

# Checkliste Sexualdelikte



## Dokumentation und Behandlung erwachsener/adolleszenter, weiblicher Opfer von Sexualdelikten

Zur Dokumentation von sexuellen Missbrauchsfällen von Kinder bzw Jugendlichen vor dem 1. Geschlechtsverkehr empfiehlt sich die Verwendung des „Fokus“ Bogens (Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, MedUni Wien / AKH Campus [https://kinderklinik.meduniwien.ac.at/fileadmin/kinderklinik/pdf/FOKUS/V.a.\\_sexuellen\\_Mi%C3%9Fbrauch\\_2.2.pdf](https://kinderklinik.meduniwien.ac.at/fileadmin/kinderklinik/pdf/FOKUS/V.a._sexuellen_Mi%C3%9Fbrauch_2.2.pdf))

|   |  |
|---|--|
| <b>Patientenetikette</b><br><br>Name _____<br><br>Geb.dat. _____<br><br>Adr. _____<br><br>Tel _____ | <b>UntersucherIn:</b><br>(ev Stempel) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span><br><br>Tel.: _____<br><br>Untersuchung im Beisein von: _____<br><br>Datum d. Untersuchung: _____<br>Uhrzeit d. Untersuchung: _____ |
|---|--|

**Grund der Untersuchung:** (Kurzbeschreibung bitte unbedingt eintragen - auch wenn ausführliches Diktat erfolgt!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |   |                                    |       |
|--|---|------------------------------------|-------|
| Ort des Vorfalls:                                  |   | Datum, Uhrzeit des Vorfalls        |       |
| Täter:   | <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> bekannt         | Anzahl der Täter:                  | Name: |
| Verständigung:                                     | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht              | Nicht möglich, weil:               |       |
| Dolmetsch:   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | Name DolmetscherIn                 |       |
| <b>Psychische Verfassung:</b>                      |   |                                    |       |
| Bewusstsein:                                       | <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> beeinträchtigt weil: |                                    |       |
| Orientierung:                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   |                                    |       |
| Erinnerungslücken                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   |                                    |       |
| Medikamenteneinnahme:                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | Welche?                            |       |
| Konsum von Alkohol rund um den Vorfall             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | Wenn ja: Wann?<br>Was, wieviel?    |       |
| Va auf fremd beigebrachte Drogen (zb K.o.Tropfen): | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | <b>wenn ja: BLUTABNAHME jetzt!</b> |       |
| Kleidung gewechselt:                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | Wenn ja, Verbleib der Tatkleidung: |       |
| Reinigung erfolgt:                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   | Wenn ja: wie?                      |       |

