

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1999-2000)

Heft: 66

Artikel: Die Geriatrie in Zürich 1951-1999

Autor: Wettstein, Albert

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790265>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Geriatrie in Zürich 1951 – 1999

von Albert Wettstein

Das dringendste sozialmedizinische Problem bleibt nach wie vor die Hospitalisation der betagten Chronischkranken."

Dr.med. H.O. Pfister, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst
1943 - 1970

Nicht nur die Bereitstellung von genügend Betten in Einrichtungen für chronischkranke Betagte, sondern auch die notwendige Behandlung und Betreuung ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts heftig umstritten. Die ungelösten Probleme haben sogar in der Mitte dieses Zeitraums zur weltweites Aufsehen erregenden Affäre Hämmerli geführt, was die Probleme rund um die Sterbehilfe ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rückte und schliesslich die Abwahl der für die Auslösung der Affäre verantwortlichen Vorsteherin des Zürcher Gesundheitsamtes, Stadträtin Regula Pestalozzi, zur Folge hatte.

Auch an der Jahrtausendwende bleibt die Frage nach der notwendigen Geriatrie umstritten.

Die Entwicklung der geriatrischen Pflegeinstitutionen

Das Betreiben von Institutionen zur Betreuung von unheilbar kranken, pflegebedürftigen Betagten ist eine unbestrittene geriatrische Aufgabe der öffentlichen Hand. Sogar die Medizinische Fakultät hat diese vorwiegend kommunale Aufgabe immer unterstützt und grössere Aufnahmekapazitäten verlangt, damit die Akutspitäler, vor allem das ehemalige Kantonsspital – heute Universitätsspital –, stets aufnahmefähig bleiben für Heilbehandlungen. 1950 bestand diesbezüglich ein massiver Nachholbedarf. Wegen der starken Zunahme der Betagten und – noch eindrücklicher – der Hochbetagten (die über 80Jährigen, die ab den 70er Jahren das Hauptkontingent der Krankenheimpatienten stellten), wurde eine annähernd genügende Versorgung erst in den 90er Jahren erreicht.

Die Entwicklung der in der Stadt Zürich "Krankenhäuser" genannten Pflegeheime und der Langzeitpflegeabteilungen der Spitäler in Stadt und Kanton Zürich sowie der Vergleich der Pflegekapazität mit der Bevölkerungsentwicklung sind in Tabelle 1 auf der nächsten Seite dargestellt.

**Tabelle 1: Krankenhaus-Bettenangebot und Bevölkerungsentwicklung
Kanton Zürich 1950 – 1997**

Jahr	KH Betten	> 65 J. >	> 70J:	>80 J	%o		
					KH/>65J.	KH/>70J.	KH/>80J.
1950	729	74.800	45.300	8.850	10	16	82
1960	1.071	94.800	60.500	14.230	11	18	75
1970	1.968	127.300	78.900	18.730	16	25	105
1980	3.201	153.500	107.090	29.920	21	30	107
1990	4.202/ (6.712*)	153.400	116.700	36.550	27/(44*)	36 (58*)	115 (184*)
1997	4.304/ (7.443*)	179.200	126.900	47.100	23/(93*)	34 (61*)	91 (164*)

* inkl. Pflegeplätze in Altersheimen (Stichtagerhebung 1.7.91 und 30.11.97)

Dass in der Stadt Zürich das Ziel einer genügenden Anzahl von Krankenhausbetten doch nie ganz erreicht werden konnte, hängt mit den in den letzten Jahren veränderten Vorgaben für die Spitalbehandlung zusammen: Wer nicht mehr Akutspital bedürftig ist, soll nicht mehr wie bis anhin innert Wochen, sondern innert Tagen in ein Krankenhaus übertreten können. Dies bedingt, dass stets einige Krankenhausbetten für die sofortige Patientenaufnahme bereit- und deshalb leer stehen müssen, was für die meisten Landbezirke des Kantons keine Schwierigkeiten bietet, wohl aber für die städtischen Krankenhäuser, wo die mittlere Wartezeit bis zum Eintritt in ein Krankenhaus 1998 noch immer 60 Tage betrug. – Dies ist zwar bereits viel besser als die 292 Tage für Männer und 585 Tage für Frauen zu Professor Hämmerlis' Zeiten (1973), aber nicht viel besser als 1960 mit 106 Tagen für Männer und 163 Tagen für Frauen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Mittelwerte neben den dringenden Verlegungen aus Akutspitalern auch solche Patienten umfassten, die sich nach der Krankenhausanmeldung nochmals etwas erholten und zuhause gut betreut werden konnten, bis nach einer erneuten Verschlechterung dann doch ein Heimeintritt nötig wurde.

