

## Het geheim van de dokter (1880-1920) Ingrediënten voor een historisch-sociologische analyse van het medisch beroepsgeheim

Klasien Horstman

*De auteur beschrijft een belangrijke ontwikkeling in de interpretatie van het beroepsgeheim van artsen tijdens de opkomst van levensverzekeringen in Nederland. Een debat tussen 'preciezen', die van mening zijn dat een arts geen enkele mededeling over zijn patiënten mag doen aan derden – dus ook niet aan levensverzekeringen – en 'rekkelijken', die een minder strikte toepassing van het beroepsgeheim voorstaan, wordt beslist in het voordeel van de laatstgenoemden. Met het gedeeltelijk prijsgeven van zijn geheim, geeft de arts echter ook een stuk controle over zijn medisch handelen aan derden.*

“Alle Beziehungen von Menschen untereinander ruhen selbstverständlich darauf, dass sie etwas von einander wissen” (Simmel 1968: 256). Dat geldt in het bijzonder voor de relatie tussen dokters en hun patiënten. De patiënt is afhankelijk van de arts om van een bepaalde kwaal te genezen en geeft in dat kader informatie over zijn of haar privé-leven aan de arts. De arts is voor zijn beroepsuitoefening afhankelijk van deze kennis van het persoonlijk leven van de patiënt. De patiënt gaat ervan uit dat de arts vertrouwelijk omgaat met deze kennis. De arts wordt verondersteld deze informatie niet aan derden door te geven. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de ambtseed die een arts vanaf 1865 aflegt bij het ontvangen van zijn artsdiploma. “Ik zweer ..., en dat ik aan niemand zal openbaren wat in die uitoefening als geheim aan mij is toevertrouwd of ter mijner kennis is gekomen, tenzij mijne verklaring als getuige of deskundige in regten gevorderd of ik anderszins tot het geven van mededeeling door de wet verplicht worde ...”. Schending van het beroepsgeheim is bovendien bij de wet strafbaar gesteld.

Het beroepsgeheim van artsen wordt vaak opgevat als een ethisch principe dat de medische professie heeft ingesteld om patiënten te beschermen. Het beroepsgeheim zou garanderen dat de kennis die artsen hebben van het leven van hun patiënten niet aan derden wordt prijsgegeven (O/yen 1982: 6). Verwijzingen naar de eed van Hippocrates fungeren in dat verband als het bewijs dat het beroepsgeheim en het medisch beroep intrinsiek met elkaar verbonden zijn. Sommige auteurs hebben er echter op gewezen dat

deze visie weinig recht doet aan het feit dat de relatie tussen arts en patiënt niet statisch is en dat praktijken rond geheimhouding en openbaring historisch en cultureel variëren (Beckford 1982: 46). Waarden en normen die in regels rond het beroepsgeheim tot uitdrukking worden gebracht kunnen alleen worden begrepen indien we ze zien tegen de achtergrond van hun specifieke geschiedenis en van de lokale context waarbinnen ze gestalte hebben gekregen.

In dit artikel worden enkele ideeën geëxploreerd over het beroepsgeheim van artsen in Nederland rond de eeuwwisseling. Vóór 1880 werd het beroepsgeheim in medische en niet-medische literatuur zelden besproken. Het vormde geen probleem. Vanaf 1880 vormt het beroepsgeheim echter regelmatig de inzet van felle discussies binnen Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG). Dit lijkt samen te hangen met de toenemende bindingen tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen in de periode van 1880 tot 1920. Om te begrijpen waarom het beroepsgeheim dan op de agenda komt te staan, en om de betekenis van de discussies te duiden, tracht ik de veranderende wereld van dokters in die specifieke periode te reconstrueren. Na een schets van het debat zal ik een aanzet geven voor een interpretatie van dit debat in het licht van de historische context waarin dit debat zich afspeelt.

## Het debat

### *Zwijgen of spreken*

De expansieve groei van de levensverzekeringsmaatschappijen in de tweede helft van de 19e eeuw confronteert artsen steeds vaker met patiënten die om een gezondheidsverklaring vragen. Dit is namelijk een voorwaarde om verzekerd te kunnen worden. Nadat de NMG in 1864 heeft besloten dat behandelend artsen zich dienen te onthouden van afgifte van deze 'huisdoktersberichten', verdwijnt het beroepsgeheim voor lange tijd van de agenda (NTvG 1864: 470). Ondanks de aanstelling van keuringsartsen houdt de vraag van levensverzekeringsmaatschappijen om gezondheidsverklaringen echter aan en de maatschappijen eisen bovendien in toenemende mate doodsoorzaakverklaringen van behandelend artsen over patiënten voor men overgaat tot uitkering van de verzekerde som na overlijden. Het is dus niet verwonderlijk dat het beroepsgeheim in de jaren tachtig weer op de NMG-agenda verschijnt. De Geneeskundige Kring te Amsterdam wijdt in 1888 een speciale vergadering aan dit probleem. Met 21 stemmen voor en één tegen besluit men dat artsen volgens het NMG-besluit van 1864 dienen te handelen. In een circulaire zal dit aan de diverse levensverzekeringsmaatschappijen meegedeeld worden. Ook op de algemene vergadering van de NMG wordt dit punt nogmaals besproken en verklaart men het besluit van 1864 nog steeds als geldig. Men neemt tevens het initiatief de regering te vragen bij de voorbereiding van een eventuele Wet op de Levensverzekeringen rekening te houden met het standpunt van de NMG.

