Maastricht University

Verzekerd leven : artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920

Citation for published version (APA):

Horstman, K. (1996). *Verzekerd leven : artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Babylon-De Geus. https://doi.org/10.26481/dis.19960329kh

Document status and date:
Published: 01/01/1996

DOI:
10.26481/dis.19960329kh

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 20 Apr. 2024

Verzekerd leven

© Klasien Horstman / Uitgeverij Babylon-De Geus, Amsterdam 1996

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the publisher.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Uitgeverij Babylon-De Geus, Rapenburg 33, 1011 TV Amsterdam, telefoon 020 6225773.

Deze publikatie is mede tot stand gekomen dankzij financiële steun van de Onderzoeksschool Wetenschap, Technologie en Moderne cultuur en de J. E. Jurriaanse stichting.

Omslag: Carta, Utrecht
Illustratie omslag uit: Charles Lyman Greene, *The medical examination for life insurance and its associated clinical methods with chapters on the insurance of substandard lives and accident insurance*. Rebman, Londen, 1901.
Tekening: 'Aneurysm of the aorta'.
Foto: 'Aortic aneurysm (ascending portion of arch). Unusual percussion area. +: only point of pulsation. Had taken out insurance within two years.'
Eindredactie: Laura van Campenhout
Drukwerk: Haasbeek bv

ISBN 90 6222 317 6
NUGI 730/661

Verzekerd leven

Artsen en levensverzekeringsmaatschappijen
1880-1920

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, prof.mr. M.J. Cohen,
volgens het besluit van het College van Decanen,
in het openbaar te verdedigen
op vrijdag 29 maart 1996 om 14.00 uur

door

KLASIEN HORSTMAN

geboren te Emmen

Promotor

Prof.dr. L. Boon

Co-promotor

Dr. E.S. Houwaart

Beoordelingscommissie

Prof.dr. H. Philipsen (voorzitter)
Prof.dr.ir. W.E. Bijker
Prof.dr. G.B.M. Engbersen (Universiteit Utrecht)
Prof.dr. A. de Swaan (Universiteit van Amsterdam)
Prof.dr. F.C.B. van Wijmen

Inhoud

Voorwoord 7

Inleiding 11
Medische advisering 11
Medische macht 13
Medische expertise 17
Risicocultuur 21
Levensverzekeringsmaatschappijen 25

1 Medische advisering voor de levensverzekering. 31
Inleiding 31
Armoede, beschaving en levensverzekering 32
De noodzaak van medische selectie 37
Van attest tot keuring 47
Weerstand tegen de medische keuring 50
Professionele organisatie van medische selectie 54
Financiële bindingen 66
Therapeutische en adviserende rol 72

2 De keuring voor de levensverzekering 77
Inleiding 77
Een nieuwe vorm van medisch handelen 80
Keuringsetiquette 86
Medische technologie 92
Bureaucratisering en openbaarheid 103
Plicht tot zorgvuldig keuren 111

3 Openbaarheid en geheim 117
Inleiding 117
Zwijgen zij regel 120
Zwijgen of spreken 123
Rekkelijken en preciezen 128

Wet of beroepsmoraal 133
Omwille van de wetenschap 138
Openbaarheid en geheim 148

4 Gezonde en ongezonde risico's. 155
Inleiding 155
Van noodlot tot risico 157
Collectieve en individuele risico's 165
Verzekering van minderwaardige levens 173
Statistiek van minderwaardige levens 177
De constructie van een populatie 181
Privatisering van risicobepalingen 185
Periodiek geneeskundig onderzoek 187
Commercie, geneeskunde en risico's 193

5 Verzekerd leven 197
Autonomie en afhankelijkheid 198
Medische expertise en commercie 202
Risicocultuur en publiek lichaam 206
Pleidooi voor openbaarheid 209

Noten 217

Bronnen 263
Periodieken en archieven 263
Literatuur 265

Summary 279

Curriculum vitae 285

Voorwoord

Nadat ik was bekomen van de verhuizing van Groningen naar Maastricht en wat had rondgeneusd op het zeer brede veld van gezondheidswetenschappen, begon ik in 1988 met een onderzoek naar de betrokkenheid van artsen bij levensverzekeringsmaatschappijen en bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1901. Dit boek bevat een verslag van de helft van dat onderzoek. Een beetje met spijt in het hart, omdat ik ook aan de andere helft gehecht was. De reden voor deze ingreep heeft te maken met veranderingen in de academische wereld gedurende de periode van het onderzoek. Mijn aanvankelijke idee dat een promotie een aardig eindpunt van het onderzoek zou zijn moest plaats maken voor het besef dat een promotie een randvoorwaarde is om aan een universiteit te kunnen werken en in dat kader leek het verstandig om eerst maar eens over de helft van het onderzoek verslag te doen. Een proefschrift schrijven komt er dan toch uiteindelijk gewoon op neer dat Ambities ambities worden en dat zelfs ambities verdwijnen om plaats te maken voor de eenvoudige opdracht om het nu maar gewoon af te maken.

Gedurende de laatste zeven jaar heeft dit onderzoek afwisselend de voor- en achtergrond van mijn leven gevormd. Welke rol het echter ook speelde, ik denk er met genoegen aan terug. Van het geploeter in archieven en oude tijdschriften tot het schrijven van de laatste versie. Dat dit proefschrift vooral met plezier tot stand is gekomen is in de eerste plaats te danken aan mijn promotor Louis Boon. Hij heeft me de kans gegeven om uit te vinden naar wat voor soort onderzoek mijn hart uitgaat en om mijn eigen koers te varen. Hij gaf me bovendien de indruk dat hij er nooit aan twijfelde dat het met dit boek wel goed zou komen. Een dergelijke demonstratie van vertrouwen betekende voor mij een ideaal werkklimaat. De vrije hand die ik kreeg laat onverlet dat zijn invloed op het boek onmiskenbaar is. Zijn aversie tegen 'postmodern geneuzel' heb ik goed in de oren geknoopt. Zijn opvattingen over de balans tussen precisie, systematiek, reikwijdte en relevantie en zijn waardering voor vertellende boeken hebben een belangrijke rol gespeeld bij het schrijven van dit proefschrift.

Dank zij het constructieve inhoudelijke commentaar van Eddy Houwaart is het schrijven van dit proefschrift de laatste twee jaar in een stroomversnelling geraakt. In onze gesprekken trad een onverwachte rolwisseling op. Eddy, de medisch historicus, presenteerde de brede blik, terwijl ik, de socioloog, in de ban was van het historische materiaal. Dat het boek daar niet in is blijven steken is grotendeels aan zijn inzet te danken. Relativering van het belang van allerlei kleinigheden waar je aan gehecht bent geraakt kun je alleen maar goed verdragen van iemand van wie je weet dat die wél veel liefde koestert voor historische details. Eddy vertegenwoordigde precies de goede combinatie van affiniteit en theoretische distantie.

Gerard de Vries is in de beginfase nauw bij dit onderzoek betrokken geweest. Hij heeft de totstandkoming van het boek in de loop der jaren van meer en minder nabij gevolgd en heeft mij diverse keren van advies gediend. Een proefschrift is niet alleen de afronding van een onderzoek maar getuigt ook, tegen wil en dank, van een opvatting over de manier waarop het vak bedreven moet worden. Veel ideeën over sociaal-wetenschappelijk onderzoek, over de plaats en status van theoretische taal en concrete voorbeelden en over stijl ontleen ik aan hem. Veel belangrijker is echter dat zijn raad meestal verder strekte dan het onderzoek en behalve het werk ook het leven betrof, zaken die tenslotte sterk met elkaar samenhangen. Soms nam ik deze ter harte en soms sloeg ik hem in de wind, maar aan zijn mening hechtte ik veel waarde en ik ben blij dat hij me bij tijd en wijle wilde vertellen wat hij ervan dacht.

Diverse andere mensen hebben concepthoofdstukken gelezen, gewezen op onjuistheden, slordigheden en gemiste kansen of goede ideeën aangereikt. Ik heb veel gehad aan het commentaar van Annet Mooy en Bernike Pasveer, die de laatste twee jaar bij alle concepthoofdstukken hebben meegelezen. Ook dank ik Marco van Leeuwen voor zijn bereidheid om het manuscript met de bril van de professionele historicus op te lezen. De kanttekeningen van Ben Gales bij het manuscript waren erg waardevol en hebben me doen inzien dat ik meer verstand van dokters dan van verzekeren heb. Zijn bereidheid om in een eerdere fase over mijn onderzoek van gedachten te wisselen en om enkele stukjes materiaal over vrouwen en levensverzekeringsbedrijven af te staan heb ik zeer op prijs gesteld. Ten slotte heeft ook Agnes Meershoek het hele manuscript gelezen en een oplossing aangereikt voor een belangrijk probleem, waarvan ik hoop dat het nu niet meer als probleem zichtbaar is. Verder dank ik Marc Berg, Wiebe Bijker, Rob Houtepen, Jo Wachelder, Wies Weijts, Rein de Wilde, de leden van Munga, van het onderzoeksproject BOTS en van de Wellcome-workshop Cambridge-Maastricht voor hun kritiek en inspirerende opmerkingen bij de bespreking van concepthoofdstukken.

Verschillende mensen hebben mij geholpen bij het opsporen en verzamelen van materiaal en bij het klaarmaken van het manuscript. Veel dank ben ik verschuldigd aan Dirk van der Bijl, bibliothecaris bij de AMEV in Utrecht. Veel bronnen waren in zijn bibliotheek aanwezig en ik heb daar vele dagen op mijn gemak kunnen werken. Verder dank ik Alie van der Meulen, werkzaam bij Aegon te Leeuwarden voor haar hulp bij het achterhalen van sommige documenten. Door middel van een gesprek met de heer R. Pannekoek, medisch adviseur bij Aegon, en de heer W. Ouwehand (ex-voorzitter van de Nederlandsche Vereniging voor Levensgeneeskunde) ben ik in de beginperiode van het onderzoek enigszins bekend geraakt met de wereld en het werk van medisch adviseurs. Medewerk(st)ers van de bibliotheek van de Rijksuniversiteit Limburg hebben eindeloos veel artikelen voor mij aangevraagd bij andere universiteiten en instellingen. Els Mulder, Hans Suykerbuyk, Bert Molewijk en Olga Haveman hebben me in achtereenvolgende jaren als studentassistent veel kopieerwerk uit handen genomen en Olga heeft bovendien de literatuurlijst compleet gemaakt.

Tot en met de laatste verbeteringen is het manuscript in WordPerfect 4.2 geschreven. Ik dank Hellen Heutz en Ingrid Lathouwer voor hun geduld met mijn Stenen-Tijdperkachtige aanpak en voor hun hulp om teksten steeds netjes aan te leveren. De hulp van Angel Waajen was onmisbaar bij het corrigeren van de Engelse samenvatting.

Het manuscript voor dit boek werd op 21 april 1995 bij de promotor ingeleverd. Twee dagen later werd Redmar geboren. Het was de vraag welk kindje er het eerst zou wezen. De steun van Karin Bijsterveld, Saskia van der Lyke en Jessica Mesman gedurende deze spannende laatste weken was onbetaalbaar. Ten slotte dank ik mijn familie. Zij hebben me de kans gegeven mijn eigen weg te gaan en tegelijkertijd zijn ze erin geslaagd de afstand tussen Noord- en Zuid-Nederland onbeduidend klein te maken. Zij zijn fantastisch!

Maastricht, oktober 1995

Inleiding

MEDISCHE ADVISERING

De term 'dokter' roept bij veel mensen de associatie op van de huisarts in de spreekkamer of van de specialist in het ziekenhuis, een man of vrouw die zich buigt over de problemen van een patiënt. In het dagelijkse spraakgebruik is een arts in de eerste plaats iemand wiens hulp wordt ingeroepen als men zich ziek voelt of letsel heeft, in de verwachting dat zijn handelingen ertoe zullen bijdragen dat de klachten zullen verdwijnen.

Dit beeld van de arts als therapeut wijkt beduidend af van de werkelijke beroepspraktijk van artsen. Die bestaat niet louter uit curatieve zorg voor patiënten, maar ook uit medische advisering ten behoeve van andere opdrachtgevers. Al vanaf de zestiende eeuw spelen artsen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de handhaving van het interne en externe geweldsmonopolie van de staat. Als gerechtelijk geneeskundige verschaffen ze in geval van een mogelijk misdrijf opheldering over de vraag of er sprake is van onnatuurlijke dood en als militair arts houden ze de gezondheid van de strijdkrachten in de gaten. In de negentiende eeuw dragen artsen bij aan pogingen van de staat de volksgezondheid te beheersen en informeren ze lokale overheden wanneer het raadzaam is om in verband met een besmettelijke ziekte een winkel of een hotel te sluiten. Vanaf de Middeleeuwen, zo stelt de Duitse medisch historicus Labisch, wordt het menselijk lichaam een aangrijpingspunt voor de organisatie van menselijke betrekkingen en ontwikkelt het zich tot een sociaal goed. Parallel met de genese van deze publieke dimensie van het lichaam ontwikkelt de geneeskunde rollen en expertise voor de beheersing van dit openbare lichaam.[1]

Een belangrijke impuls tot de uitbreiding van medische advisering ten behoeve van 'derden' vormt de ontwikkeling van grootschalige verzorgingsarrangementen vanaf het eind van de negentiende eeuw. Geneeskundigen gaan een belangrijke rol spelen bij de medische selectie voor levensverzekeringsbedrijven en bij de bepaling van arbeidsongeschiktheid in het kader van de eerste sociale verzekeringswet, de Ongevallenwet. Waar artsen deze adviseringstaken in de negentiende eeuw uitoefenen naast hun

therapeutische praktijk, ontwikkelen sommige functies zich in de twintigste eeuw tot zelfstandige, voltijdse banen. Na de Tweede Wereldoorlog, met de uitbouw van de verzorgingsstaat, groeit het medische advieswerk voor andere opdrachtgevers dan patiënten explosief. In 1990 vinden enkele duizenden artsen emplooi in de niet-curatieve, adviserende sector.[2]

De maatschappelijke betekenis die aan de medische advisering wordt toegekend is groot. Artsen worden beschouwd als bewakers van de toegangspoort tot voorzieningen als een levensverzekering of een uitkering in geval van ziekte of arbeidsongeschiktheid. Het medisch oordeel over de persoon die het recht claimt op een verzekering of een uitkering is vaak van doorslaggevende betekenis voor het al dan niet erkennen van de claim en het professionele gezag van artsen draagt bij aan de legitimering van het besluit. Sociologen als De Swaan hebben erop gewezen dat de medische professie door middel van de medische advisering een pacificerende rol speelt in maatschappelijke conflictsituaties. Door het maatschappelijk probleem van de verdeling van schaarse middelen te herdefiniëren als een medisch probleem wordt een conflict tussen verzorgingsinstelling en verzekerde in de kiem gesmoord. Door de medicalisering van problemen speelt de medische professie een grote rol in de productie en reproductie van maatschappelijke orde.[3]

De medische advisering ten behoeve van moderne verzorgingsarrangementen is niet alleen omvangrijk en van grote maatschappelijke betekenis, ze is tevens controversieel. In het voetspoor van recente kritiek op het sociale zekerheidsstelsel moeten ook de verzekeringsgeneeskundigen het ontgelden. Zij zouden zich bij de arbeidsongeschiktheidskeuring te veel laten leiden door informele regels en professionele medische opvattingen en te weinig oog hebben voor de strikte toepassing van de wet. Artsen zouden daarom medeverantwoordelijk zijn voor de sterke groei van het aantal arbeidsongeschikten in de afgelopen decennia. Ook de rol van de medische professie bij privaatrechtelijke verzekeringen staat regelmatig ter discussie. Het gebruik van medische technologie zoals een aidstest of genetische diagnostiek voor levensverzekeringskeuringen is verre van onomstreden.