Deshalb werden in den kommenden Jahren trotz abnehmender Anzahl Hochbetagter in der Stadt Zürich weitere Krankenhausbetten zu schaffen sein. Dazu sind jedoch heute keine Neubauten mehr nötig, sondern es genügt der Umbau von schlecht genutzten Personalhäusern in Pflegewohnungen, wie dies bereits seit 1990 im Stadtspital Triemli sowie in den Krankenhäusern Bombach, Käferberg, Mattenhof und Entlisberg gemacht wird. Dies ist nicht nur wesentlich kostengünstiger dank Grenzkostennutzung, sondern auch für die Betagten und ihre Angehörigen sehr attraktiv, handelt es sich doch um überblickbare kleine Einheiten von 6 – 12 Betten, davon die meisten in Einzelzimmern.

Doch in den Krankenheimen hat sich von 1951 – 1999 nicht nur die Pflegekapazität, sondern auch die Pflegequalität stark verändert. Die Entwicklung, weg von der "Sauber-Satt-Trocken"-Pflege, begann sehr früh mit der systematischen Förderung der noch bestehenden sozialen, geistigen und manuellen Fähigkeiten der Chronischkranken durch Einrichtung von Therapieabteilungen. Da damals ungenügend ausgebildetes Ergotherapiepersonal zur Verfügung stand, gründete der Stadtärztliche Dienst Zürich 1973 eine eigene, auf geriatrische Langzeitpatienten spezialisierte Ergotherapieschule, die Zürcher Schule für Aktivierungstherapie, wo in initial eineinhalb-, später in zwei Jahren, der neugeschaffene Beruf der Aktivierungstherapeutin erlernt werden kann.

Auch die Krankenpflege in den Krankenheimen veränderte sich sehr stark, geprägt durch die vom Stadtärztlichen Dienst massgeblich gestaltete Schule für praktische geriatrische Krankenpflege und den von Stadtärzten verfassten Lehrbüchern für geriatrisches Pflegepersonal, in den 70er Jahren von Stadtarzt J. Wunderli, in den 90er Jahren von den Stadtärzten M. Hafner und A. Meier. – 1986 wurde in allen städtischen Krankenheimen die patientenzentrierte Pflegeplanung eingeführt, mittels welcher systematisch nicht nur Defizite mit Pflegemassnahmen kompensiert werden, sondern auch die Restfähigkeiten der Patienten durch aktivierende Pflege ("mit den Händen in der Tasche") gefördert wird. Hinzu kommt seit der Eröffnung einer geschlossenen Abteilung für weglaufgefährdete Demenzpatienten im Krankenhaus Entlisberg 1974 eine zunehmende Spezialisierung einzelner Krankenhausabteilungen, Demenzabteilungen in den meisten Krankenheimen, eine Abteilung für junge Behinderte im Krankenhaus Mattenhof, eigentliche Aufnahmeabteilungen in mehreren Krankenheimen, spezialisiert auf Hospizpflege einerseits und Slow-Stream-Rehabilitation andererseits, die erwähnten Pflegewohnungen und seit 1999 im Krankenhaus Entlisberg eine Spezialabteilung für nicht mehr rehabilitierbare Hirnschlagpatienten.

