

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
Der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. B. Brinkmann

Probleme der Begutachtung von Folteropfern

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des doctor medicinae dentium
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster

vorgelegt von
Tim Bartholl
aus Neuenkirchen

2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Prof. Dr. A. DuChesne
2. Berichterstatter: PD. Dr. Dr. U. Meyer

Tag der mündlichen Prüfung: 18.06.2004

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. B. Brinkmann
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. A. DuChesne
Koreferent: PD. Dr. Dr. U. Meyer

Zusammenfassung

Probleme der Begutachtung von Folteropfern

Tim Bartholl

In der Rechtsmedizin werden Begutachtungen zur Frage von möglichen Folterfolgen relativ selten durchgeführt. Im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms- Universität in Münster wurden von 1997 bis August 2003 insgesamt 6 derartige Gutachten angefertigt. Hauptsächlich werden derartige Gutachten von Richtern im Zuge von Asylverfahren angefordert. Der Richter versucht durch das Gutachten behauptete Folterfolgen auf deren Wahrheitsgehalt hin zu prüfen. Der Gutachter soll anhand der Anamnese und einer klinischen Untersuchung die angegebenen Misshandlungen des Patienten auf ihre Glaubwürdigkeit hin untersuchen.

Um die Folgen nach Folter festzustellen und indizienhaft belegen zu können, muss man die einwirkenden Gewaltanwendungen bzw. die Foltermethoden kennen, die unter Folterverhören angewendet werden. Die Arbeit gibt anhand der Fachliteratur einen Überblick über die häufigsten Foltermethoden, sowie den heutigen Stand der Forschung zu den körperlichen Auswirkungen und deren Diagnose und vergleicht die 6 Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms- Universität in Münster aus den Jahren 1997 bis August 2003 und 55 Gutachten eines niedergelassenen Chirurgen aus den Jahren 1998 bis 2001 mit bekannten Untersuchungen.

Nach Analyse der Gutachten werden folgende Probleme deutlich: 1. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liegt die Einwirkung der Gewalt bereits mehrere Monate oder Jahre zurück, daher können nur die Spätfolgen der Folter beurteilt werden. 2. Die meisten heute angewandten Foltermethoden hinterlassen keine körperlichen Spätfolgen. 3. Befunde von körperlichen Spätfolgen sind sehr unspezifisch.

Eine sichere Aussage über die Ursache von körperlichen Befunden kommt nur ausnahmsweise zustande. Durch ein gesichertes Wissen auf Seiten der Gutachter über die aktuellen Foltermethoden und deren Folgen, sowie durch den Einsatz von spezialisierten diagnostischen Methoden sind genauere Aussagen zur Plausibilität von behaupteten Folterfolgen möglich.

Tag der mündlichen Prüfung: 18.06.2004

Meiner Familie

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1 Definition: Folter	1
1.2 Epidemiologische Situation	1
1.3 Foltermethoden und deren Folgen	2
1.3.1 Brandverletzungen	2
1.3.1.1 Brandverletzungen durch direktes Feuer oder Zigaretten	3
1.3.1.2 Brandverletzungen durch erhitzte Gegenstände	5
1.3.1.3 Brandverletzungen durch erhitzte Flüssigkeiten	5
1.3.2 Folter durch Schläge auf die Fußsohlen	6
1.3.3 Schläge auf die Ohren	12
1.3.4 Schlagen	12
1.3.5 Elektrofolter	15
1.3.6 Folter durch Hängen an Armen oder Beinen	19
1.3.7 Folter durch Einführen von Gegenständen unter die Nägel	23
1.3.8 Folter durch Einführen von Gegenständen in den Anus/Harnröhre	24
1.3.9 Folter durch Schnittverletzungen	25
1.3.10 Folter an den Zähnen	26
1.3.11 Folter durch Schütteln	26
1.3.12 Folter durch erzwungenes Stehen	27
1.3.13 Folter durch Zwangshaltung	27
1.3.14 Folter durch Eintauchen des Kopfes in Wasser oder Fäkalien	29
1.3.15 Schussverletzungen	29
1.3.16 „Le petite Guillotine“, die kleine Guillotine	29
1.3.17 Daumen-, Finger-, Zehenschrauben	30
1.3.18 Der „Operationstisch“	32
1.3.19 Entzug von Trinkwasser	32
1.3.20 Pendeln von Sandsäcken gegen den Körper	32

Inhaltsverzeichnis	B
1.3.21 Abspritzen mit dem Druckwasserstrahl	32
1.3.22 Pharmakologische Folter	33
1.3.23 Fingerfolter	34
1.3.24 Folter in hängender Position mit Kopftieflage	34
1.3.25 Folter durch vorsätzliches Ausrenken eines Gelenkes	34
1.3.26 Weitere Foltermethoden	35
1.4 Folgen der Folter (Zusammenfassung)	35
1.4.1 Einteilung nach Organsystemen	35
1.4.2 Einteilung nach ärztlichen Disziplinen	38
2. AUSWERTUNG DER GUTACHTEN	42
2.1 Chirurgische Gutachten	43
2.2 Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin	81
2.3 Statistische Auswertung und Vergleich der Ergebnisse mit bekannten Untersuchungen	96
2.3.1 Geschlechterverteilung	96
2.3.2 Altersverteilung	97
2.3.3 Anwesenheit von einem Dolmetscher	98
2.3.4 Herkunftsländer der Patienten	98
2.3.5 Häufigkeit der Foltermethoden	100
2.3.6 Zeit zwischen Foltererfahrung und Begutachtung	103
2.3.7 Gutachtenaussagen	103
3. DISKUSSION	105
3.1 Das rechtsmedizinische Gutachten	105
3.2 Allgemeine Probleme der Beurteilung von Folterfolgen	106
3.3 Die Säulen der Begutachtung	107
3.3.1 Morphologische und psychologische Befunderhebung	107

Inhaltsverzeichnis	C
3.3.2 Gutachtenaussage	110
3.4 Besondere Phänomene bei der Befragungssituation von Folteropfern	113
3.4.1 Konzentrations- und Gedächtnisstörungen	114
3.4.2 Faktoren, die sich auf das Aussageverhalten von Folteropfern auswirken	115
3.4.3 Übertragungsphänomene	117
3.4.4 Besonderheiten bei der Arbeit mit Dolmetschern	117
3.4.5 Konsequenzen für die Gesprächsführung	119
3.5 Spezialisierte diagnostische Methoden	120
4. FAZIT	122
5. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	124
5.1 Abbildungen aus dem Teil: Einleitung	124
5.2 Abbildungen aus dem Teil: Auswertung der Gutachten	125
6. LITERATURVERZEICHNIS	128
7. LEBENSLAUF	139
8. DANKSAGUNGEN	140

1. Einleitung

1.1 Definition: Folter

Es existieren viele unterschiedliche Definitionen von Folter, die sich je nach dem Zweck und dem Zusammenhang unterscheiden, in dem sie entworfen wurden.

So heißt es in Artikel 1 des Zusatzes zur Resolution gegen die Folter von der Vollversammlung der Vereinten Nationen am 9. Dezember 1975:

„Im Sinne dieser Resolution ist Folter jede Art, bei der einem Menschen starke Schmerzen oder Qualen, seien es körperliche oder geistige, durch einen Angehörigen der staatlichen Organe oder auf seine Veranlassung hin mit Bedacht und dem Ziel zugefügt werden, von ihm oder einer dritten Person Informationen oder Geständnisse zu erhalten, oder andere Personen einzuschüchtern.

Das schließt nicht Schmerzen oder Leiden ein, die Begleiterscheinungen oder Folge rechtlich sanktionierter Maßnahmen sind, soweit sich diese im Rahmen der allgemein akzeptierten, für die Behandlung von Gefangenen geltenden Regeln halten.“ (Peters 1991).

Die Definitionen der World Medical Association und der Anti-Folterkonvention der UN sind inhaltlich stark an diese Definition angelehnt. Aus allen angeführten Definitionen ergibt sich der Unterschied zwischen Folter und Misshandlung: Mit der Folter wird im Gegensatz zur Misshandlung immer etwas beabsichtigt. Misshandlung ist Selbstzweck.

1.2 Epidemiologische Situation

Epidemiologische Studien sind immer noch sehr selten und nur mit Einschränkung aussagekräftig. Es gibt einige systematische Studien über die Anzahl der Flüchtlinge eines bestimmten Landes oder bestimmter Herkunft, die mit Folter in Berührung kamen. Skandinavische Studien über Flüchtlinge, die nach Skandinavien fliehen, was man nicht direkt auf die Situation in Deutschland übertragen kann, zeigen auf, dass ein Fünftel der

Flüchtlinge aus dem Mittleren Osten durch Folter oder extrem traumatisierende Handlungen gekennzeichnet sind (Montgomery und Foldspang 1994).

Baker (1992) schätzt, dass 5 bis 30 Prozent der Flüchtlinge, die in England ankommen, gefoltert wurden. Frey (1997) geht davon aus, dass etwa 30 Prozent der Flüchtlinge, die 1987 in die Schweiz kamen, gefoltert wurden. Nach Graessner (1998) verlassen Flüchtlinge aus der Türkei, die in Deutschland Asyl und Behandlung begehren, erst durchschnittlich nach ihrer dritten Folterung oder Festnahme mit erniedrigender Behandlung das Land.

1.3 Foltermethoden und deren Folgen

Im Folgenden beschäftigt sich diese Untersuchung mit den körperlichen Spuren, wobei im Grundsatz gilt, dass jede körperliche Misshandlung zugleich auch eine seelische Verletzung darstellt. (Graessner 2000)

Wenn man die Spuren von Folter aufspüren will, muss man die angewendeten Methoden und deren Folgen kennen. Oft werden mehrere Methoden angewandt. In statistischen Mittel wurden die Patienten des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin (BZFO) sieben verschiedenen Foltermethoden ausgesetzt (Graessner 2000).

Nach Kosteljanetz (1983) ist Folter und deren Folgen eine Herausforderung an die medizinische Wissenschaft.

Darstellungen von verschiedenen Foltermethoden liefern Peters (1991), Graessner (2000) und Mohamed (1990), wobei Graessner in diesem Zusammenhang hervorzuheben ist, da er wohl die vollständigste deutschsprachige Zusammenstellung veröffentlicht hat.

1.3.1 Brandverletzungen

Verbrennungen sind eine häufig beschriebene Foltermethode. Berichtet werden Verbrennungen durch Zigaretten (Peters 1991; Graessner 2000), Zigarren, elektrisch aufgeheizte Stäbe, heißes Öl, Säure, Ätzkalk, Schmoren auf glühend heißem Grill, z.B.

der „heiße Tisch“, den die Agenten des iranischen Geheimdienstes (SAVAK) benutzen, Feuerzeuge, erhitztes Plastik oder Eisen. In bezug auf die Folgen der Verbrennungen unterscheidet Graessner die Brandverletzungen:

1. durch direktes Feuer oder Zigaretten
2. durch erhitzte Gegenstände
3. durch erhitzte Flüssigkeiten

1.3.1.1 Brandverletzungen durch direktes Feuer oder Zigaretten

Das Verbrennen eines Opfers mit Zigaretten oder Feuerzeugen ist nach Graessner (2000) eine häufig angewandte Foltermethode. Dabei hinterlassen die Verbrennungen mit Zigaretten „charakteristische rundliche Narben, die unregelmäßig berandet sind, oft einen vertieften Ring um ein leicht erhabenes Narbenzentrum aufweisen, zuweilen auch eine zentrale Einziehung erkennen lassen“. Diese charakteristischen Narben seien nicht zu verkennen und lediglich gegen Selbstbeschädigung abzugrenzen (siehe Abb. 1 und Abb. 2). Auch Kjaersgaard (1977), Aalund (1980) und Danielsen (1978, 1980) berichten von charakteristischen Narben durch Verbrennungen mit Zigaretteglut. Dabei spielt die Art, wie die Zigarette angesetzt wurde und wie lange der Kontakt war, eine entscheidende Rolle für die Ausprägung der Narbe. Ist die Kontaktzeit kurz oder wird die Zigarette bewegt, so entstehen weniger charakteristische Narben, die schnell mit Narben verwechselt werden können, die durch Insektenbisse, Schürfwunden oder Folgen einer Akne entstanden sind (Forrest 1998). Das Ausmaß der Narbenbildung hängt von der Beteiligung der Hautschichten ab. Auch die Lokalisation ist von Bedeutung, da sich rituelle und Initiationsverbrennungen normalerweise nicht an Rücken, Fußrücken und an den Oberschenkeln finden. Desweiteren sei eine unsymmetrische Anordnung eher untypisch für derartige Verbrennungen. Die meisten Verbrennungsnarben bedingt durch Folter sind an den Extremitäten, am vorderen Stamm und an den Mammillen zu finden (Graessner 2000). Meist besteht gerade bei dieser Art der Folterung eine enge Korrelation zwischen den geschilderten Ereignissen des Opfers und den vorhandenen Narben (Forrest 1995). Eine besondere Methode der Folter mit Verbrennungsfolgen wird in heißen Erdteilen praktiziert. Das Opfer wird

über Stunden unmittelbarer Sonneneinwirkung exponiert, wodurch es zu Verbrennungen kommt, die narbig ausheilen. Auch auf „schwarzer Haut“ sei dieses möglich. Die Narben haben je nach Intensität der Exposition eine apfelsinenschalenartige Struktur und Oberfläche. Diese Befunde als Folterfolgen zu identifizieren, ist erst aus dem „Kontext von geschilderter Haft und Verhören“ zu erschließen (Graessner 2000). Des Weiteren seien zur näheren Eingrenzung Angaben der Opfer zu den hygienischen Bedingungen unter der Haft und zur Dauer des Heilungsprozesses notwendig (Graessner 2000).

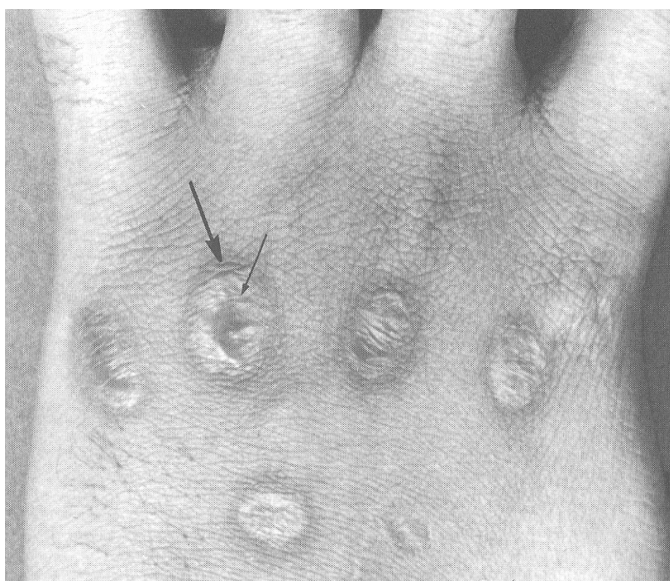


Abb. 1 und Abb. 2 : charakteristische Narben nach Verbrennungen mit Zigarettenglut
(Duncan Forrest, London)

1.3.1.2 Brandverletzungen durch erhitzte Gegenstände

Brandverletzungen durch erhitzte Gegenstände hinterlassen nur dann ein charakteristisches Mal, wenn die benutzten Gegenstände eine „identifizierbare Form aufweisen“. Typisch bzw. wiederholt vorgekommen seien z.B. Brandmale in Form eines Halbmondes bei Kurden, meist auf die Brust bzw. das Gesäß aufgebrannt (Graessner 2000). Erhitzte Messer- oder Bajonettspitzen ergeben laut Graessner typische Brandmale in Form von Dreiecken. Werden erhitzte Eisenstangen zur Verbrennung des Opfers benutzt, so hinterlassen diese „ein eher uncharakteristisches Bild“ (Graessner 2000). Heiße Kohlen verursachen Verbrennungen, die „eher eckige Narben“ hinterlassen. Anhand der Lokalisation lasse sich dabei auf Folter oder Unfall schließen. Als Sonderform in diesem Zusammenhang nennt Graessner eine Foltermethode, bei der gekochte Eier unter den Achselhöhlen platziert werden und anschließend die Arme an den Körper gefesselt werden. Diese Methode hinterlässt im frischen Stadium Rötungen und Blasenbildung, die allgemein unter Dunkelung der Haut abheilen. Diese Folgen seien allerdings nach Jahren nur schwer zu identifizieren (Graessner 2000).

1.3.1.3 Brandverletzungen durch erhitzte Flüssigkeiten

Graessner unterscheidet bei Brandverletzungen durch Flüssigkeiten diejenigen, die durch heißes Wasser und jene, welche durch geschmolzene Kunststoffe entstehen. Bei ersteren seien Auslaufspuren und Spritzwasserverletzungen charakteristisch, wobei diese je nach Einwirkungsdauer zu Verbrennungen 2. bzw. 3. Grades führen können. Verbrennungen durch erhitztes Plastik hinterlassen Narben mit einem unregelmäßigen Rand, wobei anfangs ein „Komplex aus Blasenbildung und erstarrender Plastikmasse“ zu sehen sei, welcher sich allerdings nach Monaten nicht mehr nachweisen lässt (Gordon 1984). Zudem können die Narben de- oder hyperpigmentiert sein. Verbrennungen dieser Art kommen laut Graessner relativ häufig in Syrien, im Irak und in der Türkei vor. Amnesty International (1985) berichtet aus Uganda von dieser Art der Folter. Die sog. „Dullab“ aus Syrien ist die Folter mit verflüssigten Plastiktüten.

1.3.2 Folter durch Schläge auf die Fußsohlen

Diese Art der Folter wird auch Falanga, Falaka, Falange oder Bastonade genannt (siehe Abb. 3). Es handelt sich um das Schlagen auf die Fußsohlen eines gefangenen Menschen mit Gegenständen wie z.B. Kabeln, Knüppeln, Rohrstöcken (Graessner 2000; Rasmussen 1990) bzw. mit „Ruten“ (Peters 1991). Je nach Rechtssystem des jeweiligen Landes ist Falanga als staatlich sanktionierte Strafe oder Folter anzusehen (Akcem 1991). Laut Peters werden die Opfer danach teilweise gezwungen mit den offenen Wunden unter den Füßen über Glasscherben oder Salz zu laufen. Vor allem aus Indien und der Türkei wird diese zusätzliche Art der Folterung berichtet. Da die Fußsohlen stark geschwollen sind (siehe Abb. 4 und Abb. 5), sind sie besonders vulnerabel. In türkischen Verhörzentren benutzt man häufig ein grobkörniges Viehsalz, das ebenso wie kleine Kiesel Schmerzen hervorruft, jedoch keine Schnittverletzungen provoziert (Graessner 2000). Als Voraussetzung für diagnostizierbare Spätfolgen muss man von 40- bis 100 Schlägen ausgehen (Graessner 2000). Als Folge treten Ödeme auf, die zu Durchblutungsstörungen führen. In einigen Fällen kommt es zu einer Verminderung des Fettgewebes der Sohle (Joergensen 1985; Graessner 2000), wodurch der Betroffene „direkt auf dem Knochen läuft“ (Bro-Rasmussen 1978). Es kommt zu einer Schlaffheit der Sehnenplatte mit Einsenkung des Fußlängsgewölbes. Demnach zeigt sich das Längsgewölbe bei einer Untersuchung flach und die Großzehen sind überstreckbar (Rasmussen 1992; Graessner 2000). Es kommt zur Abflachung des Fußgewölbes mit der Entstehung eines Platt- und Spreizfußes (Vogel 1997) (siehe Abb. 6). Der klinische Befund ist nach Forrest charakteristisch (Forrest 1995). Durch die Zerstörung der normalen Weichteilarchitektur und teilweise auch der Plantaraponeurose verliert der Fuß einen Teil seiner stoßdämpfenden Eigenschaften. Die Schuhsohlen zeigen ein eher typisches Ablaufmuster mit Innenbetonung. Dies führt zu chronischen, belastungsabhängigen Schmerzen in den Füßen und Beinen sowie zu Fehlhaltungen des Rückens (Thomsen 2000; Kläui 2001). Wenn die Falanga entsprechend gesetzlichen Vorschriften durchgeführt wird, sollen Frakturen nicht vorkommen (Vogel 1997). Die Abbildungen 7 bis 10 zeigen Beispiele, bei denen in Folge von Falanga dennoch Frakturen aufgetreten sind. Auch Rasmussen (1977) berichtet von Frakturen nach Falanga. Meier (1985) hat eine Sklerosierung des Fersenbeins nach Falanga beobachtet.

Bro-Rasmussen (1982) beschreibt in diesem Zusammenhang aseptische Nekrosen von Knochen nach Folterung durch Schläge auf die Fußsohlen. Desweiteren kann es bei dieser Foltermethode zu einer Beschädigung der Membran zwischen Schien- und Wadenbein kommen, wobei die Patienten in diesem Fall Schmerzen schildern, die bis zum Knie ziehen (Graessner 2000). Die geschilderten Symptome der Patienten sind „brennende und heiße Füße und Unterschenkel“, welche auch noch nach Jahren angegeben werden (Graessner 2000). Juhler (1978) berichtet von chronischer Veneninkompetenz nach Falanga. Differentialdiagnostisch sind das sog. Restless-leg-Syndrom, Durchblutungsstörungen (insbesondere bei Diabetes mellitus) und polyneuropathische Beschwerden anderer Ursache in Betracht zu ziehen. Desweiteren muss differentialdiagnostisch bei Schmerzen im Unterschenkel auch an durchgemachte tiefe Venenthrombosen nach Abmagerung, Dehydratation sowie Immobilität in der Haft oder an ein chronisches Kompartmentsyndrom nach schwerer wiederholter Muskeltraumatisierung gedacht werden (Kläui 2001; Gellhorn 1978).

Zur genaueren Abklärung können neuere diagnostische Methoden hilfreich sein. Ein nuklearmedizinischer indizienhafter Nachweis lässt sich durch Szintigraphie mit Technetium 99 (Tc 99) im Bereich des Mittelfußes und der Fußwurzel führen. Die Untersuchungen von Lök (1991), Tunka (1998) und Mirzaei (1998) erbrachten signifikante Aussagen über die vermehrte Anreicherung des Tc 99 im Bereich der Knochen und der Knochenhäute. Szintigraphische Untersuchungen scheinen in diesem Bereich Röntgenaufnahmen überlegen zu sein, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Gewalteinwirkung durchgeführt werden (Schmidt 1995). Lök (1991) konnte bei der Hälfte der Betroffenen noch 10 Jahre nach der Folter die Folgen knochenszintigraphisch nachweisen, wobei er allerdings keine Kontrollgruppe mitführte. Savnik (2000) konnte mittels Magnetresonanztomographie (MRT) eine deutliche Verdickung der Plantaraponeurose nach Falanga nachweisen.

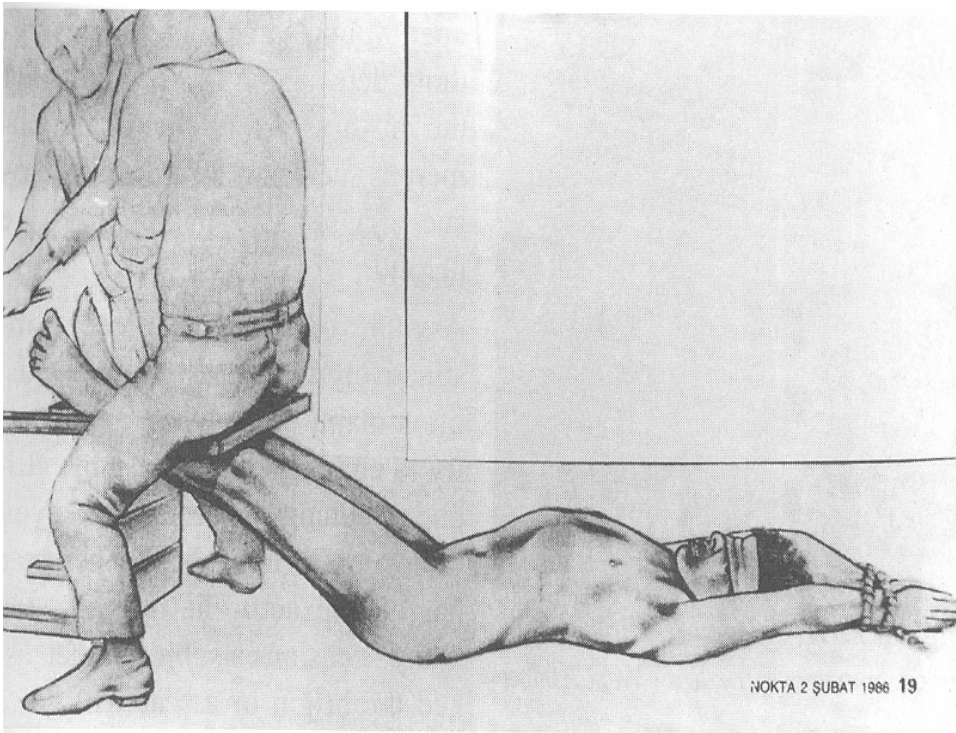


Abb. 3 : Zeichnung einer Folterung mit Falanga (Duncan Forrest, London)



Abb. 4 : Blutergüsse und Schwellung nach Falanga (klinisch) (Prof. Vogel, Hamburg)

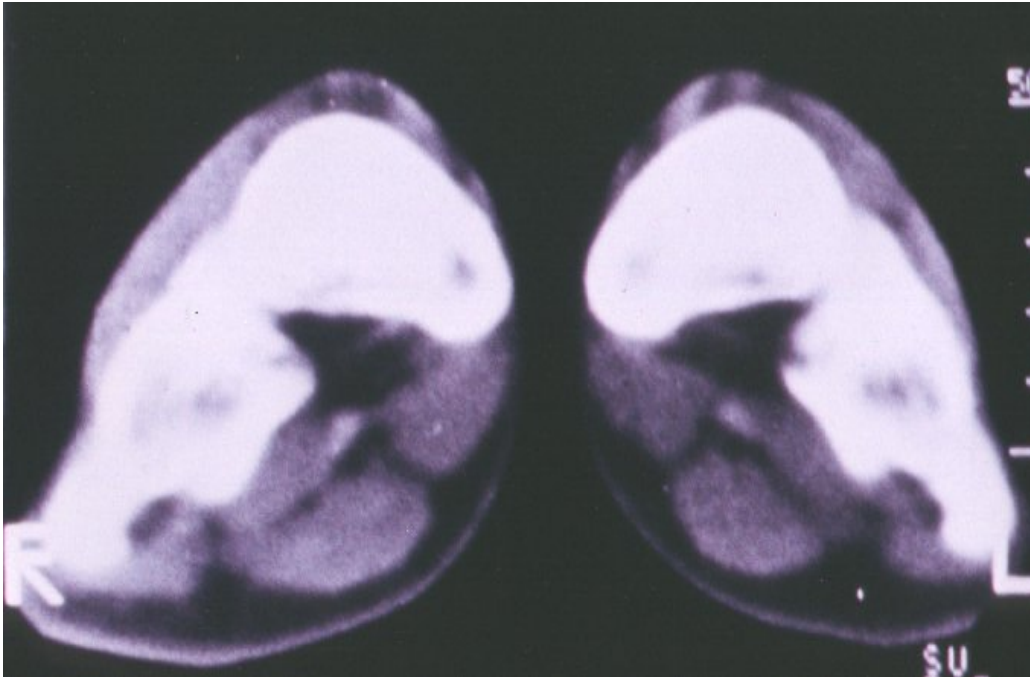


Abb. 5 : Das Computertomogramm zeigt die Schwellung plantar sehr eindrucksvoll
(Prof. Vogel, Hamburg)

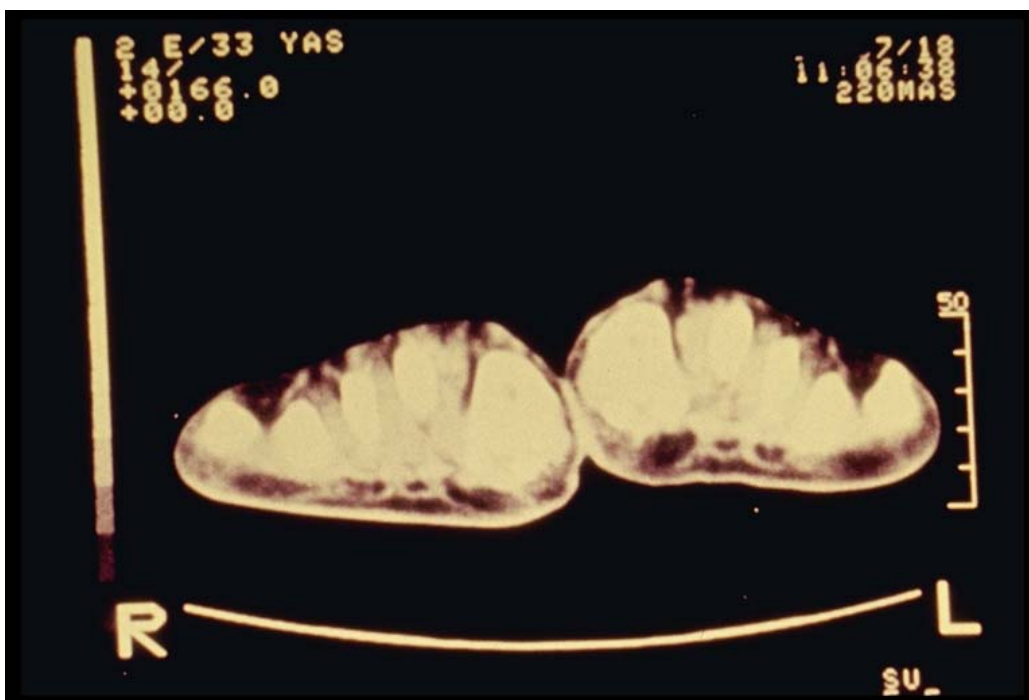


Abb. 6 : Das Computertomogramm zeigt die Ausbildung eines Platt- und Spreizfußes
(Prof. Vogel, Hamburg)



Abb. 7 : Fersenbeinfraktur nach Falanga (Dr. Rasmussen, Kopenhagen)

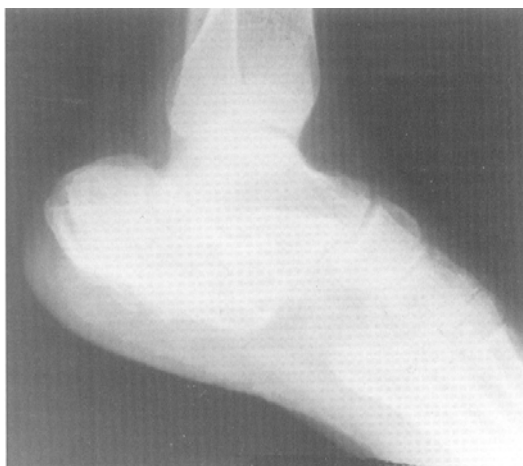


Abb. 8 : Konsolidierte Calcaneusfraktur nach Falanga (Prof. Vogel, Hamburg)



Abb. 9 : Zehenfraktur mit Kallusbildung nach Falanga (Markierung) (Prof. Vogel, Hamburg)



Abb. 10 : Zustand nach Fußnagelkranzfraktur mit Deformierung bei D2 durch Falanga (Prof. Vogel, Hamburg)

1.3.3 Schläge auf die Ohren

Bei dieser Art der Folter, auch als Telephono (Peters 1991) bezeichnet, wird dem Opfer simultan mit beiden Händen flach auf die Ohren geschlagen. Als telephono werden auch Schläge auf einen dem Opfer aufgesetzten Helm bezeichnet (Peters 1991). Im allgemeinen hinterlassen beidhändige Schläge auf die Ohren geplatzte Trommelfelle. Diese Trommelfellperforationen (oft asymptomatisch) sind typische Folgen dieser Art der Folter. Sie können aber auch nach unbehandelter Mittelohrentzündung auftreten (Kläui 2001). Die Narbe oder Perforation, die als Spätfolge zumeist noch zu sehen ist, liegt zentral, kaum randständig. Es liegt eine Verletzung wie bei Knalltrauma vor. Als Folge der Schläge verspürt der Betroffene eine Absonderung von Flüssigkeit oder Blut im Gehörgang sowie eine u.U. mehrere Tage dauernde Hörminderung. Diese kann persistieren. In der Studie von Domovitch (1984) berichten 12 von 104 untersuchten Patienten von Hörverlust. 10 dieser 12 Patienten berichten, dass sie durch Schläge auf die Ohren gefoltert wurden.