# Checkliste Sexualdelikte

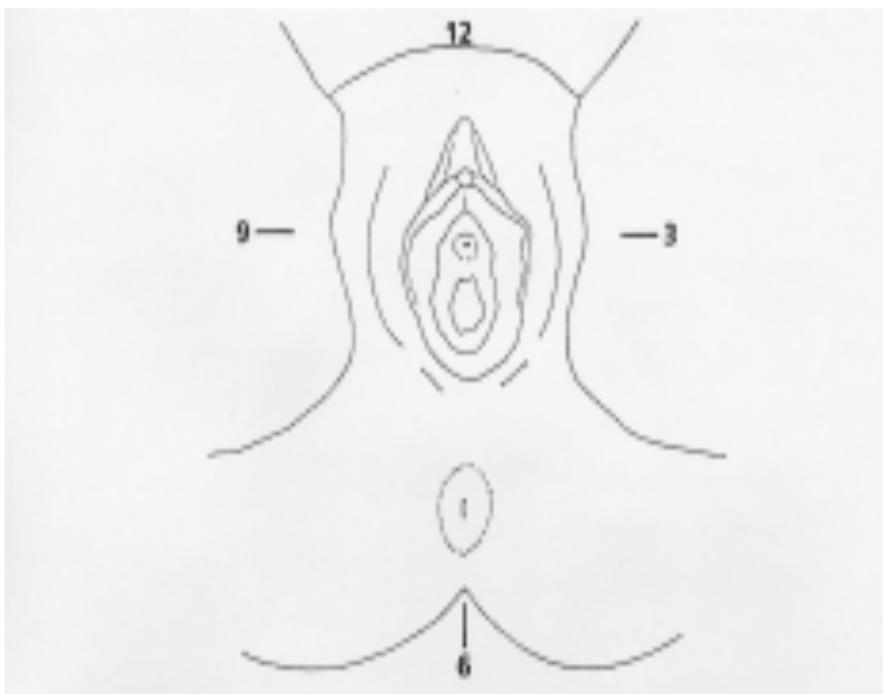


|   |                                  |                               |  |        |
|---|----------------------------------|-------------------------------|--|--------|
| Schmerzen genital: wo?                    |                                  |                               |  |        |
| Koitus/Penetration:                       | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Wenn ja, wie:                             | <input type="checkbox"/> vaginal | <input type="checkbox"/> oral | <input type="checkbox"/> anal              |        |
| Ejakulation:                              | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht sicher      | Wohin: |
| Kondom verwendet?                         | <input type="checkbox"/> Ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Dzt Verhütung?                            | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein | Welche?                                    |        |
| Konsensueller GV innerhalb der letzten 3d | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Dabei mit Kondom?                         | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Bekannte Allergien?                       | <input type="checkbox"/> Ja      | <input type="checkbox"/> nein | Welche?                                    |        |
| Letzte Menses, wann?                      |                                  |                               | <input type="checkbox"/> nicht erinnerlich |        |
| <b>Verletzungen im Genitalbereich:</b>    | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Schürfung                                 | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Bluterguss:                               | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein | Wo?  |        |
| Hymen frisch verletzt:                    | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |  |        |
| Andere Verletzung                         | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein | Welche?                                    |        |
| Foto-Dokumentation                        | <input type="checkbox"/> Ja      | <input type="checkbox"/> nein | Foto-Speicher-Ort:                         |        |

## Verletzungen im Genitalbereich –

(bitte auch Bagatellverletzungen wie Kratzer, minimale Hautverfärbungen etc einzeichnen)

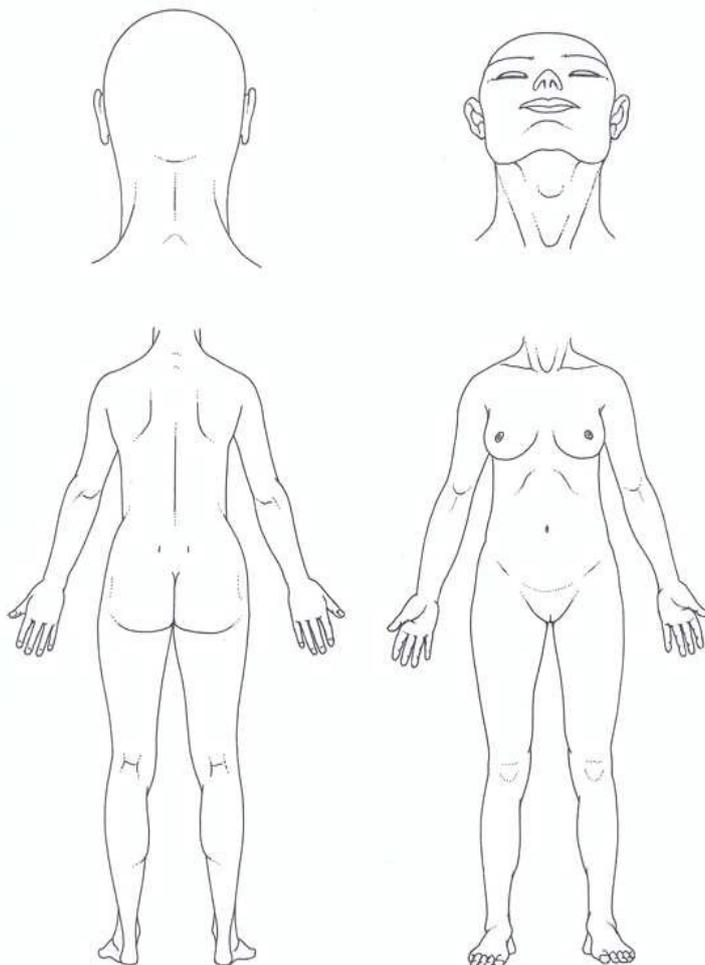
**Beschreibung!**



| <b>Extragenitale Schmerzen/<br/>Körperliche Beschwerden, wo?</b>                       |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Verletzung am Körper sichtbar:<br>(Schrittweise Ganzkörperuntersuchung)                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewalteinwirkung:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Würgen:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja: Kot/Urin Abgang:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewalteinwirkung am Hals sichtbar?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stauungszeichen (punktförmige Einblutungen<br>in Augen SH, Lider, Mund SH, Gesicht): : | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn „Ja“, Wo?   |                             |                               |