In den letzten 15 Jahren kam es ausserdem zu stärkeren Verschiebungen der Akzente in der Alltagsgestaltung, weg von der Optimierung des Pflegeablaufes hin zur patientenzentrierten Tages- und Raumgestaltung: Flexible Zeiten beim Aufstehen statt Körperpflege noch durch Nachtschichtangestellte, Einführung von Wahlmenüs, Zulassen von Tieren (vor allem Katzen) auf den Abteilungen, Fingerfood für Demenzkranke mit Schwierigkeiten beim Essen mit Messer und Gabel, kein Anbinden mehr von unruhigen oder nicht mehr gehfähigen Patienten, Verwendung von modernem Inkontinenzmaterial anstatt Dauerkathetern, praktisch vollständiger Verzicht auf Sondenernährung, kein Zwangssessen und -trinken mehr bei sterbewilligen Todkranken, optimale palliative Pflege einschliesslich Schmerzlinderung mit Betäubungs-

mitteln. So wurde bei der Eröffnung des Krankenhauses Witikon 1984 nachdrücklich daraufhingewiesen, dass der Safe für Betäubungsmittel in der Heimpapotheke mehr Platz beanspruche als der Schrank für die Infusionslösungen.

Neben den Krankenheimen übernahmen auch immer mehr Altersheime Pflegeaufgaben. Das städtische Altersheim Pfrundhaus, Nachfolgeinstitution des Pfrund- und Siechenhauses St. Jakob, enthielt von Anfang an eine Pflegeabteilung, ebenso das Altersheim Riesbach, das anstelle des neben das Triemlispital verlegten Mutter- und Säuglingsheims Inselhof gebaut wurde und dessen Areal vom Gemeinderat ursprünglich für einen Krankenheimneubau vorgesehen war. Die übrigen Altersheime waren der Idee verpflichtet, gesunden Betagten ein Heim zu bieten und nur kurzfristig Pflegeaufgaben zu übernehmen. Allmählich weiteten sich jedoch die Pflegeaufgaben in den Altersheimen stark aus und viele Heime fühlten sich verpflichtet, die Bewohner auch bei langwierigem und intensivem Pflegebedarf zu betreuen. Anlässlich der Stichprobenerhebung zuhanden der Zürcher Spitalplanung ergaben sich am 1.7.1991 in der Stadt Zürich 1.000 und auf der Landschaft 1.500 als Pflegebetten betriebene Altersheimplätze (siehe Tabelle 2). Von 1991 bis 1997 nahm der Anteil der Pflegeplätze in den Altersheimen von 25% auf 36% aller Altersheimplätze im Kanton zu.

**Tabelle 2: Krankenhaus-Bettenangebot und Bevölkerungsentwicklung
Stadt Zürich 1950 - 1998**

Jahr	KH Betten	> 65 J. >	> 70J:	>80 J	%o KH/ >65J.	%o KH/ >70J.	%o KH/ >80J.
1950	227	34.970	10.740	3.850	6	11	59
1960	569	47.140	28.150	6.610	12	30	86
1970	1.108	61.450	37.300	8.980	18	30	123
1980	1.616	73.260	52.200	14.270	22	31	113
1990	1.845 (2.804*)	70.650	51.270	20.900	24 (40*)	36 (55*)	88 (134*)
1997	2.013 (3.084*)	67.610	50.380	20.310	30 (46*)	40 (61*)	99 (151*)
1998	2.013	67.020	50.238	20.120	30	40	100

* inkl. Pflegeplätze in Altersheimen (Stichtagerhebung 1.7.91 und 30.11.97)