In het licht van de groei van medische advisering voor het verzekeringswezen, haar maatschappelijke betekenis en haar controversiële karakter ligt het voor de hand de vraag te stellen hoe de verzelfstandiging van de adviseringspraktijk ten opzichte van de therapeutische praktijk is verlopen. Onderzoek naar de genese van de medische advisering voor verzorgingsarrangementen en van de sociale en culturele omgeving waarbinnen de adviesrol op grote schaal een vanzelfsprekendheid wordt is echter niet voorhanden. Met dit onderzoek wordt beoogd in deze lacune te voorzien.

De onderhavige studie beoogt inzicht te verschaffen in de vraag hoe

artsen aan het einde van de negentiende eeuw betrokken raken bij moderne verzorgingsarrangementen. Hoe zijn artsen verbonden geraakt aan levensverzekeringsmaatschappijen? Wat betekent de medische advisering voor de professionele en maatschappelijke identiteit van artsen, voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden, voor de collegiale verhoudingen binnen de medische professie en voor de relatie met opdrachtgevers en patiënten? Welke dilemma's en spanningen brengt de adviserende rol voor de diverse betrokken partijen met zich mee, en welke sporen laten zij achter in de verzekeringsgeneeskundige praktijk?

Dat de historische en historisch-sociologische belangstelling voor deze niet-curatieve kant van het medisch beroep tot op heden gering is geweest, is niet toevallig. Dominante benaderingen in het historische en sociologische onderzoek naar de geneeskunde genereren weinig nieuwsgierigheid naar de medische advisering, omdat het antwoord op de vraag waarom medici een rol zijn gaan spelen bij verzorgingsarrangementen voor de hand lijkt te liggen. Professie- en wetenschapshistorici kunnen eenvoudig wijzen op de groeiende *autonomie* van de geneeskunde in de negentiende eeuw, uitgedrukt in de geslaagde monopolisering van het medisch beroep, of de groei van medische kennis en vaardigheden in die periode. Vanuit deze perspectieven zou de medische professie aan het eind van de negentiende eeuw zowel over de *macht* als de *kennis* beschikken om een cruciale rol te kunnen spelen bij de verdeling van schaarse voorzieningen. Deze antwoorden zijn echter niet toereikend. In de volgende paragrafen wordt uitgelegd wat eraan schort en wordt uiteengezet welke theoretische benaderingen de achtergrond vormen van deze studie.

MEDISCHE MACHT

De betrokkenheid van artsen bij verzorgingsarrangementen wordt vaak voorgesteld als een min of meer vanzelfsprekend gevolg van de maatschappelijke machtspositie die artsen aan het eind van de negentiende eeuw bekleedden. Op grond daarvan zouden zij in staat zijn geweest als een soort scheidsrechter te gaan fungeren tussen levensverzekeringsmaatschappijen en verzekeringskandidaten en later tussen de uitvoerders van de Ongevallenwet en de ongevalsslachtoffers. Een dergelijke verklaring vindt voeding in de professiesociologie en -geschiedenis.

Met name in de professiesociologie heeft men veel werk gemaakt van de analyse van de maatschappelijke macht van de geneeskunde. De macht van de medische beroepsgroep wordt binnen deze traditie toegeschreven aan het professionele karakter van het geneeskundig beroep, wat vooral tot uitdrukking komt in professionele autonomie. Die houdt in dat de geneeskunde de exclusieve controle heeft over de opleiding en de uitoefe-

ning van het beroep. Zij hoeft daarbij geen concurrentie van 'buitenstaanders' te dulden.[4] De nationale overheid creëert weliswaar de condities voor het wettelijk monopolie van de beroepsuitoefening en geneeskundigen ontwikkelen een ethos van professioneel gedrag om het publieke vertrouwen in de medische beroepsgroep te bevorderen. Deze relaties met staat en publiek vormen vanuit professiesociologische optiek echter eerder een bevestiging van professionele autonomie van de geneeskunde dan een aantasting daarvan. En hoewel professiesociologen van mening verschillen over de precieze betekenis van het professiebegrip,[5] over de normatieve evaluatie van de professionele macht van de geneeskunde,[6] over de geldigheid van de Anglo-Amerikaanse professionaliseringstheorieën voor ontwikkelingen in Europa[7] en over de vraag of er de laatste jaren niet sprake is van deprofessionalisering,[8] wordt het idee dat professionele autonomie de pijler vormt van de medische macht door weinigen betwist.

De totstandkoming van de medisch-professionele autonomie wordt vaak gelokaliseerd in de negentiende eeuw, als de geneeskunde het wettelijk monopolie verwerft op de beroepsuitoefening en als lokale verenigingen, raden en tijdschriften plaatsmaken voor een nationale organisatiestructuur. Niettegenstaande het feit dat professiesociologen algemeen erkennen dat de autonomie óók een uitdrukking vormt van biomedische innovaties in de negentiende eeuw,[9] heeft men in het professiesociologisch onderzoek vooral oog voor de politieke en organisatorische inbedding van de geneeskunde. Onderzoek naar de cognitieve condities voor de ontwikkeling van professionele autonomie laat men over aan andere disciplines.

De nadruk in de professiesociologie op de politieke en organisatorische kanten van professionele autonomie vinden we ook terug in de geschiedenis van de geneeskunde, die vaak de vorm aanneemt van een geschiedschrijving van de beroepsgroep. Een klassiek voorbeeld daarvan is het werk van Paul Starr, *The social transformation of American medicine* uit 1982.[10] Hij heeft beschreven hoe geneeskundigen zich van een zwakke, ongestructureerde en weinig homogene beroepsgroep in de negentiende en twintigste eeuw ontwikkelen tot een sterke, institutioneel verankerde professie die het monopolie heeft op de markt van medische diensten. Medici blijken in staat een zwaar stempel te drukken op de verhouding met lokale en nationale overheden, met verzekeraars en met patiënten. In Starrs studie vormt de machtspolitiek van medici en hun organisaties het centrale mechanisme voor de ontwikkeling van professionele autonomie. Een recenter voorbeeld van geschiedschrijving van de geneeskunde vanuit een professiesociologisch perspectief vormt de studie van Schepers naar de ontwikkeling van het medisch beroep in België.[11] Zij laat zien dat de organisaties van geneeskundigen een grote rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van wettelijke kaders voor de autonome uitoefening van het

medisch beroep. Net als bij Starr krijgt bij Schepers de machtspolitiek, de actieve belangenbehartiging door de beroepsorganisaties, een grote rol toebedeeld bij het verwerven van professionele autonomie. Beide auteurs staan in de machtstheoretische professiesociologische lijn, die kritiek uitoefent op de functionalistische professietheoretische stelling dat de autonomie en het altruïsme van de medische professie functioneel zijn voor de integratie van de maatschappij. De Duitse historica Huerkamp kiest in haar studie *Der Aufstieg der Arzte im 19. Jahrhundert* (1985) eveneens voor dit machtsperspectief, maar toont daarbij veel meer oog voor brede maatschappelijke ontwikkelingen buiten de medische beroepsgroep. Waar Starr en Schepers veel aandacht schenken aan het machtsstreven van artsen, schetst Huerkamp groeiende medische macht als een ten dele onbedoeld resultaat van moderniseringsprocessen.

Tegen de achtergrond van de populariteit van het professiesociologische gedachtengoed en in het licht van historisch onderzoek naar de totstandkoming van professionele autonomie is het niet verwonderlijk dat onderzoek naar de medische advisering voor privaatrechtelijke en publiekrechtelijke verzekeringsinstellingen niet hoog op de agenda staat. De interesse gaat vooral uit naar de vorming van de organisatorische infrastructuur en de formele machtspositie van de medische professie, naar de ontwikkeling van de wettelijke en organisatorische basis van haar autonomie. Is deze eenmaal gevestigd, dan lijkt de uitbreiding van medische bemoeienis naar meer terreinen van het maatschappelijk leven een vanzelfsprekend gevolg, dat geen nadere verklaring behoeft. Sterker nog, de drang tot verdere professionalisering en machtsvorming zou bovendien begrijpelijk maken dat de medische professie deze functies met een zekere gretigheid naar zich toe trekt. Vanuit de professiesociologische benadering is het redelijk te veronderstellen dat de machtspositie van medici hen in staat stelt een groot stempel te drukken op het werk dat ze verrichten voor verzorgingsarrangementen zoals levensverzekeringsmaatschappijen.

De veronderstellingen van dergelijke professiesociologische benaderingswijzen zijn reeds vaak gekritiseerd. De Swaan heeft er bijvoorbeeld op gewezen dat het machtsstreven van de medische beroepsgroep in de uitbreiding van het medisch regime niet moet worden overschat. Het initiatief tot gebiedsuitbreiding ligt zelden alleen bij de medische beroepsgroep en moet volgens De Swaan gezocht worden in 'een verborgen medeplichtigheid van de partijen in het conflict met elkaar en met de arts'.[12] Andere auteurs hebben de idee van de groeiende autonomie van de medische professie gerelativeerd door te wijzen op de rol van patiënten c.q. leken,[13] de rol van rivaliserende geneesstijlen[14] en de rol van ziekenfondsen en ziekenhuizen[15] in de vorming van de maatschappelijke machtspositie van de medische professie. Ten slotte hebben pogingen van maat-

schappijtheoretici om professionalisering te verbinden met moderniseringprocessen geresulteerd in een visie waarin autonomie van de medische professie geen resultaat is van het machtsstreven van artsen, maar een onbedoeld effect van functionele differentiatie, een ontwikkeling die zich grotendeels achter de rug van artsen voltrekt.[16]

Ondanks deze kritiek op de professiesociologie heeft het beeld van de geneeskunde als een beroepsgroep die haar autonomie op succesvolle wijze heeft afgedwongen en die welhaast alleenheerser is op het gebied van geneeskundige kwesties nog steeds grote aantrekkingskracht. Om de verleidelijkheid van professietheoretische conceptuele schema's te weerstaan en niet alleen de rol van de medische beroepsgroep bij verzorgingsarrangementen maar ook die van andere partijen empirisch zichtbaar te maken, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van ideeën van de socioloog Elias, die bekend zijn als de figuratiesociologie. In zijn programmatische werk *Was ist Soziologie?* (1970) stelt Elias dat mensen per definitie leven in netwerken van afhankelijkheidsrelaties, zogenaamde figuraties. Ook in zijn historisch-sociologische studies *Über den Prozess der Zivilisation* (1939) en *Die höfische Gesellschaft* (1969) betoogt Elias dat autonomie en afhankelijkheid twee kanten van dezelfde medaille zijn. In tegenstelling tot sociale wetenschappers die het bestaan van 'het individu' en 'de maatschappij', en het onderscheid tussen beide als gegeven veronderstellen, laat Elias zien dat individu en maatschappij historische constructies zijn. Met de afname van machtsverschillen in westerse samenlevingen raken mensen steeds minder aangewezen op hun directe omgeving en vindt spreiding van afhankelijkheid plaats over meer mensen. De schaal waarop mensen afhankelijk zijn van anderen wordt steeds groter en de interdependentieketens tussen mensen worden langer. Er ontstaat een maatschappelijke, sociale sfeer. Doordat bindingen tussen mensen anoniemer en onzichtbaarder worden gaan mensen zichzelf en anderen beleven en percipiëren als 'individuen', als afgescheiden van anderen. Vermaatschappelijking en individualisering gaan dus hand in hand. Processen van vermaatschappelijking van afhankelijkheidsrelaties en genese van autonomie dragen volgens Elias grotendeels een ongepland en onbedoeld karakter. Op het niveau van gemeenschappen betekent dit proces dat toenemende differentiatie van specifieke beroepsgroepen samengaat met een toenemende integratie van die beroepsgroepen in de samenleving. De uitkristallisering van macht en autonomie van een beroepsgroep heeft haar keerzijde in de toename van de, soms, onzichtbare bindingen tussen die groep en andere geledingen in de maatschappij.[17]

Dit sociologisch perspectief van Elias vormt een krachtig heuristisch middel tegen professietheoretische ideeën en veronderstellingen. Deze benadering maakt het mogelijk vraagtekens te zetten bij de autonomie van

de medische professie en bij haar veronderstelde macht om de medische advisering naar zich toe te trekken en vorm te geven. In plaats daarvan kunnen we de vraag stellen hoe medici, verzorgingsinstellingen en patiënten op elkaar aangewezen raken, wat de aard is van de afhankelijkheidsrelaties en hoe de machtsbalans in het netwerk rond de medische advisering zich ontwikkelt.

MEDISCHE EXPERTISE

Een andere, wetenschapshistorische verklaring voor de toenemende betrokkenheid van de medische professie bij verzorgingsarrangementen luidt dat artsen over de daartoe benodigde kennis en vaardigheden beschikten. In de geschiedenis van de geneeskunde wordt de tweede helft van de negentiende eeuw vaak voorgesteld als de periode waarin, na een aarzelende start in de achttiende eeuw, de verwetenschappelijking van de geneeskunde op grote schaal haar beslag krijgt. De totstandkoming van een onderzoeksinfrastructuur door de ontwikkeling van en samenwerking tussen wetenschappelijk onderwijs in de geneeskunde, onderzoekslaboratoria en wetenschappelijke ziekenhuizen resulteert in een versnelde productie van diagnostische technieken en therapeutische middelen. Menige inleiding in de medische geschiedenis memoreert de grote doorbraken in de kennisontwikkeling op het gebied van de anesthesie, bacteriologie en fysiologie, en wijst ons op de vooruitgang in de kennis over ziekten zoals pokken, tuberculose en syfilis. De veronderstelling dat deze kennis vervolgens brede toepassing vindt in diverse praktijken wordt door veel medisch historici met grote vanzelfsprekendheid gepresenteerd.[18] Zo stelt Van der Korst voorafgaand aan de beschrijving van de ontwikkelingen in de geneeskunde in de periode 1865-1960: 'Tegelijkertijd maakt de op boekenwijsheid gebaseerde geneeskunde plaats voor een medische wetenschap met duidelijke implicaties voor de praktijk.'[19] Hoewel hij vervolgens zowel ontwikkelingen in de medische wetenschap als veranderingen in de gezondheidszorgpraktijk behandelt, blijft de vraag of en hoe het een met het ander te maken heeft, onbesproken. De veronderstelling dat wetenschappelijke vindingen maatschappelijke gevolgen hebben leidt ertoe dat de vragen over de precieze verhouding tussen medische kennis en het desbetreffende toepassingsgebied vaak niet gesteld worden. 'We are always told who originated a discovery or technique, we are rarely told how it fared thereafter', aldus de Britse medisch historicus Pickstone.[20]

Om inzicht te verwerven in de rol die medische expertise speelt in de opkomst van de medische advisering kan men nu echter niet bij de figuratiesociologie te rade gaan. Deze benadering toont een scherp oog voor ontwikkelingen in de interdependentie tussen verschillende segmen-

ten van de samenleving. Ze biedt echter weinig middelen om de bindingen tussen wetenschap en andere maatschappelijke praktijken te onderzoeken, omdat ze geen heuristiek heeft om de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis te analyseren.[21] Elias heeft wel enkele programmatische artikelen geschreven over de ontwikkeling van wetenschap, maar deze zijn niet gevolgd door voorbeelden van empirisch onderzoek.[22] Bovendien getuigen deze artikelen eveneens van de opvatting dat er een vanzelfsprekende samenhang bestaat tussen vooruitgang in kennis enerzijds en beheersing van maatschappelijke processen anderzijds. Naarmate wetenschappelijke kennis meer 'objectadequaat' zou worden, naarmate wetenschappelijke kennis de realiteit beter zou weergeven, zouden er volgens Elias meer mogelijkheden zijn om dat deel van de werkelijkheid te controleren. Om de vanzelfsprekendheid van de relatie tussen geneeskunde en maatschappij ter discussie te stellen en de bindingen tussen geneeskunde en maatschappij onderzoekbaar te maken heeft de figuratiesociologie niet zo veel te bieden en kan men zich beter tot het wetenschapsonderzoek wenden.

