zur Schussentfernung. Wie nah sich der Schütze zu *Kuczka* befand, war auch Hertle und Nooke [9] nicht hinreichend bekannt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass, soweit Flüchtige durch einen oder mehrere Schüsse aus der Distanz getroffen wurden, keine Nachschüsse aus der Nähe in Tötungsabsicht erfolgten. Dass die meisten Schussverletzungen aus der Distanz erfolgten, ergibt sich aus der Tatsache, dass die Flüchtigen häufig von Wachtürmen aus von Grenzposten entdeckt wurden, die sodann von ihrem Posten aus von ihrer Waffe Gebrauch machten. In der Regel waren die Postentürme so positioniert, dass die maximale Schussentfernung 250 m betrug [16].

4.10.3 Lokalisationen

In 57,8 % ($n = 59$) aller Fälle mit Schussverletzungen lagen Einzelschussverletzungen vor. Es handelte sich hierbei in mehr als der Hälfte der Fälle um Rumpferletzungen ($n = 32$), gefolgt von isolierten Kopfschussverletzungen ($n = 20$). In Kombination mit Ertrinken lagen in den meisten Fällen isolierte Kopfschussverletzungen ($n = 5$) vor. Dies lässt sich möglicherweise daraus erklären, dass beim Schwimmen im Regelfall der Kopf aus dem Wasser herausragt und entsprechend das vorrangige Ziel des Beschusses darstellen könnte. In etwas weniger als der Hälfte aller Fälle ($n = 43$) lagen mehrere Schussverletzungen vor. Es handelte sich hierbei vorrangig um die Kombination aus Rumpf- und Extremitätenverletzungen.

Nach den geltenden Rechtsbestimmungen der DDR beziehungsweise den internen Vorgaben zum Einsatz der Schusswaffe sollte diese ein letztes Mittel zur Vereitelung eines Fluchtversuches sein [18]. Die Grenzdurchbrüche sollten aufgehalten werden und hierbei wurde eine tödliche Verletzung zwar billigend in Kauf genommen, es bestand jedoch keine offizielle Anweisung die Flüchtigen primär zu töten. Nach Horn [16] ist ein gezieltes Einzelfeuerschüssen aus einer Kalaschnikow bis zu einer Entfernung von 100 m plausibel. Da die Informationen zur genaueren Entfernung der Schützen, soweit sie überhaupt gegeben waren, größtenteils aus Berichten des MfS und den Informationen, die das MfS den Obduzenten zukommen ließen, stammten, fand im Rahmen dieser Ausarbeitung aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit keine Aufschlüsselung bezüglich dieser genannten Entfernungen statt. Zweifelsfrei lässt sich jedoch festhalten, dass die Tötung eines Menschen billigend in Kauf genommen wird, wenn aus großer Entfernung geschossen wird, da mit größer werdender Distanz zwischen Waffemündung und Ziel die Treffsicherheit sinkt [16, 243].

4.11 Todesursachen der Mauertoten

Für 103 der Mauertoten waren Sektionsprotokolle vorhanden, anhand derer sich die Todesursachen eruieren ließen. Mit 70 % ($n = 56$) der Fälle mit Schussverletzungen, für die ein Sektionsprotokoll vorlag, handelte es sich bei der häufigsten Todesursache um Verbluten nach innen und außen, wobei im Regelfall Verletzungen von großen Blutgefäßen oder weitreichende Organ- und Weichteilverletzungen vorlagen. Schädel-Hirn- und Halsmarkverletzungen durch

Schüsse stellten alleinig und in Kombination mit Verbluten und Ertrinken mit 25 % (n = 20) ebenso einen wesentlichen Anteil dar. Bei den 8 Fällen mit stumpfen Gewalteinwirkungen waren mit 87,5 % (n = 7) ebenso größtenteils Schädel-Hirn-Verletzungen und zusätzlich nicht mit dem Leben zu vereinbarende Verletzungen todesursächlich. Vereinzelt kam es zu Spätfolgen äußerer Gewalteinwirkung, wie Lungen- und Bauchfellentzündungen, Lungenfett- und Lungenarterienembolien, Nierenversagen und Harn- und Blutvergiftungen. Mit 86,7 % (n = 13) war Ertrinken die Haupttodesursache bei aus Gewässern geborgenen Toten, die keine Anzeichen für äußere Gewalteinwirkungen zeigten.

In 37 Fällen wurden keine Sektionsprotokolle aufgefunden. Mit 47,8 % (n = 11) der Schussverletzten, für die kein Sektionsprotokoll vorlag, war bei diesen die häufigste Todesursache Verbluten nach innen und außen. Der Tod im Wasser mit und ohne äußere Gewalteinwirkung stellte mit 24,3 % (n = 9) ebenso einen großen Anteil dar. Bei den stumpfen Gewalteinwirkungen waren neben direkten Folgen, wie einem Schädel-Hirn-Trauma auch indirekte Folgen, wie eine Lungenentzündung und ein Herzinfarkt todesursächlich. Es ist anzumerken, dass die genannten Todesursachen ohne Sektionsprotokoll nicht kritisch geprüft werden konnten. In 29,2 % (n = 11) der Fälle, für die kein Sektionsprotokoll vorlag, waren keine weiteren Informationen über die Todesursache hinausgehend über das Vorhandensein von Schussverletzungen oder den Unfallmechanismus Sturz aufzufinden.

4.12 Einzelfallbetrachtungen der Mauertoten

4.12.1 Vorbemerkungen

Zum einen werden in den folgenden Unterkapiteln die Sektionsbefunde beziehungsweise die Verletzungsmuster fallweise in Bezug auf die Erkenntnisse bezüglich der, durch Hertle und Nooke [9] dargelegten, Verletzungen und Todesumstände diskutiert. Tiefgehender betrachtet werden vorrangig jene Fälle, in denen nach Hertle und Nooke [9] noch Unstimmigkeiten und offene Fragen bezüglich der Todesursache bestehen sowie Fälle, in denen durch die Archivrecherche der Verfasserin neue Erkenntnisse, insbesondere durch dem ZZF und der SBM nicht vorliegende Sektionsprotokolle, gewonnen werden konnten. Zum anderen sollen Fälle Beachtung finden, in denen im Rahmen der Ausarbeitung der Verfasserin Diskrepanzen aufgefallen sind und solche, bei denen selbst durch die rechtsmedizinisch supervidierte Auswertung nicht alle offenen Fragen geklärt werden konnten.

Zur Vermeidung von Redundanzen finden die übrigen Fälle, in denen durch die Archivrecherche der Verfasserin und das ZZF und die SBM die gleichen Todesursachen und -umstände recherchiert wurden und in denen keine weiteren Diskrepanzen im Rahmen der Recherchen und Auswertungen zum Vorschein traten, lediglich zusammenfassend Erwähnung.

4.12.2 Schussverletzungen

In den folgenden Fällen ist nach Auswertung der verfügbaren Unterlagen zu den bereits von Hertle und Nooke [9] getroffenen fallbezogenen Angaben zu Abläufen, Verletzungen, Todesursachen und deren Interpretation keine Ergänzung notwendig: *Werner Probst* (8), *Klaus Brueske* (16), *Peter Göring* (20), *Peter Fechter* (27), *Hans-Dieter Wesa* (28), *Ernst Mundt* (29), *Dieter Berger* (43), *Paul Schultz* (44), *Walter Heike* (47), *Hildegard Trabant* (50), *Wernhard Mispelhorn* (51), *Hans-Peter Hauptmann* (58), *Hermann Döbler* (59), *Heinz Sokolowski* (64), *Erich Kühn* (65), *Willi Block* (68), *Eduard Wroblewski* (75), *Heinz Schmidt* (76), *Elke Weckeiser* (81), *Dieter Weckeiser* (82), *Herbert Mende* (83), *Siegfried Krug* (85), *Johannes Lange* (88), *Leo Lis* (90), *Eckhardt Wehage* (91), *Christel Wehage* (92), *Heinz Müller* (93), *Willi Born* (94), *Friedhelm Ehrlich* (95), *Helmut Kliem* (97), *Christian Peter Friese* (99), *Werner Kühl* (102), *Manfred Weylandt* (105), *Klaus Schulze* (106), *Herbert Kiebler* (119), *Wladimir Iwanowitsch Odinzow* (123), *Ulrich Steinhauer* (124), *Marienetta Jirkowsky* (125), *Johannes Muschol* (127), *Hans-Jürgen Starrost* (128), *Lothar Fritz Freie* (130), *Silvio Proksch* (131), *Michael-Horst Schmidt* (132), *Manfred Mäder* (134), *Lutz Schmidt* (137) und *Chris Gueffroy* (139). Für diese Fälle lagen Sektionsprotokolle zur Auswertung vor. Die Sektionsbefunde stellen sich zwar zum Teil detaillierter dar, getroffene Körperpartien und Anzahl der Schussverletzungen stimmen jedoch mit den durch Hertle und Nooke [9] genannten Verletzungen überein. Des Weiteren haben sich in diesen Fällen keine Auffälligkeiten oder Diskrepanzen in Bezug auf den durch Hertle und Nooke [9] beschriebenen Tathergang beziehungsweise die Todesumstände oder anderweitige relevante Zusatzinformationen ergeben. Weiterhin haben sich für diese Fälle auch im Rahmen der Archivrecherche der Verfasserin keine Auffälligkeiten oder Ungereimtheiten gezeigt. Insbesondere für die Fälle, in denen Hertle und Nooke [9] keine Sektionsprotokolle vorlagen (83, 91, 92, 94 und 132), lassen sich die durch die Autoren recherchierten Vorgänge beziehungsweise Verletzungen der Betroffenen bestätigen. Für *Dieter Brandes* (67), *Horst Kullack* (104) und *Burkhard Niering* (113) lagen zwar keine Sektionsprotokolle vor, aber anhand von Arztberichten konnten die Ausführungen von Hertle und Nooke [9] bezüglich der vorliegenden Verletzungen ebenfalls bestätigt werden.

In den folgenden Fällen sind die Darlegungen von Hertle und Nooke [9] bezüglich der Verletzungen der Mauertoten durch die kritische rechtsmedizinische Analyse der Sektionsprotokolle zu präzisieren beziehungsweise ist ihnen etwas hinzuzufügen, wobei sich ebenso keine Diskrepanzen bezüglich des durch Hertle und Nooke [9] beschriebenen Tatherganges ergeben und keine relevanten offenen Fragen verbleiben: *Günter Litfin* (2), *Axel Hannemann* (22), *Anton Walzer* (31), *Hans Räwel* (35), *Peter Mädler* (39), *Klaus Schröter* (41), *Paul Stretz* (74), *Horst Körner* (86), *Rolf Henniger* (87), *Max Sahmland* (79), *Gerald Thiem* (96), *Dieter Beilig* (103) und *René Gross* (135).

Bei *Litfin*, *Hannemann*, *Walzer*, *Räwel*, *Mädler* und *Sahmland* bestanden Schussverletzungen in Kombination mit Ertrinkensbefunden, wobei bei *Litfin* nicht das Sektionsprotokoll selbst, sondern eine Aussage des Obduzenten über das Sektionsergebnis vorlag. In den Darlegungen von Hertle und Nooke [9] werden die Ertrinkungsbefunde nicht explizit erwähnt. Die weiteren Sektionsbefunde in diesen Fällen stimmen mit den Ausarbeitungen von Hertle und Nooke [9] überein.