Im gleichen Zeitraum veränderte sich auch die Pflege und Betreuung zuhause. Die Gemeindekrankenpflege, Hauspflege (Haushalthilfe und Grundpflege) und Haushilfe (Haushaltunterstützung) sowie der Mahlzeitendienst konzentrierten sich zunehmend auf das Gebiet der Betagtenpflege und -betreuung und arbeiteten zunehmend vernetzt. In allen Stadtquartieren und in den meisten grösseren Gemeinden wurden dazu eigentliche Spitexzentren mit einheitlicher telefonischer Anlaufstelle aufgebaut. Die Betagten bekamen im ganzen Kanton die Wahl, ob sie mit Spitexhilfe zuhause oder in einem Altersheim betreut werden wollen. Schwere Pflegefälle, die rund um die Uhr

betreut werden müssen, können jedoch auch mit ausgebauter Spitex nur zuhause bleiben, wenn dauernd betreuungsbereite Angehörige mithelfen. Der starke Ausbau der Spitex hat deshalb die Belastung der Angehörigen reduziert und die Lebensqualität der zuhause lebenden Hilfsbedürftigen verbessert, aber die Nachfrage nach Krankenheimbetten nicht reduziert (Wettstein, 1993)

Die Entwicklung der Spitalgeriatrie.

Zur Eröffnung des Stadtspitals Waid schrieb der damalige Vorsteher des städtischen Gesundheitsamtes und spätere Bundesrat Dr. W. Spühler am 16.9.1953 im "Volksrecht":

"Die Frage, ob ein *Gemischts*pital oder bloss ein *Pfleg*espital für Chronischkranke zu bauen sei, hat die Gemüter jahrelang bewegt." ... "Der Stadtrat hat sich 1939 über die Zweckbestimmung eines kommenden Stadtspitals nicht einigen können. Der Vorstand des Gesundheitsamtes (der Demokrat Dr. Kunz) schlägt nach Anhörung einer vorberatenden Kommission ein Pflegespital für Chronischkranke vor, während die sozialdemokratische Fraktion des Gemeinderates sich für den Bau eines Gemischtspitals einsetzt. Bei dieser Entscheidung ist es in der Folge geblieben. ... "Denn es war offensichtlich ein Bedürfnis für ein Akutkrankenhaus vorhanden, ein blosses Pflegespital wäre bei der Bevölkerung aber auch auf Ablehnung gestossen, da es von dieser rasch als Siechen- und Sterbehäuser für hoffnungslose Patienten empfunden worden wäre." ... "Nach der Zahl der Krankenbetten legt auch das heutige Stadtspital den Hauptakzent auf die Abteilung für Chronischkranke, auf die von den insgesamt 418 Patientenbetten 243 Betten entfallen". ... "Die Lehre von den Alterskrankheiten (Geriatric), die besonders in Amerika das Interesse der Universitätslehrer und Ärzte gefunden hat, beginnt auch bei uns als wichtiges Gebiet der medizinischen Wissenschaft erkannt zu werden. *Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung verlangt, dass man sich mit diesem Problem intensiver befasst als bisher.*"

Doch diesem Auftrag des städtischen Gesundheitsamtes kam ausschliesslich der städtische Dienst nach, der im Waidspital die chronischtherapeutische Abteilung betrieb im Sinne eines heutigen Krankenhauses. Die geriatrisch-rheumatologische Abteilung konzentrierte sich vor allem auf rheumatologische und physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, die vor allem auf den Erfahrungen der Rehabilitation von Kriegsverletzten und schweren Polio-Opfern basierte. Als 1968 der Leiter der chronischtherapeutischen Abteilung, Dr. Jacques Schmid, unerwartet verstarb, wurde seine Abteilung als Langzeitstation in die Medizinische Abteilung integriert

unter der Leitung eines Akutmediziners. So verschwand die eigentliche Spitalgeriatrie wieder aus Zürich.

Die Spitalmedizin, auch im 1971 eröffneten Stadtspital Triemli und im Universitätsspital, betreibt in der Folge eine Medizin, die für 85 – 90% der Betagten optimal ist und von der WHO 1989 als "Geriatrisierung der medizinischen Fachdisziplinen" beschrieben wurde. Es sind in der Regel Betagte mit temporären oder eindimensionalen Leiden.