In de jaren zeventig worden de contouren zichtbaar van wat zich later als een nieuw vakgebied zal profileren, het wetenschaps- en techniekonderzoek. Geïnspireerd door het werk van de wetenschapshistoricus Kuhn kritiseren wetenschaps- en techniekonderzoekers het beeld van wetenschap dat in de wetenschapsfilosofie naar voren komt, waarin wetenschap een rationele onderneming is die zich principieel onderscheidt van lekenkennis, ideologie, politiek en religie.[23] Zij keren zich tegen het idee dat wetenschappers, op basis van een wetenschappelijke methode, geprivilegeerde toegang tot de werkelijkheid hebben, en dat als een gevolg daarvan wetenschappelijke kennis een objectieve weergave is van de werkelijkheid. Wetenschaps- en techniekonderzoekers stellen daarentegen dat wetenschap veel minder rationeel is dan wetenschapsfilosofen ons willen doen geloven en dat maatschappelijke idealen en belangen ook in de wetenschap een rol spelen. De consequentie hiervan is dat ontwikkelingen in wetenschap en techniek niet meer verklaard kunnen worden door te verwijzen naar de 'de realiteit'. De feiten bepalen immers niet welke claims als waar worden geaccepteerd en welke worden verworpen. Het zelfbeeld van de wetenschap ten spijt, vindt de productie van ware kennis plaats via sociaal verkeer en zogenaamde irrationele elementen spelen daarbij noodzakelijk een rol. Over de vraag hoe ontwikkeling van wetenschappelijke kennis dan wel begrepen moet worden heeft men sinds de vestiging van het wetenschaps- en techniekonderzoek een breed scala aan ideeën geformuleerd en zijn diverse controverses uitgevochten.[24] Hoe verschillend deze ideeën echter ook zijn, ze hebben alle gemeen dat de realiteit, de feiten, niet als verklaring voor de koers van wetenschapsontwikkeling wordt gezien, maar als resultaat van wetenschappelijk onderzoek.

De opkomst van het wetenschaps- en techniekonderzoek heeft ook nieuw licht geworpen op de relatie tussen wetenschap en maatschappelijke praktijken. Over die relatie wordt vaak gesproken in termen van maatschappelijke vraag en wetenschappelijk aanbod, maar deze metafoor wordt in het licht van de bevindingen van het moderne wetenschaps- en techniekonderzoek allengs minder vruchtbaar. Vooral de wetenschapsantropoloog Latour heeft interessante ideeën ontwikkeld over de relatie tussen wetenschap en maatschappelijke praktijken. De opvatting van de relatie tussen wetenschap en praktijk, waarbij het ene domein slechts als toepassingsgebied wordt beschouwd van hetgeen in het andere domein gecreëerd wordt, heeft hij het diffusiemodel van wetenschappelijke kennis c.q. techniek genoemd.[25] Dit model impliceert volgens hem een realistisch beeld van wetenschappelijke kennis. Dat houdt in dat ware kennis een getrouwe afbeelding vormt van de realiteit en dat een scherp onderscheid gemaakt wordt tussen wetenschap en samenleving. Volgens dit model vinden wetenschappelijke onderzoekers in de afgezonderde wereld van het laboratorium uit hoe de werkelijkheid eruitziet en pas daarna vindt deze ware kennis, als vanzelf, haar weg in de praktijk. De verspreiding van deze kennis wordt vervolgens verklaard door te verwijzen naar haar waarheidsgehalte. In het diffusiemodel vormt waarheid de motor van verspreiding van kennis. Hiermee is tevens geïmpliceerd dat de kennis bij het verlaten van het laboratorium 'af' is en tijdens het diffusieproces geen inhoudelijke veranderingen meer ondergaat. Misschien is er sprake van enige popularisering of vereenvoudiging, maar haar inhoud zal daardoor niet wezenlijk gewijzigd worden.

Tegenover het diffusiemodel schetst Latour het translatiemodel. Dit model benadrukt dat ware kennis niet gevonden wordt, maar dat kennis 'waar wordt gemaakt'. Om dit proces van kennisproductie te begrijpen is het niet toereikend om de gang van zaken binnen het laboratorium te onderzoeken, maar is het noodzakelijk te onderzoeken hoe kennisclaims ingebed raken in diverse praktijken, ook wel netwerken genoemd.[26] Tijdens dat proces blijft de inhoud van de kennisclaims niet ongewijzigd. Integendeel, met de verplaatsing van expertise ondergaat ze inhoudelijk niet zelden een gedaanteverwisseling. Volgens dit model is kennis op grotere of kleinere schaal pas waargemaakt indien deze kennis in een specifieke praktijk als onproblematisch feit, als een zwarte doos, functioneert. Indien een wetenschappelijke claim een hoge graad van vanzelfsprekenheid verwerft, is de kans groot dat ze in vergelijking met de oorspronkelijke wetenschappelijke formuleringen sterk veranderd is.[27]

Het zogenaamde diffusiemodel is een zeer gangbare manier om naar de ontwikkeling van wetenschap en technologie te kijken. De overtuigingskracht van de gedachtengang dat ware kennis praktische gevolgen heeft,

berust niet alleen op de overeenkomst met alledaagse intuïties over de relatie tussen wetenschap en maatschappij als resp. aanbieder en vrager van waarheid. Ook in professionele geschiedschrijving van wetenschap in het algemeen en van de geneeskunde in het bijzonder vindt men de veronderstellingen van het diffusiemodel terug. In de medische geschiedenis domineren anachronistische, presentistische studies die aan de hand van diverse ontdekkingen van grote wetenschappers van de vooruitgang in de medische wetenschap verslag doen.[28] Deze historische stijl, waarbij de geschiedenis geordend wordt volgens huidige maatstaven voor waar en onwaar, noemt men Whig-history. Anachronistische studies van de geschiedenis van de geneeskunde voeren vrijwel altijd de impliciete veronderstelling met zich mee dat wetenschappelijke ontdekkingen verantwoordelijk zijn voor het terugdringen van ziekte en sterfte.

Deze impliciete relatie tussen wetenschap en praktijk wordt door velen betwist. Medisch sociologen en sociaal-geneeskundigen wijzen er bijvoorbeeld op dat verbetering van de gezondheid eerder op rekening van de aanleg van riolering en waterleiding, van geciviliseerde omgangsvormen en groeiende welvaart kan worden geschreven dan op groeiende medisch wetenschappelijk kennis en technologie.[29] Historici wijzen het wetenschappelijke vooruitgangsgeloof van de hand en pleiten ervoor de geschiedschrijving niet te beperken tot grote mannen en cognitieve internwetenschappelijke aangelegenheden, maar ook de sociale context van de medische wetenschap in het onderzoek te betrekken. De bronnen moeten breed worden gekozen en claims van wetenschappers moeten op dezelfde wijze beoordeeld worden als claims van niet-wetenschappers.[30] Niettegenstaande het feit dat het wetenschappelijk vooruitgangsgeloof in de medische geschiedschrijving de laatste tien jaar steeds meer omstreden is geraakt, is het diffusiemodel in de geschiedenis van de geneeskunde nog zeer levend. De meer en minder zichtbare bindingen tussen wetenschap en praktijk blijven in de medische geschiedschrijving dan ook onderbelicht omdat ze met vanzelfsprekendheid zijn omgeven.

De dominantie van het diffusiemodel maakt begrijpelijk dat onderzoek naar de betrokkenheid van de medische professie bij verzorgingsarrangementen ook onder wetenschapshistorici geen prioriteit heeft. Hier is dan immers slechts sprake van 'toepassing van medische kennis in de praktijk'. Omdat de talloze nieuwe vindingen op het gebied van medische kennis en medische technologie worden verondersteld de 'motor' te vormen van de uitbreiding van de maatschappelijke rol van de geneeskunde, kan men met de beschrijving van de motor volstaan. Onderzoek naar de bindingen tussen medische professie en verzorgingsinstituties is volgens die benadering niet essentieel om antwoord te geven op de vraag waarom artsen daarbij een rol zijn gaan spelen.

In deze studie sluit ik aan bij ideeën die tot uitdrukking worden gebracht in het 'translatiemodel'. Zo wordt niet voorondersteld dat artsen over de expertise beschikten om een rol te kunnen spelen bij de levensverzekeringsmaatschappijen, maar wordt de vraag gesteld hoe deze kennis en vaardigheden gaandeweg ontwikkeld werden. De verschillende moeilijkheden, conflicten en spanningen die zich daarbij voordoen worden niet gezien als kleine, onbelangrijke terzijdes in de principieel onproblematische toepassing van medische kennis in de maatschappelijke praktijk, maar als zaken die een spoor nalaten in de specifieke vormgeving van de medische advisering voor het verzekeringswezen. De verplaatsing van medische kennis van de reguliere, therapeutische praktijk naar de context van de levensverzekeringsmaatschappijen zal de kennis en vaardigheden van artsen niet onberoerd laten.

Dit onderzoek naar de betrokkenheid van de geneeskunde bij verzorgingsarrangementen maakt dus gebruik van inzichten uit twee nogal verschillende tradities, de figuratiesociologie en het wetenschapsonderzoek. Het is niet de bedoeling beide theoretische kaders conceptueel te integreren. De keuze voor deze theoretische kaders is ingegeven door de heuristische functie die beide in dit onderzoek kunnen vervullen. Ze helpen voorkomen dat de autonomie van de medische professsie, zoals die zou blijken uit de monopolisering van het beroep en de groei van kennis, impliciet als gegeven gaat functioneren. De figuratiesociologie en het wetenschaps- en techniekonderzoek inspireren daarentegen om in plaats daarvan de vraag naar de betekenis van de medische advisering voor de productie van kennis en vaardigheden en voor de afhankelijksrelaties in het veld tot inzet te nemen. Autonomie, medische macht en medische expertise, worden tot *object* van onderzoek gemaakt.

RISICOCULTUUR

In het voorgaande is duidelijk geworden dat gangbare ideeën omtrent de toename van kennis en macht van de geneeskunde in de tweede helft van de negentiende eeuw ter discussie worden gesteld. Deze studie gaat echter niet alleen over de geneeskunde, maar betreft de rol van de medische advisering bij verzorgingsarrangementen, en gaat dus ook over de maatschappij. Wat is de plaats van de maatschappij in dit onderzoek?

Met de opkomst van het moderne wetenschapsonderzoek in de jaren zeventig wordt het gebruikelijk om de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis te verklaren door te verwijzen naar haar maatschappelijke context. Het verloop en de uitslag van wetenschappelijke controverses worden bijvoorbeeld begrepen in het licht van de kracht van de maat-

schappelijke belangengroepen waarmee de wetenschappers verbonden waren. De ontwikkeling van het moderne wetenschapsonderzoek kenmerkt zich door het merkwaardige fenomeen dat een sociologische blik op de wetenschap gepaard ging met een weinig sociologische visie op de samenleving. Waar verschillende generaties sociologen – Marx, Weber, Durkheim, Simmel, Elias, Giddens, Bourdieu e.a. – zich hebben gebogen over de vraag hoe een samenleving tot stand kwam en hoe ze in stand werd gehouden, nemen moderne wetenschapsonderzoekers ontwikkelingen in de samenleving als gegeven aan. Zoals veel wetenschapshistorici 'de waarheid van kennis' behandelen als de motor van de verspreiding van kennis in de samenleving, zo behandelen wetenschapssociologen 'de maatschappij' als de motor van ontwikkelingen in de wetenschap. Voor de eersten kon de wetenschap veranderingen in de maatschappij verklaren, voor de laatsten diende de maatschappelijke context om veranderingen in de wetenschap te verhelderen.[31]

De laatste jaren is door diverse auteurs binnen het wetenschapsonderzoek zelf op de naïviteit van deze wetenschap-in-maatschappelijke-context benadering gewezen. Onder anderen Latour heeft betoogd dat de maatschappij geen verklarende variabele kan zijn bij analyse van ontwikkelingen in de geneeskunde omdat wetenschap en samenleving in hun ontwikkeling gelijke tred houden. Inbedding van kennis in een maatschappelijke praktijk laat niet alleen een spoor achter in de inhoud van kennis, maar drukt ook een meer of minder zwaar stempel op de vormgeving van die praktijk. De gang van zaken in de samenleving kan de ontwikkeling van de geneeskunde niet verklaren omdat de samenleving door de te verklaren ontwikkeling zelf van karakter verandert. Volgens Latour is het dan ook principieel onjuist om wetenschappelijke kennis en maatschappelijke context als resp. explanandum en explanans te beschouwen. In plaats daarvan zou men de gelijktijdige uitkristallisering van beide tot onderzoeksobject moeten nemen, om te laten zien hoe mét de productie van kennis praktijken gevormd worden waarin die kennis een rol kan gaan spelen.[32]

In dit onderzoek wordt de vermaning van Latour aan de wetenschapssociologie serieus genomen. Maatschappelijke ontwikkelingen zullen niet als verklarende variabele worden ingezet om de opkomst van de medische advisering en de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskundige praktijk te begrijpen. In plaats daarvan wordt onderzocht hoe ontwikkelingen in medische kennis en vaardigheden, van verzekeringsgeneeskundige praktijken en van verzorgingsarrangementen zich tot elkaar verhouden.

Een belangrijk thema voor de reconstructie van de opkomst van de medische advisering is de modernisering van de Nederlandse samenleving rond 1900. Ten aanzien van processen van modernisering en rationalise-

ring geldt dus dat deze niet slechts de maatschappelijke context vormen voor de opkomst van het verzekeringsgeneeskundig regime. Weliswaar zullen aspecten van dit moderniseringsproces soms beschreven worden omdat ze de opkomst van de medische advisering verhelderen. Maar in dit onderzoek wordt ook de vraag gesteld hoe medici, middels hun werk ten behoeve van levensverzekeringsmaatschappijen, bijdragen aan de modernisering en rationalisering van de samenleving.

