

## Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment  
– Diskussionsbeitrag Nr. 9/2012 –

27.08.2012

### **Zunehmende Bedeutung psychischer Störungen – Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit, den Arbeitsmarkt, die Rentenversicherung und mögliche neue Aufgaben für das Schwerbehindertenrecht**

*Von Prof. Dr. Markus Steffens, Fachhochschule Nordhausen*

**Wenn von der Epidemie des 21. Jahrhunderts im Sinne einer rasanten Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung gesprochen wird, stellt sich wissenschaftlich kritisch die Frage, ob diese Hypothese überhaupt zutrifft.<sup>1</sup>**

#### **I. Epidemiologie**

Durch die aktuell vorliegende Studienlage kann die Annahme, dass die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, nicht bestätigt werden. Durch wiederholte epidemiologische Bevölkerungsstudien konnten im 10-Jahres-Abstand keine sicheren Zuwächse der Prävalenz seit 1990 in Industrieländern gefunden werden (Jacobi, 2009).

Betrachtet man die epidemiologische

Situation allerdings hinsichtlich einzelner Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen und bestimmter sozialer Gruppen, ergeben sich Hinweise auf Zunahmen in der Bevölkerung in Industrienationen. Mit dem demographischen Wandel nehmen offensichtlich dementielle Erkrankungen, depressive Störungen und Suizide im hohen Lebensalter zu. Darüber hinaus scheinen auch in jüngeren Kohorten depressive Störungen und Hyperaktivitätsstörungen zuzunehmen. Einzelne Hinweise gibt es auf eine mögliche Zunahme psychischer Störungen bei sozial benachteiligten Menschen. Des Weiteren gibt es Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Migranten, welche hinsichtlich der Häufigkeit und Zunahme psychischer Störungen unzureichend untersucht sind (Helbig et al, 2006; Mauz, Jacobi, 2008; Jacobi, 2009).

Dass eine signifikante Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung wissenschaftlich nicht eindeutig zu belegen ist, darf jedoch nicht mit einer geringen Häufigkeit gleichgesetzt werden. Im Gegenteil, repräsentative epidemiologische Studien belegen,

<sup>1</sup> Bei diesem Beitrag handelt es sich um die Verschriftlichung eines Vortrages, den der Autor am 14.06.2012 in Frankfurt am Main auf der Tagung „Schwerbehindertenrecht: Erreichtes wahren – die Zukunft gestalten“ gehalten hat. Einen Bericht über den Verlauf dieser Tagung finden Sie als Beitrag D12-2012 auf der Seite [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

dass etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene mindestens eine aktuelle 12-Monats-Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen erfüllt. Bei Betrachtung des Lebenszeitriskos, irgendwann im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, ist nach Schätzungen davon auszugehen, dass dies mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50 Prozent der Fall ist (Wittchen et al, 2012; Jacobi, 2009).

Die Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hinsichtlich der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre nimmt die Bedeutsamkeit einer Erkrankung für die Teilhabe noch stärker in den Fokus. Demnach ist im Jahr 2001 in den Industrieländern die depressive Störung die häufigste Ursache für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre. Unter den zehn häufigsten Ursachen befinden sich noch weitere psychische Störungen wie beispielsweise Demenzen und Alkoholerkrankungen (Lopez et al, 2006). Nach Prognose der WHO werden im Jahr 2030 fünf der zehn mit den stärksten Beeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen psychische Störungen sein (Schneider, Falkai, Maier, 2011).

## **II. Individuelle Bedeutung psychischer Erkrankungen**

Darüber hinaus hat eine psychische Erkrankung eine hohe individuelle Bedeutung, da diese Erkrankung das Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität betrifft und mit einem hohen Leidensdruck einhergeht. Des Weiteren wird der Verlauf vieler weiterer somatischer Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus, Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall, äußerst negativ beeinflusst. Es wird in der öffentlichen Wahrnehmung auch häufig verkannt, dass eine psychische Störung eine schwere, im Rahmen von Suizidalität lebens-

gefährliche Erkrankung ist (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, o. J.).

Die Suizidrate in Deutschland liegt weiterhin bei etwa 10.000 Toten pro Jahr (Statistisches Bundesamt, 2012). Umgerechnet bedeutet dies, dass circa alle 47 Minuten ein Suizid erfolgt. Bei etwa 90 Prozent der Suizide liegt eine psychische Erkrankung vor, am häufigsten eine depressive Erkrankung (vgl. Wittchen et al, 2010; Deutsches Bündnis gegen Depression, o. J.). Betrachtet man z. B. die Angaben des Eisenbahnbundesamtes zum sogenannten Eisenbahnsuizid ist festzustellen, dass auf deutschen Gleisen pro Tag circa drei Menschen durch Suizid sterben (Eisenbahnbundesamt, 2011).