Nicht selten wird ein quälender Tinnitus (Ohrgeräusche) geschildert, der das Einschlafen behindert, ja Furcht vor der Nacht provoziert, weil die Ruhe der Nacht mit Tinnitus und dem Wiedererleben der Schläge verbunden ist (Graessner 1993). Die (unbefriedigenden) Behandlungsmöglichkeiten sind die gleichen wie beim Tinnitus ohne Foltererfahrung (Kläui 2001).

Als Folge solcher Trommelfellperforationen können „Komplikationen wie Cholesteatome und chronische Mittelohrentzündungen“ (Graessner 1993) auftreten. Mit einer radiologischen Spezialaufnahme des Felsenbeins fand Graessner bei mehreren Patienten eine unzureichende Pneumatisierung.

1.3.4 Schlagen

Schläge aller Art stellen die häufigste Form der Folter dar (Graessner 2000; Amnesty International 2000). Peters unterscheidet Faustschläge, Tritte, Schläge mit Knüppeln und Gewehrkolben. Sie werden mit allen erdenklichen Gegenständen ausgeführt, in Kenia mit dem Rungus (Knotenstock), in Syrien bevorzugt mit Kabeln, in der Türkei

mit Holzstöcken oder -knüppeln. In militärischen Einrichtungen wird der Gewehrkolben eingesetzt (Graessner 2000). Direkte Folgen sind Hämatome, die zuweilen operativ entlastet werden müssen; in diesem Fall sind Narben als Folge des Schnittes sichtbar (Graessner 2000). Durch Einschwemmung von abgebauten Muskeleiweißen kann es zu einer Niereninsuffizienz kommen (Malik 1993). Häufig kommt es auch zu Frakturen, wobei die Extremitäten besonders häufig betroffen sind, wie die Arbeit von H. Vogel zeigt. Graessner führt diese Tatsache darauf zurück, dass die Opfer bei Schlägen die Extremitäten zur Abwehr der Schläge einsetzen. Als Folge von Schlägen auf das Abdomen bei der Folter sind Rupturen der Milz und Kontusionen der Leber bekannt (Dudley 1977).

Todesfälle im Rahmen von Folter durch intraabdominale Blutungen sind mehrfach beschrieben worden (Amnesty International 1984; 1987a; 1987b). Schläge im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich verursachen Kieferbrüche, Einblutungen und Kiefergelenkbeschwerden, welche durch Weichteilzerreißen am Faserknorpel entstehen und zu pathologischen Unterkieferbewegungsbahnen führen (Vogel 1997). Typisch für Schlagfolgen auf den Kopf ist der Hämatosinus, der bei unzureichender Behandlung häufig eine chronische Sinusitis zur Folge hat. Ähnliche Symptome treten bei misshandelten Prostituierten (Vogel 1997)(siehe Abb. 11 und Abb. 12) sowie im Boxsport auf (Graessner 2000). Eine weitere Folge von Schlägen im Gesichtsbereich ist der Verlust von Zähnen (Vogel 1997; Graessner 2000). Des Weiteren sind Nasenbeinfrakturen charakteristisch (Graessner 2000). Noch Jahre später klagen die Betroffenen über Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich des Nackens aufgrund von einer erhöhten reflektorischen Muskelspannung. Die Betroffenen verharren in einer anhaltenden Fehlhaltung der Halswirbelsäule, sie „ziehen den Kopf ein“ (Graessner 2000). Bei wiederholter Bewusstlosigkeit nach Schlägen sollte man an ein chronisches postkommotionelles Syndrom denken. In diesem Fall können sich Auffälligkeiten im EEG (meist temporal) und kognitive Beeinträchtigungen (meist solche des Kurzzeitgedächtnisses) zeigen (Graessner 1995; Kwetus 1985; Lishman 1973). Jensen (1982) und Kellner (1983) vermuten eine organische Schädigung des Gehirns als Grundlage der psychischen Symptome bei Folteropfern.



Abb. 11 und Abb. 12 : Hämatosinus des rechten Sinus maxillaris bei Jochbeinausbruch
(Prof. Vogel, Hamburg)

1.3.5 Elektrofolter

Bei der Elektrofolter werden dem Opfer meist metallene Elektroden am Körper befestigt und danach unter Spannung gesetzt. Meist wird Gleichstrom verwendet, welcher wenig Hitze produziert und dadurch keine Spuren hinterlässt (Graessner 2000). Da den Betroffenen die Augen meist verbunden werden, können sie keine näheren Angaben zu der Art des verwendeten Gerätes machen. Die Elektroden werden an Ohrfläppchen, Penis, Brustwarzen, Augenlidern, Lippen usw. appliziert. Dabei bleiben nur manchmal narbige Spuren zurück (Hougen 1988), wobei in den meisten Fällen keine bleibenden Schäden der Haut zu erwarten sind (Forrest 1998). Diese oberflächlichen Koagulationen der betroffenen Hautareale sind zwar charakteristisch, aber nicht immer auffindbar (Vogel 1997). Daher muss bei Verdacht auf Elektrofolter sehr penibel nach Narben gesucht werden (Forrest 1998). Abbildung 13 und 14 zeigen einen Fall, bei dem zwischen den Zehen eine Nekrose zu erkennen war, die charakteristisch ist für eine Koagulation nach Applikation von Elektroden bei Elektrofolter. Zur Beweismittelsicherung wurde die Stelle lokal exzidiert und histologisch aufgearbeitet. Auch hier konnte eine lokale Nekrose nachgewiesen werden wie sie typisch ist für die hohe Stromdichte unter der Elektrode bei Elektrofolter (Danielsen 1991; Danielsen 1981; Karlsmark 1988a; Karlsmark 1988b; Karlsmark 1984; Karlsmark 1990; Thomsen 1983;). Bork (1997) berichtet von pigmentierten Keloiden an den Ohren durch Elektrofolter. Gniadecker (1995) empfiehlt, die entstehenden Narben mittels Ultraschall zu untersuchen und so präzise, objektiv und reproduzierbar den Umfang und die Größe der Narben zu bestimmen. Abbildung 15 zeigt Narben auf dem Skrotum eines Opfers, bei dem die Elektrode in Form einer Klammer befestigt wurde. Durch die Arbeitsmedizin sind strominduzierte Osteonekrosen bekannt (Kolar 1989). In diesem Zusammenhang berichtet Vogel von einem Patienten, dem eine Elektrode am Genitale und die andere im Bereich der Hüfte angebracht wurde. Nach dem Elektroschock konnte das Opfer 16 Monate lang das Bein nicht belasten. Als Folge trat eine mediale Schenkelhalsfraktur auf, die zu einer sekundären Nekrose des linken Hüftkopfes führte (Vogel 1997)(siehe Abb. 16). Bei der elektrischen Folter mit Elektroden an den Ohrfläppchen, kommt es zu Verformungen des Trommelfells, wobei die Kausalität noch nicht geklärt ist (Vogel 1997). Ärzte des

AVRE (Association pour les victimes de la repression en exil) berichten, dass das Trommelfell bei dieser Art der Folter besonders weiss erscheint.

Vogel beschreibt einige Beispiele, bei denen er von Frakturen durch ein indirektes Trauma mittels Elektroschock ausgeht. Letztendlich schreibt er aber zu diesem Zusammenhang:“ Die angegebenen Veränderungen zeigen die Grenze der Spätdiagnostik bei der Analyse der ursprünglichen Gewalteinwirkung und der Kausalitätskette. Nur ausnahmsweise lässt sich die E-Folter als Ursache einer Pathologie zweifelsfrei nachweisen“ (Vogel 1997).

Graessner beschreibt noch eine Methode der Elektrofolter, bei der sehr hohe Spannungen appliziert werden. Das Gerät ist ein sog. Paralyzer (siehe Abb. 17). Es komme dabei zu einer minutenlangen Depolarisation der Nerven, die sehr schmerzhaft sei (siehe Abb. 18). Zuweilen komme es zu spontanen Darm- und Blasenentleerungen. Amnesty International erhielt seit 1990 aus mindestens 58 Staaten Berichte über Folterungen und Misshandlungen durch Elektroschockgeräte. In mehr als 20 Ländern wurden speziell für den Einsatz gegen Menschen entwickelte Elektroschlagstöcke angewendet. Elektroschockwaffen werden in unterschiedlicher Form angeboten, beispielsweise als Schilde, Schlagstöcke, Lähmungswaffen oder als so genannte „Taser“, die an Drähten befestigte Haken abfeuern, mit denen man Menschen selbst aus einiger Entfernung heraus Stromstöße versetzen kann. Eine „der schlimmsten Entwicklungen“ auf diesem Gebiet ist jedoch der Elektroschockgürtel, den die Opfer bisweilen über mehrere Stunden hinweg tragen müssen. Damit kann man aus einer Entfernung von etwa bis zu 90 Metern dem Träger per Knopfdruck einen acht Sekunden anhaltenden Stromstoß von 50.000 Volt verabreichen. Der Schock macht das Opfer in den ersten Sekunden völlig bewegungsunfähig und verursacht „unerträgliche Schmerzen“ (Amnesty International 2000).

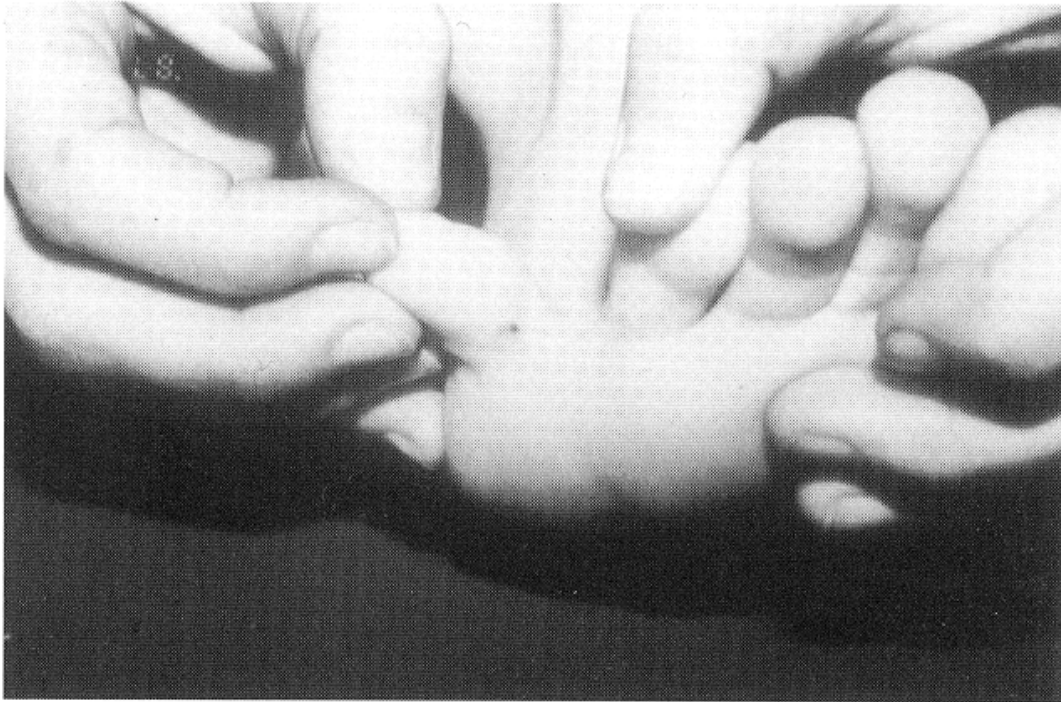


Abb. 13 : Hautnekrose interdigital am Eintrittsort des elektrischen Stromes (Prof. Vogel, Hamburg)

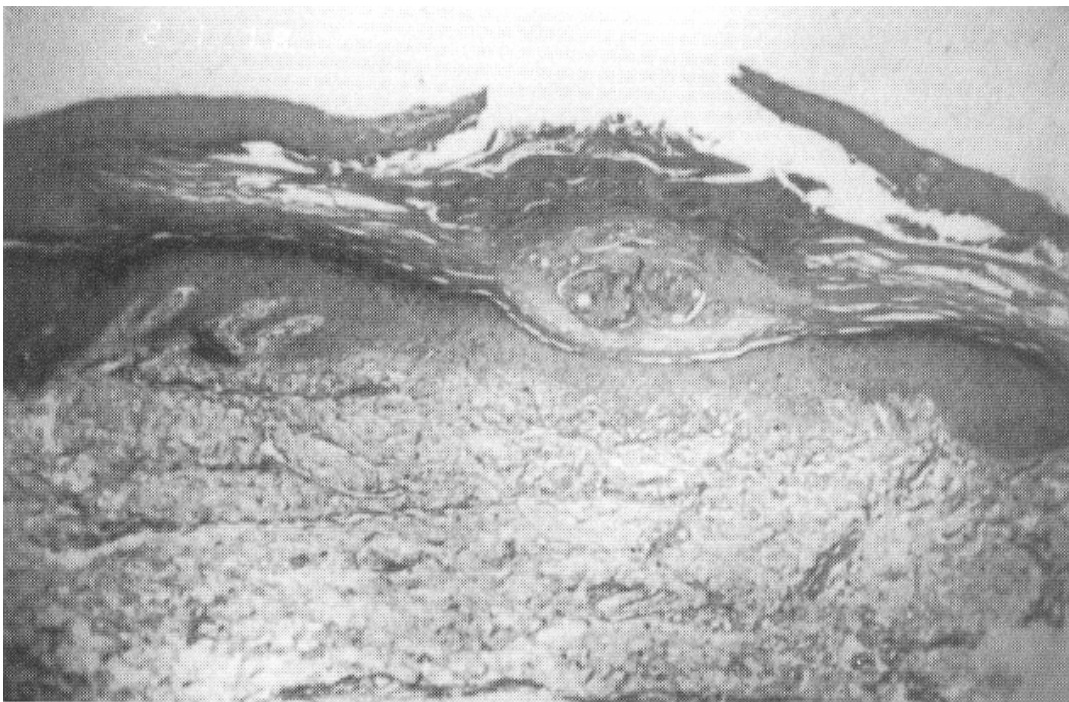


Abb. 14 : Die histologische Aufarbeitung zeigt eine lokale Nekrose, typisch für hohe Stromdichte bei applizierter Elektrode bei E-Folter (Prof. Vogel, Hamburg)



Abb. 15 : Narben am Skrotum eines Opfers, bei dem die Elektrode in Form einer Klammer befestigt wurde (Duncan Forrest, London)

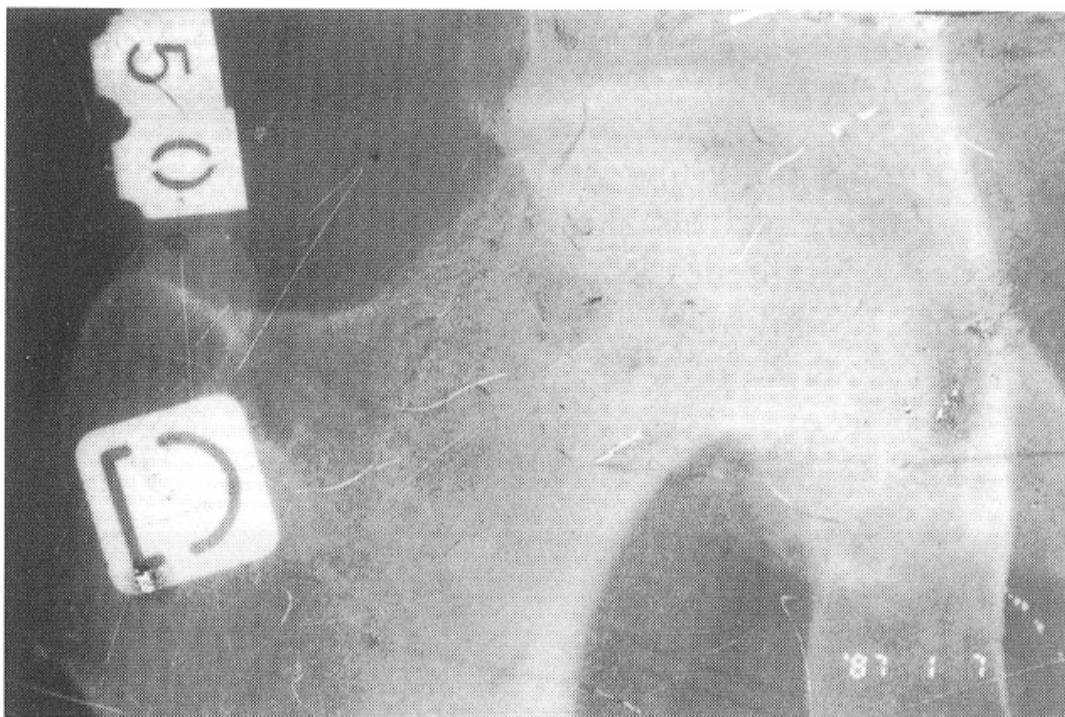


Abb. 16 : Nekrose des Hüftkopfes durch Elektroschock (Prof. Vogel, Hamburg)

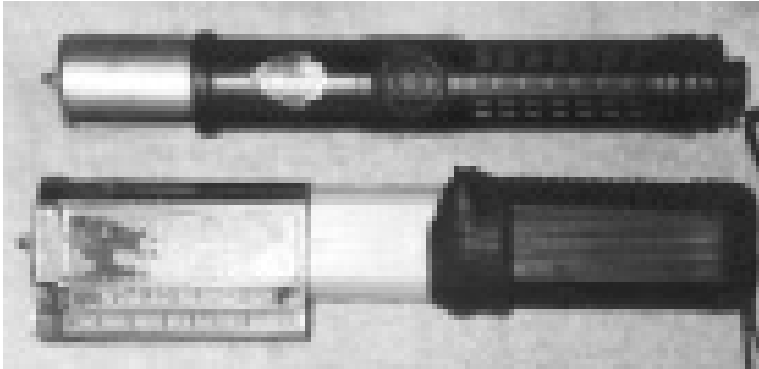


Abb. 17 : „Paralyzer“, in China hergestellt (Amnesty International)



Abb. 18 : Die Zeichnung zeigt die Applikation eines sog. Paralyzers (minghui.org)

1.3.6 Folter durch Hängen an Armen oder Beinen

Eine Form ist das Aufhängen eines Menschen an den hinter dem Rücken gefesselten Armen. Diese Form der Folter wird sehr häufig im Iran, Irak, Syrien, Türkei und Indien praktiziert (Graessner 2000). Dabei kommt es zur Dehnung und u.U. zu Zerreißen von Muskulatur, Kapsel- und Sehngewebe. Es können Muskelfaserrisse auftreten,

deren Narben bei mageren Menschen tastbar sein können (Graessner 2000). Die Schädigungen führen zu einer Schonhaltung in den betroffenen Gelenken. Desweiteren können „semizirkuläre Fesselungsspuren“, sowie eine extreme Hypermobilität in den Schultergelenken erkennbar sein (Graessner 2000). Ob Narben von Fesseln zurückbleiben oder nicht, hängt von der Art des benutzten Materials, der Dauer, der Festigkeit mit der die Fesseln angebracht werden und von der initialen Verletzung mit den Fesseln ab. Die Polizei Indiens benutzt Kleidung oder Baumwolltücher etc., um sichtbare Verletzungen zu vermeiden (Forrest 1995). Abbildung 19 zeigt charakteristische, semizirkuläre Narben nach Fesselung. Graessner berichtet von einer signifikanten Erhöhung der Rate von Veränderungen des Bandapparates der Wirbelsäule im Vergleich zur Durchschnittspopulation, welche mit Bandscheibenvorfällen verbunden seien. In diesem Fall sei das Leitsymptom der Schmerz im Verlauf des Ischiasnerven und Sensibilitätsstörungen.

Eine weitere Form dieser Art der Folter ist die Fesselung an heruntergebogene Bäume. Diese Methode wurde wiederholt von Menschen aus Kenia und Uganda berichtet (Graessner 2000).

Bei der sog. „brasilianischen Papageienschaukel“ (Peters 1991) wird das Opfer mit gebogenen Knien an eine Stange gehängt und die Hände werden an den Unterschenkeln festgebunden (siehe Abb. 20). Da in dieser Position die Füße nach oben zeigen, werden oftmals zudem Schläge auf die Fußsohlen durchgeführt (Falanga s.o.). Symptome sind Spätveränderungen der Kniee und Lockerungen des Bandapparats im Kniegelenk (Graessner 2000).

Bei der sog. „Palästinenserschaukel“ (Graessner 2000) wird das Opfer an den hinter dem Rücken gefesselten Armen aufgehängt (siehe Abb. 21). Diese Methode wird als besonders schmerzvoll beschrieben (Forrest 1998). Zusätzlich wird das Opfer in vielen Fällen geschlagen und Elektrofolter durchgeführt (Forrest 1998).

Ruckartiges Aufhängen in unphysiologischer Position kommt laut H. Vogel als Ursache für Fehlstellungen und Frakturen in Betracht. Wobei die Lokalisation der Fehlstellung bzw. Fraktur von dem Vorgang selbst abhängt. Eine weitere Folge des ruckartigen Aufhängens sind Verletzungen des Bandapparates, welche durch einen Palpationsbefund oder eine Ultraschalluntersuchung nachgewiesen werden können (Abb. 22)(Vogel 1997).



Abb. 19 : Narben nach Fesselung (Duncan Forrest, London)

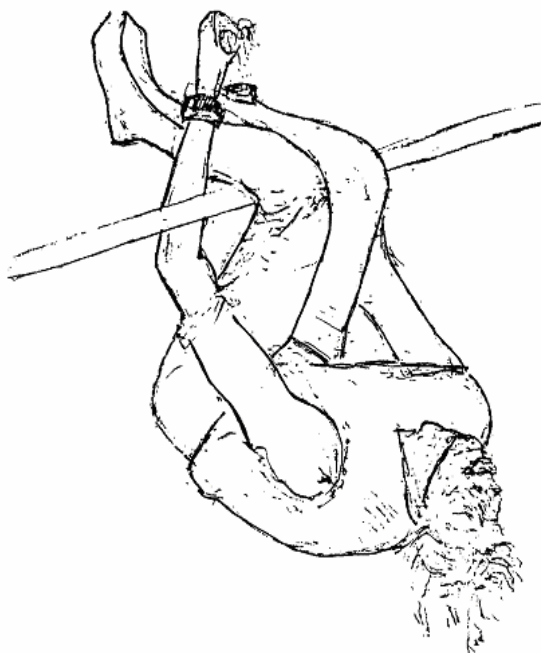


Abb. 20 : „Papageienstange“ (nach Rasmussen 1990)

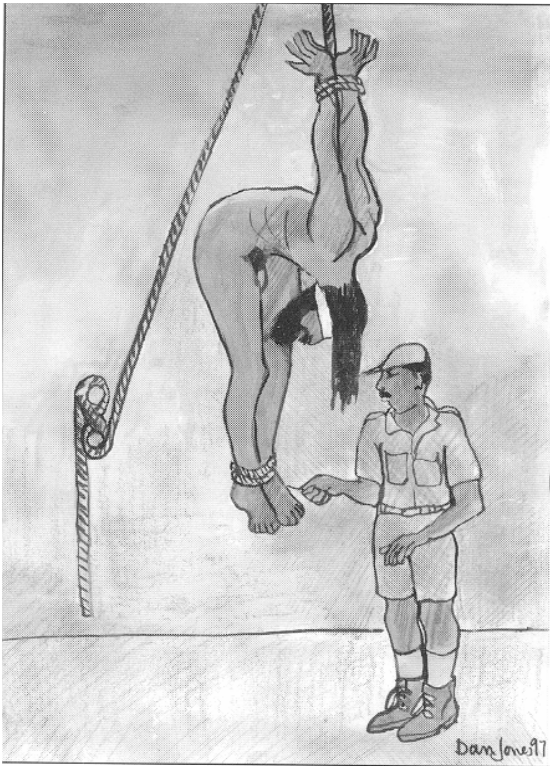


Abb. 21 : „Palestinian Hanging” (Amnesty International)



Abb. 22 : Steilstellung der HWS. Das Opfer aus Guinea Bissao wurde an den hinter dem Körper gefesselten Armen aufgehängt („Palestinian Hanging”) (Prof. Vogel, Hamburg)

1.3.7 Folter durch Einführen von Gegenständen unter die Nägel

Aus dem Patientengut von Graessner berichteten Betroffene aus Sri Lanka, Indien und Bangladesh von dieser Methode. Die Methode wird meist mit dem englischen Begriff „Nail torture“ benannt. Dabei werden den Opfern spitze Gegenstände etwa in Form von Nadeln unter die Finger- und/oder Fußnägel geschoben. In den ersten sechs Monaten erkennt man die „bezeichnenden Stichkanäle“ und später meist hyperpigmentierte Streifen unter den nachgewachsenen Nägeln (Graessner 2000). Vogel konnte bei einer Patientin im Röntgenbild der Finger metallische Verschattungen bzw. Fremdkörperfragmente nachweisen, die nach dem Entfernen der Metallteile zurückgeblieben waren (siehe Abb. 23). Eine sich anschließende Infektion des Nagelbetts kann zum Verlust des betroffenen Nagels führen (Graessner 2000). Wenn die Nägel während der Folter gezogen werden, kann es zum Nachwachsen eines verformten Nagels kommen, was differentialdiagnostisch von einer Pilzinfektion (Saprophyten) abzugrenzen ist.