De term modernisering voerde lange tijd grote theoretische pretenties en sterke morele betekenissen met zich mee.[33] Modernisering werd als een universeel en unilineair proces verbonden met noties als maatschappelijke vooruitgang en superioriteit van westerse samenlevingen ten opzichte van niet-westerse maatschappijen. Tegenwoordig staat modernisering voor een aantal met elkaar samenhangende processen die zich in westerse samenlevingen in de achttiende en met name negentiende eeuw hebben voltrokken. Modernisering verwijst naar het industrialiseringsproces in de negentiende eeuw, maar ook naar verstedelijking, individualisering, verwetenschappelijking, civilisering, bureaucratisering, rationalisering, secularisering en staatsvorming.[34] Over de precieze samenhang tussen deze processen, over de schaal waarop en het tempo waarin ze zich voltrokken worden amper nog theoretische claims gedaan.

Recentelijk is het inzicht gegroeid dat met de voltrekking van deze historische processen niet alleen de wereld waarin mensen leven en hun identiteit verandert, maar ook de wijze waarop mensen zich ten opzichte van hun geschiedenis en hun toekomst verhouden. Modernisering van de samenleving betekent dat het historisch proces zijn natuurlijke orde verliest. Het idee dat de geschiedenis een vast, onvermijdelijk patroon heeft, maakt plaats voor het besef dat de loop van de geschiedenis niet vastligt en dat de toekomst onzeker is. Tegelijkertijd dringt de gedachte zich op dat mensen de loop van de geschiedenis kunnen beïnvloeden. Nu de toekomst niet vastligt groeit het besef dat men de toekomst althans ten dele in eigen hand heeft. Er ontstaat een moderne risicocultuur met een gecombineerd besef van de onvoorspelbaarheid en de maakbaarheid van de toekomst.[35]

Het ontstaan van moderne verzorgingsarrangementen vormt bij uitstek een uitdrukking van het feit dat mensen ziekte, arbeidsongeschiktheid en dood niet meer als een natuurlijk gegeven percipiëren, maar als risico's gaan ervaren. Men beseft enerzijds dat het onvoorspelbaar is wie waardoor wanneer getroffen wordt. Een ongeval verliest bijvoorbeeld het karakter van een onvoorspelbaar lot waarvan men de consequenties in lijdzaamheid moet dragen en wordt een risico van een geïndustrialiseerd productieproces dat iedereen in gelijke mate loopt.[36] Anderzijds groeit tegelijkertijd het besef dat men zich kan wapenen tegen de gevolgen van deze onzekerheden

door te anticiperen op dat risico. Men kan voorzorg treffen, men kan zich verzekeren. De groei van verzekeringsinstellingen aan het eind van de negentiende eeuw symboliseert pogingen om de toekomst te temmen door de gevolgen van haar onvoorspelbaarheid te beheersen. Door middel van een levensverzekering kan men de nadelige financiële gevolgen van iemands vroege dood voor achterblijvende familieleden minimaliseren of ervoor zorgen dat men bij een hoge ouderdom, wanneer men niet meer in staat is tot werken, een uitkering ontvangt. Een levensverzekering dekt dus het risico van dood en arbeidsongeschiktheid. De Ongevallenwet 1901 vormt een poging de financiële risico's van arbeidsongeschiktheid en dood als gevolg van een bedrijfsongeval te verkleinen.

Artsen geven door hun betrokkenheid bij levensverzekeringsmaatschappijen dit ontluikende risicobewustzijn een specifieke wending. De verzekeringsgeneeskunde draagt bij aan de ontwikkeling van een prognostische denkstijl, waarin ziekte, handicap en vroege dood geen onvermijdelijk lot zijn, maar als risico's gedefinieerd worden. Het groeiend besef van onvoorspelbaarheid van ziekte en gezondheid leidt zowel tot onzekerheid als tot pogingen die onzekerheid te reduceren. De prognostische denkstijl raakt verbonden met gezondheidsinterventies waarbij niet de uitsluitend de actuele, ervaren gezondheidsklachten het uitgangspunt vormen voor handelen maar de inschatting van wat men later te wachten staat, de perceptie van het risico op ziekte en arbeidsongeschiktheid op latere leeftijd of op een vroege dood. Onder invloed van dit preventieve gezondheidsregime ontwikkelen mensen een langetermijnperspectief op gezondheid. Ze leren te abstraheren van de concrete gezondheidssituatie, af te zien van de bevrediging van de actuele noden en verlangens van het lichaam en te handelen met het oog op de gezondheidssituatie in de toekomst. Men probeert actief een lange levensduur te bevorderen. Met de medische advisering voor verzorgingsarrangementen wordt het gezondheidslot een gezondheidsrisico en ontstaat een gerationaliseerde omgang met deze risico's.

Ontwikkelingen in de geneeskunde zoals beroepsvorming en kennisontwikkeling kunnen geen dienst doen als verklaring voor de opkomst van de medische advisering. Ontwikkelingen in de samenleving, bijvoorbeeld moderniseringsprocessen, kunnen dat evenmin. Natuurlijk spelen professionalisering van het medisch beroep, productie van wetenschappelijke kennis en moderniseringsprocessen een rol in de reconstructie van de medische advisering voor verzorgingsarrangementen. Welke rol precies is echter niet op voorhand duidelijk en daarin inzicht te verwerven is juist één van de doelstellingen van dit onderzoek. Noch aan de stand van de

geneeskunde noch aan die van de maatschappij wordt bij voorbaat veel theoretisch gewicht toegekend. In plaats daarvan wordt onderzocht hoe ontwikkelingen van verschillende praktijken zich onderling verhouden. Dit onderzoek betreft dus niet de relatie tussen geneeskunde en samenleving, maar de *co-evolutie* van geneeskunde en samenleving.

LEVENSVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJEN

In deze studie wordt verslag gedaan van de toenemende betrokkenheid van artsen als deskundige bij verzorgingsarrangementen aan de hand van een analyse van het werk van artsen voor levensverzekeringsmaatschappijen. Aan de keuze van dit voorbeeld ligt een aantal overwegingen ten grondslag.

In de geschiedschrijving van de verzorgingsstaat maken veel historici een scherp onderscheid tussen publiekrechtelijke en privaatrechtelijke oftewel sociale resp. commerciële verzorgingsarrangementen. De ontwikkeling van moderne verzorgingsarrangementen laat men meestal beginnen bij de Ongevallenwet 1901, en aan de privaatrechtelijke verzekeringsvormen besteedt men weinig aandacht. Politieke tegenstellingen in debatten rond de eeuwwisseling over de vraag of de bestrijding van risico's een zaak is van het particulier initiatief of van de staat worden op deze wijze weerspiegeld in de geschiedschrijving over de verzorgingsstaat. Voor een goed begrip van de opbouw van verzorgingsarrangementen is het scherpe onderscheid tussen beide typen verzekeringen echter betwistbaar. Niet alleen nemen de commerciële verzekeringsmaatschappijen rond de eeuwwisseling feitelijk een groot deel van de collectieve bestrijding van risico's voor hun rekening. Ook spelen ze een belangrijke rol in de ontwikkeling van omgangsvormen, gedrag en moraal die een grootschalig, bureaucratisch en zakelijk risicobeheer mogelijk maken. Zowel publiekrechtelijke als privaatrechtelijke verzorgingsarrangementen dragen bij tot de ontwikkeling van een moderne risicocultuur. Omdat de medische advisering voor levensverzekeringsmaatschappijen eerder gestalte krijgt dan die voor de Ongevallenwet 1901, staat in dit boek de betrokkenheid van artsen bij levensverzekeringsmaatschappijen centraal.

Een tweede reden om het werk van artsen voor levensverzekeringsmaatschappijen te analyseren is dat deze werkzaamheden leiden tot een expliciete reflexie op de maatschappelijke rol en de identiteit van artsen. Hoewel artsen al langer werkzaamheden uitvoeren voor derden, bijvoorbeeld het verrichten van militaire keuringen en de bestrijding van besmettelijke ziekten in opdracht van de wetgever, leidt de betrokkenheid bij het privaatrechtelijke verzekeringswezen tot het besef dat het medisch beroep fundamenteel van karakter verandert. De keuringen voor levensverzeke-

ringsmaatschappijen genereren bijvoorbeeld heftige discussies over het beroepsgeheim en de relatie tussen arts en patiënt, die in het kader van de militaire geneeskunde amper zijn gevoerd. Het werk voor het levensverzekeringswezen aan het eind van negentiende eeuw en het begin van de twintigste eeuw leidt ertoe dat vragen over de maatschappelijke rol van de geneeskunde een publiek thema worden.

Hoewel regelmatig gerefereerd wordt aan ontwikkelingen vóór 1880 en na 1920 concentreert dit boek zich op de periode daartussen. Het beginpunt, 1880, is gekozen omdat grootschalige, bureaucratische levensverzekeringsmaatschappijen zich vanaf dat moment in snel tempo ontwikkelen en omdat dan de relatie tussen geneeskunde en verzekeringsinstellingen als een probleem gedefinieerd wordt. Het onderzoek eindigt rond 1920 omdat die periode een overgangsfase markeert in de ontwikkeling van het levensverzekeringsbedrijf. In de jaren twintig raakt het levensverzekeringsbedrijf in een economische crisis die resulteert in een reorganisatie van deze bedrijfstak. Discussies over de rol van artsen in dit bedrijf verdwijnen dan niet, maar spelen een minder prominente rol dan in de decennia ervoor. Voor de beantwoording van de vraagstelling van deze studie is het toereikend om de periode tot 1920 te behandelen. In de veertig jaar tussen 1880 en 1920 kristalliseert de medische advisering voor levensverzekeringsmaatschappijen uit en stolt ze in een specifieke verzekeringsgeneeskundige praktijk. Hoewel de tijd na 1920 niet stil heeft gestaan, zijn diverse karakteristieken van de verzekeringsgeneeskundige praktijk zoals die toen ontstond nog steeds terug te vinden in de hedendaagse verhouding tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen.

Deze studie beoogt inzicht te verwerven in de ontwikkeling van medische advisering ten behoeve van levensverzekeringsmaatschappijen, waarbij de blik gericht is op de gelijktijdige genese van medische macht, medische expertise en een risicocultuur. Het theoretische perspectief van coproductie van geneeskunde en maatschappij moet geschraagd worden door de keuze van bronnen.

De claim dat de samenhang van ontwikkelingen in geneeskunde en maatschappij belicht moet worden zonder een van beide polen statisch te maken betekent dat de werelden van medici, verzekeraars en publiek in gelijke mate in de primaire bronnen vertegenwoordigd moeten zijn. Daarom zijn handboeken, dissertaties, periodieken, populaire geschriften, brochures en verenigingsgeschriften geanalyseerd uit de wereld van de geneeskunde en van de levensverzekeringsmaatschappijen, en zijn daarnaast zijn enkele algemene, culturele periodieken bestudeerd.

Ondanks het feit dat getracht is in de bronnenkeuze rekening te houden met alle relevante partijen klinkt de stem van verzekerden en van levens-

verzekeringskandidaten minder luid dan de stem van medici en verzekeraars. Een groot deel van de verzekerden behoort niet tot het deel van de bevolking dat actief deelneemt aan debatten rond het verzekeringswezen. De betekenis van verzekeringskandidaten in de ontwikkeling van medische advisering wordt vooral gereconstrueerd op grond van inzicht in de wijze waarop anderen voor of over hun spreken. Ook het beeld van artsen en verzekeraars komt ten dele tot stand door analyse van hetgeen anderen over hen schrijven, maar zij zijn tenminste ook zelf aan het woord. Hoewel deze onevenwichtigheid in het bronnenmateriaal op zichzelf een aanwijzing is dat verzekerden in de netwerken rond medische advisering geen machtsfactor van betekenis zijn geweest, wil dat niet zeggen dat verzekerden geen rol speelden. Integendeel, de hinderkracht die anderen aan verzekerden toeschrijven kan groot zijn. Als retorische partij zijn ze wel degelijk aanwezig.

Dit boek heeft een systematische opbouw. Diverse hoofdstukken dragen ingrediënten aan om de gelijktijdige genese van medische expertise, medische macht en een risicocultuur aannemelijk te maken. In het eerste hoofdstuk wordt de eerste fase van de opkomst van de medische advisering geschetst als de ontwikkeling van een nieuwe figuratie van verzekeraars, verzekerden, keuringsartsen en medisch adviseurs. Het accent ligt op de periode tussen 1870 en 1900. Ik beschrijf de culturele, economische en financiële bindingen die ontstaan, de differentiatie van de adviserende en therapeutische rol van artsen en de ontwikkeling van de machtsbalans in het netwerk. Het zal blijken dat de medische wetenschap in deze decennia een centrale plaats inneemt in het netwerk. Als symbool van objectiviteit, rationaliteit en onpartijdigheid vormt ze het bindmiddel tussen de economische doelen van maatschappijen, de sociale identititeit van de bedrijfstak zoals die naar voren komt in het streven naar armoedebestrijding en beschaving en ethische overwegingen met betrekking tot rechtvaardige risicoselectie. De mogelijkheid die de medische wetenschap biedt om publieke en particuliere belangen op één lijn te brengen is, zo blijkt in de volgende hoofdstukken, van groot belang voor de opbouw van het netwerk.

Nadat de eerste fase in de opbouw van dit netwerk in kaart is gebracht, wordt in de volgende hoofdstukken de verdere ontwikkeling ervan behandeld door achtereenvolgens in elk hoofdstuk één belangrijke partij in dit netwerk en een specifieke thematiek centraal te stellen. Zo wordt in hoofdstuk 2 de integratie van keuringsartsen in het netwerk behandeld in relatie tot de genese van de medische keuring van verzekeringskandidaten. Hoewel het verzekeringswezen deze artsen financieel aan zich heeft weten te binden, is de bedrijfstak minder gelukkig met de wijze waarop keu-

ringsartsen hun taak uitvoeren. Het keuren van verzekeringskandidaten blijkt sterk te verschillen van het medisch handelen in de reguliere therapeutische praktijk en vertegenwoordigers van levensverzekeringsmaatschappijen concluderen dat keuringsartsen de medisch-wetenschappelijke expertise ontberen waarover zij verondersteld werden te beschikken. Gezien de relevantie van de medische wetenschap voor de bedrijfstak acht men dat een kwalijke zaak. In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manieren deze expertise geproduceerd wordt en hoe keuringsartsen tussen 1880 en 1910 stevig verankerd raken in het netwerk.