Schröter hatte, wie durch Hertle und Nooke [9] aufgezeigt, höchstwahrscheinlich durch eine Streifschussverletzung am Hinterkopf das Bewusstsein verloren und war daraufhin ertrunken. Hierbei hatte er eine Hirnprellung erlitten. Das MfS versuchte die Tatsache, dass *Schröter* beschossen wurde und in Folge dessen ertrunken war, geheim zu halten und teilte sowohl der Mutter als auch seinen Kollegen die Todesursache „Ertrinken infolge einer Gehirnprellung“ mit [9]. In Kenntnis des Sektionsbefundes kann hier festgehalten werden, dass diese Information an sich nicht falsch war und sogar dem tatsächlichen Sektionsergebnis entsprach. Im Rahmen der Legendierungsmaßnahmen ist jedoch davon auszugehen, dass die zur Hirnprellung führende Schussverletzung in den Erläuterungen des MfS ausgespart wurde.

Wie durch Hertle und Nooke [9] beschrieben, lagen bei *Henniger* multiple Schussverletzungen an Brust und Kopf vor und auch *Körner* starb nach dem Beschuss durch eine Maschinenpistole. Anhand der Sektionsprotokolle ist hinzuzufügen, dass *Henniger* zusätzliche Schussverletzungen am linken Arm erlitten hatte. Die weitreichende Verletzung des Kopfes wurde vermutlich durch einen Querschläger verursacht. Auch *Körner* wurde durch multiple Schüsse an Rumpf und linkem Arm verletzt.

Stretz hatte, wie durch Hertle und Nooke [9] dargelegt, mehrere Schussverletzungen von Kopf, Brust und Oberarm erlitten. Zusätzlich wurde er auch in den linken Unterschenkel getroffen.

Bei *Thiem*, der an einem Brustdurch- und -steckschuss verstorben war [9], lagen zusätzlich Streifschüsse am linken Unterarm und an der Rumpfaußenseite sowie oberflächliche Durchschüsse an beiden Oberschenkeln vor.

Beilig wurde, wie durch Hertle und Nooke [9] dargelegt, durch einen Schuss in den Oberkörper verletzt, wobei die Autoren in ihrer Ausarbeitung nicht die genaue Lokalisation festhalten. Laut Sektionsprotokoll hatte ihn das Projektil seitlich in die linke Rückenseite getroffen. Dies ist vereinbar mit der Berichterstattung der Abteilung IX des MfS, nach der *Beilig* in einem Vernehmungssaal bei einem Fluchtversuch durch ein Fenster aus kurzer Distanz mit einer Schusswaffe verletzt wurde.

Auch *Gross* starb, wie durch Hertle und Nooke [9] ausgeführt, an einer Kopfschussverletzung. Es handelte sich hierbei jedoch nicht um eine isolierte Kopfschussverletzung. Es lag zusätzlich eine Schussverletzung oberhalb des rechten Schlüsselbeins vor.

Die oben genannten Befunderweiterungen ergaben sich sämtlich durch den Erhalt zusätzlicher Informationen aus den Sektionsprotokollen und aus anderen medizinisch relevanten Unterlagen im Rahmen der vorliegenden Recherche und beziehen sich zum einen auf Fälle,

in denen nur durch eine Obduktion geklärt werden konnte, dass der Tod eine Kombination aus Ertrinken und Schussverletzungen eingetreten war (2, 22, 31, 35, 39, 79). Zum anderen handelte es sich um Auslassungen von zum Beispiel zusätzlich zur tödlichen Schussverletzung vorliegenden Schussverletzungen der Extremitäten (74, 86, 87, 96, 103, 135), die der rechtsmedizinische Laie möglicherweise als weniger relevant beziehungsweise nicht erwähnenswert erachtet. Die Ausarbeitungen von Hertle und Nooke [9] im Rahmen des Projektes des ZZF und der SBM wurden nicht unter rechtsmedizinischer Supervision durchgeführt und es erfolgte keine systematische Recherche der Sektionsprotokolle. Es ist anzumerken, dass das Hauptaugenmerk des Projektes auch nicht auf einer rechtsmedizinischen Analyse, sondern auf der Bildung einer zuverlässigen, wissenschaftlich fundierten Quelle der tatsächlichen Anzahl der Todesopfer an der Berliner Mauer sowie deren Todesumstände und Lebensgeschichten lag [9].

Bei *Dieter Wohlfahrt* (10), *Dorit Schmiel* (13), *Lothar Schleusener* (69), *Jörg Hartmann* (70), *Manfred Gertzki* (111) und *Michael Bittner* (136) standen keine Sektionsprotokolle zur Auswertung zur Verfügung. Den Ausführungen von Hertle und Nooke [9] bezüglich der Verletzungen können in diesen Fällen dennoch einzelne Befunde hinzugefügt werden. Diskrepanzen bezüglich der, durch Hertle und Nooke [9] beschriebenen, Todesumstände ergaben sich hieraus auch in diesen Fällen nicht, wobei aufgrund der fehlenden Sektionsunterlagen offene Fragen verbleiben.

Wie durch Hertle und Nooke [9] dargelegt, erlag *Schmiel* ihren Verletzungen durch einen Bauchdurchschuss. Sie hatte versucht, kriechend im Sperrgebiet bis zur Grenze zu gelangen [9]. Die Position der Schussverletzungen laut Krankenhausbericht unterstützt die Darlegung, dass die Schüsse in liegender Position zugefügt wurden. Die Diskrepanz in der Zuordnung der Ein- und Ausschussöffnungen zwischen Krankenhausbericht und den Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren lässt sich ohne Sektionsprotokoll nicht sicher klären. Laut den Ermittlungen der StA Berlin soll *Schmiel* von rechts beschossen worden sein. Es ist anzunehmen, dass der behandelnde Arzt des VPK nicht die gleiche Expertise in der Begutachtung und Bewertung von Ein- und Ausschusswunden wie ein Gerichtsmediziner besaß, sodass eine Fehleinschätzung der Ein- und Ausschusswunden im Krankenhaus durchaus nachvollziehbar erscheint. *Schmiel* musste länger als eine halbe Stunde auf den Abtransport in das VPK warten. Darüber, ob *Schmiel* überlebt hätte, wenn sie zügiger medizinisch versorgt worden wäre, lässt sich mit den vorliegenden Unterlagen keine Aussage treffen.

Bei *Gertzki* lag das Protokoll einer Leichenschau vor, dem zusätzliche Informationen zu entnehmen waren. Die bei der Leichenschau aufgefallenen, durchfeuchteten Sachen unterstützen die Darlegungen von Hertle und Nooke [9], dass *Gertzki* an Land von Schüssen getroffen und anschließend von einem Grenzposten in die Spree geschoben wurde. Er war von 2 Projektilen in den Rücken getroffen worden und hatte einen Streifschuss am Gesäß erlitten. Ob *Gertzki* letztendlich ertrunken oder an den Schussverletzungen gestorben war, lässt sich ohne ein entsprechendes Obduktionsprotokoll nicht klären.

Für *Wohlfahrt*, *Schleusener* und *Hartmann* waren im Rahmen der Archivrecherche nur wenige Unterlagen aufzufinden, sodass hier Unsicherheiten bezüglich der vorhandenen Verletzungen verbleiben. *Wohlfahrt* hatte nach einem Bericht der Bereitschaftspolizei einen Durchschuss durch das Herz durch ein 9-mm-Projektil erlitten. Es kann aus diesem Grund angenommen werden, dass der Beschuss durch eine Kurzwaffe vom Typ Makarow erfolgte (siehe Kapitel 4.10.1).

Bei *Schleusener* und *Hartmann* ist hinzuzufügen, dass *Schleusener* vermutlich von multiplen Schüssen und *Hartmann* durch einen Schuss getroffen wurde. Es lagen jedoch weder Krankenhausberichte vor noch wurden die Kinder obduziert, sodass hier eine große Unsicherheit bezüglich der beigebrachten Verletzungen besteht.

Ob *Bittner*, wie durch Hertle und Nooke [9] dargelegt, 2 Schussverletzungen in den Rücken erlitten hatte, kann ohne das Sektionsprotokoll nicht überprüft werden. Die vorliegenden Unterlagen, die als Ergebnis der Sektion einen Tod durch Herzmuskelzerreißung und eine Leberzerreiung angeben, widersprechen den Ausführungen prinzipiell nicht.

In einigen Fällen wurden Diskrepanzen bezüglich der Ausführungen von Hertle und Nooke [9] festgestellt. Hierzu gehören *Heinz Jercha (14)*, *Lutz Haberlandt (21)*, *Joachim Mehr (54)*, *Christian Buttkus (56)*, *Walter Kittel (62)*, *Heinz Schöneberger (66)*, *Eberhardt Schulz (72)*, *Michael Kollender (73)*, *Klaus-Jrgen Kluge (89)* und *Rolf-Dieter Kabelitz (100)*. Diese Fälle werden im Folgenden ausführlicher diskutiert.

Heinz Jercha (14)

Die bei *Jercha* vorliegende Steckschussverletzung sowie das deformierte Geschoss stehen im Einklang mit den durch Hertle und Nooke [9] recherchierten Todesumständen, nach denen er bei der Flucht vor Mitarbeitern des MfS durch einen Querschläger getroffen wurde. Es ist jedoch hervorzuheben, dass sich die Einschusswunde am Rücken und nicht, wie bei Hertle und Nooke [9] beschrieben, an der Brust befand.

Lutz Haberlandt (21)

Dass *Haberlandt*, wie durch Hertle und Nooke [9] dargelegt, an einer Kopfschussverletzung verstorben war, lässt sich durch das Sektionsprotokoll bestätigen. Laut der „Anzeige über die Aufhebung der Leiche“ war er jedoch bei seinem Abtransport 40 Minuten nach der Verletzungsbeibringung nicht, wie von Hertle und Nooke [9] vermutet, bereits tot gewesen, sondern verstarb erst nach seiner Ankunft im VPK, wenn auch nur kurze Zeit später. In Anbetracht seiner Schädelverletzung ist jedoch festzuhalten, dass auch eine frühere Bergung sein Leben vermutlich nicht gerettet hätte. Diese Ansicht wird auch durch Horn [16] vertreten.

Joachim Mehr (54)

Mehr wurde zusammen mit einem Bekannten bei einem Fluchtversuch von einem Postenturm aus entdeckt und anschließend beschossen. Sie seien verletzt zusammengesunken und hatten anschließend versucht die Grenze kriechend zu überwinden, waren jedoch an einem

Stacheldrahthindernis gescheitert. Ebenerdig nahm ein weiterer Grenzposten sie erneut unter Beschuss. Dabei soll *Mehr* seine tödliche Verletzung erlitten haben [9]. Das *Mehr* die tödliche Verletzung des Beckens im Liegen erhalten hatte, bestätigen die Angaben im Sektionsprotokoll. Es lassen sich jedoch keine Hinweise auf eine Schusseinwirkung finden, die ihn in aufrechter Position von einem Postenturm aus getroffen haben könnte. Sowohl die Schusskanäle in den Oberschenkeln als auch im rechten Arm waren in aufsteigender Richtung verlaufen. Zumindest war *Mehr* also nicht verletzt zusammengesunken, sondern hatte seine Verletzungen vermutlich eher kriechend und im Liegen erlitten. Weitere Aussagen lassen sich in Unkenntnis des genauen Vorgangs und der Positionen der Schützen hierzu nicht treffen.

