

L 6 SB 1349/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 9 SB 3210/02

Datum

24.02.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 1349/05

Datum

09.11.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 24. Februar 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Tatbestand:

Im Streit steht der Grad der Behinderung (GdB) des Klägers.

Der 1942 geborene Kläger beantragte am 5. Juni 2001 die Feststellung seines GdB. Er gab an, an einem chronisch rezidivierenden Lumbalsyndrom bei degenerativer Veränderung und muskulärer Insuffizienz, einem chronischen Cervicobrachialsyndrom rechts, einer Taubheit sowie einer Bewegungseinschränkung in den Händen zu leiden. Beigefügt war der ärztliche Entlassungsbericht von Dr. F./Dr. H./Dr. M. vom 14. Mai 2001 über die vom 18. April bis zum 9. Mai 2001 durchlaufene stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik im H. in B. W. (Diagnosen: chronisch rezidivierendes pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei degenerativen Lendenwirbelsäulen-Veränderungen und myostatischer Insuffizienz, chronisches Cervicobrachialsyndrom rechts bei degenerativen Halswirbelsäulen-Veränderungen und myostatischer Insuffizienz und Hypercholesterinämie). Dr. A.-F. führte in seiner versorgungsärztlichen (vā) Stellungnahme vom 14. August 2001 aus, es liege keine einzige Funktionsbehinderung vor. Hierauf gestützt lehnte das Versorgungsamt Rottweil (VA) mit Bescheid vom 14. September 2001 die Feststellung eines GdB ab.

Am 5. Februar 2002 beantragte der Kläger erneut die Feststellung seines GdB. Dabei wies er auf ein Lendenwirbelsäulen-Syndrom, ein Schleudertrauma nach Auffahrunfall aus dem Jahr 1986 und auf einen Gehörsturz hin. Unter dem 16. Februar 2002 teilte der Kläger mit, kein Schreiben bezüglich der Anerkennung einer Behinderung im September 2001 erhalten zu haben. Mit Schreiben vom 22. Februar 2002 sandte das VA dem Kläger erneut den Ablehnungsbescheid vom 14. September 2001 zu. Das VA holte den ärztlichen Befundschein des Arztes für Orthopädie Dr. S. vom 26. Februar 2002 ein, welchem der Arztbrief des Radiologen O. vom 14. Dezember 2001 beigelegt war. Am 11. März 2002 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid. Sodann holte das VA den ärztlichen Befundschein des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Krankheiten Dr. M. vom 5. März 2002 ein. Dr. A.-F. brachte in seiner vā Stellungnahme vom 12. Mai 2002 eine beidseitige Schwerhörigkeit (Teil-GdB 20), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 20) und eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 10) in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 30. Hierauf gestützt stellte das VA mit Bescheid vom 7. Juni 2002 den GdB ab 1. Mai 1999 mit 30 fest und teilte mit, Merkmale könnten nicht festgestellt werden. Da der Kläger seinen Widerspruch nicht zurück nahm, holte das VA die ärztlichen Befundscheine des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 16. Oktober 2002 und des Urologen Dr. M. vom 24. Oktober 2002 ein. Der Versorgungsarzt K. brachte in seiner Stellungnahme vom 6. November 2002 eine beidseitige Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche linksseitig (Teil-GdB 30), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Teil-GdB 20), eine Entleerungsstörung der Harnblase (Teil-GdB 20) sowie eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 10) in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Mit Widerspruchsbescheid vom 11. November 2002 stellte der Beklagte den GdB ab 7. Juni 2002 mit 40 fest und wies den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 11. Dezember 2002 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Die Behinderungen der Wirbelsäule und Hüftgelenke seien unterbewertet.

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. S. vom 29. Juli 2003, von Dr. S. vom 13. August 2003, von Dr. M. vom 4. September 2003 und von Dr. M. vom 29. September 2003 ein, welchen u. a. die Arztbriefe von Dr. S. vom 14. Februar und 29. November 2002 sowie 12. März und 2. September 2003, des Radiologen Dr. K. vom 17. Dezember 2001 und 20. März 2003, von Dr. M. vom 16.

September 2002, vom Facharzt für Innere Medizin Dr. P. vom 22. März 2002, vom Lungenfacharzt Dr. E. vom 8. September 1997 und 7. März 2002 und von Dr. M. vom 10. September 2001 beigelegt waren.