Abb. 23: Fremdkörperfragmente nach Nail Torture (Prof. Vogel, Hamburg)

1.3.8 Folter durch Einführen von Gegenständen in den Anus/Harnröhre

Dabei handelt es sich um das gewaltsame Einführen von „zumeist Knüppeln oder Flaschenhälsen“ (Graessner 2000) in den Enddarm. Laut Graessner wird diese Art der Folterung vor allem in der Türkei und Kurdistan praktiziert. 40% der kurdischen Patienten seien dieser Foltermethode ausgesetzt gewesen. Dabei kommt es zu Verletzungen der Schleimhaut, die allerdings zumeist schon nach Monaten nicht mehr nachweisbar seien (Graessner 2000). Lediglich die Beschädigungen, welche die Darmwand perforieren, seien indizienhaft an den Komplikationen belegbar. Zu den indirekten Indizien gehören eine konsekutive Stuhlverhaltung wegen der Schmerzen, sowie regelmäßige Blutungen. In den meisten Fällen (Graessner 2000) fanden sich bei der äußerlichen Untersuchung Hämorrhoiden, die auch nach einer längeren Zeit zu wiederholten Blutungen führen. Allerdings kann für diesen Sachverhalt keine kausale pathophysiologische Beziehung zur Foltermethode (Graessner 2000) hergestellt werden, wobei eine Begünstigung zur Ausbildung von Hämorrhoiden durch die narbigen Veränderungen und die anhaltende Verspannung der Beckenbodenmuskulatur durchaus vorstellbar sei (Graessner 2000). Desweiteren können bei Männern chronische Infekte (Epididymitiden, Prostatitiden) und chronische Schmerzzustände des Beckenbodens beobachtet werden (Kläui 2001). Lunde (1980) und Daugaardk (1983) berichten von Unfruchtbarkeit und Funktionsstörungen bei Folteropfern. Nach Theilade (2002) haben 51 Prozent der Patienten, die einer derartigen Foltermethode unterlagen, sexuelle Funktionsstörungen. Bei Frauen ist auch der Hymenbefund zur Diagnostik von Spuren sexueller Gewalt wenig aussagekräftig, da der Verlust oder die Verletzung des Hymens nicht zwangsläufig für sexuelle Gewaltanwendung sprechen muss und da durch Penetration keine narbigen Veränderungen auftreten müssen (Tutsch-Bauer1998; Solntsev 2002; Lauritsen 2000; Adams 1996; Bussen 2001; Pugno 1999).

Aufgrund der zutiefst scham- und ehrverletzenden Art dieser Folter wird von dieser Folterform erst nach Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt, bzw. Gutachter und Patient berichtet (Graessner 2000). Demnach stehen bei dieser Art der Folter nicht die zugeführten Schmerzen im Vordergrund, sondern die Verletzung des Schamgefühls, der Ehre. Desweiteren ist bei beiden Geschlechtern die Angst um die

Fertilität groß, da die Folterer mit Unfruchtbarkeit und Missbildungen drohen (Kläui 2001).

So wie die oben beschriebene Art der Folter durch das Einführen von Gegenständen in den Anus, so gehört auch das Einführen von Gegenständen in die Harnröhre zu einer Form der „sexualisierten Folter“ (Graessner 2000). In die Harnröhre von Männern, seltener von Frauen (Graessner 2000), werden spitze Gegenstände wie Kabel, Drähte usw. eingeführt. Dabei kommt es zu unterschiedlich starken Verletzungen der Schleimhaut, deren konsekutive Narben mit Schrumpfungsprozessen einhergehen und zu Querschnittsverengungen der Harnröhre und damit häufig zu Beschwerden beim Wasserlassen und/oder Geschlechtsverkehr führen (Graessner 2000). Wiederkehrende Harnröhrentzündungen können den verengenden Effekt der Primärläsion verstärken. In einigen Fällen müssen die Strikturen operativ erweitert werden (Graessner 2000).

Meist werden mehrere Methoden der sexualisierten Folter kombiniert. Im Rahmen systematischer Folter werden Frauen öfter als Männer mit sexueller Gewalt konfrontiert (Agger 1988; Groenenberg 1992; Gurriss 1995). Sexuelle Gewalthandlungen an Frauen werden systematisch eingesetzt als Teil der Kriegsführung gegenüber einer Zivilbevölkerung, denn Frauen halten in Kriegszeiten die Gemeinschaft zusammen und sichern die Reproduktion der Gemeinschaft (Stahlmann 1998; Wobbe 1993). Ihre physische und psychische Zerstörung zielt auf die Zerstörung der sozialen und kulturellen Stabilität (Seifert 1993).

1.3.9 Folter durch Schnittverletzungen

Schnittverletzungen finden sich bei sehr vielen Folterüberlebenden. Sie werden meist im Rahmen der Festnahme verursacht und betreffen zumeist den Rücken, die Arme, das Gesäß und die Schenkel (Graessner 2000). Falls Abwehrbewegungen von dem Opfer ausgeführt werden, so finden sich die Schnitte häufig an den Außenseiten der Unterarme.

Differentialdiagnostisch muss man Narben nach Schnittverletzungen von rituell erworbenen Schnitten abgrenzen, welche häufig in Form von „zahlreichen parallelen

Schnitten im Bereich der Brust und der Unterarme (Handgelenke)“ zu sehen sind (Graessner 2000).

Solche selbstbeschädigenden Schnitte, meist durch Rasierklingen oder Konservendeckel, finden sich auch bei Menschen, die sich durch eine lange Haft oder Isolation in einem psychischen Ausnahmezustand befinden (Graessner 2000). In der Rechtsmedizin sind derartige Verletzungsbilder unter anderem bei psychotischen Patienten bekannt (Karger 1997; Karger 2001; Karger 2000; Rothschild 2001)

1.3.10 Folter an den Zähnen

Dabei handelt es sich nach Peters (1991) um das „gewaltsame Ziehen von Zähnen“. Während der Verhöre werden dem Opfer gesunde Zähne gezogen. Bei der Untersuchung wird diese Form der Folter wahrscheinlich, wenn es sich um Schneidezähne handelt, und der Zustand des restlichen Gebisses keine Hinweise auf einen Verlust durch eine natürliche Ursache gibt. Bei einem Verlust der Zähne aufgrund eines Sturzes oder eines Schlages, findet man häufig Verletzungen der Lippen- oder Mundschleimhaut, welche bei einer Extraktion der Zähne nicht zu erwarten sind.

Bei Verlust der Zähne durch Schläge finden sich zudem häufig Frakturen des Unterkiefers und der Kiefergelenke (Vogel 1997; Clavel 1973).

Nach Graessner ergibt sich die Wahrscheinlichkeit, das es sich um Folter handelt, aus den Schilderungen der Umstände und aus immer vorhandenen weiteren indizienhaften Belegen.

1.3.11 Folter durch Schütteln

Bei dieser Art der Folter wird das Opfer an den Schultern gepackt und über einen längeren Zeitraum geschüttelt. Dabei erfährt der Kopf erhebliche Beschleunigungen mit Peitscheneffekten, wobei dies zu Verletzungen von feinen Strukturen im Bereich der Halswirbelsäule wie z.B. von Blutgefäßen (Aa. Vertebrales) führen kann (Graessner 2000). Pounder (1997) beschreibt als Folgen dieser Art der Folter subdurale Hämatomate,

diffuse Verletzungen des Gehirns und retinale Hämatomate, wie sie in ähnlicher Form bei dem „shaken infant syndrome“ bekannt sind. Diese Form der Folter findet ubiquitär statt und wurde vor allem aus Israel bekannt (Graessner). Israel ist diesbezüglich der Folter an Palästinensern angeklagt worden (Porter 1995).

Folgen dieser Art der Folter sind Schwindel, Kopfschmerz und Koordinationsstörungen.

1.3.12 Folter durch erzwungenes Stehen

Bei dieser Form der Folter wird das Opfer gezwungen, bis zur totalen Erschöpfung zu stehen. Zudem können zusätzliche Belastungen hinzukommen. So beschreibt Graessner eine Form der Folter bei der das Opfer über Nacht im Schnee stehen muss, ohne dementsprechend gekleidet zu sein. Die Folge können Erfrierungen an den Extremitäten sein. Auch Peters beschreibt in diesem Zusammenhang Foltermethoden, bei der das Opfer in kaltes Wasser getaucht oder kalter Luft ausgesetzt wird. Desweiteren beschreibt er eine Foltermethode, bei der das Opfer gezwungen wird auf den Zehenspitzen zu stehen (teilweise an den Armen hängend), bis die Beine den Dienst versagen. Direkte Folgen sind ödematöse Schwellungen der Beine. Spätfolgen können Krampfadern sein (Graessner 2000).

1.3.13 Folter durch Zwangshaltung

Bei dieser Foltermethode werden die Opfer in zumeist sehr kleine Käfige eingesperrt. Die Maße der Käfige sind so gewählt, dass weder Liegen noch Ausstrecken möglich ist (siehe Abb. 24). Lediglich eine gebückte Haltung mit angezogenen Beinen ist möglich. Folgen sind muskuläre Verspannungen, Schrumpfprozesse der Muskulatur und Verkürzungen der Sehnen. Durch den einseitigen Druck auf bestimmte Gelenke sind diese nach Freilassung schmerzhaft. Die Beschwerden ähneln den Symptomen des Rheumas und werden daher fälschlich als solches diagnostiziert. Veränderungen des Gangbildes, Unsicherheit beim Treppensteigen und Abusus von Schmerzmitteln sind weitere indizienhafte Belege dieser Art der Folter. Die Opfer weisen zusätzlich oft einen

erheblichen Gewichtsverlust auf, da die Nahrungsaufnahme erschwert ist. Diese Methode wird häufig in Syrien und Südkorea angewendet (Graessner 2000).

In diesem Zusammenhang berichtet auch Peters von einer Methode, bei der das Opfer gezwungen ist, eine unnatürliche, stark beanspruchte Körperhaltung über einen langen Zeitraum einzunehmen (siehe Abb. 25).



Abb. 24: Die Zeichnung zeigt ein Opfer in einem Käfig, in dem kein Platz zum Ausstrecken ist.

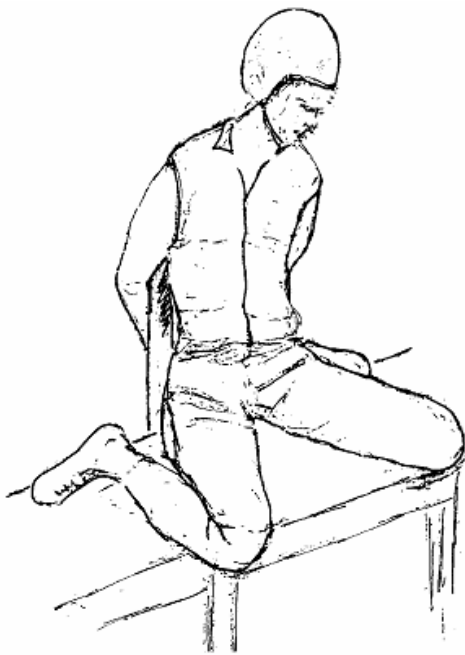


Abb. 25 : „La moto“ (nach Rasmussen 1990)

1.3.14 Folter durch Eintauchen des Kopfes in Wasser oder Fäkalien

Diese Art der Folter wird als „Submarino“, oder „asiatische Folter“, anderswo auch als „banera“ bezeichnet (Peters 1991). Sie wird heute hauptsächlich in Lateinamerika angewendet, aber auch aus dem Bereich des Nahen Osten wird davon berichtet (Graessner 2000). Dabei wird der Kopf des Opfers minutenlang in Bottiche mit verunreinigtem Wasser oder Fäkalien getaucht, „so dass Erstickungsängste“ entstehen (Graessner 2000). Nach Graessner liegen die Spätfolgen eher im psychischen Bereich (Vermeidung von Baden), es kann aber auch in Folge von Aspiration von Fäkalien oder verunreinigtem Wasser zu einer Lungenentzündung kommen.

Als Trocken-Submarino bezeichnet Peters eine Foltermethode, bei welcher der Kopf des Opfers in eine Plastiktüte gesteckt oder mit einer Decke umhüllt wird oder die Nasenlöcher zugestopft werden, solange bis das Opfer fast erstickt.

1.3.15 Schussverletzungen

Sie können nicht generell als Folter angesehen werden. Allerdings können auch Schussverletzungen eine Form des Quälens darstellen. Aus dem Irak wurde wiederholt berichtet, dass im Rahmen von Verhören dem Opfer ein Finger oder die Mittelhand mit einem Schuss zertrümmert wurde (Graessner 2000).

1.3.16 „Le petite Guillotine“, die kleine Guillotine

Die kleine Guillotine ist ein Amputationsgerät für Zehen- und Fingernägel. Dies wurde unter dem Schah im Iran entwickelt und ist weiterhin in Gebrauch (Vogel 1997). (siehe Abb. 26)



Abb. 26 : Das Bild zeigt die Hand eines 14 jährigen Mädchens, der wegen Schminkens mehrere Finger mit der „petit guillotine“ amputiert wurden (Jacobsson, Stockholm).

1.3.17 Daumen-, Finger-, Zehenschrauben

Ähnlich wie die aus dem Mittelalter bekannten Daumenschrauben (siehe Abb. 27), werden auch heute noch Geräte angewendet, welche durch Druck Zehen oder Finger zerstören (Vogel 1997). Beispiele für diese Art der Folter liefert Jacobsson aus Stockholm. Abbildung 28 und 29 zeigen den Fuß eines Opfers aus dem Iran, bei dem durch eine Zehenschraube die 2. und 3. Zehe verstümmelt wurden.



Abb. 27 : Daumenschraube aus dem Mittelalter



Abb. 28 : Verstümmelung der 2. und 3. Zehe, klinisch (Jacobsson)



Abb. 29 : Verstümmelung der 2. und 3. Zehe, röntgenologisch (Jacobsson)

1.3.18 Der „Operationstisch“

Bei dieser Methode, in Chile „el quirofano“ genannt, wird das Opfer auf einen Tisch gelegt und gestreckt; oder es wird nur halb auf den Tisch gelegt und die untere Körperhälfte festgeschnürt, so dass es gezwungen ist, den Oberkörper hochzuhalten (Peters 1991).

1.3.19 Entzug von Trinkwasser

Das Opfer bekommt nur verschmutztes, salziges oder seifiges Wasser zu trinken. Oder das Opfer wird gezwungen, verdorbene oder absichtlich zu stark gewürzte Speisen zu verzehren (Peters 1991).

1.3.20 Pendeln von Sandsäcken gegen den Körper

Das Pendeln von Sandsäcken gegen den Körper des Opfers geschieht meist mit verbundenen Augen des Opfers. Das Opfer ist orientierungslos, wird getroffen und stürzt, wird wieder aufgerichtet und wird erneut getroffen. Körperliche Spätfolgen sind hier im allgemeinen nicht zu erheben (Graessner 2000).

1.3.21 Abspritzen mit dem Druckwasserstrahl

Das Opfer wird in zumeist gekachelten Räumen mit einem Druckwasserstrahl abgespritzt, wobei der Wasserstrahl bevorzugt auf die Geschlechtsorgane gerichtet ist. Das Opfer ist im allgemeinen nackt und hat die Augen verbunden. Die Temperatur des Wassers wird subjektiv als kälter empfunden, als es in Wirklichkeit ist, da die Betroffenen zuvor stark schwitzen. Direkte körperliche Spätfolgen treten nicht auf; unter Umständen lassen sich bei Stürzen des Opfers Frakturen nachweisen (Graessner 2000).

1.3.22 Pharmakologische Folter

Zu dieser Art der Folterung zählt u.a. die Anwendung von Nervenreizmitteln wie z.B. Histaminen, die Injektion von Fäkalstoffen und die erzwungene Einnahme von Schwefel oder Gift(Thallium)(Peters1991). Eine weitere Gruppe der pharmakologischen Folter ist die erzwungene Einnahme von psychotropen Drogen (Kirschner 1984; Drucker 1980). Psychopharmaka bzw. psychotrope Substanzen verändern den Realitätsbezug und das Bewusstsein und verringern die Fähigkeit, üblichen sozialen Normen und Lebensanforderungen gerecht werden zu können. Psychopharmaka werden eingesetzt, um Gefangene weitgehend bewegungsunfähig zu machen oder um ihre Gesprächsbereitschaft in Verhörsituationen zu erhöhen (Bauer 2000). Die wahrheitsstimulierende Wirkung ist laut Graessner allerdings eher unbedeutend; wichtiger seien die Nebenwirkungen, wie Krämpfe, Atemlähmungen und angsterzeugende extrapyramidale Symptome, die vor allem bei Überdosierung auftreten (Graessner 2000). Auch Vesti (1992/1993) berichtet, das beispielsweise Scopolamin, das Gift des Bilsenkrauts, fälschlicherweise als „Wahrheitsserum“ angesehen wird. Psychopharmaka sollen Angstzustände hervorrufen und die Psyche der Opfer generell stören oder gar zerstören. Ein Beispiel für Psychopharmaka sind Neuroleptika. Neuroleptika dämpfen starke Erregungszustände; sie reduzieren Wahnideen und psychische Sinnestäuschungen. Sie können den aktiven Widerstand stark herabsetzen. Da Neuroleptika bekanntermaßen eine Reihe von organischer und psychischer Nebenwirkungen hervorrufen können, dürfen sie klinisch nur in bestimmten Fällen gegeben werden und eventuelle Nebenwirkungen müssen mit anderen Medikamenten therapiert werden. Dies geschieht in den Fällen der Anwendung an Gefangenen nicht (Bauer 2000). Die Narkoanalyse soll es psychiatrischen Patienten normalerweise ermöglichen, schmerzhaft und verdrängte Erlebnisse zu erinnern und abzureagieren. Dazu werden hypnotisch wirkende Pharmaka verwendet. Berichte von Missbrauch dieser Methode sind unter anderem aus dem Algerienkrieg, Südamerika und aus Chile veröffentlicht (Amnesty International 1999; Amnesty International 1998; Bauer 2000). Das bekannteste der für diese Narkoanalysen gebrauchten, missbräuchlichen Mittel ist Thiopental-Natrium; ferner Hexo-, Pento- und Amobarbital sowie die anders wirkenden Scopolamin und Hyoscamin. Ähnliche, aber weniger zuverlässige Wirkungen können

von Megaphen, Reserpin, LSD, Haschisch, Ethanol, Lachgas u.a. ausgehen (Römpp Chemielexikon 1999). Insgesamt hat jede vorsätzliche Anwendung von Pharmaka ohne medizinische Indikation den Charakter von Folter, wenn diese durch staatliche Instanzen mit nur diesen zustehenden Machtmitteln ausgeführt wird (Graessner 2000; Meyer-Lie 1987).

1.3.23 Fingerfolter

Bei dieser Foltermethode wird dem Opfer ein Bleistift zwischen die Finger gelegt, welche dann stark zusammengedrückt werden (Peters 1991).

1.3.24 Folter in hängender Position mit Kopftieflage

Bei dieser Art der Folter hängt das Opfer an den Beinen gefesselt und wird zudem häufig von Wand zu Wand gependelt und/oder der Körper wird plötzlich fallengelassen. In beiden Fällen sind nach Graessner Narben nach Kopfplatzwunden und andauernde Kopfschmerzen, die zumeist von der Halswirbelsäule in die Hinterhauptregion ziehen, zu erwarten. Desweiteren können bei genauer Betrachtung unter Zuhilfenahme einer Lupe Fesselungsspuren im Bereich der distalen Unterschenkel bzw. den proximalen Fußrücken erkennbar sein, die eine „teilzirkuläre Figuration“ (Graessner 2000) aufweisen.

1.3.25 Folter durch vorsätzliches Ausrenken eines Gelenkes

Graessner beschreibt diese als eine „neue Methode“, die häufig aus der Türkei berichtet werde. Dabei wird dem Opfer z.B. ein Holzstück unter die Achsel gelegt und der Arm gegen den Oberkörper gepresst, wobei es zu einer Luxation des Armes kommt. Am Ende des Verhörs wird der Oberarm ohne Medikation wieder eingerenkt (Graessner 2000). Folgen sind erschlaffte Bandstrukturen, die eine spontane Luxation begünstigen.

Im Röntgenbild finden sich später dezente Spuren, die allerdings nicht zwangsläufig auf die Folter zurückgeführt werden können. Desweiteren können Nervschädigungen und/oder Kalkablagerungen, die nach Einblutungen in die Kapsel entstehen, als Indiz für vorrausgegangene Luxationen angesehen werden (Graessner 2000).

1.3.26 Weitere Foltermethoden

- Einmassieren von Pfeffer in Schleimhäute oder von Säuren und Gewürzen in offene Wunden (Peters 1991)
- Ausreißen von Nägeln (Peters 1991)
- Ausreißen von Haaren (Peters 1991; Graessner 2000)
- Quetschungen empfindlicher Körperregionen, z.B. Hoden (Graessner 2000)
- Verbundene Fesselung von Penis und Hals in gebückter Haltung (Graessner 2000)
- Hölzerne Schraubzwingen, welche die Wadenmuskulatur oder die Finger quetschen, aus Äthiopien (Graessner 2000)
- Betropfen der Stirn mit Wassertropfen (Graessner 2000)

1.4 Folgen der Folter (Zusammenfassung)

1.4.1 Einteilung nach Organsystemen

Eine Einteilung der Folterfolgen nach einzelnen Organsystemen beschreibt Mohammed, wobei er dabei akute und chronische Folgen unterscheidet:

Somatische Folgen der Folter (Mohamed 1990)

	Akute	Chronische
Haut-und Skelett- System	Hämatome Abschürfungen Verbrennungen Verätzungen Blasenbildung Sehnen-und Muskelrisse Kompartment- Syndrom Frakturen	Narben Narbenkeloid Depigmentierungen Hyperpigmentierung Arthrosen und Pseudoarthrosen Gehbeschwerden Schmerzhafte reduzierte Belastbarkeit bis zur Immobilität Mechanische Atembehinderung
Gastro- Intestinal- Trakt	Oberbauch- Beschwerden Erbrechen Diarrhoe Hämatemesis Rektale Blutung Obstipation	Erosive Gastritis Ulcus duodeni et ventriculi Obstipation Gewichtsabnahme Rektale Abszesse Analfistel Defekationsbeschwerden
Kardio-	Pektangiöse	Herzrhythmusstörung

Pulmonales System	Beschwerden Tachykardie Herzklopfen Pneumothorax Aspirations-Pneumonie Dyspnoe	Synkopen Ödeme chronische Bronchitis Lungen-Tb
Uro-Genital-Trakt	Hämaturie Dysurie rezidivierende Urethrocystitis Penisverletzung Dysmenorrhoe Hypermenorrhoe Oligomenorrhoe Vaginitis Salpingitis Aborte	chronische Urethrocysto- pyelonephritis Urethrostenosierung chronische Adenexitis Fluor vaginalis Dysmenorrhoe sexuelle Probleme
HNO und Augen	Trommelfellruptur verschiedene Otitis- Formen Nasenbluten und Nasen- Bein-Frakturen Häufige Tonsillitis und Sinusitis Tinnitus Konjunktivitis und Keratitis	Hörstörungen Hörverlust chronische Otalgie Vertigo Cephalgien Sehstörungen
Zähne und	Zahnlockerungen	chronische Zahnschmerzen

Kiefer	Zahnfrakturen Gingivitis	Störungen der Kaufunktion
--------	-----------------------------	---------------------------

Nervensystem	Cephalgien Vertigo Intermittierende Bewusstlosigkeit Krämpfe Gedächtnisstörung Parästhesien Lähmungen	Lähmungen Konzentrationsstörungen Gedächtnisstörungen Müdigkeit und rasche Erschöpfung chronische Cephalgie kognitive Schwierigkeiten
--------------	--	---

1.4.2 Einteilung nach ärztlichen Disziplinen

Graessner teilt die Folgewirkungen der körperlich wirksamen Folter in „ärztliche Disziplinen“ auf. Er will damit Symptome und Beschwerdekompexe deutlich machen, die bei einer behaupteten Folter geprüft werden sollen, bevor die meist nur orientierenden Diagnosen als Indizien für das Vorliegen einer Folterspätfolge angesehen werden können. Vordringlich richtet sich Graessner damit an Ärzte und Ärztinnen, die bei der Primärversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen involviert sind. Bei folgender Auflistung wurden nur jene Spätfolgen berücksichtigt, welche im Behandlungszentrum in Berlin mehr als drei mal auftraten bzw. festgestellt wurden:

Folgewirkungen nach körperlich wirksamer Folter (nach Disziplinen)

Neurologische Folgen:

- Periphere Nervenschädigungen nach Fesselungen der Unterarme (n. medianus) und Unterschenkel, Nervenschädigung nach „Ventilator-Folter“

- Schädigungen des Zentralnervensystems nach Schlägen auf Kopf, Hals und Nacken i.S. eines post-concussive-Syndroms
- Sensibilitätsstörungen diffuser Natur
- Folgewirkungen nach Hunger, Hungerstreik und Mangelernährung
- Atrophie des Gehirns (Kleinhirn, Ventrikel), kognitive Einschränkungen
- Komplikationen nach Infektionen, Amputationen, Frakturen
- Leitsymptome (psychosomatisch): Zittern, Kloßgefühl im Hals, Herzrasen, Atembeklemmung, Schmerzzustände

Orthopädische Folgen:

- Zustand nach Frakturen, Luxationsfrakturen, Bänder- und Kapselrissen
- Zustand nach Quetschungen
- Muskelfaserrisse
- Hunger(streik)folgen im Bereich der paravertebralen Ligamente
- Zustand nach Amputationen
- Compartment-Syndrom-verwandte Alterationen der Füße und Unterschenkel
- Kiefergelenksveränderungen nach Zahnverlusten
- Leitsymptom: Diffuse Schmerzen des Bewegungsapparates

Urologische Folgen:

- Narbenstrikturen der Harnröhre
- Nierenprellungen und deren Komplikationen
- Zustände nach Hodenquetschungen
- Aufsteigende Infektionen und deren Komplikationen
- Steinbildungen nach Wasserentzug, gesteigerter Schweißsekretion
- Unfähigkeit zur Erektion
- Penisveränderungen nach Schnürungen, Elektrofolter
- Prostatitis
- Geschlechtskrankheiten

Gynäkologische Folgen:

- Ungewollte Schwangerschaft
- Dys- und Amenorrhoe
- Stillunfähigkeit nach Quetschung und Verletzung der Mammillen
- Verändertes Sexualverhalten
- Geschlechtskrankheiten
- Leitsymptome: Ausfluss, Harnblasenbeschwerden, Reizblase, Unterbauchschmerz, Dysmenorrhoe

Internistische Folgen:

- Reduktion der Leistung des Immunsystems
- Pulmonale Folgezustände nach Rippenserienfraktur
- Stumpfe Bauch- und Brusttraumata
- Venöse Erkrankungen
- Beschwerden des Enddarms, Hämorrhoiden
- Spastisches Colon (Dickdarm)
- Ernährungs- und Verdauungsstörungen bei multiplen Zahnverlusten
- Rezidivierende Stressulcera des Magens, Duodenum.
- Leitsymptome: Magenschmerzen, Stuhlbeschwerden, Herzschmerzen, Tachykardie (Herzrasen), Arrhythmie (Rhythmusstörungen), Atembeklemmungen

Spätfolgen, die Haut betreffend:

- Verbrennungsareale durch erhitzte Gegenstände, Zigaretten
- Narben nach Schnittverletzungen
- Zustand nach Nagelextraktion
- Zustand nach Haarbüschelextraktion, Haarausfall
- Keloidbildungen und ausgedehnte hypertrophische Narben
- Narbenkontrakturen

Spätfolgen, die Ohren betreffend:

- Trommelfellperforation und Cholesteatom (Zellwucherung)
- Zustände nach Nasenbein- und -septumfrakturen
- Chronisch-rezidivierende Otitiden (Mittelohrentzündungen)
- Tinnitus (Ohrgeräusche) und Vertigo (Schwindel)
- Zustand nach Ohrmuschelverletzungen
- Leitsymptome: Hörminderung (auch als medikamentöse Nebenwirkung), Ohrgeräusche

Spätfolgen, die Augen betreffend:

- Zustände nach stumpfen und spitzen Traumata
- Visuseinschränkungen
- Lidveränderungen

In diesem Zusammenhang nennt Graessner einige Gesundheitseinschränkungen, die durch andere Ursache entstanden sind und teilweise von Flüchtlingen fälschlicherweise als Foltermethode angegeben werden:

- gigantische narbige Veränderungen (sog. Keloide) oder hypertrophische Narben, die in rund 5 % bei Menschen mit schwarzer Haut, selten bei solchen mit heller Haut auftreten
- Veränderungen (u.U. Verkrüppelungen) der Gliedmaßen nach Poliomyelitis im Kindesalter
- Rituell verursachte Narbenbildungen
- Selbstbeschädigungen, darunter Verbrennungen, häufiger jedoch Schnittverletzungen, in psychischen Ausnahmezuständen verursacht
- Unfallfolgen: Arbeits-, Verkehrs- oder Hausunfälle
- Trübungen der Hornhaut des Auges oder Veränderungen der Lider, durch Infektion oder Parasiten verursacht

2. Auswertung der Gutachten

Es wurden insgesamt 61 Gutachten aus den Jahren 1997 bis August 2003 ausgewertet. 55 Gutachten stammen von einem niedergelassenen Chirurgen und 6 Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin in Münster.