Christian Buttkus (56)

Im Fall von *Buttkus* wurde im Rahmen der Archivrecherche anhand des Sektionsprotokolls lediglich der Beleg für nur eine Schussverletzung gefunden, während Hertle und Nooke [9] zu dem Ergebnis kommen, dass *Buttkus* 25 Einschüsse erlitten habe. Hierbei beziehen sie sich vermutlich auf eine „Einzel-Information“ des MfS, in der 25 Einschüsse bei *Buttkus* beschrieben wurden. Da im Rahmen der Archivrecherche jedoch keine Hinweise auf eine bewusste Manipulation von Sektionsbefunden festgestellt wurden, ist davon auszugehen, dass die Sektionsergebnisse den Tatsachen entsprechen. Im Rahmen der stafprozessualen Aufarbeitung der StA Berlin in den 1990er Jahren kam ein begutachtender Rechtsmediziner der FU zu dem Schluss, dass der Widerspruch nicht sicher aufzulösen war. Er war jedoch der Meinung, dass, falls *Buttkus* tatsächlich von 25 Schüssen getroffen worden wäre, bei seiner Verlobten auch eine größere Zahl an Verletzungen zu erwarten gewesen wären. Dass die Schüsse von der rechten Seite der Betroffenen abgegeben wurden, konnte durch das Sektionsprotokoll bestätigt werden [71].

Walter Kittel (62)

Bei *Kittel* ließen sich Unterschiede bezüglich der Schussentfernung feststellen. Laut Information an die Obduzenten wurde er aus 80 m Entfernung beschossen, Hertle und Nooke [9] nennen hier eine Entfernung von 15 m. Anhand des Sektionsprotokolls lässt sich jedoch nur feststellen, dass es sich um Fernschüsse gehandelt hatte. Die genaue Distanz lässt sich hieraus nicht ableiten, sodass diese Diskrepanz nicht geklärt werden kann.

Heinz Schöneberger (66)

Wie im Sektionsprotokoll des LSH W beschrieben, halten Hertle und Nooke [9] fest, dass *Schöneberger* aufgrund der Verletzung eines großen Blutgefäßes durch einen Schuss in den Rücken während seiner Flucht zu Fuß verstorben ist. Es handelte sich bei dem Gefäß jedoch, laut Sektionsprotokoll, nicht um eine Hals-, sondern um eine Schlüsselbeinarterie. Des Weiteren halten Hertle und Nooke [9] fest, dass er sich eine Verletzung am rechten Bein bereits beim Beschuss des Wagens, in dem er sich befand, zugezogen hatte. Auch die Obduzenten gingen davon aus, dass es sich bei dieser Verletzung um eine Schussverletzung handelte. Wie

der rechtsmedizinische Sachverständige im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen in den 1990er Jahren zu der Einschätzung gelangte, dass es sich dabei am ehesten um eine Pfählungsverletzung handelte, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen der StA Berlin nicht eindeutig nachvollziehen. Die geringen Blutspuren im Wagen könnten für ihn ein Hinweis gewesen sein. Dass es sich bei der Verletzung um eine Schussverletzung handelte, die sich *Schöneberger* bereits im Wagen zugezogen hatte, ist nach kritischer Prüfung der Unterlagen tatsächlich unwahrscheinlich. Möglicherweise kann es sich hierbei auch um eine Verletzung durch ein Projektil gehandelt haben, dass *Schöneberger* erst im Liegen nach der Beibringung der Rückenschussverletzung getroffen hatte.

Eberhardt Schulz (72)

Bei *Schulz* beschreiben Hertle und Nooke [9], dass dieser durch 2 Geschosse ins Gesicht und in den Hals getroffen wurde. Laut Sektionsbericht handelte es sich dabei jedoch nur um einen Durchschuss, der in die linke Wange ein- und an der rechten Halsseite ausgetreten war. Es liegt nahe, dass der im Sektionsprotokoll genannte „Durchschuss des Gesichtsschädels und Halses“ von den Autoren als 2 separate Schussverletzungen fehlgedeutet wurde.

Michael Kollender (73)

Bei *Kollender* lagen laut Sektionsprotokoll eine Kopf- und eine Unterschenkelschussverletzung, nicht, wie bei Hertle und Nooke [9] beschrieben, 2 Kopfschussverletzungen vor. Die Aussage der Mutter *Kollenders*, dass bis zu 40 Schusswunden vorlagen [9], lässt sich anhand des Sektionsergebnisses ebenso nicht bestätigen. *Kollender* gehörte zu den Betroffenen, die mindestens eine halbe Stunde auf professionelle medizinische Versorgung warten mussten. Aufgrund einer Schädigung lebenswichtiger Hirnzentren ist jedoch anzunehmen, dass er selbst bei zügigerer Versorgung nicht gerettet hätte werden können.

Klaus-Jürgen Kluge (89)

Bei *Kluge* lag laut Sektionsprotokoll nur eine isolierte Brustschussverletzung vor. Für die bei Hertle und Nooke [9] beschriebene Schussverletzung des Fußes findet sich in den vorliegenden Unterlagen kein Anhalt.

Rolf-Dieter Kabelitz (100)

Kabelitz wurde laut Hertle und Nooke [9] durch 2 Schüsse in Becken- und Oberschenkel getroffen. Diese Verletzung war jedoch, laut Arztbericht, nur durch ein Projektil zugefügt worden. Da die Verletzungen zum Zeitpunkt der Sektion bereits operativ versorgt waren, können diesbezüglich keine weiteren Aussagen getroffen werden. Wie bei *Schulz* (72) lässt sich diese Diskrepanz am ehesten als Fehlinterpretation durch rechtsmedizinische Laien erklären.

In den Fällen *Roland Hoff* (3), *Peter Böhme* (17), *Jörgen Schmidtchen* (18), *Wolfgang Glöde* (24), *Siegfried Noffke* (26), *Günter Seling* (30), *Otfried Reck* (33), *Horst Kutscher*

(36), *Peter Kreitlow* (37), *Klaus Garten* (61), *Horst Einsiedel* (110), *Johannes Sprenger* (115) und *Herbert Halli* (117) lassen sich die Ausführungen von Hertle und Nooke [9] bezüglich der Verletzungsbefunde weder überprüfen, noch können relevante Informationen hinzugefügt werden, da weder Sektionsprotokolle noch andere medizinisch relevante Unterlagen zur Auswertung vorlagen.

Abschließend erfolgt die Darstellung einzelner Fälle, bei denen im Rahmen der Ausarbeitung der Verfasserin Unklarheiten aufgetreten und/oder verblieben sind sowie von Fällen, in denen in der Zusammenschau der Ergebnisse von Hertle und Nooke [9] und der Archivrecherche der Verfasserin Fragen bezüglich der Todesumstände oder Verletzungsmuster offen bleiben, sich aber keine Diskrepanzen zu den Ausführungen von Hertle und Nooke [9] ergeben haben. Es handelt sich dabei um *Reinhold Huhn* (25), *Dieter Berger* (43), *Walter Hayn* (45), *Adolf Philipp* (46), *Walter Heike* (47), *Egon Schultz* (52), *Hans-Joachim Wolf* (53), *Willi Marzahn* (71), *Paul Stretz* (74), *Heinz Schmidt* (76), *Heinz Müller* (93), *Lothar Hennig* (120) und *Dietmar Schwietzer* (121).

Reinhold Huhn (25)

Bereits im Rahmen der Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren im Fall des Grenzpostens *Huhn* ergab sich, dass dieser, passend zu den erlittenen Schussverletzungen, zunächst von vorn und anschließend in einer Seitwärtsbewegung von einem Fluchthelfer beschossen wurde. Es handelte sich hierbei nicht um Projektile passend zu einer Kalaschnikow, sodass es sich nicht, wie zuerst durch den Fluchthelfer behauptet, um Verletzungen durch sogenanntes friendly fire durch andere Grenzposten handeln konnte. Auch die fehlenden Nahschusszeichen sprachen nicht gegen eine Verletzung aus nächster Nähe, da bei kurzläufigen Waffen bereits ab 30 cm Abstand die Fernschussdistanz beginnen kann und die Kleidung des Geschädigten nicht zur Untersuchung vorlag. Im Verfahren gab der Fluchthelfer die Schüsse auf *Huhn* zu [106].

Dieter Berger (43)

Bei *Berger* bestand die Frage, ob er bei einem Fluchtversuch umgekommen war oder er sich aus Versehen im betrunkenem Zustand im Grenzgebiet befunden hatte. Zudem war offen, ob er bei einer kleinen Bewegung oder bei dem Versuch vor einer Festnahme zu flüchten verletzt wurde. Diese Fragen lassen sich mit dem vorliegenden Sektionsprotokoll nicht beantworten. Es kann jedoch festgehalten werden, dass er zunächst von hinten am Oberschenkel getroffen wurde und dass dies weder im Widerspruch zu Berichten der Grenzposten noch zu den Berichten aus West-Berlin steht.

Walter Hayn (45)

Sowohl nach den Erkenntnissen von Hertle und Nooke [9] als auch laut Information an die Obduzenten wurde auf *Hayn* geschossen, als er nach einer Warnung nicht stehen blieb. Aufgrund der Schusskanäle nahmen die Obduzenten jedoch an, dass er nicht in aufrech-

ter Position getroffen wurde [121]. Bei ebenerdigem Beschuss wäre aufgrund des Verlaufes der Beckenschussverletzung eine leicht gebückte Position von *Hayn* möglich, wie sie beim Rennen vorkommen kann. Die zweite Schussverletzung durch die linke Achselhöhle in Körperlängsachse hatte ihn anschließend vermutlich im Liegen getroffen. Bei Beschuss von einem Wachturm aus ist nachvollziehbar, dass sich *Hayn* während seines Fluchtversuches in eine schützende, liegende Haltung begeben hatte und anschließend getroffen wurde.

Adolf Philipp (46)

Bei *Philipp* kamen die Obduzenten in Ost- und West-Berlin übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass er infolge einer Schussverletzung des Herzens verblutet war. Ebenso stimmten sie in der Einschätzung überein, dass ihn die Schüsse durch die Brust in aufrechter und die Schüsse durch die unteren Extremitäten in liegender Position getroffen hatten. Ein Widerspruch ergab sich jedoch aus der unterschiedlichen Interpretation der Brustwunde. Während die Westberliner Obduzenten die Wunde nur als Einschusswunde werteten, interpretierten die Ostberliner Obduzenten diese als Ein- und Ausschusswunde. Hieraus ergaben sich auch die unterschiedlichen Annahmen zur Schussrichtung, wobei die Westberliner Obduzenten von einer Schussrichtung von vorn links und die Ostberliner Obduzenten, zumindest bei der Schussverletzung der linken Schulter, von einem Schuss von seitlich hinten links ausgingen. Nach den Erkenntnissen von Hertle und Nooke [9] wurde *Philipp* durch einen Grenzposten aus nächster Nähe beschossen, als *Philipp* diesen überraschte und mit einer Waffe bedrohte. Diese Darstellung würde zu einer Schussrichtung von vorn links, wie sie durch die Westberliner Obduzenten beschrieben wurde, passen. Auch ein Beschuss aus nächster Nähe wurde durch diese als wahrscheinlich angesehen. Wie die Obduzenten in Ost-Berlin zu der Auffassung gelangten, dass es sich bei der Brustverletzung um eine Ein- und Ausschusswunde handelte, lässt sich allein mithilfe des vorliegenden vorläufigen Sektionsergebnisses nicht klären. Offenbar handelte es sich hierbei jedoch nicht um eine Verschleierung von Obduktionsbefunden, sondern lediglich um eine differente Interpretation der Untersuchungsergebnisse.