In hoofdstuk 3 wordt de plaats van behandelend artsen en hun vertegenwoordiger, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, in het levensverzekeringsnetwerk behandeld in relatie tot discussies over het beroepsgeheim. Het debat over het beroepsgeheim, zoals dat tussen 1880 en 1910 gevoerd wordt tussen de NMG en vertegenwoordigers van levensverzekeringsmaatschappijen, vormt een uitdrukking van de bureaucratisering en verzakelijking van arts-patiënt relaties en collegiale verhoudingen in het levensverzekeringsnetwerk. Uit de analyse van het debat blijkt dat de medische wetenschap, vanwege haar connotatie met onpartijdigheid en openbaarheid, verschillende in het debat vigerende definities van algemeen belang op één noemer kan brengen. De medische wetenschap draagt als het ware het compromis dat in 1910 tussen de conflictuerende partijen gesloten wordt en vormt het voertuig waarmee behandelend artsen in het verzekeringsnetwerk worden ingelijfd.

In het vierde hoofdstuk staan de positie van de medisch adviseurs in het netwerk en het thema risicoselectie centraal. Beschreven wordt hoe het levensverzekeringswezen bijdraagt aan het ontstaan van een risico-cultuur, welke dilemma's dit met zich meebrengt en welke oplossingen medisch adviseurs voorstaan. Daaruit blijkt dat de centrale plaats van de medische wetenschap in het levensverzekeringsnetwerk na 1910, als de vestiging van de bedrijfstak eenmaal een feit is, aan betekenis inboet. Ze blijkt steeds minder als bindmiddel te fungeren tussen economische doelen, sociale motieven en ethische overwegingen. Er vindt differentiatie plaats tussen het publieke belang van verzekeren en rechtvaardige selectieprocedures enerzijds en het particuliere, commerciële belang van de maatschappijen anderzijds. Dit heeft consequenties voor de positie van de medische adviseurs in het verzekeringsnetwerk en de praktijk van risicoselectie.

In het slothoofdstuk worden drie thema's die door het hele boek heen lopen, de genese van afhankelijkheidsrelaties, de plaats van medische expertise en de betekenis van het lichaam, nogmaals kort besproken. De vraag zal beantwoord worden hoe de medische wetenschap zich verhoudt tot commercie en moraal in het levensverzekeringsgeneeskundig netwerk zoals dat rond de eeuwisseling tot stand komt. Hoewel dit boek zich voegt

in de traditie van lokale, contextgebonden geschiedschrijvingen worden tot slot toch enkele ideeën geëxploreerd over de betekenis van deze geschiedenis voor de hedendaagse verhouding tussen levensverzekeringsmaatschappijen en geneeskunde.

Tegen de achtergrond van debatten over de grenzen van de verzorgingsstaat wordt vanaf de jaren tachtig geprobeerd de aanspraken op de sociale verzekeringen te verminderen.[37] Veranderingen in wetgeving rond sociale zekerheid en strengere uitvoering van deze wetten leiden ertoe dat grotere groepen mensen zich voor hun verzekeringsbehoefte tot de commerciële maatschappijen moeten wenden. Ook voor het afsluiten van een hypotheek om een huis te kopen, hetgeen als een 'elementaire levensbehoefte' gezien kan worden, is men afhankelijk van particuliere levensverzekeringsmaatschappijen.[38] Terwijl meer mensen afhankelijk worden van de particuliere verzekeraars nemen de instrumenten om mensen van een verzekering uit te sluiten of om extra hoge premies te vragen echter toe. Ontwikkelingen in medische technologie – aidsdiagnostiek, genetische screening – bieden immers de mogelijkheid om risico's vroegtijdig op te sporen en de toekomstige gezondheid van mensen te 'voorspellen'. Het is opvallend dat de wijze waarop deze risicobepalingen tot stand komen zich aan de openbaarheid onttrekt en dat uitsluiting, toelating en premiebepaling zonder publieke controle plaatsvinden. Maar weinig mensen weten hoe zij bij het nemen van een hypotheek als risico zijn ingeschat en welk aandeel het 'gezondheidsrisico' heeft in de te betalen premie. Dit gebrek aan openbaarheid, zo zal worden betoogd, kan worden begrepen in het licht van de ontwikkeling van het levensverzekeringsnetwerk in de decennia rond de eeuwwisseling en van de plaats van de geneeskunde daarin.

1 Medische advisering voor de levensverzekering

INLEIDING

'Het gezondheidsattest vormt als het ware het fundament van de bedrijfstak'[1]

De opkomst van de levensverzekeringsbranche in de negentiende eeuw betekent voor veel mensen een mogelijkheid tot armoedepreventie. Door zich te verzekeren kan een kostwinner de financiële gevolgen van zijn overlijden voor zijn vrouw en kinderen beperken, ofwel zorgen voor meer financiële armslag indien hij een hoge leeftijd bereikt en niet meer in staat is te werken. Niet iedereen kan echter een levensverzekering sluiten. Met de ontwikkeling van het levensverzekeringsbedrijf blijkt dat medische selectie van risico's daarin een grote rol gaat spelen en dat artsen als bewaker van de toegangspoort tot een levensverzekering gaan fungeren. De medisch-wetenschappelijke basis van risicoselectie wordt gezien als een weg om de commerciële doelen van maatschappijen, omzet en winst, te realiseren, om het sociale ideaal van armoedebestrijding waar te kunnen maken en om rechtvaardige procedures voor toegang en uitsluiting te garanderen.

In dit hoofdstuk wordt de institutionalisering van medische advisering voor het levensverzekeringsbedrijf beschreven als de genese van een netwerk van verzekeringsmaatschappijen, kandidaten, keuringsartsen, behandelend artsen en medisch adviseurs en als de uitkristallisering van hun onderlinge verhoudingen. Het zal duidelijk worden dat dit institutionaliseringsproces geen vanzelfsprekende zaak was die eenvoudig verklaard kan worden door te verwijzen naar de macht of competentie van artsen. Zowel de stabilisering van dit netwerk als de vormgeving van de medische advisering voor levensverzekeringsbedrijven zijn het resultaat van de specifieke manier waarop controverses beëindigd, perspectieven gedeeld en barrières geslecht worden. Over de vraag of medische selectie wel noodzakelijk was voor de levensverzekeringsbranche was men het in verzekeringskringen tot het begin van de twintigste eeuw bijvoorbeeld

helemaal niet eens. En potentiële verzekerden moedigden medische selectie zeker niet aan. Zij lieten veelvuldig blijken afwijzend te staan tegenover het geneeskundig onderzoek. Ook het onderscheid tussen de therapeutische en de adviserende rol van artsen zoals heden ten dage gebruikelijk is, tussen behandelend arts en verzekeringsarts, tussen patiënten en cliënten, is niet van meet af aan gegeven. En hoe gemakkelijk het achteraf ook is om de opdrachtgever van keuringsartsen te identificeren, in de negentiende eeuw was het aanvankelijk onduidelijk of de verzekeringsmaatschappij of de verzekerde dat was.

De reconstructie van het levensverzekeringsnetwerk laat zien dat de geneeskunde daarin een centrale rol gaat spelen. Dat was niet het uitgangspunt, maar is het resultaat van de opbouw van het netwerk. Aan het slot van dit hoofdstuk zal een eerste antwoord worden gegeven op de vraag of dit resultaat een uitdrukking is van de macht of de expertise van artsen.

ARMOEDE, BESCHAVING EN LEVENSVERZEKERING

Uit de geschiedschrijving over het verzekeringswezen blijkt dat er vanaf de oudheid diverse varianten van verzekering voor hulp bij ziekte of overlijden hebben bestaan. Tot in de negentiende eeuw waren de meeste verzekeringsvormen geworteld in de traditie van wederzijdse ondersteuning onder vrienden en verwanten in een lokale gemeenschap. Ook bij de verzekering onder beroepsgenoten, zoals de gildebossen in de Middeleeuwen, ging het om mensen in een kleine gemeenschap die elkaar vaak persoonlijk kenden. Met de opkomst van het industriële kapitalisme en de urbanisatie komen echter de grenzen van deze verzekeringsvorm in zicht. Families en lokale gemeenschappen vallen uiteen en kunnen niet meer als steun fungeren voor de nieuwe groep van vrije loonarbeiders die in de steden in zeer kommervolle omstandigheden tracht te overleven. Initiatieven onder deze nieuwe arbeidersklasse tot onderlinge verzekering leveren weliswaar een reële bijdrage aan de armoedebestrijding, doch deze arbeidersonderlinges zijn geen lang leven beschoren. Volgens De Swaan gaan ze ten onder aan wanbeheer en conflicten, opeenstapeling van risico's en uitsluiting van minderen.[2]

Terwijl aan het eind van de negentiende eeuw de behoefte aan voorzorg onder de arbeidersbevolking groeit blijft de instelling van verplichte sociale verzekeringen in Nederland in vergelijking tot andere landen lange tijd uit. De Swaan spreekt in dat verband van een lange sisser en een late knal. Jarenlang wordt bijvoorbeeld gedebatteerd over de vraag of verzekering van het ongevalsrisico in sommige bedrijfstakken een verantwoordelijkheid is van de overheid dan wel een zaak voor het particulier initiatief. Als de Ongevallenwet uiteindelijk in 1901 wordt aangenomen, verzekert

deze slechts een relatief klein deel van de arbeiders. Juist in de periode rond de eeuwwisseling neemt het levensverzekeringswezen een grote vlucht. Na een trage start van deze bedrijfstak in de eerste helft van de negentiende eeuw, worden tussen 1880 en 1910 ongeveer honderd nieuwe maatschappijen opgericht, terwijl ruim veertig buitenlandse maatschappijen in Nederland actief zijn.[3] De collectivisering en modernisering van de bestrijding van tegenslagen rond de eeuwwisseling voltrekt zich dus voor een belangrijk deel via de uitbouw van de levensverzekeringsbranche.[4]

In het zelfbeeld van de levensverzekeringsmaatschappijen wordt de sociale doelstelling van de bedrijfstak sterk benadrukt. De gedachte dat verzekeringsmaatschappijen het algemeen belang dienen omdat zij voorzorg stimuleren en armoede bestrijden, vormt een belangrijk deel van de maatschappelijke identiteit van het verzekeringswezen. Zo stelt de historicus van de bedrijfstak, Van Schevichaven:

> 'Het eigenlijke doel der Levensverzekering: het beschermen van zwakken en hulpeloozen (...) het humane doel, welke slechts weinige vakken in die mate kenmerken.'[5]

Armoedebestrijding door verzekering is in de ogen van de verzekeringsmaatschappijen een symbool van maatschappelijke vooruitgang en beschaving bij uitstek.

> 'Want hoe meer het beschavingswerk vordert, hoe hooger het moreele peil der menschheid stijgt, hoe sterker het gevoel van saamhorigheid zich ontwikkelt, in des te sterker mate zullen de drang naar toepassing der solidariteitsidee, de gedachte aan het "draagt elkanders lasten", de behoefte aan verzekering naar voren treden.'[6]

Dat de maatschappijen ook economische doelen nastreven en georiënteerd zijn op winst wordt niet ontkend, maar de betekenis van die economische doelen wordt vrijwel altijd in verband gebracht met haar sociale functie. Alleen economisch rendabele maatschappijen kunnen een solide basis verschaffen voor de verzekering als instrument voor armoedebestrijding.

Hoewel het zelfbeeld van het levensverzekeringsbedrijf sterk idealistische trekken vertoont, is de claim van deze bedrijfstak dat ze kan bijdragen aan armoedebestrijding niet onterecht. De armoede in Nederland is in de laatste decennia van de negentiende eeuw per slot van rekening zeer aanzienlijk. Nadat vanaf ongeveer 1830, met een inzinking eind jaren veertig, sprake was van gestage economische groei, brak in 1877 een crisis

in de landbouw uit. Ook de handel en nijverheid verkeerden in de daarop volgende jaren in een depressie.[7] De economische laagconjunctuur in de jaren tachtig gaat gepaard met bevolkingsgroei, als gevolg van een dalende zuigelingensterfte en een stijgende levensverwachting. Mede door de aanleg van waterleiding en riolering sterven minder mensen aan tuberculose, tyfus, cholera en andere besmettelijke ziekten. Terwijl gezinnen groter worden en mensen langer leven, neemt de werkloosheid toe en dalen de lonen. Zowel op het platteland als in de steden hebben mensen het moeilijk en velen doen een beroep op de een of andere vorm van armenzorg. Volgens Van Loo is het aannemelijk dat tot 1890 ongeveer de helft van de stedelijke bevolking onder de belastingvrije voet leefde en bestaansonzeker was. De helft hiervan leefde zelfs in bittere armoede en was aangewezen op armenzorg.[8]

Na 1890 blijft de armoede in Nederland weliswaar groot, maar een snelle industrialisatie na 1895 zorgt voor economische groei, toenemende werkgelegenheid, stijgende lonen en dalende kosten van levensonderhoud. Volgens Van Loo stijgen de lonen tussen 1890 en 1910 met ongeveer 30%.[9] Het aantal gezinnen met een inkomen onder de belastingvrije voet wordt kleiner en meer mensen kunnen zichzelf bedruipen zolang zich geen tegenslagen voordoen zoals langdurige ziekte of arbeidsongeschiktheid. Hoewel dus aan het eind van de negentiende eeuw de armoede voor velen nog voelbaar en voor de meesten nog zichtbaar is, is er in een toenemend aantal huishoudens ruimte in het budget voor regelmatige betaling van een verzekeringspremie.[10] De stelling van de verzekeringsmaatschappijen dat een levensverzekering een belangrijk middel is tegen armoede wordt dus gepresenteerd aan een publiek dat verondersteld kan worden deze stelling in enige mate serieus te nemen en niet als alleen maar retoriek af te doen. De ervaring van bestaansonzekerheid en armoede is nog vers, maar in toenemende mate heeft men de beschikking over middelen die tegen toekomstige armoede beschermen.

Uit onderzoek naar armoedebestrijding in de negentiende en twintigste eeuw blijkt dat steun aan armen zelden belangeloos gegeven wordt, maar vrijwel altijd verknoopt is met pogingen armen een passende, burgerlijk-fatsoenlijke levensstijl te leren. Of de armoedebestrijding nu op kerkelijke, socialistische of burgelijk-liberale leest geschoeid is, bijna altijd gaat ondersteuning samen met gedragsvoorschriften op het gebied van arbeidsmoraal, drankgebruik, financieel beheer, zedelijk gedrag, kleding, opvoeding en hygiëne. De methodes van de armoedebestrijders zoals bijvoorbeeld steun onder voorwaarde, huisbezoek, werkverschaffing en woningtoezicht vormen een controleregime waardoor de naleving van deze gedragsvoorschriften min of meer wordt afgedwongen.