Ausgewertet wurden neben allgemeinen Patientendaten (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Untersuchungsdatum), vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen, vom Patienten angegebene Symptome, klinische Befunde, röntgenologische Befunde, die Anwesenheit eines Dolmetschers, die vorgeschlagene Therapie und die Gutachteraussage.

Grundlage für die Auswertung der Gutachteraussagen bilden die von Graessner (2000) vorgeschlagenen Formulierungen zur Übereinstimmung von medizinischem Befund und der behaupteten Foltererfahrung. (Tabelle 1):

- Niedrige Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren.
- Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren.
- Hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind.
- Sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind.

2.1 Chirurgische Gutachten

Gutachten Nr. 1

- Untersuchungsdatum : 17.05.2001
- Herkunftsland : Sri-Lanka
- Geburtsjahr : 1972
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Schussverletzung im rechten Oberschenkel, mehrere kleine Narben durch Granatsplitter
- Vom Patienten angegebene Symptome : Hypersensibilität des rechten Oberschenkels
- Klinische Befunde: am rechten Oberschenkel (Rückseite) findet sich eine kreisrunde Narbe, 1-2 cm im Durchmesser, an der Vorderseite findet sich eine 15-18 cm lange Narbe (nach Patientenangaben durch die Operation entstanden)
- Röntgenologische Befunde : in den Röntgenaufnahmen beider Oberschenkel finden sich kalkdichte Verschattungen im Verlauf der Adduktoren des rechten Oberschenkels; linker Oberschenkel und beide Unterschenkel zeigen keine Auffälligkeiten
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 2

- Untersuchungsdatum : 23.08.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1980
- Geschlecht : männlich

- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Heiß- und Kaltwasserergüsse, Biss eines Soldaten in die linke Schulter, Schlag mit Gewehrkolben auf die linke Hand
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine
- Klinische Befunde : im Bereich des Hinterkopfes finden sich 2 verbreiterte 2- 3 cm lange Narben, welche verhärtet sind; Narbe im Bereich der linken Wange; an der linken Schulter findet sich eine Narbe nach Bissverletzung (die Abdrücke der einzelnen Zähne sind gut sichtbar); Narbe am linken Handrücken ca. 2 cm lang und 5 cm breit; das Ellenköpfchen im Bereich des linken Handgelenks ist prominent tastbar, die Abwinkelung des Handgelenkes ist eingeschränkt; im Bereich des Rückens finden sich querverlaufende Narben, wobei das Unterhautgewebe gerissen ist (evtl. Folge von starken Schlägen).
- Röntgenologische Befunde : Röntgenaufnahme des linken Handgelenks: Z.n. Radiusfraktur mit Abriß des Processus styloideus ulnae, die Fraktur ist mit einer Dorsalabkipfung von 15 Grad knöchern konsolidiert
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 3

- Untersuchungsdatum : 15.03.2001
- Herkunftsland : keine Angabe
- Geburtsjahr : 1983
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Tritte, Ausrenken des linken Armes
- Vom Patienten angegebene Symptome : Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Schwindel

- Klinische Befunde : Innenohrschaden (Audiogramm des HNO-Arztes liegt vor); 3 cm lange Narbe im Bereich des linken Rückens; Fehlstellung im linken Ellbogengelenk
- Röntgenologische Befunde : Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen ohne Auffälligkeiten; Röntgenbild des linken Ellenbogens mit Z.n. distaler Oberarmfraktur, die in Fehlstellung verheilt ist.
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : evtl. Umstellungsosteotomie des linken Ellenbogens; Untersuchung des Schwindelgefühls sowie der Innenohrschwerhörigkeit durch HNO-Arzt
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 4

- Untersuchungsdatum : 16.03.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1968
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge(bis zur Bewusstlosigkeit), Schläge mit Nagelbrett, Verbrennungen mit Zigaretten, Nail torture, Haft in Dunkelzelle
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 1,5 cm lange Narbe im Bereich der linken Augenbraue, kleinfleckige Narben auf beiden Wangen, breite Narbe Kieferwinkelregion rechts(Nahtspuren erkennbar), multiple kleinfleckige Narben im Bereich des Stammes, der Lumbalregion, der Kniegelenke und der Oberschenkel(differentialdiagnostisch sollte an die Folgen einer pustulösen Hauterkrankung gedacht werden), Y-förmige Narbe im Bereich des rechten Fußrückens: in diesem Bereich stehen die Fußwurzelkochen prominent vor

- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild der linken Fußwurzel in 2 Ebenen zeigt eine Unruhe im Bereich der Streckseite des Os cuneiforme 1
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : evtl. operative Glättung des Os cuneiforme
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 5

- Untersuchungsdatum : 10.08.2000
- Herkunftsland : Togo
- Geburtsjahr : 1964
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Elektrofolter im Bereich der Zunge,
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : keine nachweislichen körperlichen Schäden
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 6

- Untersuchungsdatum : 25.07.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1985
- Geschlecht : männlich

- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : keine genauen Angaben
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : breitflächige Narben im Bereich der Stirnhaargrenze links und rechts (als Folge stumpfer Gewalt ohne chirurgische Behandlung)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : Vorstellung bei einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 7

- Untersuchungsdatum : 27.09.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1962
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stock und Gewehrkolben auf Rücken und Füße (Falanga), Verletzung des rechten Daumens
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Z.n. Weichteildefekt im Bereich des Endgliedes D1 der rechten Hand, der durch einen Rundstiellappen aus der Brust gedeckt ist, der entsprechende Fingernagel ist verkrüppelt, die 2 Punkte Diskrimination gelingt erst ab 1,4 cm; Z.n. Traumatisierung der Fußsohlen mit stumpfer Gewalt, Unregelmäßigkeit der Plantarfascie sowie Druckschmerzhaftigkeit dergleichen
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des rechten Daumens in 2 Ebenen zeigt keinen Anhalt für eine knöcherne Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine

- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 8

- Untersuchungsdatum : 17.05.2001
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1980
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Verbrennungen mit Zigaretten und Kerzen, sexuelle Vergewaltigung oral und anal durch mehrere Männer
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 4 cm lange Narbe an der rechten Handfläche (keloidartig verändert), 2 cm lange Narbe am linken Unterarm, ca. 10 flächenhafte Narben mit einem Durchmesser bis zu 1 cm an beiden Beinen (nach Patientenangaben durch Zigarettenglut), 3 cm lange Narbe am Kinn (Zeichen einer chirurgischen Naht sind erkennbar), 2 cm lange Narbe am Hals, 2cm lange Narbe am Hinterkopf, bei Zahn 11 ist eine Ecke abgebrochen
- Röntgenologische Befunde : nein
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 9

- Untersuchungsdatum : 13.12.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1985

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben gegen den rechten Unterschenkel und gegen den Kopf
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 2 deutliche Narben im Bereich der behaarten Kopfhaut links temporal und im Bereich des Hinterkopfes nach Quetschverletzung, breitflächige Narbe im Bereich der rechten Schienbeinvorderkante (die Behaarung ist in diesem Bereich aufgehoben, die Hautstruktur ist verändert)
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahmen des Schädels und des rechten Unterschenkels in 2 Ebenen zeigen keine Zeichen knöcherner Verletzung
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 10

- Untersuchungsdatum : 17.04.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1968
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Knüppeln bei verbundenen Augen, Nasenbeinbruch, Elektrofolter im Bereich der Handgelenke, Abspritzen mit heißem und kaltem Druckwasserstrahl, Verbrennungen mit Zigarettenglut
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 3 Narben im Bereich des Kopfes, Verbrennungsnarben im Bereich des linken Unterarmes (Hautstruktur ist aufgehoben und irreguläre Pigmentierung), Narbe im Bereich der Augenbraue, behinderte Nasenatmung des linken Nasenganges

- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt den Z.n. Nasenbeinfraktur, die in Fehlstellung verheilt ist
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : evtl. Korrektur des Nasenbeins
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 11

- Untersuchungsdatum : 13.04.2000
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1974
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben, Verletzung des linken Auges, nach Schlägen Fehlg Geburt
- Vom Patienten angegebene Symptome : Kopfschmerzen, Schmerzen des linken Fußes
- Klinische Befunde : Schwellung des linken Auges, die Vorderkammer ist getrübt, das Auge ist blind, bräunliche Hautveränderungen im Bereich der linken Hüfte (evtl. Reste subcutaner Hämatome)
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt keine Zeichen knöcherner Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : augenärztliche Untersuchung, evtl. Exstirpation des Augapfels mit Prothesenersatz
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 12

- Untersuchungsdatum : 17.11.1998
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1971
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf den Rücken und rechte Schulter
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich des Rückens
- Klinische Befunde : Verkrümmung der Wirbelsäule, Verhärtung der paravertebralen Muskulatur, massive Knack- und Springphänomene unterhalb des Schulterblatts
- Röntgenologische Befunde : keine Angaben
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : evtl. Krankengymnastik
- Gutachtenaussage : keine Angaben

Gutachten Nr. 13

- Untersuchungsdatum : 1998
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1968
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Verbrennungen am linken Unterarm, Messerstiche
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 1 bis 1,5 cm lange Narben im Bereich der Augenbrauen, Narbe im Bereich der linken Stirn, 2 breite ca. 8 cm lange Narben im Bereich des Rückens, 8 kleine unauffällige Narben im Bereich des Ellenbogens (nach Patientenangaben durch Zigarettenglut, 2 fleckenförmige Verbrennungsnarben am rechten Unterarm, punktförmige Brandwunden im Bereich des rechten Unterschenkels, ca. 4 cm lange Narbe im Bereich der Kniekehle, etwas

eingezogene Narbe im Bereich der rechten Leiste (laut Patient durch Messerstich)

- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 14

- Untersuchungsdatum : 1998
- Herkunftsland : Iran
- Geburtsjahr : 1963
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben, Zähne mit Zange abgebrochen, Nasenbeinbruch, am rechten Fuß sei er aufgehängt worden, Verletzungen der Unterschenkel durch einen Nagel, durch den linken Unterarm sei ihm ein „Spieß“ gestochen worden
- Vom Patienten angegebene Symptome : gelegentlich Nasenbluten
- Klinische Befunde : lückenhafter Zahnstatus, mehrere Narben im Bereich der Stirn, 1 cm lange, stichförmige Narbe im Bereich des 3 Mittelhandknochens, 3 Narben im Bereich des rechten Unterarmes, Verbrennungsnarben im Bereich des linken Unterarmes, punktförmige Narbe im Bereich der rechten Wade, querverlaufende Narbe im Bereich der rechten Achillessehne(durch Aufhängen des Patienten; eine operative Versorgung der Achillessehne wäre mit einem Längsschnitt versorgt worden)
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenbilder des Schädels in 2 Ebenen zeigen eine Verheilung des Nasenbeins in Fehlstellung
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : zahnärztliche Behandlung, HNO-ärztlich Untersuchung

- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 15

- Untersuchungsdatum : 24.08.2000
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1969
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Fesseln an Armen und Beinen, Elektrofolter an Ohrläppchen und Zehen, Verbrennungen mit Zigarettenglut und einer heißen Stange, Tritte mit Stahlkappenstiefel auf das rechte Knie
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Verbrennungsnarben an der Nase, am rechten Ober- und Unterschenkel, am linken Oberschenkel, im Bereich der linken Achselhöhle und an der rechten Halsseite, 2 „pfennigstückgroße“ Narben in der Lumbalregion, mehrere kleine Narben im Bereich des Kniegelenkes, querverlaufende Narbe am linken Kniegelenk
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Linken Kniegelenks in 2 Ebenen zeigt Unregelmäßigkeiten am lateralen Kondylus femoralis, der Ansatz des vorderen Kreuzbandes ist etwas ausgezogen
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 16

- Untersuchungsdatum : 17.08.2000

- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1960
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben und einem Stock
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich des rechten Thorax
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der Stirn und Kinns
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Thorax ist ohne pathologischen Befund
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 17

- Untersuchungsdatum : 20.04.2000
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1980
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Verletzung der linken Niere, Schnittverletzungen mit einem Rasiermesser an Oberkörper und beiden Armen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : multiple (ca. 100) Narben im Bereich der Ventralseite des Oberkörpers und der Arme
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine

- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 18

- Untersuchungsdatum : 15.03.2001
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1983
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Tritte, Verdrehung des linken Armes
- Vom Patienten angegebene Symptome : eingeschränkte Beweglichkeit des linken Armes, Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Schwindelgefühl
- Klinische Befunde : beidseitiger Innenohrschaden (durch HNO-Gutachten), Fehlstellung des linken Ellenbogengelenkes
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels zeigt keine knöchernen Verletzungsfolgen, das Röntgenbild des linken Ellenbogengelenkes zeigt den Zustand nach einer suprakondylären Oberarmfraktur, die in erheblicher Fehlstellung verheilt ist
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : HNO-ärztliche Untersuchung, evtl. Umstellungsosteotomie der Oberarmfraktur
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 19

- Untersuchungsdatum : 11.01.2001
- Herkunftsland : Togo
- Geburtsjahr : 1962

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Fesselung, Schläge mit einer Peitsche und einem Stock
- Vom Patienten angegebene Symptome : Thoraxschmerzen
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Nackens, beider Beine, linken Handrückens und des linken Ellenbogens
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Niedrige Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 20

- Untersuchungsdatum : 29.01.2001
- Herkunftsland : Iran
- Geburtsjahr : 1956
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf die Fußsohlen mit Elektrokabeln, daraufhin wurde er gezwungen, mehrfach zu springen, es habe dann eine operative Behandlung mit Hautverpflanzung stattgefunden
- Vom Patienten angegebene Symptome : Rückenschmerzen
- Klinische Befunde : Verhärtung beider Fußsohlen, Narbenbildung an der rechten Fußsohle, das subcutane Fettgewebe ist knotig, am linken Fuß findet sich ein Zustand nach Hauttransplantation, sowie einer vermehrte Hornbildung dieser Region, eingeschränkte Beweglichkeit der Zehen, die Nägel beider Großzehen sind verformt
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme der LWS weist keine Veränderung auf, das Röntgenbild beider Fußskelette ist ohne Hinweis auf vorangegangene knöcherne Verletzungen

- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 21

- Untersuchungsdatum : 2001
- Herkunftsland : Irak
- Geburtsjahr : 1975
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Verbrennungen mit einem Bügeleisen, Hängen an gefesselten Armen, als Folge musste der rechte Arm amputiert werden
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich der linken Stirn, Missempfindungen im Bereich der Amputationsstelle
- Klinische Befunde : Z.n. Amputation des rechten Armes im Schultergelenk, 2 mal 3 cm große Narbe am linken Unterarm, diese ist mit der darunter liegenden Sehne verbacken, Sensibilitätsstörung des Nervus medianus, Narbe in der linken Hohlhand, die Fingerkuppen des 2. und 3. Fingers sind deformiert, Narben im Bereich der rechten Brust, 35 cm lange und 8 cm breite Verbrennungsnarbe am rechten Oberschenkel, 12 mal 5 cm große Verbrennungsnarbe auf der Rückseite des rechten Oberschenkels, 7 mal 4 cm große Verbrennungsnarbe am Unterschenkel, multiple Narben nach Schnittverletzung im Bereich der rechten Wade
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt keine knöchernen Verletzungszeichen, das Röntgenbild der linken Hand zeigt eine Teilamputation der Endglieder D2 und D3 und eine Naviculare Pseudoarthrose mit deutlicher Versetzung und Instabilität
- Dolmetscher : ja

- Erforderliche Therapie : Versorgung mit einer Prothese im Bereich des rechten Armes, neurologische Untersuchung des Nervus medianus, evtl. Arthrodesse des linken Handgelenkes
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 22

- Untersuchungsdatum : 6.04.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1968
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Elektrofolter an Zeh, Fuß und Zunge, Schnittverletzungen durch ein Messer, Schläge mit Holzstöcken und Eisenketten, Verbrennungen mit einer heißen Eisenstange, Herausziehen eines Fingernagels (Nail torture), pharmakologische Folter, Schussverletzung
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : keloidartig verdickte Narbe im Bereich des linken Hinterhauptes, stichförmige Narben im Bereich des linken und rechten Handgelenkes, des linken Oberarmes, der linken Gesäßseite (nach Patientenangaben durch eine Schussverletzung), 12 cm lange Narbe am linken Unterschenkel, dunkle punktförmige Hautverfärbungen im Bereich des rechten Unterschenkels und des Fußrückens (nach Patientenangaben durch Stromverbrennungen), mehrere kleinere Narben im Bereich der linken Kniescheibe,
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine

- Gutachtenaussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 23

- Untersuchungsdatum : 26.04.2001
- Herkunftsland : Singapur
- Geburtsjahr : 1969
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Kabeln, Gewehrkolben und Stöcken, Schussverletzung im linken Bein
- Vom Patienten angegebene Symptome :
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Kopfes, des Rückens, der Hände und der Oberschenkel, Deformierungen der Großzehennägel, Narbe im Bereich der linken Kniekehle und der Knievorderseite (Schussverletzung), Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes in 2 Ebenen zeigt den Zustand nach Schussverletzung, verletzt war der mediale Condylus, ein Projektil ist nicht nachweisbar
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : evtl. arthroskopische Exploration des linken Kniegelenkes
- Gutachtenaussage : keine Angaben

Gutachten Nr. 24

- Untersuchungsdatum : 2.04.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1956
- Geschlecht : männlich

- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Holzstock und mit einem mit Sand gefüllten Plastikschlauch, Schläge auf die Fußsohlen (Falanga), Elektrofolter, Aufhängen an den Beinen, Verbrennungen durch Zigaretten und einem heißen Plastikschlauch, Verrenkung der linken Hand, sexuelle Folter (Analverkehr und anale Penetration mit einem Stock)
- Vom Patienten angegebene Symptome : Rückenschmerzen
- Klinische Befunde : 1cm lange Narbe an der rechten Schulter, zwei rundliche Verbrennungsnarben am rechten Unterarm, punktförmige dunkel gefärbte Narbe im Bereich des linken Handgelenkes (nach Patientenangaben durch Elektrofolter), Narbe nach Verbrennung mit Pigmentstörung im Sinne einer Entfärbung am linken Unterarm, 5 mal 4 cm große Verbrennungsnarbe am rechten Unterschenkel mit verändertem Hautprofil, Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des linken Handgelenkes zeigt den Z.n. Kahnbeinfraktur mit resultierender Arthrose des Radio-Carpalgelenkes, die Röntgenaufnahme der HWS zeigt den Zustand nach Traumatisierung des 5. HWS mit Wirbelkörperhöhenminderung, sowie eine Gefügelockerung zwischen dem 2. und 4. HWK, das Szintigramm weist Aktivitätsanreicherungen in beiden Fußwurzelregionen sowie an beiden Kniegelenken auf (dies spricht für eine Einwirkung stumpfer Gewalt bzw. einer stattgefundenen Fesselung)
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : evtl. Denervierungsoperation bzw. Versteifungsoperation des linken Handgelenkes
- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 25

- Untersuchungsdatum : 28.11.1998
- Herkunftsland : Türkei

- Geburtsjahr : 1968
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : ca. 30 stichförmige Narben, bis zu 4 cm lang,
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme der Wirbelsäule zeigt keine knöchernen Verletzungsfolgen
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 26

- Untersuchungsdatum : 27.02.2001
- Herkunftsland : Iran
- Geburtsjahr : 1964
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : 300 Peitschenhiebe
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : kleinflächige Narben mit zum Teil frischen Kratzspuren (differentialdiagnostisch muss an die Folgen einer Akne gedacht werden)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Niedrige Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 27

- Untersuchungsdatum : 05.04.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1981
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge bei verbundenen Augen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Rumpfes, des rechten Oberarmes und des linken und rechten Unterschenkels
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 28

- Untersuchungsdatum : 21.12.2000
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1971
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Verbrennungen mit heißem Kerzenwachs, Schnittverletzungen mit einem Messer, Fesselung an Händen und Beinen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : multiple Narben im Bereich beider Arme und beider Beine (hauptsächlich Unterschenkel), Verbrennungsnarben sind nicht eindeutig feststellbar (heißer Wachs verursacht selten tiefe Verbrennungen, welche

Narben hinterlassen würden), Fehlbildung beider Großzehennägel (durch Verletzung des Nagelbetts oder als Folge einer Pilzerkrankung)

- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 29

- Untersuchungsdatum : 08.06.2000
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1958
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gummischlauch und Gewehr, Tritte
- Vom Patienten angegebene Symptome : Rückenbeschwerden
- Klinische Befunde : Narbe im Bereich der Unterlippe, des linken Hinterkopfes, der LWS (alle Narben sind leicht verbreitert und zeigen keine Zeichen einer chirurgischen Behandlung), Fehlstellung der LWS
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 30

- Untersuchungsdatum : 19.10.2000
- Herkunftsland : Nigeria

- Geburtsjahr : 1960
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben vor allem auf die rechte Schulter und die Genitalien (mit anschließendem Krankenhausaufenthalt, da der Hoden zu stark angeschwollen war), Verletzungen mit Messer
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 12 cm lange Narben am rechten Schulterblatt, Narben im Bereich des linken Schulterblattes, des rechten Rippenbogens, des Skrotum (der rechte Hoden ist entfernt worden), des Oberbauches, der Schienbeine
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahmen der Schulter in 2 Ebenen zeigen keine Zeichen knöcherner Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 31

- Untersuchungsdatum : 06.10.1999
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1979
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Verbrennungen durch Zigarettenglut
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 12 cm lange und 4,5 cm breite, wulstige Narbe mit Aufhebung der Pigmentstruktur am rechten Unterarm, 9 cm lange und 3 cm breite Narbe am linken Unterarm (eine operative Korrektur hat offenbar schon stattgefunden), 10 kreisrunde Narben mit Veränderung der Hautstruktur im Bereich des linken Unterarmes (nach Patientenangaben durch Zigarettenglut),

Narbe im Bereich des linken Oberschenkels; die Narben sind typisch für Verbrennungsnarben

- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 32

- Untersuchungsdatum : 28.01.1999
- Herkunftsland : Russland
- Geburtsjahr : 1961
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stacheldraht
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 20 cm lange verbreiterte Narbe im Bereich des Mittelbauches (nach Patientenangaben durch Schlag mit Stacheldraht), großflächige Verbrennungsnarben im Bereich beider Beine, die Narben sind verhärtet und weisen Strangbildungen auf, sind zum Teil entfärbt und pergamentartig dünn
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 33

- Untersuchungsdatum : 28.11.1998
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1963
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : keine Angaben
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 5 cm lange, tief eingezogene Narbe an der rechten Stirnseite, Narbe im Bereich des Handgelenkes, des Unterarmes und des Handrückens, Bewegungseinschränkung im linken Ellbogengelenk, der linke Unterarm ist um 3 cm verkürzt, im Bereich beider Unterschenkel finden sich Verbrennungsnarben
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des linken Ellbogengelenkes zeigt den Zustand einer posttraumatischen Arthrose, das Röntgenbild des linken Handgelenkes zeigt den Zustand einer posttraumatischen Arthrose nach knöcherner Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 34

- Untersuchungsdatum : 11.03.1999
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1962
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Latten und Schlagstöcken, er sei an einen Lastwagen gebunden und mitgeschliffen worden,

- Vom Patienten angegebene Symptome : Rückenschmerzen
- Klinische Befunde : Beckenschiefstand, das rechte Bein ist um ca. 5 cm verkürzt, Narben im Bereich der linken und rechten Gesäßhälfte, des linken Beckenkammes, des linken Oberschenkels (die Muskulatur in diesem Bereich ist deformiert), des Schienbeines und des linken Knies, neurologische Ausfälle im Bereich der Zehen des linken Fußes
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild der LWS in 2 Ebenen und die Computertomographiebilder zeigen den Zustand nach einer schweren Lendenwirbelsäulenverletzung, der 4. Lendenwirbelkörper ist zusammengebrochen und bewirkt eine Einengung des Spinalkanals
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : operative Versorgung der Wirbelsäulenverletzung
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 35

- Untersuchungsdatum : 06.08.1998
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1970
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben auf die rechte Schulter, Verbrennungen mit flüssigem Plastik im Bereich des Nackens
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Schulterbereich
- Klinische Befunde : weicher, verschieblicher Tumor im Bereich der rechten Schulter, Verbrennungsnarbe im Bereich des Nackens,
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild der rechten Schulter zeigt keine knöchernen Veränderungen
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : Excision des Tumors und histologische Befundung

- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 36

- Untersuchungsdatum : 06.08.1998
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1987
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Verbrennungen durch einen Brand des Wohnhauses (von Soldaten angezündet)
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : ausgedehnte Verbrennungsnarben im Bereich des Oberkörpers
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 37

- Untersuchungsdatum : 09.03.2000
- Herkunftsland : Afghanistan
- Geburtsjahr : 1954
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stöcken, einem Schraubenzieher und Gewehrkolben
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben

- Klinische Befunde : Nasenbein ist nach rechts verschoben, multiple Zahnlücken (laut Patientenangaben durch Schläge), Narbe im Bereich der rechten Schulter
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt den Zustand nach Nasenbeinbruch, welches in Fehlstellung verheilt ist
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : Vorstellung bei einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 38

- Untersuchungsdatum : 12.08.1998
- Herkunftsland : Indien
- Geburtsjahr : 1964
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf die rechte Fußsohle (Falanga)
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : deutliche Abflachung des Fußgewölbes, die Beweglichkeit ist deutlich eingeschränkt, das Sprunggelenk ist geschwollen, das Gangbild ist gestört („humpelnd“)
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des rechten oberen Sprunggelenkes und der Fußwurzel in 2 Ebenen zeigt den Zustand nach Fersenbeintrümmerfraktur
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : Behandlung mit orthopädischem Schuhwerk
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 39

- Untersuchungsdatum : 10.09.1998
- Herkunftsland : Togo
- Geburtsjahr : 1963
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : keine genauen Angaben (Folter)
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Rückens, des Oberschenkels, der rechten Mamma, des rechten Unterarmes (die Hautstruktur ist verändert, die Narben sind wulstig und verhärtet)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : Vorstellung bei einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 40

- Untersuchungsdatum : 13.01.2000
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1981
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf den Kopf und den Gesamten Körper
- Vom Patienten angegebene Symptome : Kopfschmerzen
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der rechten Parietalregion, des Schädels und des rechten Unterschenkels

- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt keine Knöchernen Verletzungszeichen
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : Vorstellung bei einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 41

- Untersuchungsdatum : 23.03.2000
- Herkunftsland : Guinea
- Geburtsjahr : 1979
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Verbrennungen durch Zigarettenglut
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen des rechten Kniegelenkes
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der Stirn, des Hinterkopfes, des Rückens, des rechten Knies, der Unterschenkel, Verbrennungsnarben (Z.n. Verbrennung mit Zigarettenglut) im Bereich des Unterarmes
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenkes zeigt den Z.n. knöcherner Verletzung des Kniegelenks
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : orthopädische Behandlung
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 42

- Untersuchungsdatum : 23.09.1999

- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1974
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Rückens, des rechten Oberarmes, 12 cm lange Narbe an der rechten Schulter
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 43

- Untersuchungsdatum : 14.10.1999
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1977
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : keine Angaben
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der rechten Augenbraue, rechter Unterarm, großflächige Narben im Bereich des gesamten Oberkörpers (diese hat sich der Patient zugezogen, als er sich bei einer geplanten Abschiebung selber angezündet hat) die erforderlich gewordenen Transplantate sind zum Teil geschwollen und entzündet, Bewegungseinschränkung des rechten Armes (aufgrund der Hautverpflanzungen)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein

- Erforderliche Therapie : Kompressionstherapie und Narbenpflege in einer Spezialklinik
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 44

- Untersuchungsdatum : 13.12.1999
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1956
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stöcken und Fäusten, Tritte
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenkes
- Klinische Befunde : Narbe im Bereich der Kinnspitze
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des rechten Schultergelenkes in 2 Ebenen zeigen eine Distanzvermehrung zwischen dem distalen Claviculaende und dem Acromion, unter dem distalen Claviculaende findet sich eine kalkdichte Einlagerung (evtl. Ausdruck eines verkalkten Hämatoms)
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : nein
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 45

- Untersuchungsdatum : 30.03.2000
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1970

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben, Tritte
- Vom Patienten angegebene Symptome : Sehinderung des linken Auges
- Klinische Befunde : Verminderte Beweglichkeit des linken Auges, Schielen des linken Auges, Narbe im Bereich der linken Stirnseite, behinderte Nasenatmung links
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Schädels in 2 Ebenen zeigt keine Zeichen einer knöchernen Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : Augenärztliche Untersuchung
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 46

- Untersuchungsdatum : 04.02.1999
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1974
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Gewehrkolben vor allem aufs Kinn, Fesselung der Arme auf den Rücken für 5 Tage, Schläge auf die Finger und auf die Zehen
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich der rechten Schulter
- Klinische Befunde : Narbe im Bereich der linken Parietalregion und des Hinterkopfes, 3 breite wulstige Narben im Bereich des Unterkiefers, unregelmäßige Narbe auf dem linken Handrücken, Deformation der Großzehennägel (Folge einer Pilzerkrankung oder einer Prellung des Nagelbettes), Überbeweglichkeit des rechten Schultergelenkes
- Röntgenologische Befunde : keine

- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : evtl. Rekonstruktion der Gelenkkapsel
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 47

- Untersuchungsdatum : 21.10.1999
- Herkunftsland : Sierra Leone
- Geburtsjahr : 1985
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schussverletzungen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : multiple, verhärtete Narben im Bereich des Rückens und des Hinterkopfes
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des Thorax in 2 Ebenen zeigt acht metalldichte Fremdkörper im Bereich des Rückens, die Röntgenaufnahme des Schädels in 2 Ebenen zeigt im Bereich des Hinterkopfes und des Nackens sieben metalldichte Fremdkörper
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : bei Infektion oder Reizerscheinungen Excision der Fremdkörper
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 48

- Untersuchungsdatum : 03.02.2000
- Herkunftsland : keine Angaben
- Geburtsjahr : 1963

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge bei verbundenen Augen, Aufhängen an den Händen, Elektrofolter an Zeh und Penis, Schläge mit spitzen Gegenständen auf die Rippen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der Parietalregion, der Rippenbögen (kreisrund, Verdacht auf Elektrofolter), des rechten Fußrückens
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 49

- Untersuchungsdatum : 18.10.2001
- Herkunftsland : Togo
- Geburtsjahr : 1966
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stöcken
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Rippenbogens, des Schulterblatts, des Unterbauches, beider Oberarme, breitflächige Narbe im Bereich des rechten Kniegelenks, Abflachung beider Fußgewölbe (V.a. Falanga)
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenaufnahme des linken Handgelenks einschließlich Unterarm zeigt den Zustand nach einer distalen Radiusfraktur, die Röntgenaufnahme des rechten oberen Sprunggelenkes zeigt den Zustand nach Traumatisierung mit anschließender Verkalkung im Bereich der Membrana interossea
- Dolmetscher : nein

- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 50

- Untersuchungsdatum : 03.05.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1954
- Geschlecht : weiblich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Elektrofolter (unter anderem an der Vagina), sexuelle Misshandlung, Ausreißen der Fingernägel beider Hände
- Vom Patienten angegebene Symptome :
- Klinische Befunde : Narben im Bereich des Thorax, der linken Mamma, rechten Handgelenks, des rechten und linken Unterarmes, der Oberschenkel, kleinflächige Narben im Bereich der Unterschenkel und der Fußrücken (Verdacht auf Elektrofolter), deutliche Deformierung der Fingernägel beider Hände (der Nagelwall ist druckschmerzhaft, es liegt eine akute Entzündung vor)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : chirurgische Behandlung der Fingernägel
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 51

- Untersuchungsdatum : 10.05.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1953

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Stöcken (unter anderem aufs rechte Knie), er sei gezwungen worden, große Mengen Salz zu essen, Elektrofolter an Händen, Kopf und Penis, er sei zu einem „Ring“ gefesselt und danach aufgehängt worden
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Daumen
- Klinische Befunde : Narben im Bereich der Augenbrauen, der linken Parietalregion, des rechten Kniegelenks, kleinflächige Narben zwischen den Knöcheln der rechten und linken Mittelhand (Verdacht auf Elektrofolter)
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des rechten Knies in 2 Ebenen zeigt keinen Anhalt für den Zustand nach knöcherner Verletzung
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 52

- Untersuchungsdatum : 01.07.1999
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1977
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Fesselung der Hände auf den Rücken, Schläge bei verbundenen Augen, Verbrennungen mit Zigaretteglut vor allem im Bereich der linken Schulter
- Vom Patienten angegebene Symptome : Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der linken Schulter
- Klinische Befunde : Verspannung der paravertebralen HWS-Muskulatur, 4 kreisrunde Narben im Bereich des linken Schulterblattes (Verdacht auf Verbrennung durch Zigaretteglut)

- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild der HWS und der linken Schulter in 2 Ebenen zeigt keine knöchernen Verletzungszeichen
- Dolmetscher : nein
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind

Gutachten Nr. 53

- Untersuchungsdatum : 06.12.2001
- Herkunftsland : Guinea
- Geburtsjahr : 1980
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schnittverletzungen durch eine zerbrochene Flasche, Schläge mit einem Stein
- Vom Patienten angegebene Symptome :
- Klinische Befunde : Narbe im Bereich der Oberlippe, des Hinterkopfes, des linken Unterarms, des Beckenkamms und des Rückens
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 54

- Untersuchungsdatum : 04.11.1999
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 1944

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Elektrofolter, Abschnürung des Penis mit einem Gummiband
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : reduzierter Allgemeinzustand, Schwerhörigkeit, lückenhafter Zahnstatus, fleckige Hautveränderungen mit Veränderung der Pigmentierung im Bereich des Rumpfes und des Rückens (Verdacht auf Z.n. Schlägen), Narben im Bereich beider Beine, des Schulterblatts, Schwellung im Bereich des linke Sprunggelenkes
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des oberen Sprunggelenkes zeigt keine knöchernen Verletzungszeichen
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 55

- Untersuchungsdatum : 10.05.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1979
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge, Elektrofolter
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : Narbe im Bereich der Oberlippe (äußerlich und innerlich, in diesem Bereich fehlt der Schneidezahn), Narben im Bereich der Stirn, des Rückens und des Thorax, Deformierung des linken Großzehen
- Röntgenologische Befunde : das Röntgenbild des linken Großzehes in 2 Ebenen zeigt keine knöchernen Verletzungszeichen
- Dolmetscher : nein

- Erforderliche Therapie : Vorstellung bei einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

2.2 Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin

Gutachten Nr. 56

- Untersuchungsdatum : 29.11.2002
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : keine Angaben
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf den gesamten Körper, Schläge auf die Füße (Falanga), eine Wunde am Fuß sei genäht worden, Schussverletzung am rechten Oberschenkel
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen im Bereich des linken Fußgelenkes
- Klinische Befunde : rundliche Narbe im Bereich der Vorderseite und der Rückseite des rechten Oberschenkels, Narbe im Bereich des linken Fußrückens (die Umgebung der Narbe ist bräunlich pigmentiert, es lassen sich am Rand der Narbe Zeichen von Nähten sehen), 0,7 cm im Durchmesser messende, rundliche Narbe am linken Fußrücken
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren

Gutachten Nr. 57

- Untersuchungsdatum : 12.06.2001
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1979
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Aufhängen an den hinter dem Rücken gefesselten Händen („Palästinenserschaukel“), Haft in einem kalten Raum, Schläge, Ausreißen von mehreren Zehennägeln mit einer Zange (bei verbundenen Augen), Schläge auf die Finger (die beiden kleinen Finger seien gebrochen gewesen)
- Vom Patienten angegebene Symptome : Schmerzen bei Streckung des linken Unterarms
- Klinische Befunde : Fehlstellung beider kleiner Finger (s. Abb. 30), 1,5 cm lange Narbe am Daumengrundglied, 1 cm lange dunkel pigmentierte Narbe am linken Unterarm, zwei ca. 1 cm lange Narben im Bereich des linken Handgelenks, Fehlstellung des linken Armes, Deformation des Zehennagels der rechten Großzehe (s. Abb. 31)
- Röntgenologische Befunde : die Röntgenuntersuchung beider Hände zeigt eine seitengleiche Fehlstellung beider Kleinfinger (Aufgrund der seitengleichen Ausprägung am ehesten Anlage bedingt), die Röntgenbilder des linken Oberarmes, des linken Ellenbogens und des linken Schultergelenkes zeigen keine Zeichen einer knöchernen Verletzung, die Messaufnahme beider Arme in Streckstellung zeigt bei der Achsenmessung eine Seitendifferenz (rechts beträgt der Winkel zwischen Oberarmknochen und Ellebogenknochen 14 Grad, auf der linken Seite 9 Grad)
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren



Abb. 30 : Fehlstellung beider kleiner Finger (nach Patientenangaben sind die Finger gebrochen worden)(Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 57)



Abb. 31 : Deformation des Zehennagels der rechten Großzehe (nach Patientenangaben entstanden durch Ausreißen von mehreren Zehennägeln mit einer Zange) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 57)

Gutachten Nr. 58

- Untersuchungsdatum : 8.07.1997
- Herkunftsland : Kosovo
- Geburtsjahr : 19.06.1963

- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge gegen den Kopf und den gesamten Körper bis zur Bewusstlosigkeit,
- Vom Patienten angegebene Symptome : starke Schwerhörigkeit beider Ohren, Kopfschmerzen, Tinnitus
- Klinische Befunde : 1 cm lange Narbe parallel zum Unterkieferkörper, Narben im Bereich der rechten und linken Schulter (vermutlich Zustand nach Akne), depigmentierte Stelle im Bereich des rechten Schulterblattes (nach Angaben des Patienten keine Verletzungsfolge), grubenförmige Einsenkung von 1,5 bis 2 cm Tiefe und 5 cm Durchmesser, mit strahligen Narbenbildungen im Bereich unterhalb des linken Schlüsselbeins (evtl. Z.n. Schussverletzung durch eine Gaswaffe (kombiniert thermische und mechanische Gewalteinwirkung); da keine Austrittsnarbe und kein verbliebenes Projektil vorhanden sind, s. Abb. 32), unregelmäßig geformte weißliche Narbenbildung im Bereich des linken Unterbauchs (s. Abb. 33), starke Schwerhörigkeit beider Ohren (Ohrenärztliche Untersuchung)
- Röntgenologische Befunde : die Thoraxübersichtsaufnahme zeigt den Z.n. nach disloziert verheilten Frakturen der Rippen 8., 9. und 10.
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren



Abb. 32 : Narbenbildung im Bereich unterhalb des linken Schlüsselbeins (evtl. Z.n. Schussverletzung durch eine Gaswaffe (kombiniert thermische und mechanische Gewalteinwirkung)) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 58)



Abb. 33: unregelmäßig geformte weißliche Narbenbildung im Bereich des linken Unterbauchs (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 58)

Gutachten Nr. 59

- Untersuchungsdatum : 23.01.1998
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 01.05.1948
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge mit Fäusten und Gewehrkolben gegen den Kopf (dadurch Zerstörung der Ober- und Unterkieferprothese), Fixierung in einem Lkw-Reifen (Kopf und Knie auf der einen, das Gesäß auf der anderen Seite), Stockschläge gegen das Gesäß in dieser Position, Elektrofolter mit Einführung einer Elektrode in den After und Befestigung der 2. Elektrode am Finger, Bewerfen mit etwa 15 bis 20 kg schwerem Sandsack, der an der Decke befestigt war, Verbrennungen mit glühenden Zigaretten am Gesäß
- Vom Patienten angegebene Symptome : Taubheitsgefühl im linken Arm, Schmerzen im Bereich des Brustkorbs,
- Klinische Befunde : 1,5 cm lange narbige Einziehung und Rötung im Bereich der behaarten Kopfhaut, 1,5 cm links der Mittellinie und 10 cm oberhalb der Nackenhaargrenze (s. Abb. 34); reizlose Narbe links unterhalb des linken Augenwinkels, 2 cm lang und weißlich gefärbt; weißlich gefärbte reizlose Narbe von 3 cm Länge am linken Stirn-Schläfen-Übergang (s. Abb. 35), Narbe an der rechten Unterlippe (nach Patientenangaben keine Folterfolge), 4 cm lange reizlose Narbe 10 cm oberhalb der Gürtellinie, 3 cm links der Mittellinie des Rückens beginnend (s. Abb. 36), 2 depigmentierte etwa linsengroße rundliche Hautveränderungen im Bereich der linken Gesäßhälfte; blau-schwärzliche 0,7 cm im Durchmesser messende Hautveränderungen ohne Hautunebenheiten im Bereich der linken Gesäßhälfte, gleichartige Hautveränderungen an der rechten Hüfte, unterhalb des rechten Darmbeins; deutlicher Tremor beider Hände
- Röntgenologische Befunde : die Thoraxaufnahme in 2 Ebenen zeigt keinen Anhalt für knöcherne Verletzungen
- Dolmetscher : ja

- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachteraussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren



Abb. 34 : 1,5 cm lange narbige Einziehung und Rötung im Bereich der behaarten Kopfhaut (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 59)



Abb. 35 : weißlich gefärbte reizlose Narben im Bereich des linken Auges (nach Patientenangaben Folgen von Schlägen) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 59)



Abb. 36 : 4 cm lange reizlose Narbe, 10 cm oberhalb der Gürtellinie, 3 cm links der Mittellinie des Rückens beginnend (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 59)

Gutachten Nr. 60

- Untersuchungsdatum : 08.06.2001
- Herkunftsland : Sri Lanka
- Geburtsjahr : 11.01.1969
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Schläge auf den Körper, Schnittwunden durch einen abgebrochenen Flaschenhals, Schläge mit einem Plastikrohr, welches mit Sand gefüllt war, dabei sei er an den Händen gefesselt und aufgehangen gewesen
- Vom Patienten angegebene Symptome : keine Angaben
- Klinische Befunde : 2,5 cm lange Narbe im Bereich des Unterkiefers links (s. Abb. 37), Narbe im Bereich der Schulter (nach Patientenangaben keine Folterfolge), 4 cm lange Narbe im Bereich des linken Unterarms auf der Streckseite, 4 cm lange Narbe in selber Höhe auf der Beugeseite (mittels Einzelknopfnähten erfolgte eine chirurgische Versorgung; s. Abb. 38 und 39), ovale graubräunlich pigmentierte Narbe im Bereich des linken Beines, am oberen Rand der Kniekehle, darunter befindet sich ein unpigmentiertes Hautareal mit einem Durchmesser von 2- 2,5 cm, bräunliche Narbe im Bereich des linken Unterschenkels etwa 20 cm oberhalb der Fußsohle, mit einem Durchmesser von 1- 1,5 cm, unpigmentierte Narbe von bis zu 4 cm Länge im Bereich über der Schienbeinkante des linken Unterschenkels (s. Abb. 40), flächenhafte Narbe ca. 6 cm mal 4 cm in der Ausdehnung im Bereich oberhalb des inneren Knöchels des linken Fußes (laut Patientenangaben keine Folterfolge)
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren



Abb. 37 : Narbe im Bereich des Unterkiefers (nach Patientenangaben durch Anstoßen des Unterkiefers durch einen Soldaten gegen die Wand) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 60)



Abb. 38 und 39: chirurgisch versorgte Narben im Bereich der Streck- und Beugeseite des linken Unterarms (nach Patientenangaben durch Schnittverletzung mit einem abgebrochenem Flaschenhals) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 60)



Abb. 40 : unpigmentierte Narbe im Bereich der Schienbeinkante des linken Unterschenkels

(nach Patientenangaben durch Schläge mit einem mit Sand gefüllten Kunststoffschlauch entstanden) (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 60)

Gutachten Nr. 61

- Untersuchungsdatum : 10.07.2003
- Herkunftsland : Türkei
- Geburtsjahr : 1969
- Geschlecht : männlich
- Vom Patienten angegebene Verletzungen/Misshandlungen : Wiederholte Beschneidung der Endglieder des dritten und vierten Fingers der linken Hand, Fesselungen der Füße, Schläge auf den Kopf, Fraktur des Nasenbeins, Schnittverletzungen durch Glasscherben, Aufhängung an den hinter dem Rücken gefesselten Armen, Einführen von Gegenständen in die Harnröhre, Elektrofolter im Bereich des Penis
- Vom Patienten angegebene Symptome : Verkürzung der Endglieder des dritten und vierten Fingers der linken Hand, Bewegungseinschränkung des linken Daumens

- Klinische Befunde : bis zu 2 cm große, unregelmäßige Narben im Bereich der behaarten Kopfhaut (s. Abb. 45), Abweichung der Nase und knöcherner Höcker im Bereich der Nasenwurzel (s. Abb. 41 und 42), multiple bis 1,5 cm durchmessende, ovale Narben im Bereich der Brust, der Oberarme und des Rückens (s. Abb. 43 und 44), 4 mal 2cm messende, ovale, unregelmäßig geformte Narbe im Bereich des rechten Unterarmes (s. Abb. 46), 3 cm lange, unregelmäßige Narbe, streckseitig am Handgelenk, 1 cm lange Narben im Bereich der Streckseite der Hände, Narben im Bereich des linken Unterarmes, narbige Einziehungen und Verkürzungen an den Fingerendgliedern des dritten und vierten Fingers der linken Hand (s. Abb. 47), Zahnücke im Bereich des rechten Oberkiefers(s. Abb. 49), kleinfleckige, bis maximal 5,0 mm durchmessende Depigmentierungen auf dem Penisrücken, ca. 3 cm lange, bis an den Ansatz der Eichel reichende reizlose Vernarbung von maximal 1cm Breite (s. Abb. 48), Narbe im Bereich des linken Oberschenkels
- Röntgenologische Befunde : keine
- Dolmetscher : ja
- Erforderliche Therapie : keine
- Gutachtenaussage : Sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind



Abb. 41 und 42 : Abweichung der Nase und sichtbarer Höcker im Bereich der Nasenwurzel (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)



Abb. 43 und 44 : multiple bis 1,5 cm durchmessende, ovale Narben im Bereich der Brust, der Oberarme und des Rückens (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)

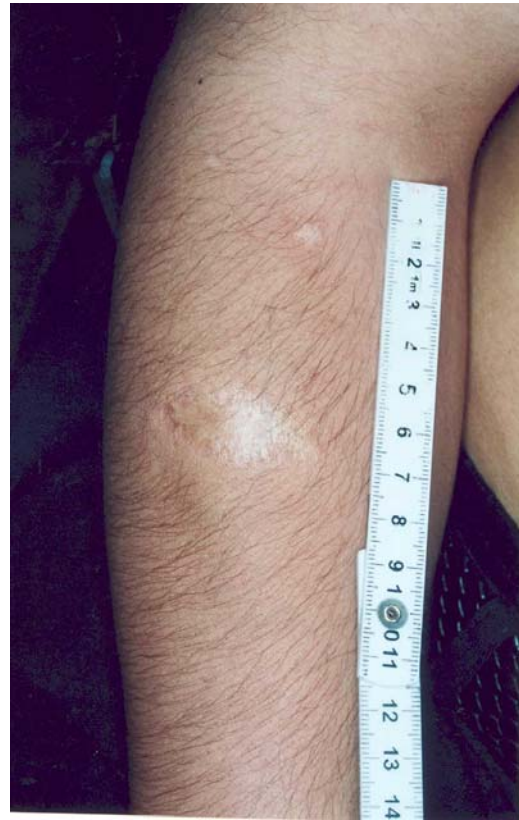


Abb. 45: Narbe im Bereich der behaarten Kopfhaut (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)

Abb. 46: 4 mal 2cm messende, ovale, unregelmäßig geformte Narbe im Bereich des rechten Unterarmes (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)



Abb. 47: narbige Einziehungen und Verkürzungen an den Fingerendgliedern des dritten und vierten Fingers der linken Hand (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)



Abb. 48: kleinfleckige, bis maximal 5,0 mm durchmessende Depigmentierungen auf dem Penisrücken, ca. 3 cm lange, bis an den Ansatz der Eichel reichende reizlose Vernarbung von maximal 1cm Breite (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)

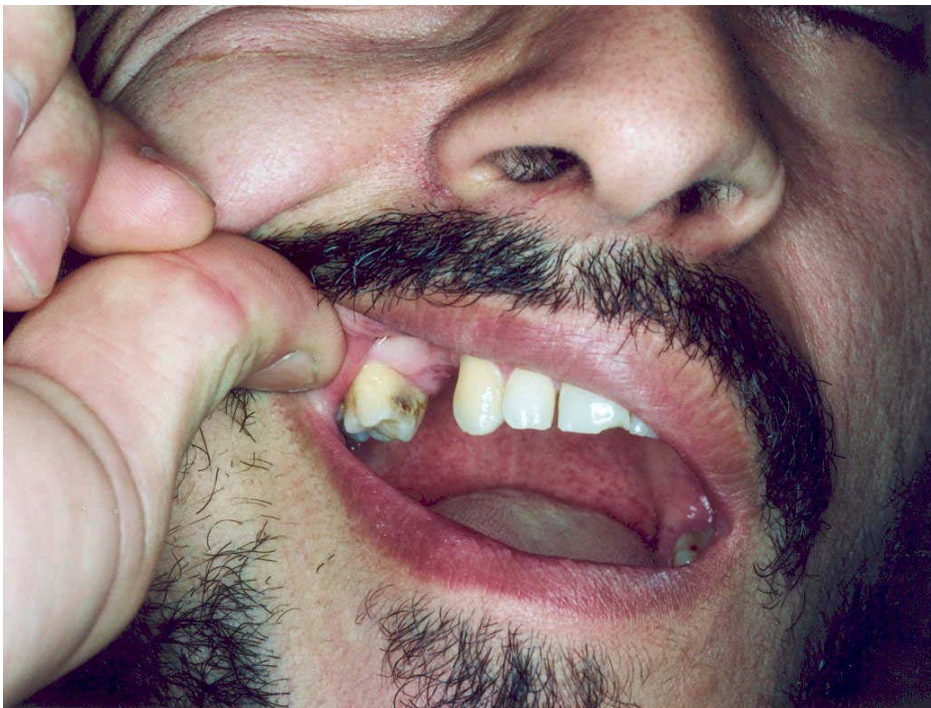
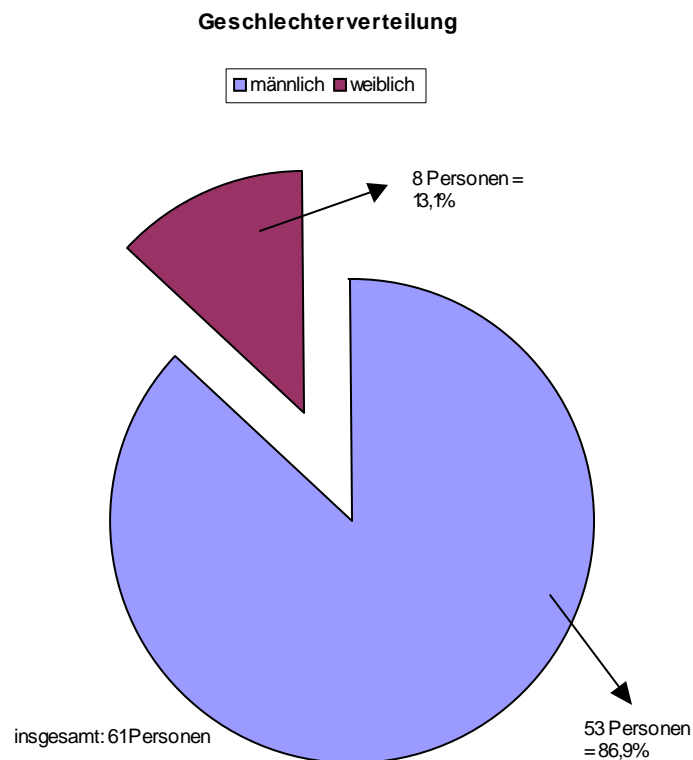


Abb. 49: Zahnücke im Bereich des rechten Oberkiefers (Institut für Rechtsmedizin Münster; Fall Nr. 61)

2.3 Statistische Auswertung und Vergleich der Ergebnisse mit bekannten Untersuchungen

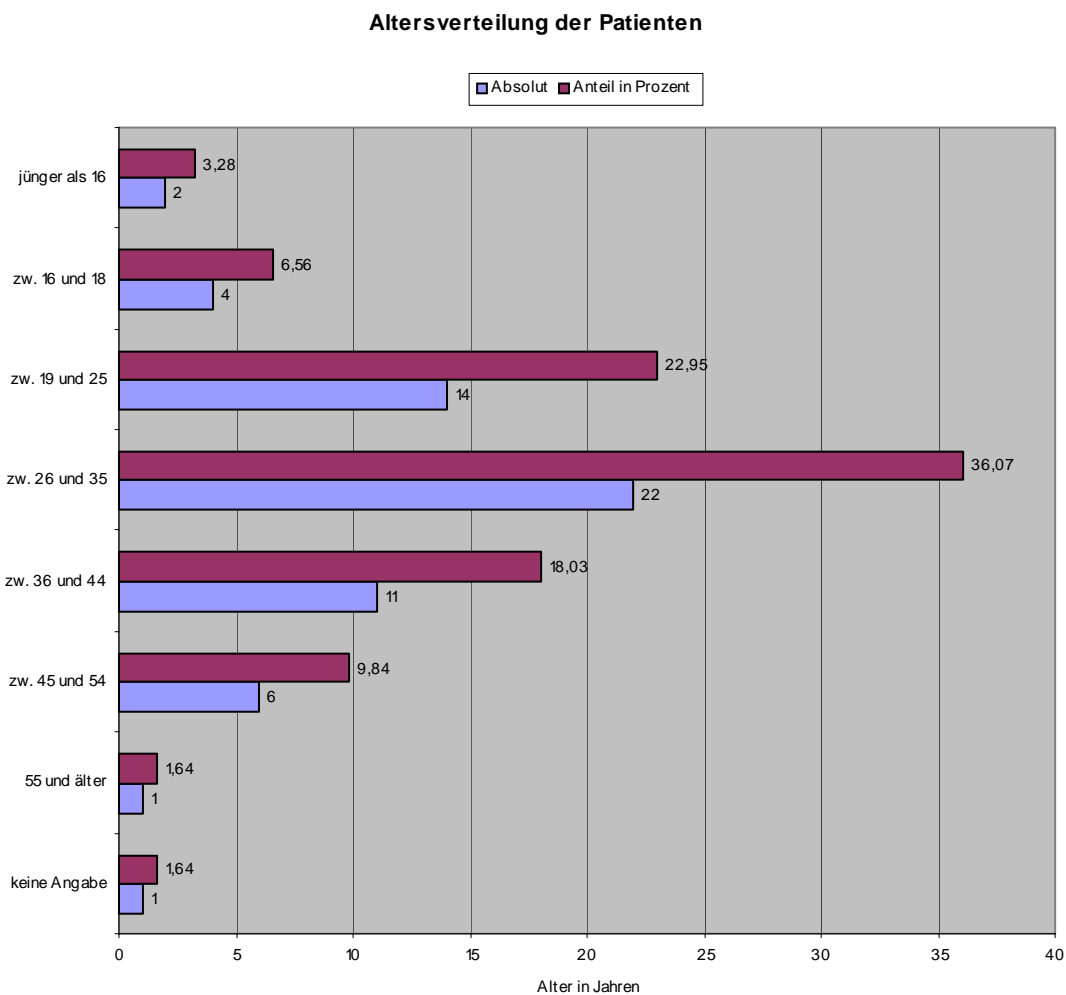
2.3.1 Geschlechterverteilung

Es wurden 61 Gutachten bearbeitet. 8 Patienten, das entspricht 13,1 Prozent waren weiblich, 86,9 Prozent (53 Patienten) waren männlich. Im Vergleich mit den Patienten des Therapiezentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes aus den Jahren 1996 bis 1999 und den Patienten des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin aus den Jahren 1995 und 1996 sind die Daten bzw. die Geschlechterverteilung ähnlich; der Anteil der weiblichen Patienten liegt stets unter 25 Prozent (Kläui 1996-1999; Graessner 1995-1996).



2.3.2 Altersverteilung

Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung bewegt sich in einem Rahmen zwischen 11 und 55 Jahren. Der größte Anteil der Patienten (36,7 Prozent) war zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 26 und 35 Jahren alt und über 70 Prozent der Patienten befanden sich in einem Alter zwischen 19 und 44 Jahren. Diese Altersverteilung entspricht annähernd den Daten des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin aus den Jahren 1995 und 1996 (Graessner 1995-1996). Das Durchschnittsalter betrug 31 Jahre; das durchschnittliche Alter der Patienten des Therapiezentrums des Schweizerischen Roten Kreuzes aus den Jahren 1996 bis 1999 lag zwischen 36 und 39 Jahren.