De levensverzekeringsmaatschappijen hebben niet veel boodschap aan de officiële richtlijnen van de NMG en blijven artsen verklaringen vragen. En niettegenstaande deze richtlijnen is er geenszins sprake van consensus onder de artsen. Zo verklaart Guy zich op de algemene vergadering van de NMG vierkant tegen het afgeven van verklaringen.

Het gaat volgens hem niet aan soms wel en soms niet een doodsoorzaakverklaring te geven, omdat een weigering dan 'welsprekend' zou worden en een indirecte aanwijzing voor de levensverzekeringsmaatschappij dat de patiënt zelfmoord zou hebben gepleegd. In dat geval zou de levensverzekeringsmaatschappij geen geld uitkeren aan de nabestaanden. "Wij houden ons aan de woorden van Brouardel, 'Le secret médical est absolu, ou il n'est pas' en offeren van ons beroepsgeheim zelfs het geringste deel niet op aan de belangen der levensverzekering" (NTvG II 1891: 123).

Siegenbeek van Heukelom, zelf later als medisch adviseur voor het levensverzekeringsbedrijf werkzaam, deelt deze mening. Niet het spreken "maar het zwijgen zij hem [de arts, KH] regel", en daarbij dient de arts het beroepsgeheim zo breed mogelijk te interpreteren (NTvG II 1891: 346). De taak van artsen is niet te voorkomen dat patiënten de levensverzekeringsmaatschappijen bedriegen, maar geneeskundige hulp te verlenen waar dit nodig is, en dat geldt ook voor bedriegers en misdadigers. Het beroepsgeheim geldt voor iedereen. Aantijgingen van levensverzekeringsmaatschappijen dat artsen maatschappelijke vooruitgang tegenhouden en de nabestaanden van overleden patiënten duperen, omdat die geen uitkering krijgen als geen doodsoorzaakverklaring overlegd kan worden, wijst hij van de hand. Het is niet de weigering van de arts om zijn beroepsgeheim te schenden, maar "de thans bestaande inrichting der levensverzekering, die door het vorderen der attesten en patiënten en geneesheer in moeilijkheden brengt" (NTvG II 1891: 353). Volgens Siegenbeek van Heukelom moeten levensverzekeringsmaatschappijen alle medische zaken door eigen medische deskundigen laten uitvoeren.

Een heel ander geluid laat Van Geuns horen bij aanvaarding van het presidium van de Geneeskundige Kring te Amsterdam. Guy en Siegenbeek van Heukelom worden door hem gekarakteriseerd als theoretici die geen ervaring hebben met het verzekeringswezen. Van Geuns, zelf adviseur van een van de grootste Nederlandsche maatschappijen, werpt zich op als de man van de praktijk die weet hoezeer levensverzekeringsmaatschappijen afhankelijk zijn van de verklaringen van behandelend artsen. Veel pogingen tot oplichterij heeft men daardoor op kunnen sporen. De onwil van de artsen snapt hij niet. Levensverzekeringsmaatschappijen zijn nuttige organisaties en artsen zouden hun werk zoveel mogelijk moeten steunen. Het beroepsgeheim hoeft daarbij helemaal niet geschonden te worden. Een geheim is volgens hem datgene wat de arts als geheim ter kennis is gekomen en dat geldt zelden voor de doodsoorzaak. Ten eerste weten de nabestaanden meestal wel hoe de diagnose luidt van de ziekte waar de patiënt aan overleed. De arts voegt daar met een doodsoorzaakverklaring niets aan toe. Ten tweede hoeft de arts niet in details te treden: in plaats van 'carcinoma penis' kan de arts met de vermelding 'carcinoma' volstaan. Het is volgens Van Geuns absurd om voor de zeldzame gevallen dat de arts vreest met de doodsoorzaakverklaring een geheim te openbaren, "ons steeds halsstarrig achter de eed te verschuilen" (NTvG I 1892: 164).

Omdat de kwestie van het beroepsgeheim de gemoederen blijft bezighouden stelt het hoofdbestuur van de NMG een commissie in die "onderzoek doet naar de regelen, die de behandelende arts te volgen heeft bij het afgeven van attesten omtrent ziekte of overlijden zijner patiënten." Behalve artsen zijn twee directeurs van levensverzekeringsmaatschappijen lid van de commissie, een teken dat de relatie tussen medische

professie en levensverzekeringsmaatschappijen iets minder vijandig wordt. Unaniem doet de commissie in 1898 in haar rapport aanbevelingen ten aanzien van de afgifte van gezondheidsverklaringen. Ten eerste kan een arts eventueel inlichtingen verschaffen aan een medisch adviseur van een verzekeringsmaatschappij. Het gaat dan bijvoorbeeld om opheldering van zaken die de ziektegeschiedenis van de patiënt betreffen. Dit kan in het belang zijn van de patiënt, omdat eventuele barrières voor het afsluiten van een verzekering zo weggenomen kunnen worden. Ten tweede besluit men dat verklaringen van gezondheid niet door de arts afgegeven behoren te worden, omdat “zoo men bij uitzondering weigert, zijn patiënt een hoogst ongewenschte openbaring omtrent zijn gezondheidstoestand zou maken” (NTvG I 1898: 489). Behalve voor levensverzekeringsmaatschappijen, acht men het ook onjuist gezondheidsverklaringen af te geven voor het krijgen van een nieuwe betrekking.