Da vor allem die Medizinischen Kliniken zunehmend betagte Patienten betreuen, dominieren diese das Geschehen. Entsprechend empfand sich Prof. Hämmerli, Chefarzt Innere Medizin des Triemlispitals 1971 - 1991, als "grösster Geriater der Schweiz", da in keiner anderen Klinik des Landes mehr Betagte aufgenommen wurden. Er betrachtete die Minderheit der unheilbar chronisch Kranken als "arme Teufel", aber auch als "Bettenblockierer", die nicht genug schnell ins Pflegeheim versetzt werden konnten, weil es zu wenig Pflegeheime hatte, da die zuständige Zürcher Behörde der Pflicht zum Bau grösserer Pflegeheime nicht nachkäme. Im Januar 1975 teilte er der Vorsteherin des städtischen Gesundheitsamtes, Frau Rechtsanwältin Regula Pestalozzi mit, dass er sich gezwungen sähe, Chronischkranke im Sinne von Sterbehilfe auf Wasserdiät zu setzen, um auf diese Weise Platz für Neuaufnahmen zu schaffen. Nach juristischer Konsultation fühlte sich Frau Pestalozzi verpflichtet, gegen Hämmerli wegen Verdachts auf vorsätzliche Tötung Strafanzeige zu erstatten und ihn am 15.1.75 zu suspendieren, worauf er vom zuständigen Bezirksanwalt verhaftet wurde, was überall auf der Welt Aufsehen erregte. Im Zuge der Ermittlungen erfolgte zwei Wochen später die teilweise- und am 1.4. die vollständige Wiedereinsetzung von Dr. Hämmerli in sein Amt als Chefarzt. Ausgehend von diesem Fall wurde im Laufe der nächsten Jahre die passive Sterbehilfe als korrektes ärztliches Vorgehen von der Akademie der medizinischen Wissenschaften anerkannt. Als Folge dieser Ereignisse befürwortete die Mehrheit der Zürcher Stimmberechtigten gar eine Standesinitiative, die für aktive Sterbehilfe Straffreiheit verlangte; Stadträtin Pestalozzi wurde abgewählt.

Eine eigentliche Spitalgeriatrie brachte erst 1986 der in Basel in der modernen Geriatrie geschulte Internist Paolo Six ins Waidspital nach Zürich. Basierend auf der Geriatrie im angelsächsischen Raum, stellte er an eine moderne Geriatrie folgende Forderungen für die 10 – 15% Betagter mit nichtheilbaren, chronisch behindernden Krankheiten:

- Auch pflegebedürftige Betagte sollen solange wie möglich zuhause leben
- Möglichst hohe Selbständigkeit soll erreicht werden
- Sie sollen ihre Lebensgewohnheiten beibehalten können

- Ihre Umgebung sollen sie möglichst selbst gestalten können.
- Die Form der Hilfe und den Ort der Pflege sollen sie möglichst selber wählen können.

Um diese Aufträge der Betagten umsetzen zu können, bedarf es einer neuen Disziplin, der Geriatrie, anstelle der im Prinzip eindimensionalen, einer Hauptdiagnose verpflichteten, kurativ denkenden, sich fachspezifischer Methoden bedienender Geriatriisierung der Medizin. Die Geriatrie ist mehrdimensional, mehreren Diagnosen und Funktionsstörungen verpflichtet, denkt multidimensional, kompensatorisch und bedient sich der geriatrischen Methode der mehrdimensionalen geriatrischen Erfassung von Defiziten und Ressourcen der Patienten (multidimensionales Assessment). Dies erlaubt einen systematischen Zugang zu den geriatrischen Funktionsstörungen (siehe Tabelle 3) und klärt die funktionelle Kompetenz in den Alltagsaktivitäten.

Tabelle 3: Häufigkeit der geriatrischen Funktionsstörungen

	Häufigkeit in Prozent		
	alle Pat. Klinik G+R Waidspital 1992 [z]	bei institutionalisier- ten Betagten [y]	bei >65Jährigen [y]
Immobilität	66%	65%	15%
Sturz	37%	40%/Jahr	30%/Jahr
Demenz	32%	62%	9%*
Inkontinenz	26%	45%	7% m / 15% w
Malnutrition	14%	50%	16%
Depression	19%	50%	15%
Sehstörungen	28%	30%	30%
Hörstörungen (>40 dB)	21%	30%	30%

* exponentiell ansteigend mit zunehmendem Alter. 10% 80-84j., 20% 95-90j., 40% 90-94 J.

