

VI 4 / 33462/ _____

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Verwendungsnachweis

über die bewilligte Förderung von Betreuungsangeboten ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe nach der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) für das Jahr _____

Folgeantrag für das laufende Förderjahr

- Sorgenetzwerke
- Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfeorganisationen
- Selbsthilfekontaktstellen
- Schulung ehrenamtlicher Helfer (§ 45 d SGB XI)

Beigefügt sind

- Sachbericht
- Personalkontenblätter
- Teilnehmerliste für Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen
-

I. Allgemeine Angaben

Zuwendungsempfänger (Name, Straße, Haus-Nr., PLZ Ort, Telefon, Fax)

Rechtsform des Antragstellers

Satzung, Vereinsregisterauszug

liegt bei

lag vor

Rechtsgeschäftlich verantwortlicher Vertreter

II. Angaben zur Förderung

1. a) Sorgenetzwerke

Es wurden Angebote zur Unterstützung, allgemeinen Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen wie folgt angeboten:

Anzahl der ehrenamtlichen Helfer	_____ Helfer
tatsächliche Gesamteinsatzstunden der Helfer im Sinne der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) <i>(die namentliche Nennung der ehrenamtlichen Helfer erfolgt in der Anlage 1)</i>	_____ Stunden
Die Einsatzlisten sind zu führen und werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt. Hier ist darauf zu achten, dass die Gesamteinsatzstunden anhand der einzelnen Einsatzlisten nachvollziehbar sind.	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätigen, dass die aufgeführten Gesamteinsatzstunden zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und der Angehörigen sowie zur Unterstützung und Ergänzung familiärer Pflegearrangements durchgeführt werden.	
Name der Fachkraft:	Berufsbezeichnung
	Qualifikationsnachweis liegt bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

b) Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich Helfenden/Erhebung von**Kostenbeiträgen**

Die ehrenamtlich Helfenden erhalten pro Stunde eine pauschalierte Aufwandsentschädigung in Höhe von ►	Betrag in € _____
Von den Betroffenen wird ein Kostenbeitrag pro Stunde erhoben in Höhe von ►	Betrag in € _____

2. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfegruppen

Es handelt sich um einen freiwilligen, neutralen, unabhängigen und nicht gewinnorientierten Zusammenschluss von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Höhe? € Für welchen Zweck? Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.	

Gruppenarbeit wurde in folgendem Umfang durchgeführt:

Zahl der Gruppen	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Eröffnungsdatum der Gruppe/ Förderung seit:				
Zahl der Treffen				
Durchschnitt. Teilnehmerzahl je Gruppe				

Die unterschriebenen Teilnehmerlisten werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt

Für die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe werden Kostenbeiträge in Höhe von €/Stunde in Rechnung gestellt.

3. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfeorganisationen

<p>Es handelt sich um einen Zusammenschluss verschiedener Selbsthilfegruppen zu einem Verband auf Landes- oder Bundesebene mit dem Ziel einer überregionalen Interessenvertretung. Ziel der Selbsthilfearbeit ist unter anderem die Unterstützung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>In welcher Höhe? € Für welchen Zweck? Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.</p>	

4. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfekontaktstellen

<p>Die Selbsthilfekontaktstelle berät auf örtlicher oder regionaler Ebene und bietet mit hauptamtlichem Personal Dienstleistungen zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen an. Sie unterstützt diese aktiv bei der Gruppengründung oder in schwierigen Situationen durch infrastrukturelle Hilfen (Räume, Beratung oder supervisorische Begleitung)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>In welcher Höhe? € Für welchen Zweck? Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.</p>	

5. Schulung/Fortbildung von Ehrenamtlichen

Anzahl der Teilnehmer	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
Anzahl Schulungs-/ Fortbildungseinheiten (45 Min. pro Schulungs-/ Fortbildungseinheit)	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
<input type="checkbox"/> Ein <u>Stundenplan</u> , in dem der zeitliche Ablauf und der Inhalt der Schulungsmaßnahmen beschrieben wird, <u>liegt bei</u> . <input type="checkbox"/> Eine unterschiedene Teilnehmerliste liegt bei.				

III. Ausgaben und Finanzierung für den Bereich

„Betreuungsangebote ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe“

(Betreuungsangebote von Gruppen ehrenamtlich Tätiger, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen, Schulungen)

1. Ausgaben

Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberanteil)	
• Fachkraft	_____ €
• Auslagenersatz für ehrenamtliche Helfer	_____ €
Sachkosten	_____ €
Schulungs-/Fortbildungskosten	_____ €
Gesamt	_____ €

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das der Verwendungsnachweis vorgelegt wird.

2. Finanzierung

Eigenmittel	_____ €
Leistungsentgelte:	
• Selbstzahler	_____ €
• Sonstige	_____ €
Zuschüsse:	
• Pflegekasse	_____ €
• Kommunen	_____ €
• sonstige Stellen	_____ €
• ZBFS	_____ €
•	
Sonstiges	_____ €
Gesamt	_____ €

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das der Verwendungsnachweis vorgelegt wird.