Walter Heike (47)

Bei *Heike* lag die Einschussverletzung an der linken Unterbauchseite vor. Laut Hertle und Nooke [9] und den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen in der 1990er Jahren wurde *Heike* von einem knienden Grenzsoldaten von hinten beschossen, als er versuchte eine Mauer zu erklimmen. Möglich wäre, dass der Körper von *Heike* sich, während er getroffen wurde, im Rahmen des dynamischen Vorganges die Mauer zu erklimmen, in einer seitlichen Position befand. Hierzu können ohne genauere Informationen zum Hergang jedoch keine weiteren Aussagen getroffen werden.

Egon Schultz (52)

Nach Hertle und Nooke [9] ergaben die Ermittlungen des MfS, dass der Grenzposten *Schultz* zunächst durch einen Schuss von einem Fluchthelfer getroffen wurde, die weiteren Schüsse aber durch Maschinenpistolen seiner Kameraden abgegeben wurden. Anhand des Sektions-

protokolls und eines Berichtes der Hauptabteilung IX des MfS kann bestätigt werden, dass der Steckschuss in der Brust von *Schultz* durch eine Pistole abgegeben wurde. Für das weitere Projektil und den Geschosskern, die am Leichnam aufgefunden wurden, lagen keine ballistischen Auswertungen vor. Es kann daher keine Aussage dazu getroffen werden, aus welcher Waffe diese stammten. Über die restlichen Schussverletzungen, die *Schultz* erlitten hatte, kann ebenso keine Aussage gemacht werden. Fest steht, dass der Bruststeckschuss ihn in aufrechter Position getroffen haben musste und alle weiteren Schüsse ihn am ehesten in liegender Position getroffen hatten, passend zu den Ausführungen der Hauptabteilung IX. Die Frage an den Obduzenten, ob die Steckschussverletzung allein zum Tode geführt haben konnte, kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass Mitarbeiter des MfS bereits annahmen, dass die übrigen Schussverletzungen, von denen eine die tödliche Verletzung der Aorta herbeigeführt hatte, auf Beschuss durch eigene Kräfte zurückzuführen waren.

Hans-Joachim Wolf (53), Paul Stretz (74) und Heinz Schmidt (76)

Wolf, *Stretz* und *Schmidt* waren jeweils in der Spree durch Schussverletzungen zu Tode gekommen. Auffällig war, dass die Schusskanäle in entgegengesetzte Richtungen zeigten (53) und Ein- und Ausschusswunden sowohl an Brust als auch am Rücken (74 und 76) vorlagen. Dies könnte entweder ein Hinweis auf einen Beschuss von mehreren Postentürmen, ein sogenanntes Kreuzfeuer, oder ein Ausdruck von ungeordneten Bewegungen im Wasser sein, wie auch die Obduzenten bei einer Verletzung von *Wolf* konstatierten. Letzteres wäre eher als Hinweis auf einen Beschuss durch Einzelfeuer als durch Dauerfeuer zu deuten, da nur bei Einzelfeuer die für einen Positionswechsel notwendige Zeit zwischen den einzelnen Schüssen verbleibt. Insbesondere *Schmidt* (76) bewegte sich zunächst von der Westseite aus in Richtung der Ostseite und anschließend von Ostseite aus in Richtung Westseite und wurde aus verschiedenen Positionen beschossen [9], sodass auch dies die vorn und hinten gelegenen Einschusswunden erklären kann. Über die genauen Verläufe, insbesondere der Verletzungen, die am Rücken als Ein- und Ausschusswunden charakterisiert wurden, lassen sich ohne das vollständige Sektionsprotokoll keine weiteren Aussagen treffen.

Willi Marzahn (71)

Nach Hertle und Nooke [9] konnten weder die DDR-Militärstaatsanwaltschaft noch das MfS klären, ob *Marzahn* durch fremde Hand getötet wurde oder Suizid begangen hatte. Auch die Ermittlungen der StA Berlin in den 1990er Jahren kamen in dieser Frage zu keinem Ergebnis. Im vorläufigen Sektionsergebnis waren zunächst keine spezifischen Zeichen eines Nahschusses genannt. Die Obduzenten trafen im Protokoll jedoch keine konkrete Aussage bezüglich des Vorliegens eines Fern- oder Nahschusses. Dass eine Nachbegutachtung auf Wunsch der Ermittlungsorgane erfolgte, muss nicht als auffällig angesehen werden, da diese mit dem Vorgang vertraut sind und sich hieraus eine veränderte Betrachtung der vorliegenden Befunde ergeben kann. Die Darlegungen im Rahmen der Nachbegutachtungen können als schlüssig angesehen werden. Sowohl die beschriebene Höhlenbildung mit Pulverschleim als auch der

Bleigehalt der Einschusswunde lassen sich, bei Fehlen einer Stanzmarke und einer typischen sternförmigen Aufplatzung, mit einem atypischen, also nicht aufgesetzten, absoluten Nahschuss vereinen. Die Ausmessung der Einschusswunde sprach für ein 9-mm-Projektil, passend zu einer Kurzwaffe vom Typ Makarow, die auch neben *Marzahn* aufgefunden und aus der gefeuert wurde. Weitere ballistische Gutachten lagen nicht vor. In der Zusammenschau legen der atypische, absolute Nahschuss, der Verlauf des Schusskanals und die suizidtypische Lokalisation an der Schläfe nahe, dass sich *Marzahn* selbst in den Kopf geschossen hatte. Bewiesen werden kann dies, auch aufgrund fehlender ballistischer Unterlagen beziehungsweise Untersuchungen, zum Beispiel auf Pulverrückstände an den Händen von *Marzahn*, jedoch nicht.

Heinz Müller (93)

Bei *Müller* handelte es sich um den einzigen Fall, in dem die Obduzenten einen Widerspruch zwischen Obduktionsergebnis und der Schilderung des Tatherganges dokumentierten. Laut Information an die Obduzenten war *Müller* von seitlich hinten links beschossen worden. Das Projektil war vermutlich an der rechten Hüfte ein- und an der linken Hüfte ausgetreten und hatte den Körper quer durchschlagen. Hertle und Nooke [9] legen dar, dass *Müller* alkoholisiert von der Mauer auf die Ostseite gefallen war und desorientiert innerhalb der Grenzanlagen umherlief. Bei der festgestellten postmortalen Blutalkoholkonzentration von im Mittelwert 1,7 ‰ ist diese Annahme plausibel. Aufgrund der ungeordneten und ziellosen Bewegungen sowie eines Beschusses aus mehr als 200 m Entfernung erscheint es möglich, dass *Müller* sich zum Zeitpunkt des Beschusses in einer rechts seitlichen Position zum Schützen befunden hatte, sodass das Projektil an der rechten Hüftseite eingetreten war. Genauere Aussagen können aufgrund fehlender Informationen über die genauen Tatortverhältnisse sowie Positionen der Beteiligten nicht getroffen werden. Auch die Frage, ob er bei schnellerer medizinischer Hilfe überlebt hätte, kann mithilfe der vorliegenden Unterlagen, nicht sicher geklärt werden. Fest steht jedoch, dass die Verletzung von Harnblase und größeren venösen Gefäßen, obschon diese zu einem nicht unwesentlichen Blutverlust führen kann, nicht zwingend zum unmittelbaren Todeseintritt führen muss und professionelle medizinische Maßnahmen, wie Volumenssubstitution und eine operative Versorgung, die Überlebenschancen vermutlich verbessert hätten. Dennoch handelt es sich hierbei um schwere Organverletzungen, deren Ausgang ungewiss sein kann.

Lothar Hennig (120)

Hertle und Nooke [9] legen dar, dass *Hennig* von einem Grenzposten auf dem Weg zu seinem Elternhaus mit einer Schusswaffe verletzt wurde. Der Grenzposten sei in die Hocke gegangen und habe dann einen Warnschuss auf den Boden abgegeben. Ob ein zweite Schuss direkt auf *Hennig* abgegeben wurde, konnte nicht zweifelsfrei geklärt werden [9]. Die Wundmorphologie des Einschusses und der nur leicht ansteigende Verlauf des Schusskanals nach vorn deuten jedoch darauf hin, dass die Verletzung eher nicht durch ein zuvor vom Boden abgelenktes

Geschoss zugefügt wurde. Bei einem Projektil, das zuvor auf dem Boden aufgeschlagen war und anschließend den Körper von *Hennig* durchdrungen hätte (sogenannter Gellerschuss), würde man zum einen einen steileren Winkel des Schusskanals und zum anderen eine eher ovaläre, nicht runde Einschusswunde erwarten. Der Aufschlag des Projektils auf den Boden würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Deformierung und zum Taumeln des Geschosses führen. Dies und der schräge Körpereintrittswinkel führen gewöhnlich zu einer erhöhten Energieabgabe an der Einschusswunde [25]. Dies müsste zu einer ausgedehnteren Zerstörung führen, als im Sektionsprotokoll beschrieben. Für eine Verletzung durch einen durch den Boden abgelenkten Schuss spricht lediglich das Fehlen eines grauschwärzlichen Abstreifringes, der bei Gellerschüssen durch vorheriges Abstreifen am Primärkontakt fehlen kann [25]. Bezüglich seiner Überlebenswahrscheinlichkeit kann bei einer ausgedehnten Lungengewebeverletzung das Gleiche wie bei *Müller (93)* gelten. Eine Verletzung der Lunge ist als eine lebensgefährliche Verletzung mit ungewissem Ausgang anzusehen. Soweit keine großen Arterien getroffen werden, muss diese jedoch nicht zwangsläufig zu einer ausgedehnten Blutung oder dem sofortigen Tode führen. Hieraus lässt sich jedoch nicht zwingend schlussfolgern, dass eine frühere medizinische Versorgung sein Überleben gesichert hätte.