**Verletzung am Körper in Skizze einzeichnen:** (Hautrötung, Hautabschürfung, minimale Hautverfärbungen, Kratzer, Bluterguss, oberflächliche Hauteinblutung, Quetsch-Rissverletzungen, etc., auch Bagatellverletzungen)

**Beschreibung:** Wo, Was, Farbe, Größe, Ränder?



## Asservate – Übergabeblatt (Übergabe an GERICHTSMEDIZIN)

### 1. Forensisch erforderliche Proben

- **Vor** den klinischen Proben asservieren
- Von jedem Entnahmeort **sterilen** – ev. befeuchteten **Stieltupfer** (sterile phys. NaCl- Lösung wenn Abstrich von trockener Haut erfolgt) – mit möglichst **viel Material** asservieren.
- Stieltupfer einzeln in den dazugehörigen, **beschrifteten Kartonboxen** (Patientendaten Aufkleber, UntersucherIn, Entnahmeort, Entnahmedatum, und -Uhrzeit) verstauen, Boxen dann versiegeln. **Cave keine luftdichten Behältnisse** wie Plastiksackerl/Becher verwenden (Schimmelgefahr)!
- **Harn und Blutproben-Röhrchen** mit **Pat Name/Geb Datum+ Abnahme Datum/Uhrzeit + Name der Person, die Blutabnahme** durchgeführt hat, beschriftet **im Kühlschrank lagern** bis zum Versand
- Bei Verdacht auf „**K.o. Tropfen**“: Blutabnahme möglichst rasch durchführen wegen kurzer HWZ!

### **Obligatorisch** (abhaken, wenn durchgeführt)

- Äußeres Genitale / große Schamlippen mit Damm (Feucht)
- Äußeres Genitale / kleine Schamlippen mit Scheidenvorhof
- Hinteres Scheidengewölbe
- Öffnung Zervikalkanal
- Mundhöhlenabstrich (= Vergleichsmaterial DNA Patientin)

### **Fakultativ**

- Abstrich oral (bei oraler Penetration)
- Analabstrich/ Analbereich außen (bei analer Penetration) (Feucht)
- Analabstrich/ Analbereich innen/ Schließmuskel innen (bei analer Penetration) (Feucht)
- Abrieb von mit Sperma benetzten Schamhaaren (Feucht) oder Abschneiden der Haare
- Abrieb von den Fingernägeln / Nagelbett, Nagelrand (z.B. bei Abwehrhandlungen des Opfers) (Feucht)
- Abrieb von anderen Körperstellen v. a. bei Sekretübertragung (Sperma, Speichel auf Haut) (Feucht)

Entnahmeort: \_\_\_\_\_

### **Wäsche (Slip, Hose, Tampon, Einlagen, Papiertaschentücher zur Reinigung etc), die zum die Tatzeitpunkt verwendet wurde:**

- sichergestellt
- nicht sichergestellt

Bei Asservierung von Wäsche –diese in trockenen, mit Namen der Patientin und Datum beschrifteten Papiertaschen/Kuverts, (jedesz einzeln verpackt!) aufbewahren. Kuverts verschließen (wenn Materialien trocken)

- Bei erfolgter Anzeige: Asservierung über Exekutive (zB Polizei mitgeben)
- Wenn derzeit keine Anzeige erwünscht: Opfer über Relevanz der Kleidungsstücke als eventuelle Beweismittel aufklären und empfehlen, die Kuverts aufzubewahren
- Nicht direkt an Gerichtsmedizin schicken (nur in Sonderfällen nach vorheriger Nachfrage)

### **Harn- und Blutprobe** abgenommen (mit schriftlichem Einverständnis der Patientin)

- Harn: 2x 10ml Röhrchen Abnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_
- Blut: 1x 10ml Fluorid-, 1x 5ml EDTA Abnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

### **Asservierung der Proben und Abstriche:**

- Asservate wurden an GM weitergeleitet
- Proben werden im KH/Ambulanz verwahrt, wo: \_\_\_\_\_
- Proben wurden der Exekutive mitgegeben (wem? Siehe S 6)

## 2. Klinisch erforderliche Proben

### Abstriche

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Spermiennachweis nativ durchgeführt?         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spermien gesehen:                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mikrobiologischer Abstrich durchgeführt?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chlamydien/Gonokokken Abstrich durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Blutabnahme (mit Einverständnis der Patientin)

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Luesserologie:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogen-Screening (zusätzl. zu GM Blutabnahme, wenn klin. relevant): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HCG:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Harn (mit Einverständnis der Patientin)

|  |                                  |                                  |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| β-HCG:   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein    |
| Ergebnis:  | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| 10ml f. Drogen-Screening (zusätzlich zur GM Probe, wenn klin. relevant): | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein    |