Veel minder eenstemmig luiden de conclusies van de commissie als het gaat om de afgifte van doodsoorzaakverklaringen. De directeurs van de Algemeene en de Eerste Nederlandsche haken hier af. De functie van deze verklaringen voor de levensverzekeringsmaatschappijen is het voorkomen van bedrog door verzekerden, het ontdekken van valse en slechte verklaringen door artsen, en het verkrijgen van een betrouwbare statistiek. De geneeskundigen in de commissie stellen nu dat de geneeskundige gedragsleer hun verbiedt mee te werken aan de eerste twee doeleinden. Met name waar het gaat om controle op collega's, reageren de commissieleden erg fel: “Geen woord van ons mag als wapen tegen een collega kunnen dienen, opdat het wapen zich niet tegen ons kere” (NTvG I 1898: 491). Ook aan controle op de eerlijkheid van patiënten kunnen de artsen niet meewerken. De commissie stelt “dat het in het belang der menschheid nodig is, dat ieder, hoe schuldig ook, zich met het volste vertrouwen in behandeling van een geneesheer kan begeven, en dat, zoo de zekerheid niet bij het publiek vaststaat, dat in geen geval het raadplegen van een geneesheer zedelijk, maatschappelijk of stoffelijk nadeel zal kunnen berokkenen, tot schade van het menschdom in menig geval niet of te laat de hulp zal worden ingeroepen, die redding had kunnen brengen” (NTvG I 1898: 491). Dat de levensverzekeringsdeskundigen hier niet mee in kunnen stemmen is voor de andere commissieleden niet verrassend. “Zij zijn immers uit den aard der zaak meer doordrongen van het belang van het levensverzekeringswezen dan van dat der beginselen onzer gedragsleer” (NTvG I 1898: 491).

Dit neemt niet weg dat de opbouw van betrouwbare statistieken ook de artsen na aan het hart ligt en men meent dan ook op dit punt concessies te moeten doen. Zij concluderen dat artsen een doodsoorzaakverklaring kunnen geven, onder de voorwaarde dat deze aan de geneeskundig adviseurs van de levensverzekeringsmaatschappijen worden geadresseerd en door dezen aan de directies worden gegeven, als daar aanleiding toe bestaat. Een andere voorwaarde is dat de patiënt bij het aangaan van het verzekeringscontract een verklaring tekent waarin hij de arts verzoekt om bij overlijden aan de nabestaanden een doodsoorzaakverklaring te overhandigen ten behoeve van de levensverzekeringsmaatschappij. Ten opzichte van maatschappijen die geen medisch adviseurs in dienst hebben dient het oude beleid – géén verklaringen – gehandhaafd te worden. Dit rapport van 1898 betekent dus een forse verschuiving ten opzichte van de NMG-uitspraak van 1888. Waar men toen vasthield aan het absolute beroepsgeheim, stelt de

commissie nu voor onder bepaalde voorwaarden wèl doodsoorzaakverklaringen af te geven.

*Preciezen en rekkelijken*

Naar aanleiding van het rapport van 1898 besluit de algemene vergadering dat men "het wenschelijk acht (dat) de leden van de NMG zich gedragen volgens de aanbevelingen van de commissie" (NTvG II 1901: 611). Dat betekent echter niet dat de discussie gesloten is. Integendeel. Veel mensen leveren kritiek op het rapport van de commissie, en de discussie lijkt zich zelfs in verhevigde vorm voort te zetten. Waar de commissie stelde dat de opbouw van goede statistieken het noodzakelijk maakt consessies te doen op het punt van het beroepsgeheim, beweren anderen bijvoorbeeld dat een strenge handhaving van het beroepsgeheim juist een voorwaarde is om tot een betrouwbare statistiek te komen. Een patiënt die zijn arts niet meer kan vertrouwen, zal immers relevante informatie voor de arts achter houden, zodat deze ook de doodsoorzaak niet goed kan beoordelen.

De stelling van de commissie dat de arts geen taak heeft in de opsporing van bedrog wordt door Pinkhof onderschreven. Als aanhanger van het 'secret absolue' zegt hij zijn patiënten niet te willen verraden. Dit zou de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt namelijk schade kunnen berokkenen en de arts in de uitoefening van zijn beroep belemmeren. "Als het dus regel is, dat de geneeskundigen de verlangde attesten geven, zal een persoon, die zich ziek voelt, liever zich eerst verzekeren en dan eerst onder behandeling gaan, en zodoende, een gunstig tijdstip voor zijn behandeling verzuimen (NTvG I 1901: 1128). De reactie hierop van Van Dieren luidt dat een arts zich niet zo door zijn patiënt mag laten gebruiken. Ja het is zoo, sommige kandidaten zijn er op uit om 'dingen te verzwijgen', en het is treurig, dat dergelijke flessetrekkers in de gelegenheid zijn te profiteren van de onoordeelkundige opvatting die Pinkhof en anderen van het ambtsgeheim blijken te bezitten. Wie wat verzwijgen wil, die zwijge zelf, en die spanne er niet zijn huisdokter voor! (NTvG II 1901: 612-3). Pinkhof, aldus Van Dieren, heeft misplaatst medelijden met schurken" en dreigt een "handlanger te worden van geboefte" (NTvG II 1901: 615).