4.12.3 Ersticken und Tod im Wasser ohne fremde Gewalteinwirkung

In den Fällen *Udo Düllick (7)*, *Lothar Lehmann (9)*, *Ingo Krüger (11)*, *Günter Wiedenhöft (34)*, *Wolf-Olaf Muszynski (38)*, *Ulrich Krzemien (57)*, *Andreas Senk (77)*, *Bernd Lehmann (84)*, *Hans-Joachim Zock (98)*, *Cengaver Katranci (107)*, *Siegfried Kroboth (112)*, *Giuseppe Savoca (116)* und *Rainer Liebeke (133)* wurden Hinweise auf einen Ertrinkungstod gefunden. Diese Ergebnisse unterstützen die durch Hertle und Nooke [9] vermuteten Todesursachen. Insbesondere im Fall von *Krüger* ist nach der Auswertung der vorliegenden Unterlagen festzuhalten, dass er ohne Zweifel ertrunken ist. Dass bei ihm im Sektionsprotokoll der Tod durch Ertrinken nur als wahrscheinlich beschrieben wurde, lässt sich daraus erklären, dass zum Zeitpunkt der Obduktion noch keine Ergebnisse einer Veraschung von Leberanteilen und kein Nachweis von Kieselalgen für eine endgültige Festlegung vorlagen [198]. Nach Vorliegen dieser Ergebnisse hegte der Obduzent 1962 keinen Zweifel an vitalem Ertrinken [70]. Dass er sich bei seiner erneuten Befragung 1991 im Rahmen der Ermittlungen der ZERV nicht mehr an den später erfolgten Nachweis von Ertrinkungsbestandteilen erinnern konnte, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Untersuchung zu diesem Zeitpunkt bereits fast 30 Jahre zurücklag. Ob die Kälte des Wassers oder ein Versagen des Atemgeräts eine zusätzliche Rolle gespielt haben, lässt sich mithilfe des Sektionsbefundes nicht sicher klären. Einschränkend ist anzumerken, dass die Obduzenten in einigen Fällen die Todesursache Ertrinken aufgrund eines fehlenden Nachweises von Diatomeen (*34*) und bei fortgeschrittener Fäulnis (*38*, *98* und *133*) lediglich als Vermutung äußerten. Ebenso sei hier darauf verwiesen, dass in keinem der Fälle Unterlagen bezüglich einer genauen Diatomeenidentifizierung

oder -quantifizierung vorlagen und der Nachweis von Diatomeen als Beweis für ein vitales Ertrinken in der Vergangenheit umstritten war (siehe Kapitel 1.4.7).

Im Fall von *Georg Feldhahn* (12) und *Henri Weise* (122) halten Hertle und Nooke [9] einen Tod durch Ertrinken fest. Für *Feldhahn* kann dies nicht sicher bestätigt werden, da im Rahmen der Sektion keine typischen Ertrinkungsbefunde und bei der mikroskopischen Untersuchung von Leber, Lungen und Nieren keine Diatomeen nachgewiesen wurden. Bei *Weise* ließ sich bei fortgeschrittener Fäulnis durch die Sektion keine Todesursache feststellen. Dass er durch Ertrinken zu Tode kam, kann folglich weder widerlegt noch sicher bestätigt werden.

In allen oben genannten Fällen lagen keine Hinweise auf eine fremdtätige äußere Gewaltwirkung vor. Die beschriebenen äußeren Verletzungen lassen sich zwanglos im Rahmen der Unfallgeschehen (7, 9, 12, 116 und 122) beziehungsweise als vorbestehende Verletzungen (133) erklären. Die bei *Franciszek Piesik* (80) im Sektionsprotokoll beschriebenen Veränderungen an der Halshaut hingegen lassen sich nicht sicher einordnen. Eine fremde Gewaltwirkung in Form einer Strangulation scheint jedoch in Zusammenschau mit den Ergebnissen von Hertle und Nooke [9] nicht wahrscheinlich. Dass er durch Schlammeinatmung erstickt ist, steht wiederum im Einklang mit den durch Hertle und Nooke [9] recherchierten Todesumständen im Rahmen seines Fluchtversuches durch den Nieder Neuendorfer See.

Bei den mutmaßlich ertrunkenen Erwachsenen (15, 23, 32, 48, 49, 55 und 126) und dem einen Kind (118) sowie dem erstickten Kleinkind (108), für die im Rahmen der Recherchen keine Sektionsprotokolle gefunden wurden, konnten die Annahmen von Hertle und Nooke [9] nicht überprüft werden.

4.12.4 Verletzungen durch stumpfe Gewalt

Bei *Heinz Cyrus* (63), *Wolfgang Hoffmann* (101), *Volker Frommann* (109), *Ingolf Diederichs* (138) und *Winfried Freudenberg* (140), die durch stumpfe Gewaltwirkung starben und für die Sektionsprotokolle vorlagen, waren die Verletzungen laut der Obduzenten jeweils zwanglos im Rahmen eines Sturzgeschehens mit Todesfolge zu erklären. Diese Ergebnisse stehen größtenteils im Einklang mit den Erkenntnissen des Forschungsprojektes des ZZF und der SBM bezüglich der Todesursachen. Bei *Hoffmann* nehmen Hertle und Nooke [9] jedoch an, dass dieser kopfüber aus dem Fenster gesprungen sei. Da die Obduzenten zu dem Ergebnis kamen, dass er am ehesten mit dem linken Bein zuerst aufgekomen und die Schädelverletzung als Stauchungsbruch ohne direkte Gewaltwirkung aufgetreten war, ist diese Annahme in Frage zu stellen.

Die Obduktionsberichte von *Klaus Kratzel* (60) und *Thomas Taubmann* (129) bestätigten Verletzungen, die im Rahmen eines Anfahrens beziehungsweise einer Überrollung durch ein Schienenfahrzeug entstanden waren. Bei *Taubmann* lagen zusätzlich Verletzungen vor, die durch ein Sturzgeschehen zu erklären waren. Dies steht im Einklang mit den durch Hertle und Nooke [9] recherchierten Todesumständen. Bei *Kratzel* bleiben auch mit dem vorlie-

genden Sektionsprotokoll Fragen offen. Wie er mit beiden Beinen unter die Stromschienen geraten und ob zuvor eine tätliche Auseinandersetzung erfolgt war, konnten die Obduzenten nicht zweifelsfrei klären. Letztendlich kamen Sie jedoch zu dem Ergebnis, dass er sich die Verletzungen zwanglos im Rahmen eines Anfahrens und anschließender Überrollung zugezogen haben konnte. Der Vorfall blieb unbeobachtet, sodass hier auch Hertle und Nooke [9] keine weiteren Informationen zum Geschehen vorlagen. Für *Dietmar Schulz* (42) lagen nach Hertle und Nooke [9] unterschiedliche Aussagen zu dessen Todesursache beziehungsweise den Todesumständen vor. Einer Meldung der Ost-Berliner Stadtkommandantur war zu entnehmen, dass er bei einem Sturz aus einer fahrenden S-Bahn zu Tode kam. Die Transportpolizei kam hingegen zu dem Ergebnis, dass er durch ein Schienenfahrzeug überrollt wurde [9]. Die im Krankenhausbericht genannten Verletzungen mit Gewebeverlust sprechen eher gegen ein reines Sturzgeschehen und lassen sich gut mit einem Tod infolge eines Schienenfahrzeugkontakts in Einklang bringen. Ohne Sektionsprotokoll muss hier jedoch eine Unsicherheit verbleiben.

Das *Siegfried Widera* (40), wie durch Hertle und Nooke [9] beschrieben, einen Schädelbasisbruch infolge einer Schlagverletzung erlitten hatte, lässt sich durch den vorliegenden Sektionsbericht bestätigen. Anzumerken ist, dass der Tod erst 2 Wochen später durch eine Lungenentzündung als Folge der verletzungsbedingten Immobilität eintrat. Ob es sich bei dem Tatwerkzeug um eine Eisenstange oder, wie in der Information an die Obduzenten angegeben, um eine Bolzenzange gehandelt hat, lässt sich durch das Protokoll nachträglich nicht mehr klären.

Für alle weiteren Fälle, in denen keine Sektionsprotokolle zur Auswertung vorlagen (1, 4, 5 und 6), sind die Ergebnisse von Hertle und Nooke [9] nicht überprüfbar.

4.13 Sektionsprotokolle der Todesfälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße

Für alle Verstorbenen, für die ein Eintrag in den Haupt- und Sektionsbüchern gefunden wurde, lag auch ein Sektionsprotokoll im Universitätsarchiv der HU vor. Es handelte sich hierbei um 37 der durch das Projekt der GBM und des ZZF ermittelten 227 Fälle. Dass alle Obduktionsberichte der Obduzierten im Archiv vorhanden waren, zeigt, dass in diesen Fällen, im Gegensatz zu den Mauertoten, anschließend an die Obduktionen keine Berichte durch Mitarbeiter des MfS entfernt wurden. Alle weiteren Fälle waren namentlich nicht in den Haupt- und Sektionsbüchern verzeichnet. Gründe hierfür könnten zum einen sein, dass Tote als Unbekannte eingeliefert wurden und daher bei der Archivrecherche im UA der HU nicht erfasst wurden. Zum anderen wäre möglich, dass die Toten nicht obduziert wurden. In Kenntnis der Ergebnisse dieser Archivrecherche und des mit 67 % (n = 80) hohen Anteils von in Ost-Berlin geborgenen und im IGM der HU entsprechend verzeichneten und eingeliferten Mauertoten ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Todesfälle mit örtlichem

Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße systematisch im Rahmen einer Vertuschung nicht obduziert wurden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Verstorbenen gar nicht erst in das IGM der HU gebracht wurden. Soweit keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden vorlagen, ist es plausibel, dass keine Sektionen durchgeführt wurden. Bei einer gegenüber der Bundesrepublik Deutschland auch durch die Sektionsform der Verwaltungssektion deutlich höheren allgemeinen Sektionsfrequenz in der DDR von 22 % (1979) [244] und den geltenden Rechtsvorschriften zum Umgang mit plötzlichen Todesfällen [77] ist für die im Bereich des Grenzüberganges Berlin-Friedrichstraße verstorbenen Personen allerdings eine hohe Sektionsrate anzunehmen. Sofern es sich um Verwaltungssektionen handelte, wurden diese nicht zwingend im IGM der HU durchgeführt. Als möglicher Obduktionsort kommt aufgrund der räumlichen Nähe beispielsweise das Institut für Pathologie der Charité in Betracht. Für weitere Recherchen könnte dies ein lohnenswerter Ansatzpunkt sein.

In allen 37 Fällen ergab die Obduktion eine natürliche Todesursache, wobei größtenteils kardiale Ursachen vorlagen. In keinem der Fälle war ein Fremdverschulden angenommen worden. In den wenigen Fällen, in denen äußere Verletzungen vorlagen, waren diese größtenteils durch agonale Stürze zu erklären. In einem Fall waren ausgedehnte Hämatome an den Beinen beschrieben, für die sich keine Erklärung im Obduktionsbericht fand. Laut Information des ZZF und der SBM wurde der Tote in der S-Bahn auf der Rückreise aus der BRD aufgefunden, sodass eine Gewalteinwirkung durch Grenzposten unwahrscheinlich erscheint. Ob es sich bei 227 Toten innerhalb von 28 Jahren in einem begrenztem Gebiet, wie der Umgebung des S-Bahnhofs Berlin-Friedrichstraße, um eine Häufung handelt, lässt sich nicht ohne Weiteres feststellen, da hier vergleichbare Daten fehlen. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind jedoch beispielsweise allein im Jahr 1980 in Berlin insgesamt fast 26 000 Menschen an Krankheiten des Kreislaufsystems verstorben [245]. Bei den Todesursachen der Fälle mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße handelte es sich ebenso hauptsächlich um krankhafte Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems. Es lässt sich nicht ausschließen, dass der situative Stress im Rahmen der Grenzkontrollen bei gesundheitlich vorbelasteten Personen plötzliche Todeseintritte begünstigt hatte. Um diesen Zusammenhang näher zu untersuchen, wäre es in zukünftigen Studien zu empfehlen, sich nicht nur auf die Obduktionsberichte zu konzentrieren, sondern auch auf die Umstände des Todeseintrittes bezüglich eines geplanten Grenzübertrittes einzugehen. Für die hier erfolgten Betrachtungen standen keine weiteren Unterlagen zur Verfügung. In diesem Kontext wäre bedeutsam, inwiefern Interaktionen mit Angehörigen der Grenzkontrollorgane erfolgten.