In de literatuur worden deze pogingen om de armen te verheffen tot

nette burgers beschreven als 'het beschavingsoffensief', een term die ontleend is aan de civilisatietheorie van Elias. Deze theorie over het beschavingsproces in westerse samenlevingen houdt in dat mensen zich vanaf de Middeleeuwen, als gevolg van de afname van machtsverschillen, steeds meer als individu en als afgescheiden van anderen gaan ervaren. De groeiende maatschappelijke dwang om rekening te houden met anderen resulteert in een groeiende zelfdwang, die tot uitdrukking komt in een toenemende beheersing van driften en emoties. Mensen leren hun kortetermijnbehoeften opzij te zetten en richten hun handelen steeds meer op bevrediging van langetermijnbehoeften. Ze worden rationeler en planmatiger. Hoewel dit beschavingsproces volgens Elias grotendeels een ongepland en onbedoeld karakter heeft, wijst de term 'beschavingsoffensief' op de welbewuste pogingen van kerken, burgerlijke armenzorg en professionele hulpverleners om paupers en arbeiders op te voeden tot zelfbeheersing en een rationele levensstijl.[11]

Uit de argumenten die levensverzekeringsmaatschappijen gebruiken om mensen te bewegen een verzekering af te sluiten, blijkt dat niet alleen niet-commerciële instanties de dragers zijn van het beschavingsoffensief. Ook de levensverzekeringsmaatschappijen dragen een steentje bij aan de ontwikkeling van een fatsoenlijke, burgerlijke levensstijl onder de arbeidersklasse. In de talloze brochures en in de levensverzekeringstijdschriften wordt verzekeren bijvoorbeeld aangeprezen als een bron van trots, omdat het wordt geïdentificeerd met de keuze voor zelfstandigheid en onafhankelijkheid ten aanzien van de bedeling, familie en bekenden. Een verzekering toont dat iemand er een eer in stelt niet de hand op te hoeven houden.

> 'Wilt gij U eerlijk en onafhankelijk toonen, en niet bouwen op andere beloften van steun: Verzeker U.'[12]

Verzekeren is tevens het symbool van een rationele, verantwoordelijke levensstijl. Wie zich verzekert laat immers zien dat hij kan sparen, dat de onmiddellijke behoeften en impulsen beteugeld worden ten behoeve van zekerheid op de lange termijn.

> 'Hoe veel kan hij niet bezuinigen door alle sterken dranken vaarwel te zeggen. En waarlijk zijne gezondheid en levenslust zullen er niet minder om worden. Verwissel des noods de cigaar met de pijp (...)'[13]

Ten slotte duidt de verzekering op een verantwoorde uitoefening van de zorg voor het gezin. In de brochure *Zijn eer gered. Oorspronkelijk treurspel in 4 bedrijven* worden in schrille kleuren de gevolgen geschetst van de

weigering een levensverzekering af te sluiten. Als boer Stijnke sterft blijven zijn echtgenote en kinderen in armoede achter. Was hij verstandig geweest, had hij niet alleen vertrouwd op de waarde van zijn levende have als verzekering, dan had hij zijn vrouw en kinderen verzorgd achtergelaten.[14] Zowel de toon als de inhoud en de omvang van de voorlichting en reclame van de levensverzekeringsbranche rechtvaardigen het hier te spreken van een beschavingsoffensief.[15]

In vergelijking tot vele armenzorginstellingen gaat de oproep tot verantwoordelijk financieel beheer van de levensverzekeringsmaatschappijen echter veel minder gepaard met betutteling en paternalisme. Een liberale, pragmatische houding tegenover het bestedingspatroon van mensen overheerst. Dit hangt samen met de organisatie en de werkwijze van de levensverzekeringsmaatschappijen. Als moderne, grootschalige en bureaucratische organisaties dragen zij bij aan een verzakelijking en formalisering van de zorgbetrekkingen tussen mensen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de verschillen tussen de levensverzekeringsbedrijven en de oudere verzekeringsfondsen of de begrafenisverzekeringen. Zo hebben de nieuwe maatschappijen meestal de juridische vorm van een vennootschap, hetgeen betekent dat men geen lid wordt, maar een contract sluit. In de tweede plaats is er een exclusieve aandacht voor financiële uitkeringen zoals levensverzekeringen en lijfrentes[16] en wordt bijvoorbeeld de materiële begrafenisverzorging niet in het pakket opgenomen. In de derde plaats onderscheiden levensverzekeringsmaatschappijen zich van vele lokale en vaak beroepsgebonden verzekeringsfondsen door een wetenschappelijke aanpak. Men gebruikt een actuariële basis voor het berekenen van de tarieven. In de vierde plaats werken deze maatschappijen op grote schaal. De meeste maatschappijen werven cliënten in het hele land en sommige maatschappijen werken zelfs internationaal. Ten slotte onderscheiden de levensverzekeringsmaatschappijen zich van de vroegere verzekeringsvormen door een goed geschoold administratief beheer en een professionele verkoopstrategie. Zo worden op grote schaal verzekeringskrantjes, voorlichtingsbrochures en reclamefolders gedrukt die in cafés, restaurants, leeszalen en wachtkamers van stations gratis worden verspreid. Levensverzekeringsmaatschappijen die aan het eind van de negentiende eeuw ontstaan fungeren kortom als moderne, bureaucratische organisaties, die contracten sluiten met burgers uit het gehele land, die aan de formele criteria voor toelating voldoen. Regelmatige premiebetaling is een belangrijke contractuele verplichting. Matigheid met alcohol kan het nakomen van die verplichting bevorderen, maar in zichzelf belangrijk is dat niet.

De liberale grondtoon van de levensverzekeringsmaatschappijen blijkt ook uit de wijze waarop zij vrouwen trachten over te halen zich te verzekeren. Vrouwen wordt aanbevolen geld voor hun oudedagsvoorzie-

ning opzij te leggen en niet te besteden aan gezinsbehoeften of familieleden met een beroep op zelfstandigheid, zelfzorg en gezond egoïsme. De bejegening van vrouwelijke consumenten door levensverzekeringsmaatschappijen toont grote verwantschap met de ideeën van liberale feministen uit de eerste feministische golf. Groeiende economische zelfstandigheid van vrouwen fungeert in publicaties van verzekeringsmaatschappijen niet als twistpunt maar als gegeven, en vrouwen worden niet aangesproken op hun vermeende natuurlijke eigenschappen maar op hun individuele verantwoordelijkheden. De toenemende participatie van vrouwen aan het maatschappelijk leven brengt in de ogen van de verzekeraars voor vrouwen de plicht met zich mee hun economisch lot in eigen hand nemen en te zorgen dat ze niet afhankelijk raken van anderen.[17]

Levensverzekeringsmaatschappijen presenteren zichzelf als een rationele vorm van armoedebestrijding. In het kader van hun sociale functie is het van groot belang de soliditeit van de onderneming op lange termijn te kunnen waarborgen. Om deze doelstelling te realiseren proberen de maatschappijen zich te verzekeren van de medewerking van anderen. Vooral de steun van artsen zou voor de ontwikkeling van de bedrijfstak onmisbaar zijn. Medische expertise wordt als het hulpmiddel bij uitstek gezien om de claim van levensverzekeringsmaatschappijen waar te maken dat ze een bijdrage leveren aan de beschaving van Nederland.

DE NOODZAAK VAN MEDISCHE SELECTIE

De meeste levensverzekeringsmaatschappijen zien medische selectie van verzekeringskandidaten op grond van een geneeskundig onderzoek als een van de belangrijkste voorwaarden voor het welslagen van hun onderneming. De maatschappijen claimen meer solide ondernemingen te zijn dan de oude verzekeringsfonden vanwege hun wetenschappelijke, actuariële werkwijze[18] en medische selectie op grond van een geneeskundige keuring vormt volgens hen een essentieel element van die soliditeit.

De actuariële werkwijze van de levensverzekeringen houdt in dat de premies die men moet betalen voor de verzekering afgeleid worden van sterftecijfers, dus van de gemiddelde levensduur van de bevolking. Indien te veel verzekeringen worden afgesloten door mensen die in vergelijking tot deze sterftecijfers te vroeg sterven en die dus voor een te korte periode premie betaald hebben, dan ontstaat een wanverhouding tussen de inkomsten van de maatschappij en de uitgaven.[19] Een florerende maatschappij wordt dus gekenmerkt door een evenwicht tussen onder- en oversterfte, zodanig dat de sterftecijfers benaderd worden. Enige mate van ondersterfte vormt volgens de levensverzekeringsmaatschappijen één van de middelen om winst te maken.[20]

De medewerking van artsen aan het levensverzekeringsbedrijf is in de ogen van de verzekeringsbranche cruciaal omdat zij in staat worden geacht de ongezonde verzekeringskandidaten van de gezonde te onderscheiden en ervoor te zorgen dat de verzekerde populatie dermate gezond is, dat van oversterfte geen sprake is. Het beroep op de geneeskunde betreft dus niet de therapeutische kwaliteiten van artsen, maar hun predictieve, voorspellende kwaliteiten. Artsen moeten zorgen dat de sterftecijfers van de verzekerde populatie bij een maatschappij in evenwicht zijn met de sterftecijfers van de bevolking door selectie van de risico's.

> 'Tegenover die eigen keuze der aanvragers moet de Maatschappij dus een correctief stellen; zij doet dat door zelve te kiezen, d.w.z. door de keuze der Maatschappij tegenover de eigen keuze der aanvragers te stellen. Die keuze der Maatschappij geschiedt op grond van streng en nauwkeurig geneeskundig onderzoek.'[21]

De nadruk op het belang van de wetenschappelijke werkwijze vormt een uitdrukking van de worsteling van de bedrijfstak, die zo graag als betrouwbare vorm van armoedebestrijding te boek wil staan, met negatieve beeldvorming over verzekeringsinstellingen. Eerder in de negentiende eeuw waren diverse weduwen- en wezenfondsen en levensverzekeringsmaatschappijen in financiële problemen geraakt, waardoor de uitbetaling van de verzekerden soms in het gedrang kwam. Met name maatschappijen die te goedkoop waren konden soms later niet aan hun verplichtingen voldoen. Om verzekerden te beschermen had de overheid in 1830 bij Koninklijk Besluit een vorm van toezicht geregeld, die inhield dat levensverzekeringsmaatschappijen hun sterftetafels en de rekenrente moesten laten goedkeuren door de overheid. In 1880 wordt dit KB ontbonden. Nu het overheidstoezicht is verdwenen groeit de bedrijfstak snel. In de verzekeringsbranche is men zich echter zeer bewust van het belang van adequate grondslagen en de voormalige externe controle ontwikkelt zich min of meer tot een vorm van controle in eigen kring.[22] Men is er zeer op bedacht dat het vertrouwen van het publiek fragiel is en snel kan omslaan. De teloorgang van het weduwenfonds Te Winkel en Rietveld in 1860 blijft bijvoorbeeld lang hangen in het collectieve geheugen van de verzekeringsbranche en fungeert als een herinnering aan het belang van solide grondslagen.[23] Dat levensverzekeringsmaatschappijen kandidaten selecteren op medische gronden hangt dus niet alleen samen met de actuariële grondslag van de bedrijfstak. De publieke onderstreping van de relevantie van medische selectie getuigt tevens van de pogingen een vertrouwensrelatie op te bouwen met een sceptisch publiek.

Een andere belangrijk motief voor de grote waarde die men hecht aan

een wetenschappelijke werkwijze hangt samen met het grootschalige en juridische karakter van deze bedrijfstak. Terwijl de oudere verzekeringsfondsen groepen mensen verzekerden die in een bepaald beroep werkzaam waren of in een bepaalde regio woonden, selecteren de levensverzekeringsmaatschappijen hun kandidaten niet op dergelijke kenmerken. Elk individu dat aan de contractuele eisen kan voldoen komt in principe in aanmerking, ongeacht beroep, woonplaats, sekse of sociale status. Dit proces van democratisering van verzorgingsarrangementen brengt echter de noodzaak met zich mee een andere selectiemechanisme te introduceren dan sociale kenmerken. Iedereen toelaten zou immers de soliditeit van maatschappijen aantasten. Selectie op grond van een wetenschappelijke bepaling van de levensverwachting vormt nu het antwoord op de behoefte aan een nieuw selectiecriterium, dat past bij het liberale, individualistische karakter van de maatschappijen. Dit criterium symboliseert dat de selectieprocedures objectief, onpartijdig en rechtvaardig zijn.

Vanaf de jaren tachtig brengen verzekeringsmaatschappijen in handboeken, kranten, weekbladen en brochures het belang van medewerking van artsen bij de uitvoering van de medische keuring met grote regelmaat onder woorden. Zo stelt Van Schevichaven dat het verzekeringswezen

> 'de hulp der geneeskundigen zóózeer noodig [heeft], dat zij in haar tegenwoordigen vorm zonder die hulp onbestaanbaar zijn zoude.'[24]

De hulp van artsen vormt in de ogen van de directies een voorwaarde voor een rationele bedrijfsvoering, want

> 'Een Maatschappij, die op den gezondheidstoestand der aanvragers niet scherp toeziet, kan niet tot de soliede inrichtingen gerekend worden.'[25]

En een medisch adviseur van een maatschappij stelt:

> 'De Heeren geneeskundigen hebben feitelijk den sleutel onzer brandkast in hun bezit.'[26]

Om een breed publiek van de noodzaak van medische selectie te overtuigen maakt men veelvuldig de vergelijking tussen de levensverzekering en de brandverzekering. De brandassurantiemaatschappij zal toch niet zomaar elk risico – kruitfabrieken, benzine-opslagplaatsen etc. – verzekeren?[27]

Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek

Ondanks het feit dat men in de verzekeringspers vanaf 1880 veelvuldig

blijk geeft van de opvatting dat medische selectie onlosmakelijk verbonden is met een adequate bedrijfsvoering, is niet iedereen overtuigd van de rationaliteit van uitsluiting van 'slechte risico's' op medische gronden. In de periode rond 1900 wordt de vraag naar de mogelijkheid van levensverzekering zonder medische selectie dan ook onderwerp van een publiek debat. Dit debat betreft voor een goed deel de vraag of medische-wetenschappelijke selectie commerciële doelen, sociale motieven en ethische overwegingen tegelijkertijd kan dienen.

De discussie wordt in 1897 geopend door prof. Rahusen, wiskundig adviseur van een grote maatschappij. In een artikel getiteld 'Een dreigend gevaar' betoogt hij dat de vooruitgang van de medische wetenschap een gevaar vormt voor het levensverzekeringsbedrijf. De financiële belangen van de maatschappijen leiden tot steeds scherpere keuringseisen en de groei van de medische wetenschap zou ertoe leiden dat een steeds groter deel van de kandidaten op medische gronden wordt afgewezen.[28] Dat is volgens hem in strijd met het ideaal van de levensverzekering, dat ze als armoedebescherming wil fungeren voor velen. De ideale levensverzekering kent geen medische keuring, aldus Rahusen. Ze is toegankelijk voor iedereen.

De medicus Van Geuns, als medisch adviseur verbonden aan de Algemeene Maatschappij voor Levensverzekering en Lijfrente, dient Rahusen van repliek. Hij stelt in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* dat groeiende medische kennis niet leidt tot meer afwijzingen. Integendeel, vooruitgang in de medische wetenschap, met name de verbeterde diagnostiek, zou juist leiden tot een afname van het percentage afgewezenen. Met behulp van onderzoek naar afwijzingen bij Nederlandse, Duitse, Oostenrijkse en Deense maatschappijen laat hij zien dat het percentage afgewezenen vanaf 1880 gestaag daalt, van percentages van ruim 20% en zelfs meer dan 30%, tot percentages tussen de 10 en 20%, met uitschieters tot 27%.[29]

Van Geuns bestrijdt ook de stelling van Rahusen dat het wenselijk zou zijn iedereen te verzekeren. Dat komt volgens hem de verbreiding van levensverzekering namelijk niet ten goede.