Daraufhin holte das SG das fachorthopädische Gutachten von Dr. R. vom 9. Oktober 2003 ein. Der Sachverständige kam zu der Einschätzung, die Funktionsbehinderung der Hüftgelenke mit Überlagerung durch Degeneration der Kreuz-/Darmbeingelenke sei mit einem Teil-GdB von 10, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (mittelgradige Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule mit rezidivierenden Reizerscheinungen und leichte endgradige Funktionseinschränkungen der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule) mit einem GdB von 20, die degenerativen Veränderungen der Schultergelenke mit chronischer Supraspinatustendopathie und AC-Gelenksarthrose mit einem GdB von 10 sowie die chronische Enthesiopathie der Ellbogengelenke mit degenerativen Veränderungen mit einem GdB von 10 zu bewerten. Unter Berücksichtigung des Teil-GdB von 30 auf HNO-Fachgebiet und des Teil-GdB von 10 auf urologischem Fachgebiet betrage seit Februar 2002 der Gesamt-GdB 40.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG das fachorthopädische Gutachten von Dr. S. vom 22. April 2004 ein. Der Sachverständige führte aus, aufgrund der Bandscheibenprotrusion L4/L5 und L5/S1 mit rezidivierender Lumbalgie und pseudoradikulärer Symptomatik sowie der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit leichter Rotationseinschränkung bei fehlendem Bandscheibenvorfall und fehlender Spinalkanalstenose im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich sei der GdB im Gesamtbereich der Wirbelsäule mit 20 einzuschätzen. Für die präarthrotische Deformität beider Hüftgelenke könne ein GdB nicht festgestellt werden. Für die chronischen Weichteilansatzschwierigkeiten beider Ellbogengelenke sei ebenfalls kein GdB einzuschätzen. Die degenerativen Veränderungen der Schultergelenke seien mit einem GdB von 10 zu bewerten. Unter Berücksichtigung des Teil-GdB auf HNO-Fachgebiet von 30 und des Teil-GdB auf urologischem Fachgebiet von 10 betrage seit Februar 2002 der Gesamt-GdB 40.

Schließlich legte der Kläger die Atteste von Dr. S. vom 3. Juni und 13. Oktober 2004 und den Arztbrief von Dr. S. vom 26. März 2004 vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 24. Februar 2005 wies das SG die Klage ab.

Gegen den ihm am 3. März 2005 zugestellten Gerichtsbescheid des SG hat der Kläger am Montag, dem 4. April 2005 Berufung eingelegt. Er hat unter Vorlage des Attestes des Facharztes für Innere Medizin Dr. Z. vom 11. April 2005 und des Arztbriefs von Dr. S. vom 16. März 2005 vorgebracht, er leide an einer Fibromyalgie.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 24. Februar 2005 aufzuheben, den Bescheid vom 14. September 2001 in der Fassung des Abhilfebescheides vom 7. Juni 2002 und des Widerspruchsbescheides vom 11. November 2002 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit wenigstens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. S. vom 21. Juni 2005 und von Dr. Z. vom 4. Juli 2005 eingeholt, welchen u. a. die Arztbriefe des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie G. vom 26. September 2003, von Dr. M. vom 24. März 2005, von Dr. S. vom 2. September 2003 und 16. März 2005, von Dr. R. vom Städtischen Krankenhaus O. a. N. vom 23. November 2004 und des Internisten Dr. K. vom 20. Februar 2004 beigelegt waren.

Der Beklagte hat die vā Stellungnahme von Dr. W. vom 8. November 2005 vorgelegt, der den Gesamt-GdB weiterhin mit 40 eingeschätzt hat.

Schließlich hat der Kläger die Atteste von Dr. Z. vom 25. November 2005 und Dr. S. vom 1. Dezember 2005 vorgelegt.

Der Beklagte hat hierzu die vā Stellungnahme von Dr. W. vom 17. Januar 2006 vorgelegt.

Die Beteiligten haben mit ihren Schriftsätzen vom 7. und 10. Februar 2006 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte den Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren GdB als 40.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB sind seit 1. Juli 2001 die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind ([Artikel 63](#) und [68 SGB IX](#) vom 19. Juni 2001, [BGBl. I S. 1046](#)).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das

Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden ebenfalls die erforderlichen Feststellungen ([§ 69 Abs. 4 SGB IX](#)). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den GdB sowie weitere gesundheitliche Merkmale aus ([§ 69 Abs. 5 SGB IX](#)).

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 SGB IX](#)). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX](#)). Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, wie sie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)", Ausgabe 2004 (AP) niedergelegt sind (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 7. November 2001 - [B 9 SB 1/01 R](#) - [VersorgVerw 2002, 26](#)). Die AP besitzen zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, und haben deshalb normähnliche Auswirkungen. Sie sind daher im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (BSG, Urteil vom 23. Juni 1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285, 286](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 91, 205](#); BSG, Urteil vom 29. August 1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). In den AP ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Sie ermöglichen somit eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB. Die AP stellen dabei ein einleuchtendes, abgewogenes und geschlossenes Beurteilungsgefüge dar (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AP, 19 Abs. 1, S. 24). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AP, 19 Abs. 3, S. 25). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AP, 19 Abs. 4, S. 26).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf einen höheren GdB als 40.

Auf HNO-Fachgebiet ist kein höherer Teil-GdB als 30 gegeben, wie in der vā Stellungnahme des Arztes K. vom 30. Oktober 2002 angenommen, da Dr. M. in seinem ärztlichen Befundschein vom 5. März 2002 eine beidseitige leichtgradige Innenohrschwerhörigkeit bei Zustand nach Hörsturz links mit therapierefraktärem Tinnitus links beschrieben hat und die AP für eine beidseitige geringgradige Schwerhörigkeit einen GdB von 15 sowie bei Ohrgeräuschen gegebenenfalls eine GdB-Erhöhung vorsehen (AP 26.5, Seite 56-59).