[y] Ref.: A. Wettstein, 1997 [z] Ref. P. Six, 1994

Die Geriatrie sorgt für den Einsatz von teuren rehabilitativen Therapien nach rationalen Kriterien. Der Nutzen des multidimensionalen geriatrischen Assessments und der darauf basierenden geriatrischen Rehabilitation wurde im angelsächsischen Raum durch mehrere randomisierte, kontrollierte Studien mit besserer Selbständigkeit der Betagten, reduziertem Medikamentenverbrauch, weniger Pflegeheimplatzierungen, verlängertem Überleben und reduzierten medizinischen Gesamtkosten belegt. Auch in Zürich konnte für die Spitalregion Waid mit ihrer Geriatrischen Klinik Ähnliches nachgewiesen werden. Entsprechend drängt sich an der Jahrtausendwende die Einführung der modernen Geriatrie an den Spitälern der Grundversorgung auf.

Auch die Schweizer Ärzteschaft hat die moderne Geriatrie anerkannt und ihre Weiterbildungskommission hat im Juni 1999 die Schaffung eines Schwerpunktes Geriatrie zu den FMH-Titeln in Innerer Medizin und Allgemeiner Medizin beschlossen. - Der Zwang zur Ausnützung aller Rationierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen an der Jahrtausendwende wird den Trend

zur Etablierung von modernen kleinen Geriatrischen Kliniken im Kanton verstärken in Ergänzung zur Geriatriisierung der meisten anderen Fachdisziplinen.

Die Beschränkung der Spitäler auf die Akutmedizin (mit Ausnahme der Spitalgeriatrie im Sinne einer relativ kleinen Geriatrischen Assessment- und Rehabilitationsabteilung) und die Bereitstellung von genügend Krankenheimbetten ausserhalb der Spitäler, die ermöglichen, dass Patienten nur noch Tage auf einen Krankenheimplatz warten müssen, hat auch Folgen für die Krankenhäuser: sinkt die Wartefrist deutlich unter 60 Tage, gilt auch für Krankenhäuser, was der spätere Bundesrat Spühler 1953 für das Waidspital forderte, nämlich: "Keine Siechen- und Sterbehäuser für Hoffnungslose" zu sein. So können auch in den Krankenhäusern die geriatrischen Erkenntnisse Erfolg zeigen: Nur die Hälfte der Eingetretenen wird zu Langzeitpflegepatienten. ein Viertel stirbt, palliativ betreut, kurz nach Eintritt (Hospizpatienten) und ein weiteres Viertel der Patienten kann nach Hause zurückkehren oder tritt in ein Altersheim ein (Wettstein, 1997).

Referenzen:

- Spühler W.: Zürichs Stadtsptal Waid. Volksrecht vom 16.9.1953, Seite 1
- Pfister H.O.: Jahresberichte des Stadtärztlichen Dienstes 1950 – 1970, Geschäftsberichte des Stadtrates im Eigenverlag Stadt Zürich, 1950 – 1970
- Six P.: Warum eine klinische Geriatrie? Moderne Geriatrie 10: 132—138, 1994
- Wettstein A.: Checkliste Geriatrie, Georg-Thieme-Verlag 1997
- Direktion des Gesundheitswesens des Kts. Zürich: Zürcher Krankenhausplanung 1978, 1978 (RRB 24; 5, 1978)
- Direktion des Gesundheitswesens des Kts. Zürich: Zürcher Krankenhausplanung 1991, Dezember 1991
- Wettstein A., Tschopp A., Gasser Th.: Warum führt auch mehr Spitex nicht zu weniger Krankenhauseintritten? Intercura 43: 2 – 15, 1993.
- Wettstein A.: Neue Aufgaben für Krankenhäuser. Editorial in Intercura 58, 2-6, 1997.