IV. Mittel der Arbeitsförderung bzw. kommunaler Zuschuss

Mittel der Arbeitsförderung für die unter der Ziffer II Nr. 1-4 genannten Angebote wurden beantragt.

ja nein

Bei welcher Agentur für Arbeit?

Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.

Hinweis: Werden die Leistungen des Freistaates Bayern für die unter den Ziffern III. – VI genannten Angebote durch freiwillige Leistungen der Kommune, bzw. durch Mittel der Arbeitsförderung erhöht, so verdoppelt die Pflegekasse sowohl den Zuwendungsbetrag des Freistaates als auch den der Kommune und der Arbeitsförderung.

V. Erklärung

Es wird erklärt, dass

die abgerechnete Maßnahme der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) entspricht und die genannten Zahlen mit den Belegen übereinstimmen. Die Angaben in den Belegen sind sachlich und rechnerisch überprüft.

Die Ausgaben waren notwendig; es wurde nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verfahren.

In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

- die Einnahmen und Ausgaben nach den Rechnungsunterlagen im Zusammenhang mit den geförderten Vorhaben angefallen sind,
- die nicht zuwendungsfähigen Beträge, Rückforderungen und Rückzahlungen abgesetzt wurden,
- die Zuwendung ausschließlich zur Erfüllung des Verwendungszwecks verwendet wurde,
- die Vorgaben der AVSG sowie der AN-Best-P eingehalten wurden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

Auf welches Konto soll die eventuell zustehende Abschlagszahlung überwiesen werden:

bisherige Bankverbindung

neue Bankverbindung wie folgt:

Geldinstitut

IBAN	BIC
-------------	------------

Hinweis: Bitte die Felder **IBAN** und **BIC** auch ausfüllen, wenn eine Überweisung an die **bisherige Bankverbindung** erfolgen soll!

Datum, Unterschrift des rechtsgeschäftlichen Vertreters

VI. Antragstellung laufendes Förderjahr

Im laufenden Jahr wird eine Förderung beantragt für

- Sorgenetzwerke
- Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfeorganisationen
- Selbsthilfekontaktstellen
- Schulung ehrenamtlicher Helfer (§ 45 d SGB XI)

Beigefügt sind

- Qualifikationsnachweise für die Fachkraft und/oder ehrenamtlichen Helfer
- Stundenplan für Schulung/Fortbildung

1. Sorgenetzwerke

Es werden Angebote zur Unterstützung, allgemeinen Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen wie folgt angeboten:		
Anzahl der ehrenamtlichen Helfer		_____ Helfer
Kalkulierte Gesamteinsatzstunden der Helfer im Sinne der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) <i>(die namentliche Nennung der ehrenamtlichen Helfer erfolgt in der Anlage 1)</i>		_____ Stunden
Die Einsatzlisten sind zu führen und werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt. Hier ist darauf zu achten, dass die Gesamteinsatzstunden anhand der einzelnen Einsatzlisten nachvollziehbar sind.		
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätigen, dass die aufgeführten Gesamteinsatzstunden zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und der Angehörigen sowie zur Unterstützung und Ergänzung familiärer Pflegearrangements durchgeführt werden.		
Name der Fachkraft:	Berufsbezeichnung	Qualifikationsnachweis liegt bei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fördervoraussetzungen

Ein Konzept zur Qualitätssicherung, aus dem sich ergibt um welches ehrenamtliche Hilfsangebot es sich handelt, wie oft es stattfindet und wie viele ehrenamtlich Helfende, deren Schulung und Fortbildung in ihrer Arbeit gesichert ist, daran beteiligt sind, liegt bei und es wird erklärt, dass danach verfahren wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Betreuungsangebot ist auf Dauer ausgerichtet und die Betreuung wird regelmäßig und verlässlich angeboten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht ausreichender Versicherungsschutz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer haben eine angemessene Schulung (20 SE) erhalten, bzw. besitzen eine andere entsprechende Qualifikation und werden fortgebildet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich Helfenden/Erhebung von Kostenbeiträgen

Die ehrenamtlich Helfenden erhalten pro Stunde eine pauschalierte Aufwandsentschädigung in Höhe von	▶	Betrag in €	_____
Von den Betroffenen wird ein Kostenbeitrag pro Stunde erhoben in Höhe von	▶	Betrag in €	_____

3. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfegruppen

Es handelt sich um einen freiwilligen, neutralen, unabhängigen und nicht gewinnorientierten Zusammenschluss von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Höhe? €	
Für welchen Zweck?	
Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.	