Auf orthopädischem Fachgebiet liegen ein Teil-GdB von 20 für den Wirbelsäulenbereich, ein Teil-GdB von 10 für den Schulterbereich und allenfalls ein Teil-GdB von 10 jeweils für den Hüftbereich und den Ellenbogenbereich vor. Insoweit stützt sich der Senat auf die Gutachten von Dr. R. vom 9. Oktober 2003 und Dr. Stahl vom 22. April 2004. Hieraus geht hervor, dass der Kläger in der Halswirbelsäule eine mittelgradige sowie in der Brust- und Lendenwirbelsäule eine leichtgradige Funktionseinschränkung aufweist. Dies entspricht einem Wirbelsäulenschaden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, der nach den AP (26.18, Seite 116) mit einem GdB von 20 bewertet wird. Die degenerativen Veränderungen der Schultergelenke sind nur leichtgradiger Natur. Auch in Bezug auf die chronischen Weichteilansatzschwierigkeiten der Ellenbogengelenke und die Deformität der Hüftgelenke folgt der Senat den Einschätzungen von Dr. R. in seinem Gutachten vom 9. Oktober 2003 und Dr. S. vom 22. April 2004. Höhergradige Funktionseinschränkungen im orthopädischen Bereich ergeben sich nach Überzeugung des Senats nicht aus den Ausführungen von Dr. S. in seinen Attesten vom 3. Juni und 13. Oktober 2004, von Dr. S. in seinen Arztbriefen vom 26. März 2004 und 16. März 2005, seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 21. Juni 2005 und seinem Attest vom 1. Dezember 2005 und von Dr. Z. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 4. Juli 2005. Im Hinblick auf das orthopädische Fachgebiet handelt es sich bei den Ausführungen von Dr. S. und Dr. Z. um fachfremde Beurteilungen. Im Übrigen haben diese Ärzte lediglich von ihnen angenommene Krankheitsbilder geschildert, ohne Befunde darzulegen, welche geeignet wären, die Einschätzungen der Gutachter Dr. R. und Dr. S. in Zweifel zu ziehen. Der Arztbrief von Dr. Stahl vom 26. März 2004 bezieht sich auf einen vor der von ihm durchgeführten Begutachtung liegenden Zeitraum. Aus seinem Arztbrief vom 16. März 2005 gehen im Vergleich zu seinem Gutachten vom 22. April 2004 keine wesentlichen weitergehenden Befunde hervor. Dies korrespondiert auch mit seiner Einschätzung in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 21. Juni 2005, wonach das Beschwerdebild seit der am 16. März 2005 erfolgten Vorstellung weitgehend unverändert geblieben sei. Nach Überzeugung des Senats wurde beim Kläger bislang auch keine Fibromyalgie-Erkrankung nachgewiesen. Zwar hat Dr. S. in seinem Attest vom 13. Oktober 2004 ausgeführt, es seien "Triggerpoints vorhanden", Dr. Stahl in seinem Arztbrief vom 16. März 2005 eine Fibromyalgie diagnostiziert und Dr. Z. in seinem Attest vom 11. April 2005

fibromyalgische Beschwerden sowie in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 4. Juli 2005 den Verdacht auf eine Polymyalgie geäußert und in seinem Attest vom 25. November 2005 von einer möglichen Fibromyalgie gesprochen. Gesichert ist diese Erkrankung jedoch nicht. Im Übrigen kommt es nicht auf die einzelnen Diagnosen, sondern auf die hieraus ableitbaren Funktionseinschränkungen an. Letztere wurden in den Gutachten von Dr. R. und Dr. S. umfassend beschrieben.

Auf urologischem Fachgebiet beträgt der Teil-GdB 10. Entsprechend dem Arztbrief von Dr. M. vom 24. März 2005 liegt beim Kläger ein Prostataadenom mit Blasenentleerungsstörung vor. Hierbei handelt es sich um eine Blasenentleerungsstörung leichten Grades, welche nach den AP (26.12, Seite 90) mit einem GdB von 10 zu bewerten ist.

Die im Oktober 2004 im Städtischen Krankenhaus O. a. N. behandelte Nierenkolik hat keine bleibenden Beschwerden verursacht. Insoweit stützt sich der Senat auf den Arztbrief von Dr. R. vom 23. November 2004, wonach der Kläger nach der dortigen stationären Behandlung beschwerdefrei entlassen wurde.

GdB-relevante Einschränkungen ergeben sich auch nicht aus der von Dr. Z. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft beschriebenen Sehschwäche, Hepatopathie, Hypercholesterinämie und Schlafstörung. Insoweit sind keine GdB-relevanten Befunde aktenkundig.

Unter Berücksichtigung der Einzel-GdB-Werte (30 für den HNO-Bereich, 20 für den Wirbelsäulenbereich sowie jeweils 10 für den Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und urologischen Bereich) kommt nach Überzeugung des Senats kein höherer Gesamt-GdB als 40 in Betracht. Insoweit folgt der Senat der vā Stellungnahme von Dr. W. vom 8. November 2005.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-12