Pinkhof en Van Dieren verschillen ook van mening met betrekking tot de vraag of een patiënt een arts kan ontslaan van zijn beroepsgeheim. De commissie had deze vraag impliciet bevestigend beantwoord door te eisen dat een patiënt toestemming moet verlenen aan de arts om na diens overlijden een doodsoorzaakverklaring aan de maatschappij te geven. Volgens Pinkhof kan en mag de behandelend arts door niemand ontheven worden van zijn beroepsgeheim en dus ook niet door de patiënt zelf. Immers, de patiënt weet vaak niet wat de gevolgen zijn van het verlenen van toestemming. "Wij zullen onze tot vaat-atheroom geneigden patiënt bijvoorbeeld niet vertellen dat hij met hart- en nieraandoeningen in zijne ranschel marcheert, die er te eeniger tijd uit kunnen komen. Hij houdt zich voor geheel gezond, en zou tot zijn dokter zeggen: vertel maar royaal alles wat gij van mij weet! En dan zou hij door de maatschappij afgewezen worden! Waarom zou de directie ook op ontheffing van geheimhouding gesteld zijn, ware het niet, om dingen te weten te komen, die zij van de candidaat niet kan vernemen, die deze dus òf niet weet, òf verzwijgt?" (NTvG

I 1901: 1127). Ook voor de nabestaanden zou het naar zijn plotseling te ontdekken aan welke kwaal de patiënt is overleden.

De reactie van Van Dieren luidt kort maar krachtig “dat Pinkhof zijn cliënten over één kam schijnt te scheren met idioten!”(NTvG II 1901: 615). Van Dieren ziet het als een taak mee te werken aan nuttige instellingen als levensverzekeringen, en zal indien de patiënt hem daartoe machtigt, zowel gezondheidsverklaringen als doodsoorzaakverklaringen afgeven. Pinkhof reageert op zijn beurt weer met een kleine case-studie. “Alleen wil ik vertellen, dat voor weinige dagen een verzekerde dame tot mij kwam om een gezondheidsverklaring tot verhooging der verzekering. Zij leed aan ‘dyspnée d’effort’, was noch idioot (al kende zij de draagkracht harer toestemming niet), noch schurkachtig. Maar ik was verheugd, haar te kunnen mededeelen, dat ik uit beginsel de verklaring weigerde, en als de Maatschappij op grond van mijn weigering de verhooging niet toestond, is mijn patiënte de mededeeling bespaard, dat zij een minderwaardig leven heeft” (NTvG II 1901: 617).

Pinkhof en Van Dieren zijn representatief voor de wijze waarop respectievelijk de ‘preciezen’ en de ‘rekkelijken’ in de discussie over het beroepsgeheim hun standpunt bepalen. De preciezen houden principieel vast aan het beroepsgeheim. Zwijgen geldt voor hen als regel. De levensverzekeringsmaatschappijen mogen goed werk verrichten, welvaart en volksgezondheid bevorderen, de primaire taak van de arts is gelegen in de zorg voor zijn patiënten en dat veronderstelt het volledige vertrouwen van de patiënt in de arts. Alleen indien de arts deze taak serieus neemt zal de patiënt alle informatie geven die de arts nodig heeft om de goede diagnose te kunnen stellen en een adequate therapie te bepalen. Streng handhaving van het beroepsgeheim is dan ook in overeenstemming met het algemeen belang, in die zin dat ze goede geneeskundige zorg voor iedereen mogelijk maakt. De preciezen zijn paternalistisch, in de zin dat zij, en niet de patiënten, beslissen of de verzekeringsmaatschappij over de medische geschiedenis of de doodsoorzaak kan worden ingelicht.

De rekkelijken zien juist de maatschappelijke functie van de levensverzekering als een zaak van algemeen belang, en pleiten in dat kader voor een pragmatische opstelling ten aanzien van het beroepsgeheim. Spreken zij regel en zwijgen een uitzondering. Men treedt bij het invullen van formulieren eenvoudigweg niet teveel in detail. Ze zijn bovendien liberaal, in die zin dat ze de patiënt een eigen verantwoordelijkheid toekennen in de beslissing om wel of niet informatie door te spelen naar de levensverzekeringsmaatschappijen.

#### *Inhoud of procedure*

Dat de preciezen in de NMG geleederen een sterke positie innemen, blijkt uit een referendum dat men houdt in 1902. Met 392 stemmen voor en 60 tegen besluit men dat er geen doodsoorzaakverklaringen afgegeven dienen te worden. De arts mag slechts een doodsverklaring tekenen ten behoeve van de levensverzekeringsmaatschappijen. Hiermee lijkt duidelijk te worden dat de meeste NMG leden de concessies van de commissie van 1898 veel te ver vinden gaan.

Of artsen in de praktijk ook inderdaad handelen naar de principes waarvan ze op het referendum getuigen is onduidelijk. Aan de ene kant vormt het feit dat de meeste

artsen in de praktijk toch wel een doodsoorzaakverklaring tekenen aanleiding voor de rekkelijken om artsen op te roepen hun principes maar te laten varen. Anderzijds staan er in het NTvG tal van ingezonden brieven van artsen die geschokt constateren dat een weigering tot het afgeven van een verklaring niet gerespecteerd wordt door de maatschappijen, die daarom vervolgens de nabestaanden geen uitkering verstrekken. Het lijkt er zelfs op dat na het referendum steeds meer artsen weigèren deze verklaringen te geven (Medisch Weekblad voor Noord en Zuid Nederland 1904: 264).