Es ist festzuhalten, dass die durchgeführte Archivrecherche keine Hinweise auf ein direktes Fremdverschulden bei den Todesfällen mit örtlichem Bezug zum Grenzübergang Friedrichstraße ergeben hat. Bei der geringen Menge der zu dieser Auswertung vorliegenden Obduktionsberichte ist jedoch anzumerken, dass weiterer Forschungsbedarf besteht, um eine zuverlässige Aussage bezüglich einer Beeinflussung durch das Grenzregime zu treffen.

4.14 Schlussbemerkungen

Die Zusammenführung und Erschließung der Sektionsprotokolle der Mauertoten war anhand des verfügbaren Archivmaterials mit nur wenigen Ausnahmen erfolgreich. Es ist gelungen, den Großteil der durch das Forschungsprojekt des ZZF und der SBM gewonnenen Informationen und Annahmen über die Tathergänge und Todesumstände durch die rechtsmedizinische Analyse der Sektionsprotokolle zu festigen, beziehungsweise durch die im Rahmen der Recherchen zusätzlich aufgefundenen Sektionsprotokolle zu bestätigen, wobei in einigen Fällen rechtsmedizinisch relevante Ergänzungen bereits bekannter Tatsachen vorgenommen werden konnten. Nur in vereinzelten Fällen waren punktuelle Diskrepanzen zu den Ergebnisdarstellungen von Hertle und Nooke [9] festzustellen. Die vorliegende umfassende Darstellung der Todesursachen und Todesumstände sowie – soweit erfasst – der Sektionsorte aller 140 Mauertoten ist in der bisher bekannten Literatur einmalig, da die systematische Auswertung aller verfügbaren Sektionsprotokolle weder Teil anderer Betrachtungen zum Themenkomplex „Berliner Mauer“ noch Teil der Ausarbeitungen im Rahmen des Projektes des ZZF und der SBM waren.

In Einzelfällen konnten Unklarheiten zu den Todesumständen auch anhand der vorliegenden Sektionsprotokolle nicht beseitigt werden. Dies traf auch auf die Fälle zu, in denen nach den Recherchen keine Obduktionen durchgeführt worden oder im Rahmen der Recherchen entsprechende Dokumentationen über stattgehabte Obduktionen nicht auffindbar waren.

Weitere Versuche, bislang fehlende Sektionsprotokolle aufzufinden, erscheinen der Verfasserin aufgrund der in den vergangenen Jahren durchgeführten umfangreichen Aufarbeitungen der StA Berlin, des ZZF und der SBM sowie der eigenen Recherchen und der teils weit überschrittenen Archivierungsfristen bezüglich der fast 60 Jahre in der Vergangenheit liegenden Geschehen wenig aussichtsreich.

Des Weiteren ist es im Rahmen der Ausarbeitung gelungen, die Rolle des IGM der HU bezüglich der Mauertoten auszuleuchten. Dass ein Großteil der Obduktionen im IGM der HU durchgeführt wurde, erklärt sich aus den regionalen Zuständigkeiten des Instituts und den Dienstvorschriften der ermittlungsführenden Abteilungen des MfS. Es konnte gezeigt werden, dass weder eine systematische Unterlassung von Sektionen noch eine systematische Manipulation oder Unterschlagung der Sektionsbefunde durch die Obduzenten stattfand. Nur in Einzelfällen kam es mutmaßlich zur Beeinflussung von Obduzenten des IGM der HU bei der Verfassung von Totenscheinen und in einem Fall eines Leichenfundberichtes. Ein geringer Anteil der Sektionen erfolgte entgegen der regionalen Zuständigkeiten, zumeist gebunden an militärische Vorkommnisse, im Zentralen Lazarett der NVA in Bad Saarow (ab 1975) beziehungsweise in der MMA (ab 1981). Auch hier wurden keine systematischen Unterschlagungen von Sektionsbefunden festgestellt, wobei sich in Einzelfällen auch dort Hinweise auf eine Manipulation von Totenscheinen ergaben. In wenigen Fällen waren Belege für eine Unterlassung von Sektionen zur Verschleierung der Vorgänge aufzufinden. Diese Be-

4 *Diskussion*

streben gingen nach den vorliegenden Ergebnissen jedoch ausnahmslos von Mitarbeitern des MfS und nicht von den Mitarbeitern der gerichtsmedizinischen Institute aus.

Bei den Todesfällen am Grenzübergang Berlin-Friedrichstraße lagen nur für wenige Fälle Sektionsprotokolle im Universitätsarchiv der HU vor, wobei in allen Fällen eine plausible natürliche Todesursache festgestellt und in keinem der Fälle ein Fremdverschulden angenommen wurde. Hier verbleibt noch Potenzial für weitere Forschungen, da möglicherweise Obduktionen in regionalen klinisch-pathologischen Einrichtungen erfolgten.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- [1] Wilke, M: *Der Weg zur Mauer – Stationen der Teilungsgeschichte*. Berlin: Ch. Links, 2012.
- [2] Stöver, B: *Der Kalte Krieg – 1947–1991. Geschichte eines radikalen Zeitalters*. München: C.H. Beck, 2007.
- [3] Gundlach, H: *Die Grenzüberwachung der DDR – Staatsgrenze der DDR – Beschreibung der Grenzanlagen und des Überwachungssystems*. Bad Langensalza: Rockstuhl, 2014.
- [4] Roggenbuch, F: *Das Berliner Grenzgängerproblem – Verflechtung und Systemkonkurrenz vor dem Mauerbau*. Berlin: Walter de Gruyter, 2008.
- [5] Diedrich, T, Heinemann, W und Ostermann, CF: *Der Warschauer Pakt – von der Gründung bis zum Zusammenbruch: 1955 bis 1991*. Berlin: Ch. Links, 2009.
- [6] Wolfrum, E: *Die Mauer – Geschichte einer Teilung*. München: C.H. Beck, 2009.
- [7] Wikimedia Commons: *File:Karte berliner mauer de.jpg*. 2017. Einsehbar auf: https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Karte_berliner_mauer_de.jpg&oldid=274665951 (Zugriff am 07.06.2020).
- [8] Gerig, U: *Morde an der Mauer*. Böblingen: A. Tykve, 1989.
- [9] Hertle, HH und Nooke, M: *Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989: Ein biographisches Handbuch*. 3. Aufl. Berlin: Ch. Links, 2019.
- [10] Roletschek, R: *Bild der Schautafeln in der Umgebung des Dorotheenstädtischen Friedhof*. Einsehbar auf: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4c/2010-03-20-mauer-berlin-by-RalfR-03.jpg> (Zugriff am 14.06.2015).
- [11] Sälter, G: *Grenzpolizisten – Konformität, Verweigerung und Repression in der Grenzpolizei und den Grenztruppen der DDR 1952 bis 1965*. Berlin: Ch. Links, 2009.
- [12] Wikimedia Commons: *File:Berliner Mauer schematisch.png*. 2020. Einsehbar auf: https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Berliner_Mauer_schematisch.png&oldid=420935295 (Zugriff am 07.06.2020).
- [13] Filmer, W und Schwan, H: *Opfer der Mauer*. München: C. Bertelsmann Verlag, 1991.
- [14] StA Berlin, Az. 27/2 Js 3/98.
- [15] StA Berlin, Az. 27/2 Js 141/90.
- [16] Horn, W: „Schußverletzungen durch „Mauerschützen“ im Grenzgebiet der ehemaligen DDR“. unpubl. Dissertation. FU Berlin, 2001.

- [17] BStU, MfS, BdL/Dok. Nr. 50638, Bl. 1–56. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Bestimmungen/1950-1960/BdL_Dok_Nr_50638_Bl_1-56.pdf (Zugriff am 20.06.2020).
- [18] StA Berlin, Az. 27/2 Js 26/90.
- [19] StA Berlin, Az. 2 Js 134/91.
- [20] StA Berlin, Az. 27/2 Js 224/91.
- [21] StA Berlin, Az. 2 Js 299/91.
- [22] BStU, MfS, HA I, Nr. 5753, Bl. 2-5. Einsehbar auf: <https://www.stasi-mediathek.de/medien/protokoll-ueber-die-ruecksprache-beim-minister-fuer-nationale-verteidigung-zur-aufhebung-des-schiessbefehls/blatt/3/> (Zugriff am 27.02.2021).
- [23] Sälter, G: *Zum „Schießbefehl“ und dem Einsatz von Schußwaffen an der Berliner Mauer und der innerdeutschen Grenze*. Einsehbar auf: https://www.berliner-mauer-gedenkstaette.de/de/uploads/berliner_mauer_dokumente/schiessbefehl.pdf (Zugriff am 25.09.2019).
- [24] Madea, B: *Rechtsmedizin – Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 2015.
- [25] Madea, B: *Praxis Rechtsmedizin – Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 2007.
- [26] Reimann, W und Prokop, O: *Vademecum Gerichtsmedizin – für Mediziner, Kriminalisten u. Juristen : Thanatologie, Traumatologie, forens. Serogenetik, Spurenkunde, Toxikologie u. Rechtsfragen*. 3. Aufl. Berlin: Volk und Gesundheit, 1976.
- [27] Eisenmenger, W, Betz, P und Penning, R: „Arztrechtliche Fragen in der Pathologie“. In: *Pathologie* 12 (1991), S. 126–130. Einsehbar auf: <https://epub.ub.uni-muenchen.de/7324/1/7324.pdf> (Zugriff am 05.06.2020).
- [28] Strauch, H, Wirth, I und Geserick, G: *Gerichtliche Medizin in der Deutschen Demokratischen Republik*. In: Madea, B (Hrsg.): *100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin/Rechtsmedizin – vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts*. 2004.
- [29] Dietz, G: *Gerichtliche Medizin für Juristen, Kriminalisten, Studierende der Rechtswissenschaften und Medizin*. 3. Aufl. Leipzig: J.A. Barth, 1965.
- [30] BStU, MfS, 754/70 Bd. XVIII Nr. 1, Bl. 90–91, 110, 112.
- [31] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 592/64. Berlin, 2020.
- [32] Madea, B: *Basiswissen Rechtsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2007.