> 'Hoe scherper dus de medicus toeziet, dat er geen zieken door de maazen kruipen des te meer menschen zullen in de gelegenheid gesteld worden van de weldaden der levensverzekering gebruik te maken, en zoodoende het eigenlijke doel der levensverzekering bereikt worden.'[30]

In tegenstelling tot Rahusen concludeert Van Geuns dat medische selectie een goede zaak is. Scherpe selectie leidt tot lagere tarieven waardoor weer meer mensen zich zullen verzekeren, en op die manier komt medische selectie armoedebestrijding ten goede.

Van Geuns wordt in het jaarboekje voor de Vereeniging voor Levensverzekering bijgevallen door de jurist Schilling. Hoewel Schilling geneeskundigen tot bescheidenheid maant omdat uitspraken over de levenskansen van kandidaten nogal eens de plank misslaan, is hij overtuigd van de waarde van de geneeskundige keuring.

> 'Het ligt voor de hand, hoe grooter vorderingen de medische wetenschap maakt, hoe meer het in het belang der levensverzekering ligt, het geneeskundig onderzoek uitgebreider en nauwkeuriger te doen plaats vinden. Hoe grooter de kennis is van de physische werking van het organisme, hoe juister de graad van verzekerbaarheid vastgesteld kan worden, zoodat steeds minder candidaaten voor totale afwijzing overblijven (...)'[31]

Medische selectie bevordert rechtvaardige besluitvorming over toelating of afwijzing. Dat er grenzen zijn aan de verzekerbaarheid van mensen is voor Schilling echter volstrekt duidelijk. Het idee dat de levensverzekering voor iedereen toegankelijk zou zijn acht hij naïef.

> 'In theorie is het zeker een schoon beginsel, maar welke persoon zou in onzen egoïstischen tijd bereid gevonden worden om ter wille van zijn naaste gedurende zijn leven méér dan de noodige premie te betalen?'[32]

Verzekering zonder geneeskundig onderzoek zou slechts kunnen bestaan bij de gratie van verplichte deelname, zodat 'autoselectie' onmogelijk is. Levensverzekeringmaatschappijen zijn echter gebaseerd op vrijwillige deelname en de oprichting van algemeen toegankelijke, verplichte staatsverzekeringen is in zijn ogen vooralsnog een utopie.[33] Ook andere auteurs wijzen erop dat de geneeskundige keuring slechts achterwege zou kunnen blijven indien iedereen zich vanaf een bepaalde leeftijd zou verzekeren.[34] Zolang dat niet het geval is, vormt medische selectie de noodzakelijke basis van de verzekering.

Hoe verdeeld men ook is over de vraag hoe toegankelijk de levensverzekering behoort te zijn, Rahusen en zijn critici zijn het met elkaar eens dat medische selectie voor velen een forse drempel opwerpt. De wenselijkheid van die drempel en de effecten van de medische selectie beoordelen ze volstrekt verschillend, maar over de kracht van de medische wetenschap, en over de waarde van medische kennis en vaardigheden voor selectie van verzekeringskandidaten bestaat geen verschil van mening. Ook in de tweede ronde van dit debat zijn de medische kennis en vaardigheden aanvankelijk onomstreden.

In 1902 reageert Rahusen op zijn critici. Schilling heeft volgens hem weliswaar gelijk als hij stelt dat de verbetering van het medisch onderzoek leidt tot een daling van de ten onrechte afgewezenen die door toelating de sterfteverhoudingen niet zouden hebben verstoord, maar tegelijkertijd zal er een groter deel worden afgewezen met daadwerkelijk slechte levenskansen. Het netto-effect van een verscherpte medische keuring is dus – zelfs bij een daling van het aantal afwijzingen – meer terechte afwijzingen en een sterftevermindering onder de toegelaten kandidaten. Daarom herhaalt hij zijn visie dat

> '(...) elke vooruitgang der medische wetenschappen bevorderlijk zijn [zal] aan het streven van verzekeringsmedici, om van de zegeningen der levensverzekering zooveel mogelijk juist hen uit te sluiten, die deze zegeningen het meest noodig hebben.'[35]

Wederom wordt de stelling van Rahusen dat velen worden uitgesloten, niet bestreden. Integendeel. Met cijfers over het aantal afgewezen kandidaten bij de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente, 53.622 aanvragen en 7628 weigeringen in 22 jaar, illustreert de wiskundige Van Geer niet het gevaar, maar juist de onmisbaarheid van het medisch onderzoek. De medische wetenschap is volgens hem dan ook niet de vijand maar juist de vriend van de levensverzekering. Medicus en mathematicus moeten eendrachtig samenwerken om de grondslagen van de levensverzekering te versterken. Het feit dat zelfs de onderlinge verzekeringsmaatschappijen kandidaten onderwerpen aan een geneeskundige keuring bewijst volgens hem de noodzaak van medische selectie voor de soliditeit van de onderneming. Dat Rahusen het humane doel van de levensverzekering zo belangrijk acht is volgens Van Geer onjuist. Een levensverzekeringsmaatschappij is voor alles een handelsonderneming, en haar primaire doel is winst te behalen. Filantropie is volgens hem buitengesloten.[36]

Rahusen krijgt steun van de Groningse hoogleraar geneeskunde Wenckebach. Het is echter de vraag of Rahusen blij is met deze bijval, want Wenkenbach relativeert diens stelling dat het de vooruitgang in de medische wetenschap is die een gevaar vormt voor de doelstellingen van de bedrijfstak. Wenkebach stelt juist dat de betrouwbaarheid van de medische keuring veel te wensen over laat. De prognose van de levenskansen op basis van een medische keuring is in zijn ogen niet adequaat, en zegt weinig over de feitelijke sterfte. Dit impliceert volgens Wenkebach dat ook de ervaringstafels, die gebaseerd zijn op de sterfte onder verzekerden, geen adequate basis vormen voor de premieberekening. Waar De Geer stelt dat er zonder geneeskundig onderzoek geen bruikbare

sterftetafels ontstaan, beweert Wenckebach dus dat het tegenovergestelde het geval is.

In tegenstelling tot Van Geuns, die medische selectie schetst als de weg naar zowel economische overleving, armoedebestrijding als rechtvaardige besluitvorming, ziet Wenkebach medische selectie vooral als een instrument om commerciële doelen te realiseren. Hij wijst dan ook af dat geneeskundigen meewerken aan medische selectie ten behoeve van de levensverzekeringsbranche. Keuringen dienen een gunstige sterfteverhouding onder de aangenomen kandidaten te bewerkstelligen hetgeen mogelijkheden biedt tot premieverlaging en tot verbetering van de concurrentieposite van de maatschappij. Dit impliceert volgens Wenkebach dat de gezonden zich goedkoop verzekeren ten koste van de niet-gezonden,

> '(...) dat zij, die in goede gezondheid hunne volle lichaams kracht tot onderhoud van hun huisgezin kunnen benuttigen, en met hun betere levenskansen feitelijk de levensverzekering in mindere mate behoeven, zich goedkoper kunnen verzekeren, *doordat* de lichamelijk minder bedeelden, die ook daarom al een zwaarder levensstrijd hebben te voeren en bij hooger sterftekans verzekering wel het allermeest behoeven, eenvoudig uitgesloten worden!'[37]

Meewerken aan de medische keuring op deze manier is volgens Wenckebach in strijd met het doel der geneeskunde, dat gericht is op hulp aan lijdende medemensen en niet op het behalen van winst. Volgens Wenckebach werd in 1902 15% van de aanvragers bij de Algemeene geweigerd en wordt het tijd om daar iets tegen te doen. Wenckebach profileert zich als een voorstander van de levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek, waarbij iedereen verzekerd wordt die zich aanmeldt.[38] Collectieve verzekeringen hebben zijn voorkeur. Niet alleen sluiten ze niemand uit, ook vormen ze de meest betrouwbare grondslag voor het berekenen van de premies omdat ze de algemene sterfte tot uitgangspunt nemen.

Rahusen en Wenkebach vinden weinig bondgenoten in hun verzet tegen medische selectie. Vanaf 1880, toen de bedrijfstak snel begon te groeien, waren velen overtuigd van de noodzaak van medische selectie als wetenschappelijke basis voor soliditeit, betrouwbare armoedebestrijding en rechtvaardige toelatingsprocedures. Het debat over de voor- en nadelen van medische selectie brengt weinig verandering in die opvatting. De angst voor toelating van slechte risico's is groot. Dat bleek reeds eerder, in 1894, toen meerdere maatschappijen de Vereeniging ter Wederkeerige Mededeeling van niet verzekerbare levens oprichtten, met als doel elkaar te informeren over kandidaten die na een geneeskundig onderzoek worden

afgewezen. Men vermoedde dat deze kandidaten zich bij een andere maatschappij opnieuw zouden aanmelden voor een verzekering en dat ze dan wellicht alsnog zouden worden aangenomen, omdat ze lering hebben getrokken uit de eerdere keuring en weten wat te vertellen en wat te verzwijgen. In de praktijk blijken maar weinig mensen zich na een afwijzing tot een andere verzekeringsmaatschappij te wenden.[39] Desalniettemin illustreert dit initiatief het belang dat men hecht aan de uitsluiting van mensen met slechte levenskansen.[40]

Een maatschappij zonder geneeskundig onderzoek

De discussie over de noodzaak van medische selectie krijgt een nieuwe impuls door de oprichting van de Eerste Levensverzekering Maatschappij zonder geneeskundig onderzoek bij Koninklijk Besluit op 25 juni 1901. De reactie in de levensverzekeringspers op deze dochtermaatschappij van de Nederlandsche Maatschappij van Verzekering in Den Haag is verdeeld. *De Verzekeringsbode* ontkent de soliditeit van een dergelijke onderneming. Het commentaar luidt dan ook:

> 'Het komt ons voor, dat ons bedrijf hiermede een ernstig gevaar dreigt (...) en dat wel omdat, indien zij vandaag of morgen zich verplicht ziet hare betalingen te staken, weer voor tientallen van jaren het vertrouwen in de levensverzekering zal geschokt zijn.'[41]

In *De Voorzorg*, dat onder redactie staat van de sociaal geneeskundige De Bruyn, wordt onder verwijzing naar de bezwaren tegen de 'klassificering van minderwaardigen' de Nederlandsche Maatschappij echter gelukwenst met haar onderneming.[42] In het verlengde hiervan wordt de lezer in 1903 nogmaals attent gemaakt op de denkbeelden van Wenckebach. Na een korte samenvatting daarvan wordt besloten met de passage:

> 'Al is iemand nòg zulk een hardnekkig tegenstander in zake levensverzekering *zonder* geneeskundig onderzoek – tòch gelooven we, dat hij na het lezen van Dr. Wenckebach's warm pleidooi, volmondig zal moeten erkennen, dat hem vele wapens uit de handen geslagen zijn.'[43]

Het tijdschrift *Mentor* lijkt zijn visie ietwat te wijzigen. Waar in 1899 op een lezersvraag nog wordt geantwoord dat een levensverzekeringsmaatschappij die de keuring liet vallen ondenkbaar is,[44] meldt het in 1905 over de wereldpolis zonder geneeskundig onderzoek:

> 'In een verre toekomst zullen de vele Maat.ijen het ruime standpunt

der Eerste Nederlandsche innemen. Welk een zegen, dat de vroeger uitgeslotenen nu ook na hun dood voor de achterblijvenden kunnen zorgen.'[45]

De Eerste Nederlandsche neemt weliswaar iedereen aan, maar de voorwaarden waaronder verschillen van de verzekering met geneeskundig onderzoek. In plaats van het geneeskundig onderzoek is er nu sprake van een garantietijd van vier jaar, dat wil zeggen dat pas wordt uitbetaald indien de verzekerde overlijdt na een periode van vier jaar. Overlijdt de persoon eerder, dan wordt de helft van de betaalde premie teruggestort. Volgens Van Geer zijn dergelijke voorwaarden in strijd met het principe van verzekering dat uitbetaling juist onafhankelijk maakt van het tijdstip van overlijden.[46] Bovendien deugt volgens hem de wetenschappelijke grondslag van de verzekering niet. Men heeft voor de premieberekening gebruik gemaakt van een Engelse sterftetafel waarbij de eerste vijf jaren van de verzekerden zijn uitgesloten. De sterfte onder de rest zal echter veel minder zijn dan de sterfte bij de Eerste Levensverzekering Maatschappij omdat de Engelse verzekerden wel medisch gekeurd waren.[47]

Reeds kort na haar oprichting, in 1905, wordt de Eerste Levensverzekering Maatschappij zonder geneeskundig onderzoek geliquideerd. De aanleiding hiertoe vormt een ongunstig bedrijfsresultaat en een verzoek van de directeuren en commissarissen aan de aandeelhouders om nog 10% op de aandelen te storten. De oorzaak van de minder gunstige gang van zaken schuilt volgens de directie in een gebrek aan bedrijfskapitaal waardoor onder andere weinig reclame kon worden gemaakt.[48] De aandeelhouders voelen echter niet zoveel voor storten en meer voor liquideren. De kosten (salarissen, reiskosten e.d.) van het bedrijf zijn te hoog in verhouding tot de premieopbrengsten, en men stelt tevens:

'Ook schijnen de in de afgeloopen jaren verkregen resultaten niet de meening te wettigen, dat het groote publiek zich tot onze soort verzekering sterk voelt aangetrokken.'[49]

Het is opvallend dat er geen melding wordt gemaakt van verlies geleden op uitbetaling van polissen, hetgeen doet vermoeden dat het achterwege blijven van een keuring geen enkele rol heeft gespeeld bij de snelle liquidatie van deze maatschappij. Eind februari 1905 is de maatschappij ter ziele. Alleen de aangegane contracten worden afgehandeld voorzover mensen hun premies blijven doorbetalen.

De eerste reactie van de redacteuren van *De Voorzorg*, die de oprichting van harte hadden toegejuicht, is de directie enkele vragen voor te leggen over de gang van zaken, opdat het publiek uit de antwoorden kan afleiden

dat het failliet niets te maken heeft met het achterwege laten van het geneeskundig onderzoek.