Dat de weigering van artsen om doodsoorzaakverklaringen over hun patiënten te verschaffen wel een last vormen voor de levensverzekeringsmaatschappijen, valt af te leiden uit het verzoek van veertig maatschappijen aan de regering om artsen wettelijk bevoegd te verklaren tot afgifte van doodsoorzaakverklaringen.

De levensverzekeringsmaatschappijen trachten dus door middel van een juridische, procedurele oplossing uit de impasse te geraken. In antwoord op hun voorstel komt de regering in 1904 inderdaad met een voorstel tot wetwijziging, waardoor artsen de bevoegdheid zouden krijgen de diagnose van de ziekte van een overleden patiënt mee te delen aan de directies van de maatschappijen. Afgezien van het feit dat veel artsen erg verbolgen zijn over het feit dat de regering hen als beroepsgroep niet eens heeft geraadpleegd voor ze dit voorstel lanceerde, hebben de preciezen geen boodschap aan dit voorstel. Niet alleen de patiënt, ook de wetgever kan in hun ogen de arts niet ontslaan van zijn beroepsgeheim.

Volgens Van Tussenbroek, zelf adviseur van een levensverzekeringsmaatschappij, is de aanname van zowel de levensverzekeringsmaatschappijen als de regering, dat het beroepsgeheim van de arts is gefundeerd in de beroepseed, een misverstand. De beroepseed mag de wettelijke bekrachtiging zijn van het beroepsgeheim, ze is geenszins een noodzakelijke voorwaarde. Het beroepsgeheim bestaat ook onafhankelijk van deze eed, "omdat hij zijn grondslag heeft in den aard van het beroep zelf, en in het vertrouwen, dat voor een waardige uitoefening van dat beroep de noodzakelijke voorwaarde is. De beroepseed kan van vorm veranderen en uit den tijd geraken: het beroepsgeheim blijft" (NTvG II 1904: 463). Ze wijst er in dat verband op dat het conflict over het beroepsgeheim ook in andere landen speelt, waar artsen geen eed hebben afgelegd, en concludeert: "Het referendum van 1902 blijft, met of zonder wetwijziging, van kracht" (NTvG II 1904: 463). Bruinsma is het met haar eens en spreekt de angst uit dat deze wet de druk op artsen om toch verklaringen af te geven nog zal doen toenemen. Hij pleit ervoor dat artsen "zich schouder aan schouder tegen deze wet zullen verzetten" (Medisch Weekblad voor Noord en Zuid Nederland 1904: 266). Van Dieren daarentegen snapt niet waarover Van Tussenbroek klaagt, want het wetsvoorstel laat immers iedere arts vrij om zelf te beslissen. De voorstanders van het absolute beroepsgeheim kunnen de verzekeringsmaatschappijen en de nagelaten betrekkingen net "zo hard blijven hinderen als hun consciëntie het hun gebiedt" (Medisch Weekblad voor Noord en Zuid Nederland 1904: 271). Uit een onderzoek onder de afdelingen van de NMG blijkt dat de meningen over het nut van deze wet sterk verdeeld zijn (NTvG I 1905: 760-4).

### *Vrede van Tilburg*

De toenemende druk van de levensverzekeringsmaatschappijen op artsen om doodsoorzaakverklaringen af te geven hangt onder andere samen met ontwikkelingen in het levensverzekeringswezen zelf. In de periode tussen 1880 en 1900 lieten levensverzekeringsmaatschappijen alleen die verzekeringkandidaten toe die naar verwachting een 'normale', dat wil zeggen gemiddelde, levensduur zouden bereiken. De zogenaamde 'gezondheidsaristocraten' of 'gezonde risico's'. Uit zorg voor de vele afgewezenen die van voorzorg verstoken blijven, wordt op het Internationaal Congres van Artsen verbonden aan Levensverzekeringsmaatschappijen in 1901 besloten om te onderzoeken of, en zo ja op welke wijze, de zogenaamde 'risques tarés', oftewel de 'minderwaardige levens', te verzekeren zijn. Het gaat hierbij om mensen die niet helemaal gezond zijn, en die naar verwachting niet de gemiddelde levensduur zullen halen. De verschuiving van de grenzen van verzekeraarbaarheid betekent niet alleen dat het medisch onderzoek voor het aangaan van het verzekeringcontract veel uitgebreider plaats moet vinden, en informatie van de behandelend arts over de ziektegeschiedenis onmisbaar is. Het betekent tevens dat de doodsoorzaakverklaringen meer gespecificeerd moeten zijn, om op termijn voor deze specifieke risicogroepen sterfstatistieken te kunnen maken en de hoogte van de premie te kunnen berekenen.

Op dit congres benadrukken artsen die als medisch adviseur werken voor een levensverzekeringsmaatschappij – rekkelijken – dat het beroepsgeheim van de arts geen beletsel hoeft te vormen voor het meedelen van de doodsoorzaak van patiënten door de behandelend geneesheer.

Binnen de NMG is men nog steeds verdeeld, zodat de verhouding tussen levensverzekeringsmaatschappijen en NMG moeizaam blijft. In 1907 zet de NMG nogmaals een commissie aan het werk om deze relatie te onderzoeken. Hoewel de opdracht van de commissie luidt te komen tot uniforme keuringsformulieren en uniforme minimum honoraria voor keuringen, kan ze niet om het beroepsgeheim heen. In 1909 doet ze verslag van haar werk.