- [33] Madea, B, Püschel, K, Lignitz, E und Dettmeyer, RB: „Verwaltungssektionen: Dringende Notwendigkeit“. In: *Dtsch Arztebl* 103.14 (2006), A 914–918. Einsehbar auf: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/50862/Verwaltungssektionen-Dringende-Notwendigkeit> (Zugriff am 05.06.2020).
- [34] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V: *Leitlinie "Die rechtsmedizinische Leichenöffnung"*. Hrsg. von AWMF. 2017. Einsehbar auf: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-0011_S1_Die-rechtsmedizinische_Leichenoeffnung_2018-02.pdf (Zugriff am 21.10.2018).
- [35] Dettmeyer, RB, Verhoff, MA und Schütz, HF: *Rechtsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011.
- [36] Penning, R: *Rechtsmedizin systematisch*. 2. Aufl. Bremen, London, Boston: UNIMED, 2006.
- [37] Farrugia, A und Ludes, B: „Diatomeennachweis und -identifizierung.“ In: *Rechtsmedizin* 20 (2010), S. 49–58. DOI: 10.1007/s00194-009-0628-x.
- [38] Dettmeyer, RB, Madea, B und Mußhoff, F: *Basiswissen Rechtsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2007.
- [39] Kneubuehl, BP, Coupland, RM, Rothschild, MA und Thali, M: *Wundballistik – Grundlagen und Anwendungen*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 2008.
- [40] Dettmeyer, RB, Schütz, HF und Verhoff, MA: *Rechtsmedizin*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 2014.
- [41] Wirth, I und Schmeling, A: *Rechtsmedizin – Grundwissen für die Ermittlungspraxis*. Heidelberg: C.F. Müller, 2012.
- [42] Shen, X, Liu, Y, Xiao, C, Zheng, C, Huang, J, Shi, H, Xu, Q, Cheng, J, Liu, C und Zhao, J: „Analysis of false-positive results of diatom test in the diagnosis of drowning – would not be an impediment“. In: *Int J Legal Med* 133 (2019), S. 1819–1824. DOI: 10.1007/s00414-019-02021-4. Einsehbar auf: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00414-019-02021-4#citeas> (Zugriff am 08.08.2021).
- [43] Zhou, Y, Cao, Y, Huang, J, Deng, K, Ma, K, Zhang, T, Chen, L, Zhang, J und Huang, P: „Research advances in forensic diatom testing“. In: *Forensic Sci Res* 5 (2020), S. 98–105. DOI: 10.1080/20961790.2020.1718901. Einsehbar auf: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476611/> (Zugriff am 08.08.2021).
- [44] Sauer, H und Plumeyer, HO: *Der Salzgitter Report – die Zentrale Erfassungsstelle berichtet über Verbrechen im SED-Staat*. 2. Aufl. Frankfurt am Main, Berlin: Ullstein, 1993.

- [45] Hertle, HH und Sälter, G. In: *Deutschland Archiv* 39, H. 4 (2006), S. 667–676. Einsehbar auf: https://zeitgeschichte-online.de/sites/default/files/documents/hertle_saelter_da.pdf (Zugriff am 06.04.2020).
- [46] ZERV: *ZERV – Jahresbericht 2000*. Berlin, 2001.
- [47] Mauermuseum – Haus am Checkpoint Charlie. Einsehbar auf: <https://www.mauermuseum.de/ueber-uns/geschichte/> (Zugriff am 06.10.2019).
- [48] Borbe, A: *Die Zahl der Opfer des SED-Regimes*. [Sonderauflage]. Landeszentrale für politische Bildung Sachsen, 2010. Einsehbar auf: <https://www.lzt-thueringen.de/files/pfederesed.pdf> (Zugriff am 05.06.2020).
- [49] Hertle, HH und Nooke, M: *Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989: Ein biographisches Handbuch*. Berlin: Ch. Links, 2009.
- [50] Geserick, G, Wirth, I und Vendura, K: *Zeitzeuge Tod – Spektakuläre Fälle der Gerichtsmedizin*. Leipzig: Militzke Verlag, 2001.
- [51] Reichelt, H: *Die Militärmedizinische Akademie Bad Saarow und ihre Vorgängereinrichtungen 1954–1991. Ein Bericht aus Dokumenten, Wissen und Erlebnissen*. Hohenwarsleben: Westarp BookOnDemand, 2016.
- [52] Bundesarchiv-Militärarchiv. Einsehbar auf: <https://www.bundesarchiv.de/DE/Navigation/Meta/Ueber-uns/Dienstorte/Freiburg-im-Breisgau/freiburg-im-breisgau.html> (Zugriff am 03.06.2020).
- [53] Foto: Unbekannter Fotograf. Aus: Bildarchiv des Instituts für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin, o. J.
- [54] Wirth, I, Geserick, G und Vendura, K: *Das Institut der Rechtsmedizin der Charité 1833–2008*. Lübeck: Schmidt-Römhild, 2008.
- [55] BStU. Einsehbar auf: <https://www.bstu.de/archiv/ueber-das-archiv/> (Zugriff am 03.06.2020).
- [56] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Hauptbuch 1961. Berlin, 2020.
- [57] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsbuch 1961. Berlin, 2020.
- [58] BStU: *Zugangsrechte für Forschung und Medien. Erläuterungen für Forscher, Vertreter von Presse, Rundfunk und Film (Medien) sowie Einrichtungen zur politischen Bildung*. Einsehbar auf: http://www.bstu.bund.de/DE/Akteneinsicht/ForschungUndMedien/ForschungUndMedien_node.html (Zugriff am 11.01.2013).
- [59] StA Berlin, Az. 27/2 Js 293/90.
- [60] StA Berlin, Az. 7 AR 390/92, Bl. 24.

- [61] BStU, MfS, AIM, 7188/61.
- [62] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsbuch 1975/1976. Berlin, 2020.
- [63] BStU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Bl. 15, 20.
- [64] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 275/63.
- [65] FU Berlin, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll Nr. 89/112.
- [66] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Hauptbuch 1966. Berlin, 2020.
- [67] BStU, MfS, BV Potsdam, AKK 1672/82, Bl. 11–17.
- [68] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. 1, Nr. 1, Bl. 27–40.
- [69] StA Berlin, Az. 27/2 Js 83/90 Kls.
- [70] StA Berlin, Az. 2 Js 147/90.
- [71] StA Berlin, Az. 61 Js 40/94.
- [72] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. II Nr. 9, Bl. 8–9, 10–23, 54–63.
- [73] BStU, Ast. Potsdam, AU 70/71, Bd. 1, Bl. 18, 27–41.
- [74] Foto: Hartwig, S. Aus: HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin. Berlin, 2020.
- [75] BstU, MfS, AP 754/70, Bd. XIX, Nr. 1, Bl. 72–74, 88, 90–93, 108, 110–114, 135–137, 153–156.
- [76] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. 20 Bl. 16, 17, 26–27, 121, 128–129, 141, 143–144.
- [77] Wirth, I und Remo, K: *Morduntersuchung in der DDR*. Schriftenserie der Polizei. Berlin: Dr. Köster, 2014.
- [78] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. XV, Bl. 2, 25, 27–29, 35.
- [79] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. 16, Nr. 1, Bl. 50–54, 207–215.
- [80] BStU, MfS, 754/70 Bd. XVII Nr. 1, Bl. 39, 47–49, 56–58, 138–145.
- [81] StA Berlin, Az 27 Js 189/90.
- [82] BstU, MfS, BV Potsdam, Allg. P. Nr. 1179/76, Bl. 16–27.
- [83] BStU, MfS, AU 90/90, Bl. 3–11, 13–33.
- [84] BStU, MfS, AP 1180/76, Bl. 3, 5–6, 13, 16, 18–23.
- [85] StA Berlin, Az. 27 AR 45/94.
- [86] BStU, MfS, BV Ptd., AU 1753/62 Bl. 22, 26–27, 270–271.
- [87] BStU, MfS, GH 22/64, Bd. 1, Bl. 274–276, 278, 282, 286–288 und HA I Nr. 6086 Bl. 248, 250, 261, 273–275.

- [88] BStU, MfS, AS 754/70 Bd. XVI Nr. 3.
- [89] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 401/74.
- [90] BStU, MfS, AU 8795/65 Bd. 1, Bl. 28, 148–167, Bd. 2, Bl. 125–128, 173–177 und AS 418/84 Bd. 2, Bl. 5–7,17.
- [91] BStU, MfS, AS Nr. 185/66, Bl. 101–104.
- [92] StA Berlin, Az. 2 Js 169/90.
- [93] StA Berlin, Az. 27/2 Js 141/90 Ks.
- [94] StA Berlin, Az. 27/2 Js 99/95.
- [95] StA Berlin, Az. 27 AR 177/95.
- [96] StA Berlin, Az. 29/2 Js 148/90.
- [97] StA Berlin, Az. 27 Js 160/91.
- [98] StA Berlin, Az. 2 Js 150/90.
- [99] StA Berlin, Az. 2 Js 150/90.
- [100] BStU, MfS, Rechtsstelle Nr. 0118, Bl. 68–77.
- [101] StA Berlin, Az. 27/2 Js 149/90.
- [102] StA Berlin, Az. 2 Js 102/91.
- [103] BstU, MfS, Ast I Nr. 336/62 3–6, 9–19, 78–79.
- [104] StA Berlin, Az. 27/2 Js 153/90.
- [105] BStU, MfS, U 23/85, Bd. 1, Bl. 119, 121–126.
- [106] StA Berlin, Az. 27/2 Js 281/93.
- [107] StA Berlin, Az. I 377/62.
- [108] StA Berlin, Az. 27/2 Js 54/90.
- [109] BStU, MfS, AP 20359/62, Bl. 5–9.
- [110] StA Berlin, Az. 2 Js 88/90.
- [111] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. 2, Nr. 2, Bl. 78–80.
- [112] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 639/62.
- [113] BStU, MfS, Ast I AR 289/62.
- [114] StA Berlin, Az. 27 Js 2 166/90.
- [115] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 6/63.
- [116] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. XI, Nr. 2 22/64, Bl. 11–12, 17–18, 53, 61–63.
- [117] BStU, MfS, 754/70, Bd. X, Nr. 1, Bl. 23–26, 28–30, 40, 51–53.

- [118] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 700/63.
- [119] StA Berlin, Az. 27 Js 2 66/90.
- [120] StA Berlin, Az. 27 Js 2 159/90.
- [121] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 166/64.
- [122] BstU, MfS, ZAIG, Nr. 836, Bl. 24–36.
- [123] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 443/64.
- [124] StA Berlin, Az. 2 Js 121/90.
- [125] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 591/64.
- [126] BstU, MfS, BV Berlin AP 9016/91, Bl. 3–4, 11, 13, 37–48, 51–52, 58.
- [127] BStU, MfS, HA IX Nr. 18287, Bl. 51–66.
- [128] StA Neuruppin, Az. 60/1 Js 6/93.
- [129] StA Berlin, Az. 27 Js 30/94.
- [130] StA Berlin, Az. 2 Js 161/90.
- [131] StA Berlin, Az. 27 Js 90/90.
- [132] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. X, Nr. 3.
- [133] BStU, MfS, AOP 7556/65, Bl. 57–58, 75–84.
- [134] BStU, MfS, AU 3948/71, Bl. 6–13.
- [135] StA Berlin, Az. 27 Js 158/90.
- [136] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. XI Nr. 3, Bl. 2–11, 87–90, 115–119, 130.
- [137] StA Berlin, Az. 2 Js 71/91.
- [138] StA Berlin, Az. 27/ 2 Js 568/92.
- [139] BStU, MfS, U 83/88, Bl. 3–11, 13–17 und AS 59/68, Bl. 189, 194–195, 203, 209–210 und AF 431/78, Bl. 123.
- [140] BStU, Ast. Potsdam, AP 1112/76, Bl. 23–32.
- [141] StA Berlin, Az. 2 Js 79/91.
- [142] BStU, MfS, AS 218/66 Bd. I, Bl. 13–22, 25.
- [143] BStU, Ast. Potsdam, AP 1115/76, Bl. 10–27, 29.
- [144] StA Berlin, Az. 27 Js 146/91.
- [145] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 1269/66.
- [146] StA Berlin, Az. 27 Js 162/90.
- [147] StA Berlin, Az. 27 Js 106/90.