## 3. Prophylaktische Maßnahmen (mit Einverständnis der Patientin)

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| STD PEP verabreicht (Ceftriaxon 1g iv, Metronidazol 2g oral, Azithromycin 1g oral)<br>(bei Risikokonstellation zu empfehlen bzw wenn gewünscht): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pille danach verabreicht : Welche? .....Wann?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zur HIV Sofortprophylaxe/Hep B / Tetanus Impfung überwiesen<br>(bei Risikokonstellation zu empfehlen): Wohin?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychologische Begleitung angeboten:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nachuntersuchungstermin fix mit Datum vereinbart:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ko am:<br>(Zu empfehlen 3 Wochen+3 Monate nach Vorfall), Pat aufklären über die Wichtigkeit der Kontrolle  |                             |                               |

## 4. Entlassung

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Opfer wird aus ambulanter Betreuung entlassen:                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wohin?  |                             |                               |
| Informationsblatt (Seite 7) über Opferschutzeinrichtung mitgegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 5. Rechtliches

- Ist die Patientin mit der Untersuchung einer Blut bzw. Harnprobe zum Nachweis von Drogen/Alkohol einverstanden?  
 ja  nein
- Ist die Patientin mit der Durchführung eines HIV-Testes (sog. AIDS-Test) bzw. einer Blutabnahme zum Nachweis sexuell übertragbarer Erkrankungen einverstanden?  
 ja  nein
- Wünscht die Patientin die Verabreichung/Einnahme der STD Prophylaxe?  
 ja  nein
- Wünscht die Patientin eine Notfallkontrazeption in Form einer „Pille danach“?  
 ja  nein
- Hat die Patientin den/die UntersucherIn von der Schweigepflicht gegenüber Exekutive/Justiz entbunden?  
 ja  nein

Unterschrift Patientin: \_\_\_\_\_  
(+ev Unterschrift Erziehungsberechtigter)

- Ist eine polizeiliche Anzeige bereits erfolgt?  
 ja  nein  
Wo erfolgte die Anzeige (Dienststelle/Ort ist)?  
\_\_\_\_\_

- Ist eine BeamtIn der Exekutive anwesend?  
 ja  nein

Name / Dienstnummer: \_\_\_\_\_

Wenn Material zur Spurensicherung gemeinsam mit Kopie der Checkliste der Exekutive (Polizei) mitgegeben wurden, Bestätigung der Übernahme durch BeamtIn:

Unterschrift BeamtIn: \_\_\_\_\_

- Wünscht die Patientin JETZT die polizeiliche Anzeige (wenn Vorfall nicht anzeigepflichtig ist)?  
 ja  nein
- Besteht Anzeigepflicht nach §54 Ärztegesetz?  
(Schwere Körperverletzung ODER Opfer <18.Lj ODER Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen kann)  
 ja  nein
- Wurde die Patientin aufgeklärt wo und wie lange die Spurenservate bzw ev sichergestellte Kleidung aufbewahrt werden?  
 ja  nein

Unterschrift UntersucherIn: \_\_\_\_\_

## Opferschutzeinrichtungen

(Bitte der Patientin mitgeben)

### Helpline für Frauen

24h, anonym, kostenlos, vertraulich

Muttersprachliche Beratung in arabisch, englisch, russisch, ukrainisch, rumänisch, türkisch, bosnisch, kroatisch, serbisch

Erstkontakt, Erstberatung, Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen vor Ort

Telefon: 0800/222 555

Homepage: [www.frauenhelpline.at](http://www.frauenhelpline.at)

---

### Gewaltschutzzentren Österreichs

Hilfe und Unterstützung für Opfer von Gewalt

Bundesweit anerkannte Opferschutzeinrichtungen

[www.gewaltschutzzentrum.at](http://www.gewaltschutzzentrum.at)

---

### Opfernotruf (Weißer Ring)

Kostenfreie Beratung für Opfer von Straftaten unter kostenfreier Telefonnummer von 0-24h

Anonym und vertraulich

Kompetente Information über passende Beratungs- und Betreuungseinrichtungen der Opferhilfe in ganz Österreich

Beratung und Information über Opferrechte

Information über Institutionen, die psychosoziale und juristische Prozessbegleitung anbieten

Telefon: 0800 112 112

Homepage: [www.opfernotruf.at](http://www.opfernotruf.at)