Op het punt van de huisarts-gezondheidsattesten herhaalt ze het standpunt van de commissie van 1898: deze behoren niet te worden afgegeven. Enkele inlichtingen over de ziektegeschiedenis van de patiënt kunnen eventueel aan de medische adviseurs van de verzekeringmaatschappijen gegeven worden, als de kandidaat-verzekerde daarvoor toestemming geeft. Als het gaat om doodsoorzaakverklaringen verklaart ze zich echter onmachtig om een voor iedereen geldige gedragslijn te bepalen. "Zij wenscht daarom een ieder volledige vrijheid van handelen te laten, om een verklaring van overlijden met opgave der doodsoorzaak ten behoeve van levensverzekeringsmaatschappijen af te geven, wanneer de verzekerde hiertoe machtiging heeft verleend" (NTvG I 1909: 1228). Tegenover de vrijheid doodsoorzaakverklaringen af te geven staat echter de eis dat een weigering van een arts de doodsoorzaak op te geven de uitkering van de verzekerde som niet in de weg mag staan. Met de acceptatie van dit compromisvoorstel door de algemene vergadering van de NMG in 1910 is 'de Vrede van Tilburg' tussen NMG en levensverzekeringsmaatschappijen een feit.



Met dit compromis heeft de NMG echter partij getrokken in het debat tussen preciezen en rekkelijken, en wel voor een liberale opstelling. De levensverzekeringspraktijk heeft zich zodanig ontwikkeld, dat ze niet meer valt weg te denken, en een 'rekkelijke' houding ten aanzien van het beroepsgeheim is geboden. De commissie spreekt haar overtuiging uit dat "het tot heden door vele geneeskundigen ingenomen standpunt inzake beroepseed en beroepsgeheim op den duur zal blijken niet gehandhaafd te kunnen worden" (NTvG I 1909: 1232). Voor een goede regeling van honoraria en keuringsformulieren is een goede verstandhouding met de levensverzekeringsmaatschappijen bovendien een vereiste en een 'redelijke' houding inzake het beroepsgeheim kan daartoe een bijdrage zijn.

Pinkhof, die tot dan toe met de verdediging van het absolute beroepsgeheim veel NMG-leden aan zich had weten te binden, is het enige commissielid dat de conclusies niet onderschrijft en hij voegt een minderheidsstandpunt aan het rapport toe. Het merendeel van de NMG-leden is er inmiddels echter kennelijk ook van overtuigd geraakt dat het levensverzekeringswezen en de rol die artsen daarin spelen, een gegeven zijn waar men niet meer om heen kan. De algemene vergadering neemt de conclusies van de commissie over en met Pinkhof lijken de verdedigers van het 'secret absolute' de strijd om het beroepsgeheim te hebben verloren.

### **Ingrediënten voor een sociologisch-historische analyse**

#### *Netwerk*

Om de betekenis van dit debat te kunnen achterhalen wil ik voorstellen dit debat niet te zien als een variatie op een eeuwenoud, en in essentie gelijkblijvend medisch-ethisch thema, maar als een uitdrukking van de specifieke sociale en historische karakteristieken van de betrokkenheid van artsen bij het commerciële levensverzekeringswezen in de periode rond de eeuwwisseling. Vanuit dat perspectief hangt de lading van dit debat samen met de kenmerken van het netwerk dat ontstaat met de institutionalisering van medische advisering voor grootschalige verzekeringsmaatschappijen (Horstman 1994).

#### *Verwetenschappelijking, individualisering en democratisering*

Vanaf 1880 ontwikkelt die bedrijfstak zich in Nederland erg snel en tot 1900 vestigen zich ongeveer honderd nieuwe maatschappijen (Gales & Van Gerwen 1988, Schöffner 1967). Deze maatschappijen onderscheiden zich van de oudere, lokale kleinschalige verzekeringsfondsen door hun actuariële werkwijze. Zij presenteren zich als solide en betrouwbaar vanwege deze wetenschappelijke, statistische werkwijze en vragen artsen om medewerking aan de bedrijfstak omdat artsen, samen met wiskundigen, daarvan de belichaming vormen. Medewerking van de geneeskunde symboliseert de betrouwbaarheid en de soliditeit van de bedrijfstak.

Terwijl de oudere, lokale verzekeringsfondsen mensen verzekeren op basis van sociale kenmerken zoals rang, stand, beroep, regio en sekse, verzekeren grootschalige levensverzekeringsmaatschappijen mensen op grond van hun individuele levenskansen. Levensverzekeringsmaatschappijen introduceren een verzekeringspraktijk op basis

van risicoselectie, en 'risico's' dienen met wetenschappelijke middelen berekend te worden – met behulp van een gezondheidskeuring en statistiek. Risicoselectie door het levensverzekeringsbedrijf vormt dus een uitdrukking van en bijdrage tot processen van verwetenschappelijking en rationalisering van zorgarrangementen.

Hoewel levensverzekeringsmaatschappijen erop gericht zijn slechte risico's uit te sluiten omdat ze de soliditeit van de maatschappij bedreigen, betekent hun werkwijze een democratisering van de toegang tot een verzekering in vergelijking tot de oudere, lokale verzekeringsfondsen. In het kader van de wetenschappelijke selectie van 'risico's' dienen artsen alle kandidaten dan ook gelijk te behandelen.