- [148] StA Berlin, Az. 27 Js 106/90.
- [149] StA Berlin, Az. 27 Js 224/91.
- [150] StA Berlin, Az. 2 Js 92/90.
- [151] BStU, MfS, AS 199/69 Bd. II, Nr. 1, Bl. 87–93, 95–104, 115–116, 126, 130, 305, 307–308, 311–312.
- [152] StA Berlin, Az. 27/2 Js 131/91.
- [153] BStU, MfS, AS 34/70 Bl. 28–35, 38.
- [154] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 490/69.
- [155] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 1236/69.
- [156] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. V, Nr. 1, Bl. 38–47.
- [157] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. VII, Nr. 1, Bl. 18, 27–28.
- [158] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 350/70.
- [159] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 349/70.
- [160] BStU, MfS, HA IX Nr. 10388, Bl. 335–339.
- [161] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 889/70.
- [162] BstU, MfS, AS 754/70, Bd. IX, Nr. 1, Bl. 17, 19–21a, 24–30, 38–48.
- [163] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 981/70.
- [164] StA Berlin, Az. 27 Js 249/90.
- [165] BstU, MfS, HA I Nr. 5024 Bd. 2 Bl. 674, 679–680.
- [166] StA Neuruppin, Az. 61 Js 139/96, Bd. 1.
- [167] BstU, MfS, As Nr. 754/70 Bd. VI, Bl. 56–62.
- [168] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 1830/70.
- [169] BstU, MfS, BV, Potsdam, Nr. 350/71, Bl. 175–178.
- [170] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 168/71.
- [171] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 989a/71.
- [172] BStU, BV Pdm. AU 1195/75, Bd. 1, Bl. 15–18.
- [173] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 300/72.
- [174] BStU, MfS, AP, 2901/75, Bd. 1, 754/70, Bl. 175–177 und Bd. 2, Bl. 5, 8–10.
- [175] StA Berlin, Az. 27 Js 17/95.
- [176] StA Berlin, Az. 27 Js 299/92.
- [177] StA Berlin, Az. 61 Js 22/95.

- [178] BArch, DVW 13/97745, Bl. 45–50.
- [179] BStU, MfS, HA IX Nr. 967 Bl. 46–59.
- [180] BstU, MfS, BV Potsdam, Allg. P Nr. 728/83 Bl. 62–78.
- [181] BstU, MfS, GH 61/83, Bd. 2, Bl. 32–51.
- [182] StA Berlin, Az. 2 Js 98/90.
- [183] StA Berlin, Az. 2 Js 63/90.
- [184] BstU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Bl. 9–10, 13–21.
- [185] BstU, MfS, HA I, Nr. 5795, Bl. 53, 58–59, 63.
- [186] BstU, MfS, BV Berlin, AOPK, 5895/88, Bd. 1, Bl. 12.
- [187] BstU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Bd. 12, Bl. 9–21.
- [188] StA Berlin, Az. 2 Js 164/96.
- [189] StA Berlin, Az. 2 Js 299/99.
- [190] StA Berlin, Az. 2 JS 151/90.
- [191] StA Berlin, Az. 27 AR 63/91.
- [192] StA Berlin, Az. 27 AR 726/94.
- [193] StA Berlin, Az. 27 Js 72/91.
- [194] BStU, Ast. Potsdam, Allg. P 615/81, Bl. 43.
- [195] BArch, B 137, Nr. 6429, o. Pag.
- [196] StA Berlin, Az. 27 AR 15/95.
- [197] StA Berlin, Az. 27/2 Js 146/90.
- [198] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 712/61.
- [199] StA Berlin, Az. 27 AR 56/95.
- [200] StA Berlin, Az. 27/2 Js 137/91.
- [201] BStU, MfS, BV Erfurt, AU 2100/87, Bd. 3, Bl. 37–46 und BStU, BV Erfurt, Nr. 2103/87 Bd. III, Bl. 39, 45–46.
- [202] FU Berlin, UA, I-RM-V, Sektionsprotokoll Nr. 66/404.
- [203] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 1304/72.
- [204] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 583/73.
- [205] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 698/74.
- [206] StA Berlin, Az. 27 AR 54/94.
- [207] StA Berlin, Az. 27/2 Js 140/90.

- [208] BStU, MfS, AS 754/70, Bd. II Nr. 8, Bl. 17–18, 24, 26–41, 83.
- [209] StA Berlin, Az. 27/6 AR 126/91.
- [210] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 283/73.
- [211] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 45/89.
- [212] StA Berlin, Az. 7 AR 390/92, Bl. 24.
- [213] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 966/81.
- [214] StA Berlin, Az. 2 Js 132/91.
- [215] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 582/63.
- [216] StA Berlin, Az. 27/2 Js 666/92.
- [217] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 697/77.
- [218] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 613/84.
- [219] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 601/80.
- [220] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 576/86.
- [221] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 576/67.
- [222] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 147/65.
- [223] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 767/82.
- [224] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 701/84.
- [225] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 658/65.
- [226] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 84/85.
- [227] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 548/86.
- [228] HU Berlin, UA, Gerichtsmedizin, Sektionsprotokoll Nr. 692/86.
- [229] van den Bos, W und Hertwig, R: „Adolescents display distinctive tolerance to ambiguity and to uncertainty during risky decision making“. In: *Sci Rep* 7.40962 (2017). DOI: 10.1038/srep40962. Einsehbar auf: <https://www.nature.com/articles/srep40962> (Zugriff am 10. 04. 2021).
- [230] Hertle, HH und Nooke, M: *Bilanz des Forschungsprojektes "Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989"*. Einsehbar auf: https://www.berliner-mauer-gedenkstaette.de/de/uploads/todesopfer__dokumente/2017__08__08__hertle__nooke__berliner__mauer__todesopfer.pdf (Zugriff am 01. 06. 2020).
- [231] Grau, A: „KSZE“. In: *Lebendiges Museum Online, Stiftung Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland* (2014). Einsehbar auf: <http://www.hdg.de/lemo/kapitel/geteiltes-deutschland-krisenmanagement/konfrontation-und-annaeherung/ksze.html> (Zugriff am 22. 11. 2019).

- [232] BStU: *Information an die SED-Führung über eine Petition für mehr Menschenrechte*. Einsehbar auf: <https://www.stasi-mediathek.de/medien/information-an-die-sed-fuehrung-ueber-eine-petition-fuer-mehr-menschenrechte/> (Zugriff am 22. 11. 2019).
- [233] BStU: *Stasi und KSZE Prozess*. Einsehbar auf: <https://www.stasi-mediathek.de/sammlung/stasi-und-ksze-prozess/> (Zugriff am 22. 11. 2019).
- [234] BStU, MfS, BdL/Dok., Nr. 5592, Bl. 1–6.
- [235] BStU: *BStU, MfS, HA IX, Nr.16890, Bl. 1–28, 33–35*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1961-1972/HA_IX_Nr_16890_Bl_1-35.pdf (Zugriff am 20. 02. 2021).
- [236] BStU: *BStU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Nr. 97, Bl. 63–82*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1961-1972/BV_Bln_Abt-IX_Nr-97_Bl-63-82.pdf (Zugriff am 08. 03. 2021).
- [237] BStU: *BStU, MfS, ZMD, Nr. 591, Bl. 26–28*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1981-1989/ZMD_Nr_591_Bl_26-28.pdf (Zugriff am 12. 03. 2021).
- [238] BStU: *BStU, MfS, BV Potsdam, BdL/Dok., Nr. 400576, Bl. 1–11*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1961-1972/BV_Pdm_BdL_Dok_Nr_400576_Bl_1-11.pdf (Zugriff am 08. 03. 2021).
- [239] Kugelberg, FC und Jones, AW: „Interpreting results of ethanol analysis in postmortem specimens: A review of the literature“. In: *Forensic Sci Int* 165.1 (2007), S. 10–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2006.05.004..>
- [240] Madea, B und Brinkmann, B: *Handbuch gerichtliche Medizin – Band 2*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2003.
- [241] BStU: *BStU, MfS, BV Berlin, Abt. IX, Nr. 58, Bl. 1–32*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1973-1980/BV_Bln_Abt_IX_Nr_58_Bl_1-32.pdf (Zugriff am 08. 03. 2021).
- [242] BStU: *BStU, MfS, HA IX, Nr. 16297, Bl. 490, 495*. Einsehbar auf: https://www.bstu.de/assets/bstu/content_migration/DE/Wissen/MfS-Dokumente/MfsUndGrenze/Fluchten_Grenzverletzungen/1973-1980/HA_IX_Nr_16297_S_495_f.pdf (Zugriff am 08. 03. 2021).

- [243] Kneubuehl, BP: *Geschosse: Gesamtausgabe – Ballistik, Messtechnik, Wirksamkeit, Treffsicherheit*. Zürich: Stocker-Schmid, 2013.
- [244] Brinkmann, B, Du Chesne, A und Vennemann, B: „Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland“. In: *Dtsch med Wochenschr* 127(15) (2002), S. 791–795. DOI: 10.1055/s-2002-25021. Einsehbar auf: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2002-25021> (Zugriff am 05.06.2020).
- [245] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: *Sterbefälle, Sterbeziffern je 100000 Einwohner (altersstandardisiert) (ab 1980)*. Einsehbar auf: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=72421053&nummer=8&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=49437728 (Zugriff am 02.06.2020).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Katja Niedergesäß, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Todesfälle an der Berliner Mauer – eine rechtsmedizinische Analyse (Death at the Berlin Wall – a forensic medical analysis) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Mein besonderer und größter Dank gilt Herrn PD Dr. Sven Hartwig für seine langjährige, geduldige Unterstützung. Seiner persönlichen Betreuung und tatkräftigen Unterstützung sowie seinen motivierenden Worten ist die Fertigstellung dieser Arbeit zu verdanken.

Des Weiteren bedanke ich mich bei Herrn Professor Michael Tsokos für die Bereitstellung des Themas der vorliegenden Dissertation und die Vermittlung an Herrn PD Dr. Sven Hartwig.

Ganz herzlich bedanke ich mich auch bei Frau Dr. Maria Nooke von der Stiftung Berliner Mauer und Herrn Dr. Hermann Hertle vom Leibniz-Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam. Die Grundlage für diese Arbeit lieferte ihr Forschungsprojekt „Die Todesopfer an der Berliner Mauer 1961–1989“. Sie ermöglichten mir den Zugang zu den aufwendig im Rahmen ihres Projektes recherchierten Unterlagen, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Des Weiteren bedanke ich mich bei Frau Mareike Notarp und Frau Martina Petow, die für mich die Unterlagen im Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik beziehungsweise im Archiv der Staatsanwaltschaft Berlin recherchierten.

Ebenso gilt mein Dank Herrn Dr. Winfried Schultze, der mir die flexible Einsicht in die Sektionsprotokolle des Instituts für gerichtliche Medizin der Humboldt Universität zu Berlin im Universitätsarchiv ermöglichte.

Abschließend bedanke ich mich bei Herrn Danilo Rößger für das kurzfristige und überaus hilfreiche Korrekturlesen der gesamten Arbeit und bei Herrn Dr. Stefan Magnussen und Frau Dr. Andrea Nakoinz für das Korrekturlesen von Teilen der Arbeit sowie bei meiner Familie für die liebevolle Unterstützung während meines Studiums der Humanmedizin und während meiner Promotion.