Gruppenarbeit wurde in folgendem Umfang durchgeführt:

Zahl der Gruppen	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Eröffnungsdatum der Gruppe/ Förderung seit:				
Zahl der Treffen				
Durchschnittl. Teilnehmerzahl je Gruppe				

Die unterschriebenen Teilnehmerlisten werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt

Für die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe werden Kostenbeiträge in Höhe von €/Stunde in Rechnung gestellt.

4. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfeorganisationen

<p>Es handelt sich um einen Zusammenschluss verschiedener Selbsthilfegruppen zu einem Verband auf Landes- oder Bundesebene mit dem Ziel einer überregionalen Interessenvertretung. Ziel der Selbsthilfearbeit ist unter anderem die Unterstützung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.</p> <p>In welcher Höhe? €</p> <p>Für welchen Zweck?</p> <p>Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfekontaktstellen

<p>Die Selbsthilfekontaktstelle berät auf örtlicher oder regionaler Ebene und bietet mit hauptamtlichem Personal Dienstleistungen zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen an. Sie unterstützt diese aktiv bei der Gruppengründung oder in schwierigen Situationen durch infrastrukturelle Hilfen (Räume, Beratung oder supervisorische Begleitung)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.</p> <p>In welcher Höhe? €</p> <p>Für welchen Zweck?</p> <p>Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Schulung/Fortbildung von Ehrenamtlichen

Anzahl der Teilnehmer	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
Anzahl Schulungs-/ Fortbildungseinheiten (45 Min. pro Schulungs-/ Fortbildungseinheit)	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
<input type="checkbox"/> Ein <u>Stundenplan</u> , in dem der zeitliche Ablauf und der Inhalt der Schulungsmaßnahmen beschrieben wird, <u>liegt bei</u> .				

Fördervoraussetzungen

Die Schulungsmaßnahmen (20 SE)/Fortbildungseinheiten werden von fortgebildeten Pflegefachkräften oder von diplomierten und graduierten Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung oder vergleichbarer Vorbildung durchgeführt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu den Schulungsmaßnahmen erhalten wir Fördermittel von Pflegekassen (§ 45 SGB XI) oder anderen Stellen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die in den Empfehlungen der Spitzenverbände vom 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009 festgelegten Schulungsinhalte (siehe Anlage 2) werden vermittelt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Ausgaben und Finanzierung für den Bereich „Betreuungsangebote ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe“

(Sorgernetzwerke, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen, Schulungen)

1. Ausgaben

Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberanteil)	
• Fachkraft	_____ €
• Auslagenersatz für ehrenamtliche Helfer	_____ €
Sachkosten	_____ €
Schulungs-/Fortbildungskosten	_____ €
Gesamt	_____ €

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das Fördermittel beantragt werden..

2. Finanzierung

Eigenmittel	_____ €
Leistungsentgelte:	
• Selbstzahler	_____ €
• Sonstige	_____ €
Zuschüsse:	
• Pflegekasse	_____ €
• Kommunen	_____ €
• sonstige Stellen	_____ €
• ZBFS	_____ €
Sonstiges	_____ €
Gesamt	_____ €

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das Fördermittel beantragt werden.

8. Mittel der Arbeitsförderung bzw. kommunaler Zuschuss

Ein Zuschuss der Kommune, bzw. Mittel der Arbeitsförderung für die unter den Ziffern III. – VI. genannten Angebote wurde beantragt. ja nein
Bei welcher Kommune, bzw. welcher Agentur für Arbeit?

Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.

Hinweis: Werden die Leistungen des Freistaates Bayern für die unter den Ziffern III. – VI genannten Angebote durch freiwillige Leistungen der Kommune bzw. durch Mittel der Arbeitsförderung erhöht, so verdoppelt die Pflegekasse sowohl den Zuwendungsbetrag des Freistaates als auch den der Kommune und der Arbeitsförderung.

Auf welches Konto soll die eventuell zustehende Abschlagszahlung überwiesen werden:

- bisherige Bankverbindung
- neue Bankverbindung wie folgt:

Geldinstitut

IBAN	BIC
-------------	------------

Hinweis: Bitte die Felder **IBAN** und **BIC** auch ausfüllen, wenn eine Überweisung an die **bisherige Bankverbindung** erfolgen soll!

Datum, Unterschrift des rechtsgeschäftlichen Vertreters

Anlage 1

Gruppen ehrenamtlich Tätiger

Folgende ehrenamtlich Tätige waren im Rahmen von Betreuungsangeboten zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und der Angehörigen sowie zur Unterstützung und Ergänzung familiärer Pflegearrangements tätig (ggf. auf gesondertes Beiblatt):

Name, Vorname des Ehrenamtlichen	Schulungs-, bzw. Qualifikationsnachweis	Gesamteinsatzstunden
1.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
2.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
3.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
4.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
5.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
6.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
7.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
8.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
9.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
10.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
11.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
12.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
13.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
14.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
15.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
16.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
17.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
18.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
19.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
20.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
	Gesamt	