#### *Uniformering en bureaucrativering*

Uniformering van het handelen van artsen wordt door de representanten van levensverzekeringsmaatschappijen gezien als de weg naar een objectieve risicobepaling. Terwijl voor veel artsen in die periode, ondanks de opkomst van een wetenschappelijke geneeskundige stijl, verschillen in de behandeling van patiënten een uitdrukking vormen van therapeutische professionaliteit (Warner 1986), associëren de maatschappijen keuringsexpertise met gestandaardiseerd, uniform medisch handelen.

De standaardisering en uniformering van het handelen wordt ten dele bereikt door de bureaucrativering van de bindingen in het netwerk. Zo dienen keuringsartsen in de eerste plaats de resultaten van een keuring en detail in een keuringsrapport te vermelden, waarbij nadrukkelijk gevraagd wordt om precisie tijdens onderzoek en in de verslaglegging (Horstman 1994). Van artsen wordt gevraagd diagnoses en bevindingen van onderzoek te expliciteren met een graad van exactheid waaraan zij in de therapeutische praktijk niet gewend zijn. De verslaglegging wordt gecontroleerd door agenten, door de medisch adviseurs, en gebrekkigheden daarin zijn vaak aanleiding tot correspondentie en irritatie. Maatschappijen vragen precisie, de keuringsartsen dwingen ze, door gebrekkige verslaglegging, tot nog meer sturende formulieren: zowel maatschappijen als artsen dragen dus bij aan de bureaucrativering van het netwerk en aan de uniformering van het handelen. Tegelijkertijd worden de grenzen van de expertise van artsen zichtbaar, voor artsen zelf als ook voor de medisch adviseurs, agenten en kandidaten. Doordat de maatschappijen de keuringsrapporten opslaan, is het bovendien mogelijk rapporten van keuringsartsen onderling te vergelijken en zo te bepalen wie in de ogen van de maatschappij wel en niet goed keurt dan wel verslaglegt. In de populaire verzekeringsliteratuur wordt veelvuldig verslag gedaan van de eisen die aan een keuring worden gesteld en van de moeilijkheden die artsen de maatschappijen op dit punt zouden bezorgen.

In de tweede plaats beogen de maatschappijen statistieken op te bouwen van de levensduur van verzekerden, die als basis kunnen dienen voor het bepalen van de premies. Ten behoeve van deze statistieken verzamelen de maatschappijen doodsoorzaakverklaringen, maar deze dienen en passant ook om het handelen van artsen te controleren. Door doodsoorzaakverklaringen naast keuringsrapporten te leggen denkt men inzicht te verwerven in de keuringscapaciteiten van de artsen. De arts die een kandidaat goedkeurt die later aan een kwaal overlijdt die ten tijde van de keuring al moet hebben bestaan, en die verondersteld wordt met bepaalde symptomen gepaard te

gaan, loopt een deuk op in zijn reputatie. Regelmatige vergelijking van keuringsrapporten en doodsoorzaken geeft een beeld van 'goede' en 'slechte' artsen.

#### *Bureaucratisering en openbaarheid*

De bureaucrativering van het netwerk dat ontstaat met de levensverzekeringsgeneeskunde betekent dat medische expertise gereorganiseerd wordt. Er ontstaan nieuwe normen over wat geldt als 'medisch expertise' en nieuwe handelingspatronen. Tegelijkertijd ontstaat er een sfeer van geneeskundige openbaarheid. Het netwerk dat ontstaat en waarin keuringsrapporten en doodsoorzaakverklaringen een belangrijke plaats innemen, genereert diverse vormen van directe en anonieme collegiale controle, die niet vrijblijvend is. Soms leidt de controle van de medisch adviseur op de keuringsrapporten tot verwijdering van keuringsartsen uit het bestand, of tot ontslag, omdat ze hun werk niet goed doen. Deze vorm van openbaarheid is betrekkelijk nieuw, in die zin dat het rond de eeuwwisseling nog als een goed gebruik geldt niet in het werk van collega's te interfereren en zeker geen kritiek te uiten (Waddington 1975). Het werk van artsen wordt ook in toenemende mate inzichtelijk voor leken. Agenten en kandidaten kunnen in de verzekeringsliteratuur lezen wat ze van een arts mogen verwachten.

#### *Openbaarheid en geheim*

De heftigheid van het debat over het beroepsgeheim rond de eeuwwisseling en de verschuiving van het 'absolute geheim' naar een flexibele opstelling inzake mededelingen aan derden, kunnen nu gezien worden in het licht van deze groeiende openbaarheid rond het medisch handelen en de vermaatschappelijking van de geneeskunde. Want waarom werd het beroepsgeheim pas met de opkomst van de commerciële verzekeringsmaatschappijen als een probleem gedefinieerd? Natuurlijk klaptten artsen ook voor 1880 wel eens uit de school. Overtredingen van het beroepsgeheim werden toen echter gezien als een bevestiging van de regel van het beroepsgeheim, roddel over artsen bevestigde het idee dat de arts en patiënt een exclusieve, intieme relatie met elkaar onderhielden. De behandeling van individuele patiënten vormde de kern van de therapeutische identiteit van artsen. Overwegingen van algemeen belang of derden speelden in de medische beroepsuitoefening geen rol. Met het feit dat artsen reëel voor derden gaan werken en er een bureaucratisch netwerk ontstaat, verandert de betekenis van uit de school klappen. Dat wordt dan beschouwd als een aantasting van de grondslag van de therapeutische praktijk, de intieme relatie tussen arts en patiënt en de identiteit van de arts. De nieuwe eisen die aan artsen gesteld worden, tezamen met de groeiende controle op hun werk maakt ze kwetsbaar. Het debat over het beroepsgeheim illustreert dus de manier waarop de NMG partij tracht te worden in het netwerk van medische advisering voor levensverzekeringsartsen.