## **III. Gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen**

### **1. Direkte Kosten**

Obwohl eine epidemiologische Zunahme psychischer Erkrankungen nicht sicher belegt ist, ist eine zunehmende Nachfrage nach Diagnostik und Therapie und eine zunehmende gesundheitsökonomische Bedeutung in Deutschland nachgewiesen. So stiegen beispielsweise die stationären Behandlungsfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen vom Jahr 1994 bis zum Jahr 2008 um fast 50 Prozent (Schneider, Falkai, Maier, 2011). Der Einwand ist zutreffend, dass gleichzeitig die Verweildauer gesunken ist. Werden allerdings die direkten Krankheitskosten, unter anderem die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, Arzneimittelversorgung, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen, beispielhaft für die gesundheitsökonomisch wichtigsten psychischen Störungen Demenz und Depression in Deutschland betrachtet, sind diese von 2002 bis 2008 um 32 Prozent gestiegen. Im

Vergleich dazu stiegen die gesamten Krankheitskosten im selben Zeitraum nur um die Hälfte (16 Prozent). Im Diagnosegruppenvergleich lagen die Kosten für psychische Störungen nach Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems an dritthöchster Stelle (Schneider, Falkai, Maier, 2011).

Die Annahme, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland inzwischen umfassend adäquat behandelt werden, läßt sich aus empirischen Untersuchungen nicht belegen. Nach Schätzungen ist davon auszugehen, dass knapp 40 Prozent der Betroffenen einer psychischen Störung eine minimale professionelle Intervention, wie beispielsweise ein Gespräch bei einem Hausarzt oder in einer Beratungsstelle, bekommen. Lediglich zehn Prozent der Betroffenen erhalten eine an Leitlinien orientierte angemessene Behandlung (Wittchen, Jacobi, 2001; Schulz et al, 2008). Zum Beispiel gaben in einer großen internationalen Studie mit über 1000 Patienten 69 Prozent depressiv Betroffener bei ihrem Hausarzt nur körperliche Symptome an. 50 Prozent wiesen mehrere ungeklärte somatische Symptome auf. Selbst auf gezielte Nachfrage verneinten noch elf Prozent jegliche psychische Symptomatik (Simon et al, 1999).

Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation erfolgt häufig dann, wenn eine längerfristige Krankschreibung bereits vorliegt und eine Erwerbsminderung droht. Werden die prozentualen Häufigkeiten solcher Maßnahmen in den Jahren 1995 und 2010 miteinander verglichen, zeigt sich eine Verschiebung des Krankheitsspektrums. Während sich in den Hauptindikationsgruppen Muskeln/ Skelett/ Bindegewebe, Herz/ Kreislauf, Stoffwechsel/ Verdauung und sonstige Diagnosen ein Rückgang zeigte, nahmen die Rehabilitationen in den Indikationen Neubildungen und Neurologie, sowie psychische Erkrankungen und Sucht

deutlich zu (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012).

## 2. Indirekte Kosten

Darüber hinaus zeigt sich die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen auch in Form sehr hoher indirekter Kosten. Bekannt ist, dass es häufig zu Fehlanspruchen ärztlicher Behandlungen durch Menschen mit psychischen Störungen kommt, etwa in der Form wiederholter umfangreicher somatischer Diagnostik und entsprechender Therapieverfahren, ohne die ursächlich dahinter liegende psychische Erkrankung angemessen zu behandeln. Statistisch werden die indirekten Kosten infolge der Erkrankung häufig in Form der durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung oder vorzeitigen Tod verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre der erwerbstätigen Bevölkerung – unter Berücksichtigung der in dem Jahr aktuellen Erwerbstätigkeitsquote – erfasst. Danach gingen im Jahr 2008 in Deutschland 763.000 Erwerbstätigkeitsjahre verloren (Statistisches Bundesamt, 2010). Jedoch auch dann, wenn psychisch erkrankte Menschen weiter erwerbstätig sind, können indirekte Kosten entstehen. In einer Studie an Menschen mit depressiver Störung im Dienstleistungsbereich, welche nicht krankgeschrieben waren, wurde eine reduzierte Arbeitsleistung von 2,3 Tagen pro Monat festgestellt (Wang et al, 2005). Wissenschaftlich noch kaum untersucht ist die aus der Praxis hergeleitete Hypothese, dass von einer psychischen Erkrankung Betroffene beruflich unter ihren Möglichkeiten bleiben, indem höhere Bildungs- oder bestimmte Karrierechancen, z. B. aufgrund sozialer Ängste, nicht wahrgenommen werden (Jacobi, 2009).