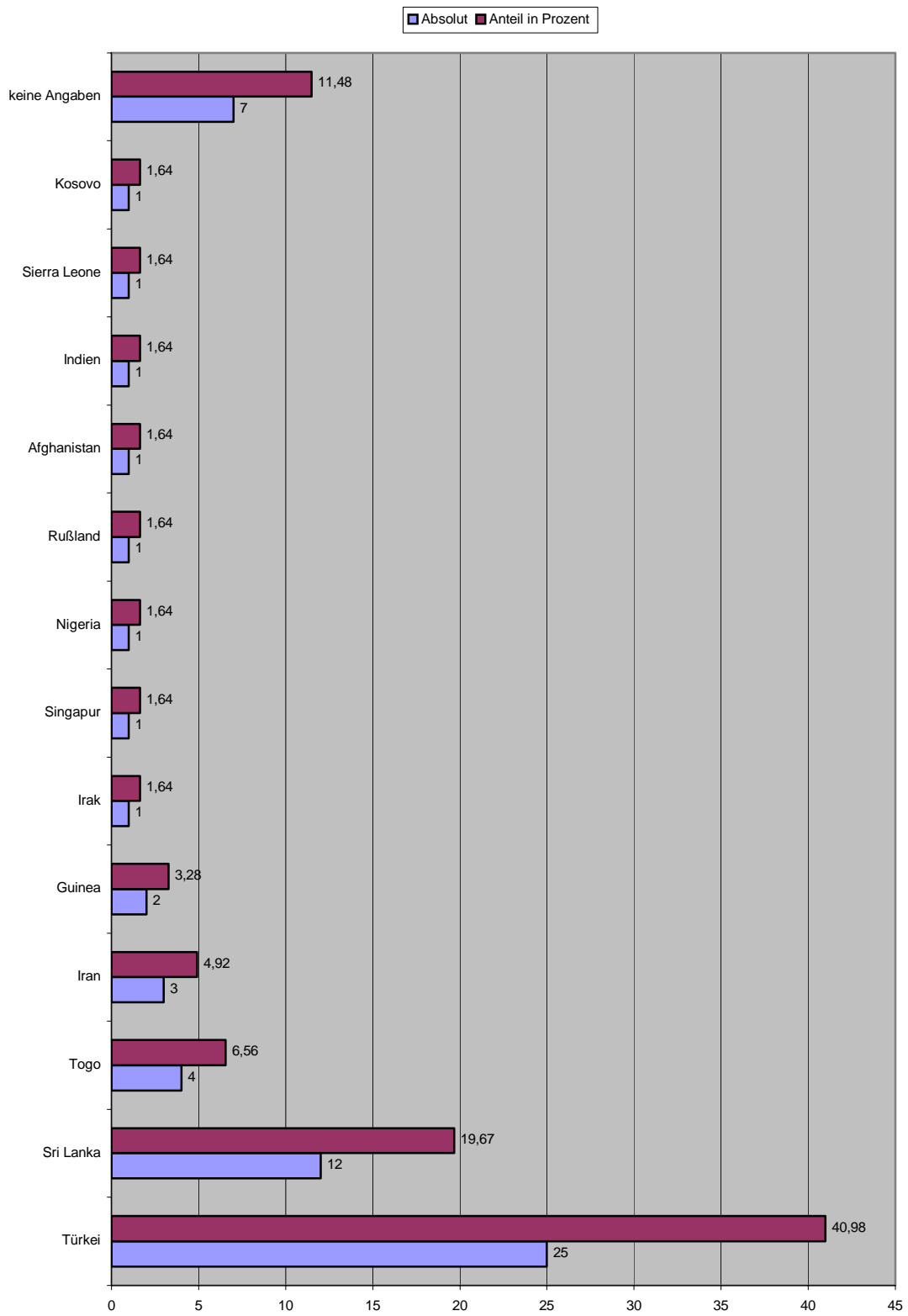
2.3.3 Anwesenheit von einem Dolmetscher

In 44 Prozent der Fälle war ein Dolmetscher zur Erstellung des Gutachtens anwesend. Bei 34 Patienten bzw. in 56 Prozent der Fälle war kein Dolmetscher anwesend. In dem Behandlungszentrum für Folteropfer des Schweizerischen Roten Kreuzes in Bern war in den Jahren 1997 und 1998 bei 67 bzw. 65 Prozent der Fälle ein Dolmetscher während der Gespräche mit den Patienten anwesend.

2.3.4 Herkunftsländer der Patienten

Die 61 untersuchten Patienten kommen aus insgesamt 13 verschiedenen Ländern. Bei 11 Prozent der Patienten liegen keine Angaben über das Herkunftsland vor. 41 Prozent und damit der größte Teil der Patienten kommt aus der Türkei. Dies entspricht den Daten der Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin, Ulm und Bern (Kläui 1996-1999; Graessner 1995-1996, Bauer 2000) und korreliert mit der größten Gruppe von in Deutschland lebender Ausländer (Statistisches Bundesamt 2003). Sri Lanka ist bei den hier ausgewerteten Gutachten mit 20 Prozent das zweit häufigste Herkunftsland der Patienten. Es spielt in den Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin, Ulm und Bern nur eine untergeordnete Rolle. Togo ist mit 6,56 Prozent am dritthäufigsten vertreten. Danach folgt der Iran mit 4,92 Prozent und Guinea mit 3,28 Prozent. Die übrigen Länder (Singapur, Nigeria, Russland, Afghanistan, Indien, Sierra Leone und Kosovo) sind mit jeweils 1,64 Prozent bzw. einem Patienten pro Land vertreten. Im Gegensatz zu den Daten der Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin, Ulm und Bern kommt nur ein Patient aus dem Kosovo und damit aus dem Kriegsgebiet des ehemaligen Jugoslawien. Patienten aus dieser Region stellten in den Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin, Ulm und Bern stets die zweit stärkste Gruppe dar.

Herkunftsländer der Patienten



2.3.5 Häufigkeit der Foltermethoden

Im allgemeinen werden bei einem Folteropfer mehrere Methoden angewandt, daher sind in dieser Auflistung Mehrfachnennungen möglich (Graessner 2000). Laut Amnesty International ist das Verabreichen von Schlägen die Folter- und Misshandlungsmethode, die heute am häufigsten angewandt wird. Es liegen Berichte aus mehr als 150 Ländern vor, in denen seit 1997 Folterungen und Misshandlungen dieser Art bekannt geworden sind (Amnesty International 2000 A). Dies wird durch Daten der Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin, Ulm und Bern (Kläui 1996-1999; Graessner 1995-1996, Bauer 2000), sowie durch Studien von Catheart (1979), Rassmussen (1980), Berger (1980), Warmenhoven (1981), Wallach (1983) und Domovitch (1984) bestätigt. In den ausgewerteten Gutachten betrug die Häufigkeit von angegebenen Schlägen 93 Prozent. Als Utensilien wurden Peitschen, Stöcke, Elektrokabel, Eisenketten, Stacheldraht, Steine, Schraubenzieher, Gewehrkolben und mit Sand gefüllte Plastikschläuche genannt. Schläge mittels sandgefüllter Plastikschläuche wurden zwei mal berichtet. Beide Patienten kamen aus Sri Lanka. Aufgrund der geringen Patientenzahl kann man nicht von einer „landestypischen“ Foltermethode sprechen und es finden sich dazu auch keine Verweise in der Literatur. Dennoch soll dieser Sachverhalt nicht unerwähnt bleiben. Schläge mit Gewehrkolben wurden noch mal extra aufgeführt, da mit einer Häufigkeit von 23 Prozent von dieser Methode berichtet wurde. Laut Graessner (2000) wird der Gewehrkolben zumeist in militärischen Einrichtungen eingesetzt.

Fesselungen während der Folter wurden von 20 Prozent der Patienten berichtet. Darunter fällt auch das Aufhängen an Händen und/oder Füßen. Diese Art der Folterung wird aus mehr als 40 Ländern von Amnesty International berichtet.

16 Prozent der Patienten waren der Elektrofolter ausgesetzt. Aus dem Patientenstamm des Ulmer Behandlungszentrums aus den Jahren von 1995 bis 1998, berichten 19 Prozent von dieser Art der Folterung. Domovitch (1984) untersuchte 104 Patienten die gefoltert wurden; 50 Patienten berichteten von Elektrofolter. Amnesty International berichtet aus über 40 Ländern von der Anwendung dieser Methode. An speziellen Bereichen, an denen die Elektroden befestigt waren, wurden Zunge, Zehen,

Handgelenke und Genitalien genannt. Generell wird an besonders empfindlichen und gut zugänglichen Bereichen die Elektrode befestigt.

Verbrennungen die durch Zigarettenglut herbeigeführt wurden, sind bei 15 Prozent der Patienten zu finden. In der Studie von Domovitch gaben ca. 25 Prozent Verbrennungen durch Zigarettenglut an. Weitere 11 Prozent berichten von Verbrennungen durch Bügeleisen, heiße Stangen, Kerzen und heißem Plastik.

Schnittverletzungen werden von 7 Patienten bzw. 11 Prozent angegeben. Als Utensilien wurden Messer und abgebrochene Flaschenhalse angegeben. Tritte wurden von 10 Prozent der Patienten erwähnt.

Ebenfalls 10 Prozent der Patienten gaben an, auf die Fußsohlen geschlagen worden zu sein (Falanga). Diese Foltermethode wird von Amnesty International aus über 30 Ländern berichtet.

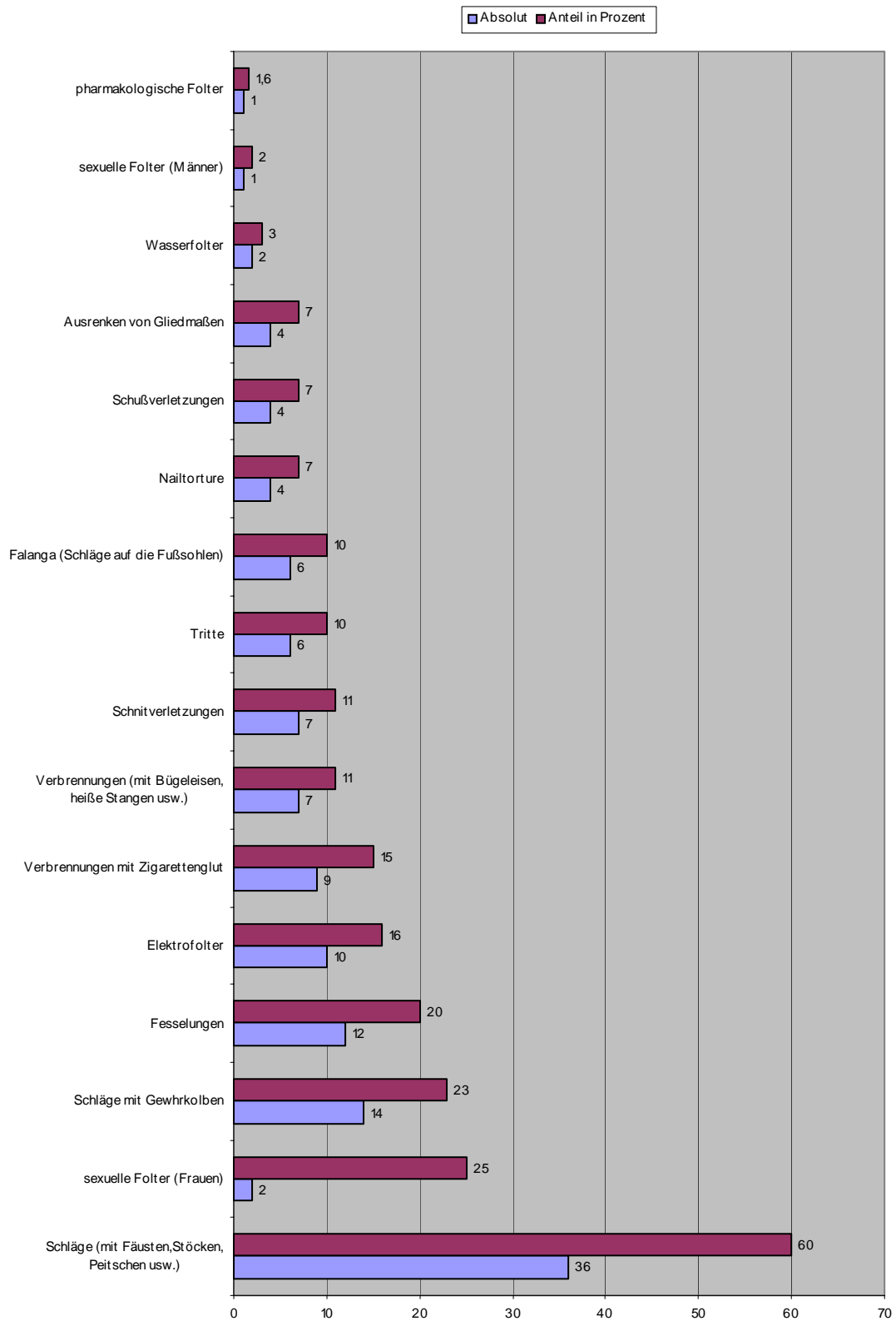
Jeweils 7 Prozent der Patienten gaben an, Nailtorture und/oder Schussverletzungen und/oder das Ausrenken von Gliedmaßen als Foltermethode erlitten zu haben. In der Untersuchung von Domovitch gaben ca. 36 Prozent an, dass Ihnen Gliedmaßen während der Folter Ausgerenkt wurden.

Wasserfolter wurde von drei Prozent der Patienten geschildert. Im Patientengut des Behandlungszentrums für Folteropfer in Ulm berichteten 16 Prozent von dieser Foltermethode.

Zwei von acht der Frauen, also 25 Prozent, unterlagen nach eigenen Angaben sexueller Folter. In der Studie von Domovitch waren 9 von 13 Patientinnen von dieser Art der Folter betroffen; und 47 Prozent der Patientinnen des Ulmer Behandlungszentrums berichteten von dieser Art der Folter. Einer von 53 Männern berichtet von sexueller Misshandlung. In der Untersuchung von Domovitch berichten 3 von 99 Männern von sexueller Folter. Von den Patienten des Ulmer Behandlungszentrum berichten 18 Prozent von sexueller Folter. Amnesty International sind aus über 50 Ländern Vergewaltigung und sexueller Missbrauch während der Haft bekannt.

Ein Patient berichtet von pharmakologischer Folter.

Häufigkeit der Foltermethoden



2.3.6 Zeit zwischen Foltererfahrung und Begutachtung

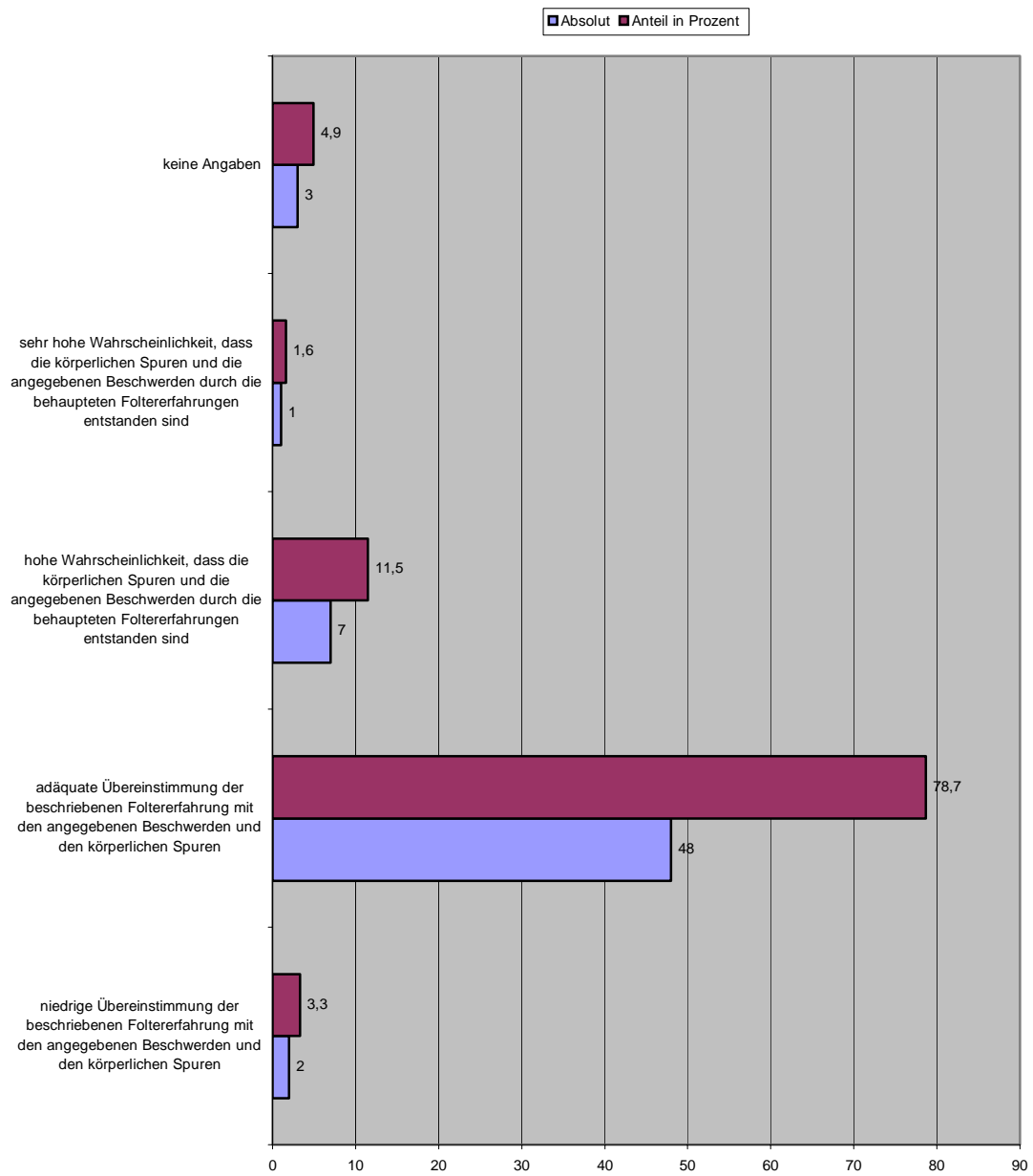
Die Zeit zwischen der Foltererfahrung und der Begutachtung der Patienten betrug zwischen 1 bis 10 Jahren. Im Durchschnitt wurden die Patienten nach 5,6 Jahren nach der Foltererfahrung begutachtet. Der durchschnittliche zeitliche Abstand seit der letzten Foltererfahrung bis zur Begutachtung betrug bei einer internen Auswertung von 50 Folterüberlebenden des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin ca. 24 Monate.

2.3.7 Gutachtenaussagen

Grundlage für die Auswertung der Gutachtenaussagen bilden die von Graessner (2000) vorgeschlagenen Formulierungen zur Übereinstimmung von medizinischem Befund und der behaupteten Foltererfahrung (siehe Tabelle 1, Seite 42).

In 4,9 Prozent der Gutachten wurde keine Angabe zur Übereinstimmung der Befunde mit der Foltererfahrung gemacht. In diesen Fällen erfolgte lediglich eine Beschreibung der Befunde. In 1,6 Prozent der Fälle bzw. in einem der 61 Gutachten besteht eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind. In 11,5 Prozent der Gutachten geht der Gutachter von einer hohen Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind. In zwei Fällen bzw. in 3,3 Prozent beschreibt der Gutachter eine niedrige Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Befunden. In der überwiegenden Mehrheit bzw. in 78,7 Prozent der Fälle bescheinigt der Gutachter eine adäquate Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Befunden.

Gutachtenaussagen



3. Diskussion

3.1 Das rechtsmedizinische Gutachten

In der Rechtsmedizin werden Begutachtungen zur Frage von möglichen Folterfolgen relativ selten durchgeführt. Im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster wurden von 1997 bis August 2003 insgesamt 6 derartige Gutachten angefertigt. Das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin fertigt relativ viele solcher Gutachten an, wobei dies konkret heißt: 11 Gutachten im Jahre 2002, 8 Gutachten 2001 und 17 Gutachten im Jahr 2000. Hauptsächlich werden derartige Gutachten von Richtern im Zuge von Asylverfahren angefordert. Der Richter versucht, mit Hilfe des Gutachten den Wahrheitsgehalt der Angaben zu stattgehabter Folter zu prüfen. Der Gutachter soll anhand der Anamnese und der klinischen Untersuchungsbefunde die Plausibilität der Patientenangaben beurteilen. Grundsätzlich ist die Prüfung der Glaubwürdigkeit Sache des Richters. Dennoch ist sich der Gutachter bewusst, dass seine Bewertung im Urteil aufenthaltsrechtlich relevant werden kann. Der Gutachter soll die gestellten Fragen vollständig und mit einem möglichst hohen Grad an Objektivität beantworten.

Die Ärzte des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin (Graessner 2000) sind der Auffassung, dass durch Folter extrem traumatisierte Flüchtlinge wegen der teilweise irreversiblen Verletzung ihrer Persönlichkeit und gesundheitlichen Integrität einen gesicherten Aufenthalt im Zufluchtsland benötigen. Die internationale Forschung zu Folterfolgen und ihrer Behandlung kommt zu dem Ergebnis, dass die Anerkennung eines Foltertraumas den ersten und wesentlichen Schritt bedeutet sowohl in der Therapie als auch bei Regressansprüchen gegenüber einem Folterregime (Becker 1992). Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen der juristischen und der medizinischen Betrachtungsweise des Phänomens Folter. Während Ärzte oder Psychologen sich dem beschädigten Menschen unabhängig vom kausalen Zusammenhang der Schädigung zuwenden müssen, nehmen Juristen eine Position ein, die allein asylrechtliche Belange bewertet. Ein weiterer Unterschied zwischen Juristenlogik und Medizinerlogik liegt in den verschiedenen Auffassungen vom Krankheitsbegriff:

Der medizinische Krankheitsbegriff hebt nach herkömmlichem Verständnis auf natürliche Krankheitseinheiten ab, die definiert sind durch Ursache, Symptomatik, Verlauf und Therapierbarkeit. Dagegen setzt der juristische Krankheitsbegriff von vorneherein einen anderen Schwerpunkt. Bei ihm geht es unabhängig von der Ursache und der Therapierbarkeit vorwiegend um die Ausprägung einer Störung. Krankheit ist somit im juristischen Sinne vor allem abhängig vom Überschreiten einer bestimmten, unter Umständen sogar normativ gesetzten Schwelle. Insofern kommt es vor allem auf das Ausmaß der Funktionseinschränkung an. Daher dürfen medizinischer und juristischer Krankheitsbegriff nicht gleichgesetzt werden, da sie häufig selbst dann etwas grundsätzlich anderes bezeichnen, wenn eine vergleichbare oder gar identische Terminologie gebraucht wird (Nedopil 1996). Daher ist eine exakte und möglichst objektive Formulierung von medizinischen Gutachten von besonderer Bedeutung (Großpietzsch 1988). Fachspezifische Ausdrücke sollten möglichst vermieden oder aber erklärt werden (Forrest 2000). Dazu Leidel (2000): „Die Bundesrepublik ist kein Unrechtsregime - der Staat hat ein Recht auf objektive und verwertbare Gutachten“.

3.2 Allgemeine Probleme der Beurteilung von Folterfolgen

Ein wesentliches Problem bei der Beurteilung von körperlichen Indizien, die auf eine Foltererfahrung hinweisen können, ist der lange Zeitraum, der seit der Folter vergangen ist. Akute Folterfolgen können nur von denen gesehen werden, die in Einrichtungen in den Herkunftsländern von Asylsuchenden arbeiten, in denen sich die Menschen unmittelbar nach der Folter melden. Auf die Aussagen von Ärzten der Herkunftsländer wird man sich häufig nicht verlassen können. Diejenigen, welche akute Spuren von Folter sehen, legen sehr oft falsches Zeugnis darüber ab (Amnesty International 1996). Der durchschnittliche zeitliche Abstand seit der letzten Folter bis zur Begutachtung betrug im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin ca. 24 Monate. In unserer Untersuchung betrug dieser Abstand im Durchschnitt 5,6 Jahre.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass aus zahlreichen Foltermethoden keine sichtbaren körperlichen Folgen resultieren. Sie hinterlassen vorwiegend seelische Spuren. Graessner (2000) beschreibt in diesem Zusammenhang: „Je höher ein Land

oder eine Region entwickelt ist, desto mehr richten sich die Folterformen auf die Psyche. Und: Je länger ein Bürgerkrieg dauert, desto brutaler und ungerichteter werden die Misshandlungen von vermeintlichen Gegnern“.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die körperlichen Spätfolgen, falls welche vorhanden sind, in der Regel unspezifisch sind. Die Foltermethoden mit überwiegend körperlicher Schmerzwirkung haben oft langdauernde Schmerzbilder zur Folge, die allerdings in der medizinischen Diagnostik nur schwer nachzuweisen sind (Thomsen 2000). Es gehört zur Perfidie der Folterer, dass sie Methoden benutzen, die -isoliert betrachtet- nicht zweifelsfrei bestimmten Folterungen zugeordnet werden können. Zumeist ist auch eine andere Verletzungsursache zu konstruieren. Im allgemeinen werden bei einem Folteropfer mehrere Methoden angewandt, die durchaus unterschwellig bleiben können, was die körperlichen Spuren angeht, die gleichwohl in ihrer kumulativen Wirkung erhebliche seelische Auswirkungen haben können. Patienten des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin wurden im statistischen Mittel sieben verschiedenen Foltermethoden ausgesetzt. Das bedeutet, dass man sich im Urteil meist nicht nur auf eine Form der Folter beziehen muss. Erst die Summe der Methoden erlaubt ein angenähertes Urteil. Nach Graessner (2000) ist für ein Urteil über die Plausibilität von Foltermethoden, Erfahrung das bedeutsamste Handwerkszeug, so dass ein Arzt, der sich nicht systematisch mit Folterfolgen beschäftigt hat, nur sehr eingeschränkt über das Vorliegen von Foltererfahrung urteilen kann.

3.3 Die Säulen der Begutachtung

3.3.1 Morphologische und psychologische Befunderhebung

In der Arbeit wurden die körperlichen Folgen und deren Ursachen besprochen. Die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten über eine mögliche Foltererfahrung beinhalten allerdings weit mehr als die Darstellung der körperlich sichtbaren Spuren. Der „Goldstandard“ in diesem Zusammenhang stellt das „Istanbul Protokoll“ dar. „The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“, wie es vollständig lautet, zeigt in systematischer Form die aktuellen Möglichkeiten zum Nachweis von Folterspuren auf.

Es wurde am 9. August 1999 dem High Commissioner for Human Rights der Vereinten Nationen vorgelegt. Dieses Manual ist sehr ausführlich und in seiner vollständigen Form nicht als Maßstab für die rechtmedizinische Begutachtung zu verwenden. Dennoch wird sowohl im Istanbul Protokoll, als auch in anderen Richtlinien zur Verfassung eines medizinischen Gutachtens deutlich, dass die körperliche Untersuchung nur einen Teil der gesamten Begutachtung darstellt. Die wesentlichen Komplexe, die zur Beurteilung eines Menschen führen, der erlittene Folter behauptet, sind:

- Eine ausführliche Anamnese inklusive früherer Erkrankungen und Verletzungen, Familienanamnese, evtl. Fremdanamnese
- Darstellung der Foltermethoden
- Rahmenbedingungen der Festnahme, des Transports und Ortsbeschreibung von Zellen und Verhörräumen sowie der anwesenden Personen
- Beschreibung der aktuellen Beschwerden sowie die Beschreibung des körperlichen und seelischen Befindens nach der Folter
- Der psychische Befund, oft ergänzt durch Ergebnisse standardisierter psychologischer Testverfahren (Briese 1997 und Wilson 1996)
- Der körperliche Befund, evtl. inklusive spezialisierter diagnostischer Methoden
- Verhalten während der Darstellung
- Besondere kulturelle Muster des Erlebens und Erzählens: Schamschwellen und Höflichkeitsmuster
- Eigene Anschauungen in den Herkunftsländern
- Sozialverhalten innerhalb vertrauter Beziehungen, z.B. Aggressionen, Regressionen

Es wird deutlich, dass psychische Aspekte in der Begutachtung von Folteropfern eine wichtige Rolle spielen bzw. zu einem ausführlichen Gutachten unabdingbar dazugehören. Psychische Foltermethoden wurden in dieser Arbeit nicht besprochen, aber ein Blick auf die Literatur zu diesem Thema zeigt, dass wesentlich mehr auf diesem Gebiet publiziert wird als in Bezug auf somatische Folterfolgen. Psychische Foltermethoden hinterlassen keine sichtbaren Spuren. Es gibt allerdings eine Reihe von

psychischen Auswirkungen von Folter, die zu einer adäquaten Beurteilung führen können.

Andererseits kann auch der psychische Befund alleine keine eindeutigen Beweise für das Vorliegen einer Foltererfahrung bringen. Auch die psychischen Befunde sind nur Indizien. Die Fragestellungen, die den meisten rechtsmedizinischen Gutachten zugrunde liegen, beziehen sich nur auf die Plausibilität einer behaupteten Foltererfahrung anhand von körperlichen Spuren. Da aber die körperlichen Spuren nach Folter keine eindeutigen Beweise liefern können, kann die Fragestellung meist nur unzureichend beantwortet werden bzw. es kann meist nur gesagt werden, dass Spuren, die eine behauptete Folter beweisen, nicht zu finden sind, die angegebene Folter andererseits durchaus zu den vorgefundenen physischen Veränderungen passt. Die Fragestellung ist damit zwar korrekt beantwortet, allerdings ist dem Gutachter unklar, in wieweit der Richter dieses Gutachten in Bezug auf die Glaubwürdigkeit des Antragstellers verwertet. Aus diesem Grund lehnen einige Gutachter wie zum Beispiel die Gutachter des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin derartige rein „somatische“ Gutachten ab. Nach ihrer Auffassung gehört zu der Begutachtung von behaupteten Foltererfahrungen immer ein „komplettes“ Gutachten, um überhaupt annähernd eine Aussage darüber zu machen, wie plausibel eine behauptete Foltererfahrung eines Menschen ist. Auch Forrest (2000) empfiehlt in seinen „Richtlinien zur Erstellung eines medizinischen Berichtes über Folterüberlebende“, bei einer unklaren Diagnose (und die ist ja sehr häufig vorhanden), einen Spezialisten z.B. einen Psychiater oder Psychologen, bei der Frage nach der Plausibilität einer behaupteten Folter hinzu zu ziehen. Andererseits sagt Forrest (2000) allerdings, dass ein erfahrener Gutachter anhand der Schilderungen des Patienten und der körperlichen Untersuchung in vielen Fällen bereits genügend Indizien finden kann, um die Wahrscheinlichkeit einer behaupteten Folter zu beurteilen. Die umfassendsten Kenntnisse über die Rekonstruktion der Entstehungsweise von strukturellen Verletzungen sind zweifellos in rechtsmedizinischen Instituten vorhanden. Absolute Gewissheit kann es in Bezug auf derartige Gutachten weder mit, noch ohne psychischen Befund geben. Die zusätzliche Hinzuziehung eines Psychologen oder Psychiaters nach erfolgter Begutachtung durch einen Morphologen (Rechtsmediziner oder Chirurg) bietet sich in einigen Fällen an und sollte dem Gericht empfohlen werden.