#### *Het geheim van de patiënt als het geheim van de dokter*

In moderne handboeken over medische ethiek wordt herhaaldelijk gewezen op het feit dat het beroepsgeheim van de arts natuurlijk de privacy van de patiënt betreft. Niet de arts heeft recht op 'weten', de patiënt heeft recht op 'geheimhouding'. Het debat over het beroepsgeheim rond de eeuwwisseling gaat echter niet alleen over het geheim van

de patiënt, maar ook met name over het geheim van de arts. Het beroepsgeheim beschermt de arts zo mogelijk nog meer dan de patiënt. Het belet derden controle uit te oefenen over zijn medisch handelen. Zijn twijfels, onkunde en eventuele fouten blijven aan het oog van anderen onttrokken. Niet alleen de grenzen van het privé-leven van patiënten staan ter discussie, maar ook de grenzen van de professionele vaardigheid van artsen.

De oude geneeskundige traditie dat het beter is dat artsen patiënten niet de bevindingen van een onderzoek meedelen, en dat men familieleden beter niet de doodsoorzaak vertelt, hangt samen met taboes en angst voor sommige ziektes en met pogingen patiënten te beschermen tegen de gevolgen van bekendmaking van deze kwalen. De norm van niet-vertellen betekent echter niet alleen dat patiënten en derden niet-weten, maar ook dat artsen vaak niet-weten. Net als patiënten hebben zij vaak een gebrekkig idee van wat er met ze aan de hand is en kunnen zij het ziektebeeld van een patiënt niet goed onder woorden brengen. Het 'absolute geheim' fungeert dus paradoxalerwijze in een omgeving waarin niet zoveel te verbergen valt.

De vorming van netwerken waar, behalve de arts en de patiënt, 'derden' structureel onderdeel van uitmaken, en de toename van openbaarheid, leidt tot de produktie van meer gedetailleerde kennis van de gezondheid van mensen, die bovendien door meer mensen gedeeld wordt. De afhankelijkheidsrelaties in een uitdijend netwerk dat steeds meer weten genereert en waarin dus ook steeds meer te verbergen zou zijn, leiden echter niet tot strengere handhaving van het beroepsgeheim. Integendeel. In dit netwerk waarin sprake is van groeiende openbaarheid wordt het beroepsgeheim juist steeds minder stringent gedefinieerd.

### **Besluit**

In deze bijdrage heb ik geprobeerd aannemelijk te maken dat het aanbeveling verdient om het beroepsgeheim niet te beschouwen als een medisch ethisch thema dat 'van alle tijden' is, of intrinsiek verbonden is met het medisch beroep. Door het beroepsgeheim van artsen te analyseren tegen de achtergrond van de betrokkenheid van de geneeskunde bij grootschalige verzorgingsarrangementen zoals levensverzekeringsmaatschappijen kan nieuw licht geworpen worden op de specifieke cultuur-historische betekenis van dit geheim. De scherpte van de discussies, de 'Vrede van Tilburg' en de winst van de 'rekkelijken' in het debat worden begrijpelijk indien we oog hebben voor de netwerken waarin artsen rond de eeuwwisseling een rol gaan spelen. Met het gedeeltelijk prijsgeven van hun beroepsgeheim aan levensverzekeringen hebben artsen tevens een stuk controle over hun eigen medische kennis en praktijk uit handen gegeven.

### **Noot**

Klasien Horstman is historisch en wijsgerig socioloog, verbonden aan de faculteit Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg. Zij is gepromoveerd op een onderzoek naar de betrokkenheid van artsen bij levensverzekeringsmaatschappijen en bij de uitvoering van de Ongevallenwet.

## Literatuur

- Beckford, J.A.  
1982 The ideologies of privacy. *Current Sociology* 30 (2): 42-56.
- Gales, B.P.A. & J.L.J.M. van Gerwen  
1988 *Sporen van leven en schade. Een geschiedenis en bronnenoverzicht van het Nederlands verzekeringswezen*. Amsterdam: NEHA.
- Horstman, K.  
1994 De betekenis van urine-onderzoek bij medische keuring voor een levensverzekering. In: S. van der Geest et al. *De macht der dingen. Medische technologie in cultureel perspectief*. Amsterdam: Het Spinhuis, pp. 44-60.
- O/yen, E.  
1982 The social functions of confidentiality. *Current Sociology* 30 (2): 1-41.
- Schöffler, I.  
1967 De ontwikkeling van het moderne levensverzekeringswezen in Nederland in de negentiende eeuw. In: *Bedrijf en samenleving. Economisch-historische studies over Nederland in de negentiende en twintigste eeuw*. Alphen a/d Rijn: Samson, pp. 179-94.
- Simmel, G.  
1968 *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin: Ducker & Humblot.
- Warner, J.H.  
1986 *The therapeutic perspective. Medical practice, knowledge and identity in America 1820-1885*. Cambridge: Harvard University Press.