Aus den Gesundheitsberichten gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland geht für die letzten Jahre über alle Krankheitsarten betrachtet ein allgemeiner Rückgang des Kran-

kenstandes hervor. Jedoch steigt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen kontinuierlich an. Hier zeigt sich insbesondere eine hohe Zahl an AU-Tagen<sup>2</sup> pro Arbeitsunfähigkeitsfall, diesbezüglich liegen psychische Erkrankungen auf dem zweiten Platz, höhere Werte finden sich nur bei Tumorerkrankungen (Jacobi, 2009).

Im Vergleich zwischen Menschen mit einer 12-Monats-Diagnose und solchen ohne aktuelle Diagnose einer psychischen Störung fanden sich in einer Untersuchung doppelt so viele Ausfallstage (Jacobi, Klose, Wittchen, 2004). Für eine Krankenkasse wurde berichtet, dass die Krankschreibungszeiten aufgrund einer körperlichen Diagnose sich um den Faktor 3 erhöhten, wenn die Betroffenen eine zusätzliche psychische Störung aufwiesen (Jacobi, 2009).

Wenn die Arbeitsunfähigkeit lange anhält, taucht auch die Frage der Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung auf. Aus der Statistik der Deutschen Rentenversicherung geht hervor, dass über einen längeren Zeitraum betrachtet die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit in wichtigen Hauptdiagnosegruppen wie beispielsweise orthopädische Erkrankungen (Muskeln/Skelett/Bindegewebe) oder Herz- und Kreislauferkrankungen deutlich rückläufig sind. Lediglich die Diagnosehauptgruppe Psychische Erkrankungen zeigt einen deutlich gegenläufigen Trend. Diese haben die orthopädischen Erkrankungen als häufigsten Frühverrentungsgrund deutlich abgelöst (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Als Ursachen werden zunehmende Belastungen in der Arbeitswelt wie Globalisierung, zunehmender Wettbewerb, Arbeitsverdichtung, vermehrte „Emotionsarbeit“, Präsentismus, permanente Erreichbarkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Gratifikationskrisen neben gesellschaftlichen Faktoren diskutiert

(Weber, 2007; Jacobi, 2009). Mögliche Erklärungen für den Bedeutungszuwachs könnten bei gleichzeitig noch hoher Stigmatisierung psychischer Erkrankungen jedoch auch eine inzwischen leicht erhöhte Akzeptanz und ein stärkeres Bewusstsein (Awareness) sowohl auf Arzt-, als auch Betroffenenenseite sein. Es ergeben sich auch Hinweise, dass es zu einer Verlagerung in Richtung psychischer Störungen als Diagnose gekommen ist. Beispielsweise könnte eine ähnliche Störung in früheren Jahren als eine muskuloskelettale Erkrankung diagnostiziert worden sein, welche heute als somatoforme Schmerzstörung und somit als eine psychische Störung erfasst würde (Ulich, 2008; Jacobi, 2009).

#### **IV. Bedeutung im Schwerbehindertenrecht**

Die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Schwerbehindertenrecht lässt sich anhand von Auswertungen des Statistischen Bundesamtes erkennen. In allen drei relevanten Behinderungsarten (körperlich nicht begründbare, endogene Psychosen, wie Schizophrenie und affektive Psychosen; Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; Suchtkrankheiten) lassen sich seit 1995, auch im Vergleich zu anderen Behinderungsarten, kontinuierlich deutlich überdurchschnittliche Zuwächse der Anzahl schwerbehinderter Menschen am Jahresende feststellen. Die Zuwächse bewegen sich zum großen Teil weit im zweistelligen Bereich (Statistisches Bundesamt, 2009).

Die GdB-Bewertung<sup>3</sup> im Funktionssystem Psyche erfolgt gemäß der Versorgungsmedizin-Verordnung hauptsächlich anhand der resultierenden Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, sowie der re-

<sup>2</sup> AU steht für Arbeitsunfähigkeit.

<sup>3</sup> GdB steht für Grad der Behinderung.

sultierenden sozialen und beruflichen Anpassungsschwierigkeiten. Die Bewertungsschwerpunkte liegen dabei, im ICF-Sinn und damit im teilhabe- und aktivitätenorientierten Sinn nur äußerst rudimentär, auf der beruflichen Tätigkeit und familiären Kontakten, mit Abstrichen auch auf den resultierenden Beeinträchtigungen der freundschaftlichen Kontakte. Von krankheitsbedingten mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, und somit von einem GdB von wenigstens 50, sei berufsbezogen nach einer Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin aus dem Jahr 1998 dann auszugehen, wenn die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit grundsätzlich noch möglich sei, aber eine verminderte Einsatzfähigkeit und eine berufliche Gefährdung vorliege. Es werden des Weiteren Kriterien hinsichtlich der familiären Kontakte beschrieben (Steffens, 2012).