3.3.2 Gutachtenaussage

Die kritische Zusammenschau der Anamnese, des Beschwerdebildes, des psychischen Befundes, des körperlichen Befundes und der vorliegenden Dokumentationen über den Einzelfall und das Herkunftsland kann sich zu der Diagnose „Folterüberlebender“ verdichten (Graessner 2000). In Bezug auf die Interpretation der Befunde gibt Forrest (2000) folgende Hinweise:

- Die objektive Beschreibung der körperlichen Befunde sollte präzise formuliert und deutlich von der Interpretation getrennt sein
- Die Beschreibung des Patienten und die Interpretation des Gutachters sollte zu jeder Läsion angegeben werden
- es ist erforderlich zu betonen, dass die meisten körperlichen Folgen von Folter nicht spezifisch sind bzw. dass sie auch von einer anderen Ursache her stammen können
- obwohl körperliche Spuren von Folter nicht spezifisch sind, wächst ihre Aussagekraft mit der Anzahl der Spuren, die in erwartete bzw. bekannte Muster passen
- falls das Erscheinungsbild nicht durch die beschriebenen Ursachen entstanden sein kann, so ist dies deutlich zu dokumentieren
- stimmt die beschriebene Foltermethode mit dem Erscheinungsbild des körperlichen Befundes überein, so ist dies zu dokumentieren
- gleichzeitig sollen andere mögliche Ursachen angegeben werden
- ist das Erscheinungsbild des körperlichen Befundes mit der beschriebenen Foltermethode sehr gut belegbar, so ist zu dokumentieren, dass es durchaus andere Ursachen für den Befund gibt, dass aber mit sehr großer Wahrscheinlichkeit die behauptete Foltermethode Ursache der Läsionen ist
- es ist in diesen Fällen weiterhin sinnvoll zu beschreiben, warum die behauptete Foltermethode so wahrscheinlich ist. Zum Beispiel machen Verbrennungen an schwer zugänglichen Stellen des Körpers (z.B. am Rücken) es eher unwahrscheinlich, dass der Patient sich diese selber zugefügt hat (siehe Gutachten Nr. 61)

- einige wenige Läsionen sind für bestimmte Foltermethoden sehr charakteristisch (Verbrennungen durch Zigarettenglut, Verbrennungen durch Elektrofolter, Abriss der Plantaraponeurose nach Falanga). In diesen Fällen sollte betont werden, dass andere Ursachen als die beschriebene Foltermethode sehr unwahrscheinlich sind.
- gibt es Übereinstimmungen der behaupteten Folter mit Foltermethoden, die charakteristisch für eine Region sind, so ist dies zu dokumentieren
- Spuren von Folter sollten deutlich von anderen Spuren (z.B. Narben aus der Kindheit) getrennt werden
- gibt der Patient bereitwillig andere Ursachen für bestimmte Befunde an, so stützt dies seine Glaubwürdigkeit (siehe Gutachten Nr. 60)
- falls Narben in bestimmten Körperregionen auftreten, so ist zu dokumentieren, dass rituelle Verfahren, Selbstbeschädigung, Operationen oder Infektionen mögliche Ursachen darstellen
- eine möglichst vollständige Einschätzung der alternativen Ursachen einer behaupteten Foltermethode ist darzustellen
- alle Unterlagen, die zur sachgemäßen Begutachtung beitragen, müssen dem Gutachter vor der Begutachtung vorliegen
- es ist normalerweise nicht sinnvoll, das Alter der Narben mit den angegebenen Daten der Krankengeschichte zu vergleichen, es sei denn, das Alter der Narben ist eindeutig und korreliert mit den Angaben des Patienten
- es ist wichtig zu betonen, dass das Fehlen von körperlichen Spuren absolut mit den behaupteten Foltermethoden übereinstimmen kann, auch wenn der Patient berichtet, dass er nach der Folter Wunden am Körper hatte
- abnormale psychologische Verhaltensweisen oder Äußerungen sind nur selten spezifisch für Folter; dennoch kann der psychische Zustand die behaupteten Foltermethoden untermauern
- alle Läsionen sollten, sofern möglich, fotografisch dokumentiert werden: es sollte eine Gesamtaufnahme gemacht werden, die alle involvierten Bereiche abdeckt; bei Nahaufnahmen sollte immer ein Maßband auf dem Bild zu sehen sein; linke und rechte Seite müssen kenntlich gemacht werden

- spezialisierte diagnostische Untersuchungen sollten nur dann angefordert werden, wenn eine reelle Möglichkeit eines positiven Ergebnisses gegeben ist
- negative Ergebnisse schließen die behaupteten Foltermethoden keinesfalls aus; dieses ist auch dem medizinischen Laien deutlich zu machen
- eine zweite Meinung z.B. von einem Neurologen, Psychiater oder einem anderen Spezialisten einzuholen kann hilfreich sein
- der Gutachter soll seine objektive, unparteiische Meinung zur Frage der Übereinstimmung vom Befund und der behaupteten Foltererfahrung äußern
- es ist nicht seine Aufgabe eine Aussage darüber zu treffen, wie glaubwürdig der Patient ist
- es ist darauf hinzuweisen, dass ein Antragsteller, der in anderen Bereichen des Asylverfahrens unwahre Aussagen gemacht hat, sehr wohl die Wahrheit berichten kann in Bezug auf seine Foltererfahrungen
- falls nach der Begutachtung Ereignisse bekannt werden, welche die Aussage des Gutachtens beeinflussen, so kann der Gutachter eine neue Begutachtung beantragen

Grundlage für die Auswertung der Gutachteraussagen waren die von Graessner (2000) vorgeschlagenen Formulierungen zur Übereinstimmung von medizinischem Befund und der behaupteten Foltererfahrung (siehe Tabelle 1, Seite 42).

In keinem der untersuchten Gutachten wird definitiv von einer Folterfolge gesprochen. Es handelt sich bei der Beurteilung bzw. Gutachteraussage immer um eine Abstufung der Wahrscheinlichkeit, dass die Befunde und die angegebenen Schilderungen und Symptome des Patienten korrelieren. Der Gutachter soll seine Einschätzung zur Plausibilität der behaupteten Folter aufgrund seiner Untersuchungen formulieren.

In nur einem Fall bescheinigte der Gutachter eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die körperlichen Spuren und die angegebenen Beschwerden durch die behaupteten Foltererfahrungen entstanden sind.. In 11,5 Prozent der Gutachten wurde eine hohe Wahrscheinlichkeit angegeben. In 3,3 Prozent bzw. zwei Fällen befand der Gutachter die Übereinstimmung der beschriebenen Foltererfahrung mit den angegebenen Beschwerden und den körperlichen Spuren für niedrig. In der überwiegenden Mehrheit bzw. in 78,7 Prozent der Fälle bescheinigte der Gutachter eine adäquate

Übereinstimmung von körperlichen Spuren und der angegebenen Beschwerden und der Schilderungen der Foltererfahrung des Patienten.

Eine Gutachteraussage in Bezug auf die Plausibilität von behaupteter Foltererfahrung ist die Einschätzung eines Gutachters, in wie weit dieser es für wahrscheinlich hält, dass die Befunde eines Patienten und seine Schilderungen zur Ursache dieser Befunde übereinstimmen. Da die meisten Befunde sehr unspezifisch und charakteristische Befunde nur sehr selten sind, finden sich in den Gutachteraussagen nur selten Äußerungen wie „sehr wahrscheinlich“ oder „sehr unwahrscheinlich“.

Ebenso wie Forrest (2000), weist auch Graessner (2000) immer wieder darauf hin, dass die Abwesenheit von körperlichen Folterspuren keinesfalls eine behauptete Folter ausschließt.

3.4 Besondere Phänomene bei der Befragungssituation von Folteropfern

Ohne nun auch die spezifisch psychischen Aspekte von Folterfolgen näher zu betrachten, sollen im Folgenden einige wichtige Aspekte besprochen werden, die bei der Befragung von Folteropfern auftreten können, da auch bei rechtsmedizinischen Gutachten die Kommunikation mit dem Patienten einen wesentlichen Teil der Begutachtung darstellt.

Bei der Erhebung der Verfolgungsgeschichte von möglichen Folteropfern im Rahmen von Gutachten ist daher eine basale Kenntnis der posttraumatischen Symptomatik und ihrer Auswirkungen auf das Gedächtnis und die Konzentration, das Aussage- und Kommunikationsverhalten und die Interaktion im Gespräch Voraussetzung für eine sachgerechte Befragung und Beurteilung des Berichteten. Daher sollen im Folgenden einige besondere Phänomene bei der Befragungssituation von Folteropfern besprochen werden.

3.4.1 Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

Es gehört definitionsgemäß zum Bild der posttraumatischen Belastungsstörung, dass Konzentrations- und Gedächtnisstörungen vorhanden sein können (DSM 2000). Beide Phänomene verstärken sich bei Belastung. Eine Befragungssituation stellt eine solche Belastung dar. Die Störung nimmt dabei zumeist zu, wenn sich das Gespräch belastenden Themen nähert. Der Betroffene wird unruhig oder wirkt abwesend, antwortet nicht mehr auf die Fragen, verwechselt Daten usw.. Dadurch entstehen Nachfragen, was zu vermehrtem Stress führt und damit zur Vermehrung der Konzentrationsstörungen. In manchen Fällen ist die Gedächtnisfunktion Folterüberlebender infolge von wiederholten kleineren oder größeren Schädelhirntraumen durch Schläge auf den Kopf nachhaltig gestört (Graessner 1995; Kwentus 1985; Lishman 1973). Bestimmte Foltermethoden zielen systematisch auf Desorientierung und den Verlust von inneren Werten und Gefühlsbindungen ab. Als Folge kommt es zu Verzerrung der Wahrnehmung und verworrenen Gedächtnisinhalten, so dass das Berichtete leicht unglaubwürdig wirken kann. Traumatische Erinnerungen unterliegen anderen Gedächtnisprozessen als normale Alltagserinnerungen. Sie sind zunächst averbale, bildhaft, fragmentiert, raum- und zeitlos gespeichert. Sie sind nur bedingt abrufbar oder erzählbar und in den allgemeinen Lebenskontext schwer einzuordnen (Van der Kolk 1996). In manchen Fällen sind Teile des Erlebten der bewussten Erinnerung nicht oder nur teilweise zugänglich. Die Erinnerungen können aus dem Kontext herausgelöst, die Einordnung in Zeitraster gestört sein. Der Erinnerungsverlust kann sich nicht nur auf das Trauma, sondern auch auf die Zeit danach oder davor beziehen. Bei Folteropfern finden sich relativ häufig nur fragmentarische Erinnerungen an die sich der Folter anschließende Episode, z.B. an die Haftentlassung (Graessner 2000). In der Fachliteratur werden solche Gedächtnisstörungen als dissoziative Amnesien bezeichnet (ICD 10 2000). Ausmaß und Vollständigkeit der Amnesie variieren häufig von Tag zu Tag und bei verschiedenen Untersuchern, es lässt sich jedoch ein beständiger Kern feststellen. Als Ursache für Erinnerungslücken kommen auch komplexe Verdrängungsvorgänge in Betracht, die nach dem Trauma spontan einsetzen. Es ist nur schwer zu klären, ob tatsächlich eine Amnesie oder eine Vermeidungsreaktion vorliegt. Erinnerungslücken sind für die

Betroffenen beunruhigend, manchmal werden vermutete oder aus Erzählungen Dritter bekannte Inhalte an deren Stelle gesetzt. Die betroffene Person kann glauben, dass sich die Begebenheit tatsächlich so zugetragen hat, oder aber sich dessen unsicher sein. Dadurch kann es zu Widersprüchen in der Darstellung kommen und Unsicherheiten können fehlinterpretiert werden (Graessner 2000).

3.4.2 Faktoren, die sich auf das Aussageverhalten von Folteropfern auswirken

Zu den Konzentrations- und Gedächtnisstörungen von Traumatisierten bzw. Folteropfern treten grundsätzliche und situative Faktoren hinzu, die ihr Aussageverhalten beeinflussen. Zu diesen Faktoren gehören nach Graessner (2000):

- ungenügende Kenntnis darüber, welche Inhalte für die Anhörung vor dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BFLA) bedeutsam sind
- Fehlinformationen (post-event-misleading informations), z.B. durch andere Flüchtlinge aus dem Heimatland
- psychophysischer Erschöpfungszustand (nach oft lang andauernder Verfolgung, dem Abschied von der gewohnten Umgebung, dem Verlust von Hab und Gut und geliebten Menschen, den Strapazen und Ängsten der Flucht)
- Desorientierung durch den Kulturwechsel (Emminghaus 1992)
- andere Sprachkultur im Heimatland (z.B. ist es in einigen Ländern üblich, Fragen nicht direkt, sondern umschrieben zu beantworten, direkte Fragen können sogar als Affront gewertet werden)
- Bildungsstand (Analphabeten, fehlende Orientierung an Daten). Personen aus ländlichen Regionen und ohne Schulausbildung orientieren sich mehr an Begebenheiten und Jahreszeiten als an Daten; in solchen Fällen muss man die Begleitumstände rekonstruieren und die Begebenheiten zeitlich in etwa einordnen oder aber auf die Gewichtung von Daten verzichten

- Misstrauen und Rückzugstendenzen: diese Persönlichkeitsänderungen behindern die Kommunikation und verstärken sich in einer Befragungssituation (Assoziation mit einem Verhör)
- Tendenz zur Abkapselung der extremtraumatischen Erfahrungen von der Umwelt, weil sie als nicht kommunikationsfähig erachtet werden (Baeyer 1964)
- Schamgefühle: Sie sind bei fast allen Folterüberlebenden vorhanden und behindern den Bericht, verstärkt bei erfahrener sexualisierter Folter (Niederland 1968). In extremem Maße behindern Schamgefühle die Aussage von sexualisiert gefolterten Frauen, insbesondere vor männlichen Anhörern, Richtern oder Dolmetschern oder wenn die Frauen befürchten, dass der Ehemann im Rahmen des Verfahrens von der sexualisierten Folter erfährt. Eine detailreiche und plastische Schilderung dieser Ereignisse ist den meisten Frauen nicht möglich und birgt die Gefahr einer Retraumatisierung in sich.
- Schuldgefühle: Extrem sind die Schuldgefühle bei Menschen, die verraten mussten oder die gezwungen wurden, selbst Gewalt auszuüben
- Vermeidungsreaktionen: Furcht vor Reaktualisierung und emotionaler Überwältigung im Erinnerungsprozess (Vermeidung ist ein Kernsymptom der posttraumatischen Belastungsstörung)
- Paradoxe emotionale Reaktionen: z.B. werden keine Gefühle gezeigt oder sogar paradoxe Emotionen. Es handelt sich um Abspaltungsvorgänge, die schmerzhaft Gefühle ausblenden (Dissoziation). Für das Gegenüber wirkt das verbal Kommunizierte dann fälschlicherweise unglaubwürdig.
- Wiedererleben: Analogie zur Verhörsituation. Eine Anhörsituation wird von Folterüberlebenden häufig als strukturell ähnlich zur Verhörsituation erlebt. Der Traumatisierte kann sich nicht anpassen und verhält sich dann so, wie es in der Verhörsituation sinnvoll gewesen wäre.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Bestandteile der posttraumatischen psychischen Symptomatik die Kommunikation erheblich erschweren und damit zu Fehlbeurteilungen führen können (Haenel 1998). Dies ist bereits im Rahmen von Untersuchungen über psychisch reaktive Folgen von Überlebenden von Konzentrations- und Vernichtungslagern im Nationalsozialismus festgestellt worden (Baeyer 1964). Die

oben geschilderten Faktoren führen dazu, dass insbesondere schambesetzte traumatische Erlebnisse häufig nicht in der ersten Anhörung oder bei der Verhandlung vor Gericht erwähnt werden. Vor dem Hintergrund des Wissens um Psychotraumafolgen erscheint die Forderung der deutschen Rechtsprechung im Asylverfahren, das Vorgebrachte sei glaubhaft, wenn es möglichst lückenlos, widerspruchsfrei, detailliert und plastisch berichtet wird, in Bezug auf traumatisierte Menschen problematisch (Weber 1996).

3.4.3 Übertragungsphänomene

In Befragungssituationen kann es vorkommen, dass der Folterüberlebende eine zuvor erlebte Situation auf eine jetzige Situation überträgt. Er reagiert und verhält sich daher nicht gemäß der jetzigen Situation, sondern gemäß der zuvor erlebten. Dabei werden auch vergangene Beziehungskonstellationen auf jetzige Personen übertragen (Kuttner 1989). Bei durch Menschenhand Traumatisierten ist das Besondere, dass Täteraspekte auf die soziale Umwelt übertragen werden (Wilson 1994a; Lansen 1991 und Comas-Diaz 1991). Das heißt der Befragende wird in die Position des Täters gerückt, was bei diesem zu zumeist unbewussten Gegenreaktionen führt.

Es kann zu extrem gegensätzlichen Einstellungen und Gegenüberstellungen zwischen Begutachter und Begutachteten, von zu großer Distanz mit fehlender Empathie auf der einen Seite oder fehlender Distanz und zu großer Empathie auf der anderen Seite kommen (Wilson 1994b). Es ist wichtig bei der Begutachtung der Vorgeschichte von Folterüberlebenden auf ihren möglichen Wahrheitsgehalt eine mittlere Position zwischen diesen beiden Extremen einzunehmen. Diese lässt sich durch „größtmögliche Empathie im Verbund mit größtmöglicher Distanz“ oder „kontrollierter Identifikation“ (Lansen 1996) charakterisieren.

3.4.4 Besonderheiten bei der Arbeit mit Dolmetschern

Bei Menschen aus anderen Ländern muss die Kommunikation häufig sprachvermittelt bzw. über einen Dolmetscher erfolgen. In der eigenen Untersuchung wurde in 44

Prozent der Fälle ein Dolmetscher benötigt. Die übersetzten Worte erfahren eine Färbung durch den persönlichen Hintergrund des Dolmetschers, Vorstellungen und Bewertungen, die er ihnen bewusst oder unbewusst mitgibt (Haenel 1997).

Worte haben oft verschiedene Bedeutung je nach Kontext, so dass sich der Inhalt verschieben kann je nachdem, welche der möglichen Übersetzungen gewählt wird. Manchmal gibt es im deutschen kein Wort mit der gleichen Bedeutung, so dass der Inhalt umschrieben werden muss. Die mögliche Verschiebung von Inhalten kann das Verständnis behindern. Andererseits kann der Dolmetscher durch sein Wissen über den kulturellen Hintergrund des Herkunftslandes eine „Brücke zwischen den Kulturen“ sein, und so die Verständigung verbessern (Dhawan 1995 und Koch 1996). In manchen Sprachen gibt es regional sehr verschiedene Dialekte, die vom Dolmetscher evtl. nicht beherrscht werden. Teilweise werden große Passagen am Stück übersetzt, zumeist anhand parallel gemachter stichwortartiger Notizen. Dann ergibt sich allein aus dem Vergleich der Länge dessen, was der Befragte äußerte und der Dauer der Übersetzung der Verdacht, dass einige Inhalte nicht oder nur in zusammenfassender Weise vermittelt wurden (Graessner 2000).

Auch wenn es um Zahlen geht, können sich Übersetzungsfehler einschleichen, z.B. wird aus dem 11.2. der 2.11., was dann zu Widersprüchen in der zeitlichen Beschreibung führt. Auf Seiten des Befragten besteht oft Misstrauen gegenüber den Dolmetschern. Gerade wenn ein Dolmetscher aus dem eigenen Herkunftsland stammt, besteht die Angst, dass dieser einer gegenläufigen politischen Richtung angehört, dem Befragten und seinem Hintergrund ablehnend gegenübersteht oder gar Informationen an den Geheimdienst des Landes weitergeben könnte. Aus diesem Grund werden des öfteren politische Aktivitäten verschwiegen (Graessner 2000). Schambesetzte Erlebnisse kommen zudem vor mehreren Menschen und insbesondere Landsleuten noch schwerer zur Sprache als ohnehin. Dies gilt verstärkt, wenn eine Frau vor einem männlichen Dolmetscher ehrverletzende Erlebnisse durch sexualisierte Folter erwähnen oder gar detailliert beschreiben soll. Für die Dolmetscher bedeutet die Übersetzung für einen durch Foltertraumatisierten eine besondere emotionale Belastung, was zu Problemen der exakten Übersetzung führen kann. Es bleibt bei sprachvermittelten Gesprächen laut Graessner (2000) immer ein Risiko der Fehlkommunikation.

3.4.5 Konsequenzen für die Gesprächsführung

Es gibt kein Patentrezept, wie man sich in einer Befragungssituation mit Folteropfern verhalten sollte. Den Konzentrationsstörungen sollte mit Geduld und Zeit begegnet werden. Solange man sich dem Misstrauischen gegenüber selber misstrauisch verhält und Fangfragen stellt, wird es kaum möglich sein, der Wahrheit näher zu kommen. Geduld, Interesse, Wahrung von Schamgrenzen ohne Vermeidung, Bestätigung des Gehörten und Annäherung an problematische Begebenheiten aus verschiedenen Perspektiven, unter Beachtung nicht nur des gesprochenen Inhaltes, sondern auch der emotionalen Begleitreaktionen, der Gestik und der Gesprächsdynamik, werden es am ehesten ermöglichen, einem traumatisierten Menschen gerecht zu werden (Graessner 2000). Kommunikationsformen, die man im Gespräch mit Folterüberlebenden vermeiden sollte sind: demonstrative Zeitnot, Ungeduld, Herrschaftsgesten, Zynismen und verhörartige Fragepraktiken. Forrest (2000) empfiehlt, dass weibliche Patienten nur von Begutachterinnen untersucht und befragt werden.

Des Weiteren sollte ein komfortabler Raum gewählt werden, in dem die Begutachtung stattfindet, um auch hier eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Zu Beginn des Gespräches sollte der Begutachter sich und seine Funktion in Bezug auf das gesamte Untersuchungsverfahren vorstellen. Ebenso sollte sich der Dolmetscher vorstellen und seine Unabhängigkeit und Schweigepflicht in diesem Zusammenhang betonen. Auch bei einem Gespräch, das durch einen Dolmetscher vermittelt wird, sollte der Begutachter Augenkontakt mit dem Patienten wahren und ihn direkt ansprechen.

In Bezug auf zugeordnete Jahreszahlen, sollte man Widersprüche nicht in die Prüfung der Glaubwürdigkeit einer behaupteten Foltergeschichte einbeziehen. Ergebnisse der Gehirnforschung haben gezeigt, dass das „Wann“ als Anhaltspunkt für das Wiedererinnern so gut wie sinnlos ist (Wagenaar 1986). Friedmann (1985) hat gezeigt, dass die Tageszeit oder der Wochentag eines Ereignisses besser erinnert wird als der Monat oder das Jahr. Zeitangaben unter der Folter sind verfälscht. Im allgemeinen verlängert sich die Zeit unter Lebensbedrohung in der Erinnerung um ein Mehrfaches. So wurde in Experimenten nachgewiesen, dass Zeugen eines inszenierten Verbrechens (d.h. unter starker innerer Erregung) die Zeitdauer des Verbrechens 2,5 mal länger angaben als es sich in der Realität zugetragen hatte (Buckhout 1974).

3.5 Spezialisierte diagnostische Methoden

Wesentliche Hinweise auf eine behauptete Foltererfahrung erhält man aus der Anamnese und der Untersuchung. In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, zusätzliche Untersuchungen zu veranlassen. Da es sich vielfach um belastende oder bedrängende Untersuchungen handelt, sollten sie nur angewendet werden, wenn besondere Anforderungen vorliegen. Diese können von Gerichten angeordnet werden und müssen nach ausreichender Risikoaufklärung vom Patienten genehmigt werden. Des Weiteren sollten solche aufwendigen Untersuchungen nur durchgeführt werden, wenn ein positives Ergebnis erwartet wird (Forrest 2000). Routinemäßige technische Untersuchungen sollten nicht vorgenommen werden. Im allgemeinen gibt die Untersuchung, wenn sie von erfahrenen Ärzten durchgeführt wird, hinreichend Indizien (Istanbul Protocol 1999). Die einzelnen Untersuchungsmethoden sind bei der Besprechung der Foltermethoden genau beschrieben. Zusammenfassend sollen hier noch mal die wichtigsten Untersuchungsmethoden und ihre Indikation besprochen werden:

- Röntgenuntersuchungen sollten bei Verdacht auf ein stattgefundenes Trauma stattfinden, bei denen es zu Knochenbrüchen und Gelenkverrenkungen kommen kann.
- Knochenszintigraphie kann zur Diagnose von Traumata bis zu 15 Jahren nach der Gewaltanwendung dienen. Besonders in Bezug auf die Diagnose von Spuren von „Falanga“ konnten gute Ergebnisse erzielt werden; aber auch Verletzungen der Knochenhaut und Knochenbrüche, die im Röntgenbild nicht zu erkennen waren, konnten durch die Knochenszintigraphie diagnostiziert werden (Lök 1991).
- Ultrasonographie der Schultergelenke kann in der Diagnose von Folter durch Aufhängen positive Ergebnisse bringen.
- Computertomographie ist besonders geeignet in der Untersuchung von vermuteten Hämatomen, Ödemen, visceralen Organverletzungen, Knorpel- und Rippenverletzungen und von Verletzungen der Gesichtsknochen. Die Computertomographie kann also zum Beispiel bei der Aufdeckung von Ödemen

in den Fußsohlen nach „Falanga“ oder von Frakturen im Gesichtsbereich, die mit der Routineradiographie nicht erkennbar sind (z.B. Felsenbeinfraktur nach „Telephono“), hilfreich sein.

- Magnet-Resonanz-Tomographie kann ähnlich wie die Computertomographie zur Auffindung von Ödemen oder Knochenbrüchen dienen.
- Biopsien können ausnahmsweise zur histopathologischen Untersuchung von Verbrennungen der Haut durch elektrische Folter verwendet werden.

Für die aufgelisteten Untersuchungsmethoden gilt, dass ein negativer Befund keinesfalls die Möglichkeit der behaupteten Folter ausschließt. Dies ist „medizinischen Laien“ besonders deutlich zu machen, da sonst fälschlicherweise negative Diagnosen gestellt werden können (Lök 1991, Forrest 2000). Auch die „Verhältnismäßigkeit der Mittel“ sollte in diesem Zusammenhang nochmals bedacht werden. Einige Methoden sind zum einen belastend für den Patienten und zum anderen aufwendige und kostenintensive Verfahren, die nur begrenzt zur Aufklärung der Fragestellung beitragen können.

4. Fazit

Rechtsmedizinische Gutachten zur Frage der Plausibilität von behaupteten Folterfolgen werden relativ selten angefertigt. Die meisten dieser Gutachten werden von Richtern in Bezug auf ein Asylverfahren angefordert. Der Gutachter soll „nur“ Stellung dazu nehmen, wie plausibel die behaupteten Foltererfahrungen in Bezug auf die vorhandenen körperlichen Spuren sind. Allerdings ist er sich bewusst darüber, dass die Aussage eines solchen Gutachtens unter Umständen weitreichende Folgen für den Antragsteller haben kann. Da der Richter sich erhofft, mit Hilfe des Gutachtens, die Glaubwürdigkeit des Antragstellers besser einschätzen zu können, ist die Formulierung derartiger Gutachten von besonderer Bedeutung. Dennoch ist es nicht Aufgabe des Gutachters eine Aussage über die Glaubwürdigkeit des Patienten zu machen.

Aufgrund der geringen Anzahl derartiger Gutachten ist es für den Rechtsmediziner kaum möglich, umfassende Erfahrungen in diesem Bereich zu sammeln. Andererseits ist in der Rechtsmedizin die größte Erfahrung im Bereich der Rekonstruktion von Gewalteinwirkung zu finden und demnach auch die größte Kompetenz zur Erstellung von Gutachten zur Frage nach stattgefundenen körperlicher Folter.

Nach Auffassung von Graessner (2000) und Forrest (2000), ist Erfahrung das wichtigste „Handwerkszeug“ bei der Begutachtung von Folterüberlebenden. Dennoch kann auch der erfahrenste Gutachter häufig keine sichere Aussage darüber treffen, ob die behaupteten Foltererfahrungen tatsächlich stattgefunden haben.

Eine kritische Zusammenschau der Anamnese, des Beschwerdebildes, des psychischen Befundes, des körperlichen Befundes und der vorliegenden Dokumentationen über den Einzelfall und das Herkunftsland kann sich zu der Verdachtsdiagnose „Folterüberlebender“ verdichten.

In Bezug auf die körperlichen Befunde wurden nach Analyse der Gutachten folgende Probleme deutlich: 1. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liegt die Einwirkung der Gewalt bereits mehrere Monate oder Jahre zurück, daher können nur die Spätfolgen der Folter beurteilt werden. 2. Die meisten heute angewandten Foltermethoden hinterlassen keine körperlichen Spätfolgen. 3. Befunde von körperlichen Spätfolgen sind sehr unspezifisch.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychologen oder Psychiatern, als Spezialisten für psychische Befunde und Rechtsmedizinern oder Chirurgen als Spezialisten für die Morphologie und die Rekonstruktion von Gewalteinwirkung, kann häufig zu einer qualifizierten Beantwortung der gestellten Fragen beitragen.

Auch Einsatz spezialisierter diagnostischer Methoden kann dem Gutachter in einigen Fällen helfen, weitere unterstützende Befunde zu erhalten. Dennoch können auch diese Befunde nicht immer Beweise für die behauptete Foltererfahrung liefern. Unter Umständen können negative Befunde sogar zu falschen Folgerungen auf Seiten der Richter führen. Daher sind derartig Methoden nur anzuwenden, wenn positive Ergebnisse erwartet werden.

Wenn der Befund charakteristisch ist und mit den Aussagen des Patienten korreliert, so kann der Gutachter seine Einschätzung zur Plausibilität der behaupteten Folter formulieren. In jedem Fall aber ist dem Richter deutlich zu machen, dass ein Fehlen von körperlichen Spuren keinesfalls eine behauptete Folter ausschließen muss und dass von rechtsmedizinischen oder chirurgischen Gutachtern auch keine Aussagen zur Frage der Glaubwürdigkeit der Person gemacht werden können.

5. Abbildungsverzeichnis

5.1 Abbildungen aus dem Teil: Einleitung

- Abb. 1: charakteristische Narben nach Verbrennungen mit Zigaretteglut (Duncan Forrest, London)
- Abb. 2: charakteristische Narben nach Verbrennungen mit Zigaretteglut (Duncan Forrest, London)
- Abb. 3: Zeichnung einer Folterung mit Falanga (Duncan Forrest, London)
- Abb. 4: Blutergüsse und Schwellung nach Falanga (klinisch) (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 5: Das Computertomogramm zeigt die Schwellung plantar sehr eindrucksvoll (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 6: Das Computertomogramm zeigt die Ausbildung eines Platt- und Spreizfußes (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 7: Fersenbeinfraktur nach Falanga (Dr. Rasmussen, Kopenhagen)
- Abb. 8: Konsolidierte Calcaneusfraktur nach Falanga (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 9: Zehenfraktur mit Kallusbildung nach Falanga (Markierung) (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 10: Zustand nach Fußnagelkranzfraktur mit Deformierung bei D2 durch Falanga (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 11: Hämatosinus des rechten Sinus maxillaris bei Jochbeinausbruch (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 12: Hämatosinus des rechten Sinus maxillaris bei Jochbeinausbruch (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 13: Hautnekrose interdigital am Eintrittsort des elektrischen Stromes (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 14: Die histologische Aufarbeitung zeigt eine lokale Nekrose, typisch für hohe Stromdichte bei applizierter Elektrode bei E-Folter (Prof. Vogel, Hamburg)

- Abb. 15: Narben am Skrotum eines Opfers, bei dem die Elektrode in Form einer Klammer befestigt wurde (Duncan Forrest, London)
- Abb. 16: Nekrose des Hüftkopfes durch Elektroschock (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 17: „Paralyzer „ in China hergestellt (Amnesty International)
- Abb. 18: Die Zeichnung zeigt die Applikation eines sog. Paralyzers (minghui.org)
- Abb. 19: Narben nach Fesselung (Duncan Forrest, London)
- Abb. 20: „Papageienstange“ (nach Rasmussen 1990)
- Abb. 21: „Palestinian Hanging“ (Amnesty International)
- Abb. 22: Steilstellung der HWS. Das Opfer aus Guinea Bissao wurde an den hinter dem Körper gefesselten Armen aufgehängt („Palestinian Hanging“) (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 23: Fremdkörperfragmente nach Nail Torture (Prof. Vogel, Hamburg)
- Abb. 24: Die Zeichnung zeigt ein Opfer in einem Käfig, in dem kein Platz zum Ausstrecken ist (minghui.org)
- Abb. 25: „La moto“ (nach Rasmussen 1990)
- Abb. 26: Das Bild zeigt die Hand eines 14 jährigen Mädchens, der wegen Schminkens mehrere Finger mit der „petit guillotine“ amputiert wurden (Prof. Jacobsson, Stockholm)
- Abb. 27: Daumenschraube aus dem Mittelalter (<http://www.foltern.de/>)
- Abb. 28: Verstümmelung der 2. und 3. Zehe, klinisch (Prof. Jacobsson)
- Abb. 29: Verstümmelung der 2. und 3. Zehe, röntgenologisch (Prof. Jacobsson)

5.2 Abbildungen aus dem Teil: Auswertung der Gutachten

- Abb. 30: Fehlstellung beider kleiner Finger (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 31: Deformation des Zehennagels der linken Großzehe (Institut für Rechtsmedizin Münster)

- Abb. 32: Narbenbildung im Bereich unterhalb des linken Schlüsselbeins
(Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 33: unregelmäßig geformte weißliche Narbenbildung im Bereich des
linken Unterbauchs (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 34: 1,5 cm lange narbige Einziehung und Rötung im Bereich der
behaarten Kopfhaut (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 35: weißlich gefärbte reizlose Narben im Bereich des linken Auges
(Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 36: 4 cm lange reizlose Narbe 10 cm oberhalb der Gürtellinie, 3 cm
links der Mittellinie des Rückens beginnend (Institut für
Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 37: Narbe im Bereich des Unterkiefers (Institut für Rechtsmedizin
Münster)
- Abb. 38: chirurgisch versorgte Narben im Bereich der Streckseite des linken
Unterarms (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 39: chirurgisch versorgte Narben im Bereich der Beugeseite des linken
(Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 40: unpigmentierte Narbe im Bereich der Schienbeinkante des linken
Unterschenkels (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 41: Abweichung der Nase und sichtbarer Höcker im Bereich der
Nasenzwurzel (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 42: Abweichung der Nase und sichtbarer Höcker im Bereich der
Nasenzwurzel (Institut für Rechtsmedizin Münster)
- Abb. 43: multiple bis 1,5 cm durchmessende, ovale Narben im Bereich der
Brust, der Oberarme und des Rückens (Institut für Rechtsmedizin
Münster)
- Abb. 44: multiple bis 1,5 cm durchmessende, ovale Narben im Bereich der
Brust, der Oberarme und des Rückens (Institut für Rechtsmedizin
Münster)
- Abb. 45: Narbe im Bereich der behaarten Kopfhaut (Institut für
Rechtsmedizin Münster)

Abb. 46: 4 mal 2 cm messende, ovale, unregelmäßig geformte Narbe im Bereich des rechten Unterarmes (Institut für Rechtsmedizin Münster)

Abb. 47: narbige Einziehungen und Verkürzungen an den Fingerendgliedern des dritten und vierten Fingers der linken Hand (Institut für Rechtsmedizin Münster)

Abb. 48: kleinfleckige, bis maximal 5,0 mm durchmessende Depigmentierungen auf dem Penisrücken, ca. 3 cm lange, bis an den Ansatz der Eichel reichende reizlose Vernarbung von maximal 1cm Breite (Institut für Rechtsmedizin Münster)

Abb. 49: Zahnücke im Bereich des rechten Oberkiefers (Institut für Rechtsmedizin Münster)

6. Literaturverzeichnis

1. Aalund O. (1980): Sequelae to exposure of porcine skin to heat and electricity. *Acta Med Leg Soc, Liege.* 30(1): 33-41
2. Adams JA., Knudson S. (1996): Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 150(8):850-7.
3. Agger I. (1988): Die politische Gefangene als Opfer sexueller Gewalt. in: *Zeitschrift für Sexualforschung*
4. Akcam T. (1991): Die „Normalität der Folter. In *Folter (Zur Analyse eines Herrschaftssystems)* Hrsg.: Reemtsma, Junius Verlag GmbH Hamburg
5. Amnesty International (1998): Algerien: Jahresbericht 1998, Amnesty International
6. Amnesty International (1999): Chile: Jahresbericht 1999, Amnesty International
7. Amnesty International (1987a): China: Torture and ill-treatment of prisoners. London, Amnesty International
8. Amnesty International (2000): Für eine Welt frei von Folter, Amnesty International Bonn
9. Amnesty International (1987b): Kenya: Torture, political detention and unfair trial. London, Amnesty International
10. Amnesty International (1996): Prescription for change: health professionals and the exposure of human rights violations. London, Amnesty International
11. Amnesty International (1985): Uganda: Evidence of torture. London, Amnesty International
12. Amnesty International (1984): Uruguay: Doctor dies under torture. Amnesty International
13. Baeyer W.von, Haefner H., Kisker K. (1964): *Psychiatrie der Verfolgten.* Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg

14. Baker R. (1992): Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: M. Basoglu (ed.), Torture and its consequences. Cambridge, CPU
15. Bauer H. (2000): Die Würde des Menschen ist (un)antastbar, Amnesty International, Ulm.
16. Becker D. (1992): Ohne Hass keine Versöhnung: das Trauma der Verfolgten. Freiburg/Br.: Herder
17. Berger P. (1980): Documentation of physical sequelae. Dan Med Bull 27(5):215-6
18. Bork K., Nagel C. (1997): Long-standing pigmented keloid of the ears induced by electrical torture. J Am Acad Dermatol. 36(3 Pt 1):490-1.
19. Breise J. (1997): Psychological Assessment of Adult Posttraumatic Stress. Washington, DC: American Psychiatric Association
20. Bro-Rasmussen F. und Rasmussen O. (1978): Falanga torture. Are the sequelae of falanga torture due to the closed compartment syndrome in the feet and is this a common clinical picture? Ugeskr Laeger 140(51):3197-202.
21. Bro-Rasmussen F., Hendriksen O., Rasmussen O et al(1982): Aseptic necrosis of bone following phalanga torture. Ugeskr Laeg 144(16):1165-6.
22. Buckhout R. (1974): Eyewitness testimony. In: Scientific American 231:23-31.
23. Bussen S., Rehn M., Haller A., Weichert K., Dietl J. (2001): Genital findings in sexually abused prepubertal girls. Zentralbl Gynakol. 123(10):562-7.
24. Catheart LM., Berger P., Knazan B. (1979): Medical examination of torture victims applying for refugee status. Can Med Assoc J 121: 179-184.
25. Clavel JP. (1973): Doctors who torture. World Med. 9(4):15-19
26. Comas- Diaz L., Padilla A. (1991): Countertransference in working with victims of political repression. American Journal of orthopsychiatry 60(1):125-34.

27. Danielsen L., Berger P. (1981): Torture sequelae located to the skin. *Acta Derm Venereol.* 61(1):43-6.
28. Danielsen L., Genefke IK., Karlsmark T., Lorenzen S., Nielsen KG., Nielsen O., Thomsen HK., Aalund O. (1978): Thermal and electric skin injuries in swine *Ugeskr Laeger.* 140(51):3191-7.
29. Danielsen L., Karlsmark T., Thomsen HK., Thomsen JL., Balding LE. (1991): Diagnosis of electrical skin injuries. A review and a description of a case. *Am J Forensic Med Pathol.* 12(3):222-6.
30. Daugaardk G., Petersen HD, Abilgaard U., et al (1983): Sequelae to genital trauma in torture victims. *Arch Androl.* 10(3):245-8.
31. Dhawan S., Entrena E., Eriksson-Söder U. und Landahl M. (1995): Der Dolmetscher als Brücke zwischen den Kulturen und Opfern organisierter Gewalt. In: K. Petzler, A. Aycha und E. Bittenbinder (Hrsg.), *Gewalt und Trauma.* Frankfurt/M: IKO
32. Domovitch E., Berger PB., Wawer MJ., et al(1984): Human torture: Description and sequelae of 104 cases. *Can Fam Physician* 30:827-30
33. Drucker H. (1980): Psychotropic drugs and imprisonment in a psychiatric hospital for political reasons *Acta Med Leg Soc (Liege).* 30(1):189-210.
34. DSM-IV (3. unveränd. Aufl., 2000). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.* Weinheim: Beltz.(2000)
35. Dudley HA. (1977): When is significant not significant? *Br Med J.* 2(6078):47
36. Emminghaus W. (1992): Flucht und Kulturkontakt. In: *Report Psychologie* 10, Hrsg. DRK-Beratungszentrum Saarbrücken
37. Forrest D, Knight B, Hinshelwood G, Anand J, Tonge V. (1995): A guide to writing medical reports on survivors of torture. *Forensic Sci Int.* 76(1):69-75.
38. Forrest D. (1998): Examination for the late after effects of torture; in M. Oemichen (Hrsg.), *Maltreatment and torture.* Lübeck: Schmidt-Römhild.

39. Forrest D. (2000): Guide to writing medical report on survivors of torture. in: Guidelines for the examination of survivors of torture, second edition. Medical Foundation for the care of victims of torture (Hrsg.), Oxford: Alden Press
40. Forrest D. (1995): The physical after-effects of torture. *Forensic Sci Int* 76(1):77-84.
41. Frey C., Valach L. (1997): The treatment of torture and war victims. *European Psychiatry*. 12(1002): 123s-123s(1).
42. Friedmann W., Wilkins A. (1985): Scale effects in memory for the time of events. *Memory and cognition*. 31(3-4):3715-3715
43. Gellhorn A. (1978): Violation of human rights: Torture and the medical profession. *N Engl J Med* Aug 17;299(7):358-9
44. Gniadecka M., Danielsen L. (1995): High-frequency ultrasound for torture-inflicted skin lesions. *Acta Derm Venereol*. 75(5):375-6.
45. Gordon E., Mant AK. (1984): Examination of a teacher from El Salvador. *Lancet*. 1(8370):213-4.
46. Graessner S. und Mechthild Wenk-Ansohn (2000): Die Spuren von Folter. Aus der Schriftenreihe Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (Hrsg.)
47. Graessner S. (1995): Forensic considerations concerning survivors of torture with craniocerebral trauma and postconcussive-syndrome. in: *Torture*, 5. www.irct.org
48. Graessner S. (1995): Jahresbericht 1995 des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin
49. Graessner S. (1996): Jahresbericht 1996 des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin
50. Graessner S. (1998): Somatic torture sequelae. in: M. Oemichen (Hrsg.), *Maltreatment and torture*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
51. Graessner S. (1993): Tinnitus in torture survivors. in: *Torture*, 2. www.irct.org

52. Groenenberg M. (1992): Victims of sexual violence: Female victims. In: G. Van der Veer (ed.), *Counselling and therapy with refugees*. Chichester: Wiley
53. Großpietzsch R., Ihmann M. (1988): Betrachtung zur Funktion der Sprache in der sozialmedizinischen Gutachtertätigkeit *Öff. Gesundheitswes.* 50
54. Gurrus N. (1995): Die sexuelle Folter von Männern als weltweit systematische Methode der Folter. in: I. Attia Iman: *Multikulturelle Gesellschaft – monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit*, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1995, Seiten 198-209
55. Haenel F. (1998): Special Problems in the Assessment of Psychological Sequelae of Torture and Incarceration. In: M. Oehmichen (Hrsg.), *Maltreatment and Torture*. Lübeck: Schmidt-Römhild
56. Haenel F. (1997): Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In: *Systemema* 2/1997, 11 Jahrgang
57. Hougen HP., Kelstrup J., Petersen HD., Rasmussen OV. (1988): Sequelae to torture. A controlled study of torture victims living in exile. *Forensic Sci Int.* 39(1):5-11.
58. ICD-10. (. korr., erg. Aufl., 2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Kapitel V. Bern: Huber.(2000)
59. Jensen TS., Genefke IK., Hyldebrandt N., Pedersen H., Petersen HD., Weile B. (1982): Cerebral atrophy in young torture victims. *N Engl J Med.* 307(21):1341.
60. Joergensen U. (1985): Achillodynia and loss of heel pad shock absorbency. *Am J Sport Med*
61. Juhler M. (1984): Medical aspects of torture. Read before the conference on medical and psychological aspects of the treatment of political refugees and victims of torture. Koenigsstein, Germany

62. Karger B., DuChesne A., Ortmann C., Brinkmann B. (1997): Unusual self-inflicted injuries simulating a criminal offence. *Int J Legal Med.* 110(5):267-72.
63. Karger B., Niemeyer J., Brinkmann B. (2000): Suicides by sharp force: typical and atypical features. *Int J Legal Med.* 113(5):259-62.
64. Karger B., Rothschild MA, Pfeiffer H. (2001): Accidental sharp force fatalities--beware of architectural glass, not knives. *Forensic Sci Int.* 123(2-3):135-9.
65. Karlsmark T., Danielsen L., Aalund O., Thomsen HK., Nielsen O., Nielsen KG., Lyon H, Ammitzboll T., Moller R., Genefke IK. (1988a): Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study. *Forensic Sci Int.* 39(2):163-74.
66. Karlsmark T., Danielsen L., Thomsen HK., Johnson E., Aalund O., Nielsen KG., Nielsen O., Genefke IK. (1988b): Ultrastructural changes in dermal pig skin after exposure to heat and electric energy and acid and basic solutions. *Forensic Sci Int.* 39(3):235-43.
67. Karlsmark T., Danielsen L., Thomsen HK., Johnson E., Aalund O., Nielsen KG., Nielsen O., Genefke IK. (1984): Tracing the use of electrical torture. *Am J Forensic Med Pathol.* 5(4):333-7.
68. Karlsmark T. (1990): Electrically induced dermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy. *Dan Med Bull.* 37(6):507-20.
69. Kellner CH., Roy-Byrne PP., Rubinow DR., Gold PW., Post RM. (1983): Cerebral atrophy in torture victims. *N Engl J Med.* 308(15):903-4.
70. Kirschner RH. (1984): The use of drugs in torture and human rights abuses. *Am J Forensic Med Pathol.* 5(4):313-5.
71. Kjaersgaard AR., Genefke IK. (1977): Torture in Uruguay and Argentina. *Ugeskr Laeger.* 139(18):1057-9.
72. Kläui H. (1996): Jahresbericht des Therapiezentrums für Folteropfer des schweizerischen Roten Kreuzes 1996, Therapiezentrum für Folteropfer SRK, CH 3010 Bern

73. Kläui H. (1997): Jahresbericht des Therapiezentrums für Folteropfer des schweizerischen Roten Kreuzes 1997, Therapiezentrum für Folteropfer SRK, CH 3010 Bern
74. Kläui H. (1998): Jahresbericht des Therapiezentrums für Folteropfer des schweizerischen Roten Kreuzes 1998, Therapiezentrum für Folteropfer SRK, CH 3010 Bern
75. Kläui H. (1999): Jahresbericht des Therapiezentrums für Folteropfer des schweizerischen Roten Kreuzes 1999, Therapiezentrum für Folteropfer SRK, CH 3010 Bern
76. Kläui H. (2001): Somatische Folterfolgen, Therapiezentrum für Folteropfer SRK, CH 3010 Bern
77. Koch D. (1996): Handlungsansätze in der psychosozialen und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. in: Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik (Hrsg.), Hilfen für die Opfer von Gewalt. Frankfurt/M
78. Kolar J. (1989): Locomotor consequences of electrical and radiation injuries, burns and freezings. *Baillieres Clin Rheumatol.* 3(1):99-110
79. Kosteljanetz M., Aalund O. (1983): Torture: a challenge to medical science. : *Interdiscip Sci Rev.* 8(4):320-8.
80. Kuttner P. (1989): *Moderne Psychoanalyse: eine Einführung in die Psychologie unbewusster Prozesse.* München: Verlg. Internationale Psychoanalyse
81. Kwentus JA., Hart RP., Peck ET., Kornstein S. (1985): Psychiatric complications of closed head trauma. *Psychosomatics.* 26(1):8-17.
82. Lansen J. (1991): Psychiatric experience with perpetrators and countertransference feelings in the therapist. *Journal of medical ethics.* 17 Suppl:55-7.
83. Lansen J. (1996): Was tut "es" mit uns? In: S. Graessner, N. Gurriss, C. Pross (Hrsg.), *Folter an der Seite der Überlebenden.* München: Beck.
84. Lauritsen AK., Meldgaard K., Charles AV. (2000): Medical examination of sexually abused children: medico-legal value. *J Forensic Sci.* 45(1):115-7.

85. Leidel J. (2000): Begutachtung zwischen humanitärem Anspruch und juristischer Erfordernis. in: Gardemann, J, Müller, W, Remmers, A (Hrsg.) Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Berichte und Materialien Band 17. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
86. Lishman WA. (1973): The psychiatric sequelae of head injury: a review. *Psychol Med.* 3(3):304-18.
87. Lök V. et al (1991): Bone scintigraphy as a clue to previous torture. in: *The Lancet* Apr 6;337(8745):846-7.
88. Lund I., Rasmussen O., Linholm J., et al (1980): Gonadal and sexual function in tortured Greek men. *Dan Med Bull* 27(5):243-5.
89. Malik GH., Sirwal IA., Reshi AR., Najar MS., Tanvir M., Altaf M. (1993): Acute renal failure following physical torture. *Nephron.* 63(4):434-7.
90. Meier J., Andersen JG. (1985): Sclerosing of calcaneus following phalanga torture. *Ugeskr Laeg* 147(51):4206-7.
91. Meyer-Lie A. (1987): The political abuse of medicine. *Soc Sci Med.* 25(6):645-8.
92. Mirzaei S. et al (1998): Bone scintigraphy in screening of torture survivors. In: *The Lancet* 352(9132):949-51.
93. Mohamed Ali H. (1990): Patient: Folteropfer, *Berliner Ärzte* 5
94. Montgomery E. und Foldspang A. (1994): Criterion-related validity of screening for exposure to torture. *Dan Med Bull.* 41(5):588-91.
95. Nedopil N. (1996): Forensische Psychiatrie- Klinische Begutachtung und Behandlung. C.H. Beck/Thieme
96. Nederland W. (1968): Studies of concentration-camp survivors. In: H. Krystal (Hrsg.), *Massive psychic trauma.* New York: International Press
97. Peters E. (1991): *Folter-Geschichte der peinlichen Befragung,* Europäische Verlagsanstalt Hamburg
98. Porter K. (1995): Israel condemned for torture by shaking. in: *British medical journal,* 311(7016):1323.

99. Pounder DJ. (1997): Shaken adult syndrome. *Am J Forensic Med Pathol.* 18(4):321-4.
100. Pugno PA. (1999): Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements. M.H.S. Family Practice Residency Program, Methodist Hospital of Sacramento, USA. *Arch Fam Med.* 8(5):403-6.
101. Rasmussen OV., Lunde I. (1980): Evaluation of investigation of 200 torture victims. *Dan Med Bull* 27(5):241-3.
102. Rasmussen OV. (1990): Medical aspects of torture. *Dan Med Bull* 37(Suppl. 1):43-50.
103. Rasmussen OV. (1992): Signs of falanga torture. *Lancet.* 340(8821):725
104. Rasmussen OV. (1977): Torture ; An investigation of Chileans and Greeks who had previously been submitted to torture. *Ugeskr Laeg* 139(18):1049-53.
105. Römpp Chemie- Lexikon A-Z , 10. Aufl. (1999); Thieme, Stuttgart
106. Rothschild MA., Karger B., Schneider V. (2001): Puncture wounds caused by glass mistaken for with stab wounds with a knife. *Forensic Sci Int.* 121(3):161-5.
107. Savnik A., Amris K., Rogind H., Prip K., Danneskiold-Samsøe B., Bojsen-Møller F., Bartels EM., Bliddal H., Boesen J., Egund N. (2000): MRI of the plantar structures of the foot after falanga torture. *Eur Radiol.* 10(10):1655-9.
108. Schmidt C. und Deininger K. (1985): The occult fracture in the Roentgen picture and its detection using bone scintigraphy. In: *Radiology* 25(3):104-7.
109. Seifert R. (1993): Die zweite Front: zur Logistik sexueller Gewalt. In: *Vierteljahresschrift für Sicherheit und Frieden.*
110. Solntsev IS. (2002): Forensic medical expertise in the event of sexual and physical violence in Russia. *Int J Gynaecol Obstet.* 78 Suppl 1:S95-8.

111. Stahlmann I. (1998): Traumatisierung und Kultur. Zum Kontext von Folter und ihren Folgen bei kurdischen Patientinnen des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer. Berlin
112. Statistisches Bundesamt (2003): Veröffentlichung: Strukturdaten über die ausländische Bevölkerung, www.destatis.de
113. The Istanbul Protocol (1999): The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, submitted to the: United Nations High Commissioner for Human Rights : www.phrusa.org
114. Theilade LD. (2002): Sexual dysfunction in torture victims *Ugeskr Laeger*. 164(41):4773-6.
115. Thomsen AB., Eriksen J., Smidt-Nielsen K. (2000): Chronic pain in torture survivors. *Forensic Sci Int*. Feb 28;108(3):155-63.
116. Thomsen HK., Danielsen L., Nielsen O., Aalund O., Nielsen KG., Karlsmark T., Genefke IK., Christoffersen P. (1983): Epidermal changes in heat and electrically injured pig skin. A light microscopic study of the influence of heat energy intensity and electrical current frequency. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand [A]*. Sep;91(5):297-306.
117. Tunca M., Lök V. (1998): Bone scintigraphy in screening of torture survivors. *Lancet*. Dec 5;352(9143):1859.
118. Tutsch-Bauer E. (1998): Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (17): A- 1027-1032.
119. Van der Kolk B., Fisler r. (1996): Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. In: *British journal of psychotherapie* 12(3). 352
120. Vesti P., Sommer, F und Kastrup, M. (1993): Contemporary Approach to Psychotherapy as practised at the RCT in Copenhagen: Psychotherapeutic Manual. Kopenhagen: RCT
121. Vesti P., Sommer, F und Kastrup, M. (1992): Psychotherapy with Torture Survivors. A Report of Practice from the Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT). Kopenhagen: IRCT

122. Vogel H. (1997): Gewalt im Röntgenbild-Befunde zu Krieg Folter und Verbrechen, ecomed Verlagsgesellschaft mbh und Co. KG, Landsberg/Lech
123. Wagenaar W. (1986): My Memory- a study of autobiographical memory over six years. In: Cognitive psychology
124. Wallach M., Rasmussen OV. (1983): An investigation in their own country of Chilean nationals submitted to torture. Ugeskr Laeger Aug 1;145(31):2349-52
125. Warmenhoven C., van Slooten H., Lachinsky N., et al (1981): Medical consequences of torture. Ned Tijdschr Geneeskde Jan 17;125(3):104-8.
126. Weber R., Graessner S. (1996): Umgang mit Folteropfern im Asylverfahren. Hannover: RAV.
127. Wilson J., Lindy J. (1994a): Empathic Strain and Countertransference Roles: Case Illustrations. in: Wilson J., Lindy J. (Hrsg.), Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford Press
128. Wilson J., Lindy J.; Raphael B. (1994b): Empathic Strain and Therapist Defense: Type 1 and 2 CTRs. in: Wilson J., Lindy J. (Hrsg.), Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford Press
129. Wilson JP., Keane TM. (1996): Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York, Guilford Press
130. Wobbe T. (1993): Die Grenzen des Geschlechts: Konstruktionen von Gemeinschaft und Rassismus. In: Mitteilungen des Instituts für Sozialforschung Frankfurt

7. Lebenslauf

Geburtsdatum	24.07.1977
Geburtsort	Neuenkirchen
Eltern	Maria Bartholl, geb. Böhle Heilpädagogin Erhard Bartholl, Diplom Sozialarbeiter
1984 - 1988	Grundschule Graf- Ludwig, Burgsteinfurt
1988 – 1997	Gymnasium Arnoldinum, Burgsteinfurt, Abschluss mit der allgemeinen Hochschulreife
Wintersemester 1997	Aufnahme des Studiums der Zahnmedizin an der Westfälischen Wilhelms- Universität in Münster
März 2000	Physikum
Dezember 2002	Staatsexamen
23.12.2002	Approbation als Zahnarzt
seit Sommersemester 2003	Aufnahme des Studiums der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms- Universität in Münster

Münster, den 09. Januar 2004

8. Danksagungen

Herrn Prof. Dr. med. Brinkmann und Herrn Prof. Dr. med. A. DuChesne gilt mein besonderer Dank für die Überlassung des Dissertationsthemas und die mir zur Verfügung gestellten Arbeitsmöglichkeiten im Institut für Rechtsmedizin.

Herrn Prof. Dr. med. A. DuChesne danke ich im besonderen für die hilfreiche Einführung in das Thema sowie seine engagierte Unterstützung bei der Niederschrift der Dissertation.

Herrn Bernd Krause danke ich besonders für die Bereitstellung der Gutachten.

Herrn Prof. Dr. med. Vogel danke ich für die Überlassung zahlreicher Bilder.