## **V. Neue Aufgaben für das Schwerbehindertenrecht?**

Hinsichtlich der neuen Aufgaben des Schwerbehindertenrechts gibt das SGB IX in enger Übereinstimmung mit den ICF- und Inklusionsgrundgedanken die Zielkriterien vor: Selbstbestimmung fördern, gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, Benachteiligungen vermeiden und diesen entgegenwirken. Im Schwerbehindertenrecht sind viele Hilfen und Nachteilsausgleiche bezogen auf das Arbeitsleben verankert. Hier sind beispielhaft der Kündigungsschutz, die betriebliche Interessenvertretung für schwerbehinderte Menschen, Nachteilsausgleiche, Integrationsprojekte und Integrationsfachdienste, begleitende, persönliche und finanzielle Hilfen zu nennen. Allerdings sind Zweifel berechtigt, ob der Grundsatz der Frühzeitigkeit einer modernen Rehabilitation und der Grundgedanke der Inklusion genügend berücksichtigt

und umgesetzt sind. Wenn beispielsweise die GdB-Feststellung von 50 aufgrund einer psychischen Erkrankung in der Praxis häufiger erst dann erfolgt, wenn bereits anderweitig sozialmedizinisch eine verminderte Erwerbsfähigkeit beschrieben wurde oder gar ein Rentenbezug wegen psychisch bedingter verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgt, ist dies mit solchen Grundsätzen nicht in Übereinstimmung zu bringen. Ebenso stellt sich die Frage, ob die Erfordernisse der Nahtlosigkeit einer teilhabeorientierten Rehabilitation und Integration mit anderen Sozialversicherungsträgern ausreichend gut verankert und umgesetzt werden. Hier könnten beispielsweise ambulante Komplexleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielführend sein. Bezogen auf den Einzelfall ist fraglich, ob genügend Impulse zur Ausschöpfung von Leistungsansprüchen und Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne einer frühzeitigen und nahtlosen Teilhabeorientierung am Arbeitsleben gesetzt werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010).

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich unter Beachtung der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben auch für das Schwerbehindertenrecht neue Aufgaben ergeben, insbesondere bezüglich der rehabilitativen und inklusiven Grundsätze der Frühzeitigkeit, der Nahtlosigkeit und Integration mit anderen Sozialleistungsträgern.

## Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2010). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2012). *Reha-Bericht 2012*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsches Bündnis gegen Depression e. V. (o. J.). *Suizidalität*. Abgerufen am 23. Juni 2012 von <http://www.buendnis-depression.de/depression/suizidalitaet.php>.

Eisenbahn-Bundesamt. (2011). *Bericht des Eisenbahn-Bundesamts. Berichtsjahr 2010*. Bonn: Eisenbahn-Bundesamt.

Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 889–896.

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 16–28.

Jacobi, F., Klose, K., Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt*, 736–744.

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., Murray C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *lancet*, 1747–1757.

Mauz, E., Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 343–352.

Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (2011). *Psychiatrie 2020*. Berlin u. a.: Springer.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Simon, G., von Korff, M., Piccinelli, M. F., Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, 1329–1335.

Statistisches Bundesamt. (2009). *Statistik der schwerbehinderten Menschen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt. (2010). *Gesundheit. Krankheitskosten*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt. (2012). *Todesursachenstatistik*. Abgerufen am 23. Juni 2012 von [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=41849631&nummer=670&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=88666795](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=41849631&nummer=670&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=88666795)

Steffens, M. (2012). Kommentar zu Versorgungsmedizinische Grundsätze: B3.6 Schizophrene und affektive Psychosen; B3.7 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen; B3.8 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In P. Nieder, E. Losch, & K. Thomann, *Behinderungen zutreffend einschätzen und begutachten. Die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB), Kommentar zur Versorgungsmedizin-Verordnung* (S. 84–93). Frankfurt: Referenz-Verlag.

- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (o. J.). *Volkskrankheit*. Abgerufen am 23. Juni 2012 von <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/volkskrankheit-depression.php>
- Ulich, E. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In B. D. P., *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 8–15). Berlin: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H., Wells, K., Kessler, R. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 603–613.
- Weber, A. (2007). Das Burnout-Syndrom – eine Krankheit moderner Gesellschaften? In A. Weber, G. Hörmann, & Y. Ferreira, *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch – Arbeitswelt – Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung*, S. 993–1000.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W., Zielasek, W., Maier, W., Wagner, M., Hapke, U., Siegert, J., Höfler, M. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der “Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit” (DEGS-MHS). *Bundesgesundheitsbl*, 9–10.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---