> 'Dat deze wijze van verzekeren echter niet zou kunnen bestaan is door niets bewezen. Het niet-slagen onzer Mij. moet dan ook uitsluitend worden toegeschreven aan omstandigheden, die met het principe der verzekering zonder geneeskundig onderzoek niets te maken hebben.'[50]

Deze poging om te voorkomen dat levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek en liquidatie met elkaar geassocieerd worden is weinig succesvol. Zo lezen we in een artikel van de geneeskundige Bles over de vraag of alle levens verzekerbaar zijn:

> 'Thans, nu de eenige maatschappij hier te lande, die zich uitsluitend met levensverzekering *zonder* geneeskundig onderzoek bezig hield, bewezen heeft niet te kunnen bestaan (...)'[51]

De discussie over de levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek bloedt na 1905 min of meer dood.[52] De gedachte dat medische selectie cruciaal is voor de ontwikkeling van de bedrijfstak is dermate ingeburgerd en geaccepteerd geraakt dat de vraag naar de noodzaak van medische selectie niet nogmaals op de agenda wordt gezet. Het feit dat enkele maatschappijen toch een levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek in hun pakket hebben, wordt dan ook niet gezien als een teken dat medische selectie overbodig is. Integendeel. Deze verzekeringsvorm wordt niet als een kernaktiviteit van de bedrijfstak gezien, en de vele extra voorwaarden die gelden bij dit verzekeringstype maken haar niet tot een concurrent van de verzekering met een medische keuring, maar tot een bewijs van de noodzaak van medische selectie.[53] Dat initiatieven tot verzekering zonder geneeskundig onderzoek worden ontwikkeld binnen het kader van een verzekeringspraktijk op basis van medische selectie blijkt tevens uit het feit dat men bij de beoordeling van de sterfte onder deze ongekeurde verzekerden de sterfte onder gekeurde levens als norm neemt.[54] De aanleiding tot de discussie over de noodzaak van medische selectie, de zorg over de grote hoeveelheid afwijzingen op medische gronden, over de rechtvaardigheid ervan en over de bijdrage van de bedrijfstak aan armoedebestrijding, zal ook naderhand de gemoederen nog veel bezighouden. Afschaffing van medische selectie als een belangrijke grondslag van de bedrijfstak vormt vanaf ongeveer 1905 echter geen overweging meer. Medische selectie valt niet meer uit de bedrijfstak weg te denken, en de medische wetenschap zal een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het levensverzekeringsgeneeskundig netwerk. Deze uitkomst van

controverses over de noodzaak van medische selectie zegt echter op zichzelf nog niets over de specifieke vorm die medische selectie aan zal gaan nemen. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe deze selectie de vorm aanneemt van een medische keuring.

VAN ATTEST TOT KEURING

Vertegenwoordigers van levensverzekeringsmaatschappijen tonen zich om meerdere redenen overtuigd van het belang van medische selectie van verzekeringskandidaten. Zélf omkleedden zij de introductie van een uitvoerige medische keuring met verwijzingen naar hun wetenschappelijke werkwijze. En het is waarschijnlijk dat de actuariële werkwijze het verlangen naar meer precieze en gedetailleerde kennis van de gezondheid van kandidaten bevordert. Dat medische selectie de vorm aanneemt van een medische keuring kan echter niet alleen worden toegeschreven aan de geclaimde wetenschappelijke aanpak.

Het fenomeen dat verzekeringsinstanties inzicht willen in de gezondheid van een verzekerde is niet nieuw. Reeds eerder in de achttiende en negentiende eeuw vroegen zowel kleine verenigingen en begrafenisfondsen, die niet op een actuariële basis werkten, als levensverzekeringsmaatschappijen die wettelijk verplicht waren om op actuariële basis te werken,[55] vaak enige informatie over de gezondheid van een verzekerde. Bij beide was het gebruikelijk dat een verzekeringskandidaat een vriendenverklaring overhandigde,[56] een verklaring van hemzelf dat hij gezond was, of een briefje van de huisdokter die op grond van ervaring wist dat zijn patiënt in goede gezondheid verkeerde. Terwijl enerzijds verzekeringsvormen die geen wetenschappelijke werkwijze claimden dus graag wilden weten of de verzekeringskandidaat geen ernstige ziekten onder de leden had, namen anderzijds levensverzekeringsmaatschappijen vaak genoegen met een huisdoktersverklaring.

In de eerste helft van de negentiende eeuw waren nog slechts enkele maatschappijen actief en was ook de markt voor levensverzekeringen klein. Het was met name het vermogende deel van de bevolking dat kon overwegen om een levensverzekering te nemen. Een geneeskundig onderzoek waarbij men het lichaam gedeeltelijk moest ontbloten werd in het begin van de negentiende eeuw in deze gegoede kringen echter niet 'kiesch' gevonden.[57] In het handboek voor de levensverzekeringsgeneeskunde van Brinton uit 1863 lezen wij:

> 'Wij beschouwen de buik door de gewone kleeren (...)'[58]

De lichaamscultuur was in die periode dermate streng dat de eis van een

uitgebreid medisch onderzoek hoogst ongebruikelijk zou zijn. Zelfs in de therapeutische praktijk vond een uitgebreid lichamelijk onderzoek slechts bij uitzondering plaats. In geval van ziekte kwam de arts bij de zieke op bezoek, en trachtte hij in het bijzijn van de familie een diagnose te stellen door observatie en ondervraging. Contact met het lichaam van de patiënt beperkte zich meestal tot het voelen van de pols.[59] Met de groei van de levensverzekeringsbranche na 1880 verbreden de maatschappijen hun doelgroep van de rijke bovenlaag van de samenleving naar de middenklasse en de arbeidersklasse, die verondersteld worden minder strenge omgangsvormen te hebben ten aanzien van het lichaam. Bij deze groepen wordt het als haalbaar gezien de normen en taboes met betrekking tot het lichaam buiten werking te stellen gedurende een medische keuring.

De noodzaak van het lichamelijk onderzoek wordt door diverse auteurs in de verzekeringswereld aan het eind van de negentiende eeuw met klem naar voren gebracht. Men benadrukt bijvoorbeeld dat lichamelijk onderzoek betekent dat van borst en buik de kleding verwijderd moet worden. Zo kan men in het handboek van Pollock en Chisholm lezen:

> 'De noodzakelijkheid van de borst geheel te ontblooten kan niet ernstig genoeg betoogd worden (...) Ondanks verzet, soms zelfs van doctoren uit de provincie en anderen, die beter behoorden te weten dat het een noodzakelijkheid is om slechts op het ontbloote lichaam te onderzoeken, en ondanks de verzekering van agenten, dat de wetenschap, dat zulks eene wijze van onderzoek vereischt wordt, vele aanvragers terughoudt, behoort toch slechts deze methode toegepast te worden.'[60]

De verbreding van de doelgroep naar de minder gefortuneerden vormt ook op een andere manier een impuls tot de vervanging van het gezondheidsattest door de medische keuring. Ze brengt namelijk de verwachting met zich mee dat meer mensen een levensverzekering zullen willen sluiten die niet tot de langstlevenden behoren, bijvoorbeeld omdat men werk verricht dat een sterke slijtage met zich meebrengt of omdat men in een weinig gezonde omgeving woont.[61] Alleen een medische keuring zou de verzekeringsmaatschappijen voor deze slechte risico's kunnen behoeden.

De verschuiving van een eenvoudige gezondheidsverklaring naar een uitvoeringe medische keuring symboliseert ten slotte de ontwikkelingen in de medische beroepsgroep. In de eerste helft van de negentiende eeuw was de beoordeling van gezondheid en ziekte, en de bevoegdheid om gezondheidsbriefjes af te geven geen exclusieve zaak van artsen. De waarde van de eenvoudige gezondheidsverklaring school in de sociale status van de ondertekenaar. Een burger van stand, iemand van goede komaf, zou geen bedrog plegen door te liegen over eigen of andermans gezondheid.

De Hollandsche Societeit accepteerde dan ook gezondheidsverklaringen die afkomstig waren van de kandidaat zelf, van een apotheker, of van iemand die

> 'zeker wel goed ter naam en faam bekend, doch wiens medische kennis tegenwoordig onvoldoende zoude worden geacht'[62].

Voorzover het gezondheidsattest gezondheid specificeerde, ging het met name om de vraag of de kandidaat kinderpokken had gehad. Deze vraag kon door diverse goede bekenden van de kandidaat beantwoord worden.

Met het ontstaan van de geneeskunde als een wettelijk gereguleerd beroep in 1865 verwerven artsen het monopolie op de uitoefening van de geneeskunst. Hoewel desondanks ook na 1865 nog sprake is van grote variëteit in de medische beroepsuitoefening,[63] is het begrijpelijk dat in het verlengde van deze juridische regeling in de tweede helft van de negentiende eeuw steeds vaker artsen in plaats van leken gevraagd worden om de gezondheid van verzekeringskandidaten te onderzoeken. De levensverzekeringsmaatschappijen kunnen daar niet meer elke willekeurige verstandige persoon voor kiezen. De vervanging van de eenvoudige gezondheidsverklaring die door diverse personen afgegeven kan worden door een medisch oordeel, een uitgebreide medische verklaring of een geneeskundig onderzoek, impliceert een herdefinitie van wat geldt als een medisch feit en van wie gelden als geloofwaardige getuigen. In plaats van de sociale status van de ondertekenaar wordt de betekenis van de verklaring nu bepaald door diens professionele positie. Inzicht in iemands gezondheid wordt niet meer verkregen door de waarheid te spreken, maar door aanwending van kennis en vaardigheden die in toenemende mate alleen de medische beroepsbeoefenaren worden verondersteld te bezitten.

Dat aan het einde van de negentiende eeuw medische selectie meer noodzakelijk wordt geacht dan in de periode daarvoor en dat het gezondheidsattest plaats maakt voor de medische keuring als basis voor deze selectie hangt dus samen met verschuivingen aan alle zijden van de levensverzekeringsgeneeskundige figuratie. Het levensverzekeringswezen groeit, en de actuariële werkwijze wint aan betekenis. De consumentenpopulatie wordt niet alleen groter, ze verandert ook van karakter. Voor de arbeiders- en middenklasse geldt het lichaam minder als een afgesloten privé-domein, en wordt onderzoek aan het lichaam niet zo beladen geacht dat dit onmogelijk zou zijn. Bovendien zou de werk- en leefsituatie van deze verzekerden ertoe leiden dat het hier grotere risico's betreft dan de gegoede burgerij die in het begin van de negentiende eeuw de belangrijkste klant vormt. Ten slotte leiden ontwikkelingen in het medisch beroep ertoe dat alleen artsen in staat worden geacht waardevolle informatie te verschaf-

fen over de gezondheid van verzekeringskandidaten.

De verbreding van de markt naar sociale groepen waarbij men denkt de eis van een lichamelijk onderzoek te kunnen presenteren als een normale procedure om toegang te verwerven tot een verzekering, betekent echter niet dat deze groepen de medische keuring zonder meer accepteren. De pogingen van levensverzekeringsbedrijven om het publiek te overtuigen van de rationaliteit van medische selectie ten spijt, de weerstand tegen de keuring is groot.

WEERSTAND TEGEN DE MEDISCHE KEURING

De opkomst van medische advisering voor de levensverzekering betekent dat er een netwerk ontstaat van verzekeringsmaatschappijen, verzekeringskandidaten en artsen en dat zij een gedeeld perspectief ontwikkelen op de medische advisering. Met de institutionalisering van de medische advisering worden de barrières geslecht die een gedeeld perspectief in de weg staan. Een belangrijke barrière vormt de weerstand onder verzekeringskandidaten tegen de medische keuring als instrument voor medische selectie. Een vragenlijst over gezondheid en levensstijl vindt men nog acceptabel, maar een uitgebreid lichamelijk onderzoek stuit op verzet.

Uit lijsten van niet tot stand gekomen verzekeringscontracten bij de Algemeene Maatschappij in de jaren tachtig en negentig blijkt bijvoorbeeld dat daarbij behalve de premiehoogte ook zorg over het geneeskundig onderzoek een rol speelt. Regelmatig treffen we achter een mislukt contract formuleringen aan als 'moeilijkheden omtrent het geneeskundig onderzoek', 'de te verzekeren persoon wil zich niet aan het geneeskundig onderzoek onderwerpen' en 'contractant heeft zich voor het tweede geneeskundig onderzoek teruggetrokken'.[64]

Uit de regelmaat waarmee 'de weerstand' in de populaire verzekeringspers en in de instructies voor de buitendienst als een probleem wordt behandeld, kan afgeleid worden dat de introductie van medische selectie stuit op culturele grenzen. Zo meldt de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente haar agenten:

> 'Niet zelden wordt men weerhouden om een verzekering te sluiten uit vrees voor het geneeskundig onderzoek. Dat onderzoek is voor sommigen een schrikbeeld (...)'[65]

De achtergronden van deze weerzin kunnen verschillen. Sommigen vinden het gênant dat het gehele lichaam onderzocht wordt. Het onderzoek roept schaamte op en brengt mensen in verlegenheid. In een brochure van 1886 lezen we:

'Menigeen vindt het stuitend zich door een geneesheer te laten onderzoeken, en wordt zoo doende teruggehouden zich te verzekeren.'[66]

Volgens de Algemeene Maatschappij klagen veel kandidaten na het onderzoek:

'Wanneer ik geweten had, dat men mij zoo zou onderzoeken [ ] ik was er nooit toe overgegaan. Ik zal het iedereen afraden; is dat een manier van doen, om mij meer dan een half uur te betasten, te beluisteren en uit te hooren!'[67]

Juist van de sociale klasse die men beoogt te verzekeren had men een dergelijke schroom niet verwacht.

'"En moet men zich heelemaal ontkleeden? En is het waar, moet men waar de dokter bij is...?" Deze laatste vraag wordt je met een angstig gelaat gesteld door lui die er geen been in zien ettelijke malen per dag zonder de minste notitie te nemen van voorbijgangers of in de nabijheid wonenden, te doen waarnaar zij nu zoo angstig vragen.'[68]

Bij anderen wordt de weerzin tegen het medisch onderzoek vooral ingegeven door de angst voor afkeuring.

'Velen zijn wel geneigd hun leven te verzekeren, maar het geneeskundig onderzoek is hun een doorn in het oog. Sommigen, omdat zij bevreesd zijn voor den uitslag er van. De dokter moest hen eens afkeuren. Hemel beware, dat zou voor hen gelijk staan met ten doode opgeschreven te zijn!'[69]

Met name onder vrouwen zou men weerstand aantreffen tegen het lichamelijk onderzoek.

'Velen zien geweldig tegen dit zoo onmisbaar onderzoek op. Den een maakt het reeds min of meer nerveus, wanneer hij bedenkt, dat hij successievelijk zijn geheele lichaam aan de speurende oogen, ooren en tastorganen van den een of anderen vreemden geneesheer moet overgeven. De andere, vooral de vrouw, wordt afgeschrikt door beschroomdheid.'[70]

De weerstand tegen het lichamelijk onderzoek is groot, maar vormt geen reden om medische selectie af te schaffen of de keuring te vervangen door een vragenlijst. Verzekeringsmaatschappijen trachten de weerstand te

ondervangen door de vertegenwoordigers te instrueren dat zij kandidaten adequaat informeren. Zij moeten vertellen dat de medische keuring in het belang is van verzekerden omdat ze de basis vormt voor de soliditeit van de maatschappij, en dat goedkeuring de kandidaat zal doen beseffen 'een gezond lichaam rond te dragen'.[71] Sommige auteurs spelen in op voorstellen over medisch onderzoek vóór het huwelijk zoals die aan het begin van de twintigste eeuw gedaan worden uit eugenetische overwegingen.[72] Wie voor het afsluiten van een huwelijk een levensverzekering aanvraagt en in dat kader een medische keuring ondergaat, slaat twee vliegen in één klap. Men treft voorzorg en beschikt tegelijkertijd over de informatie over de gezondheid op grond waarvan besloten kan worden of het voortbrengen van nageslacht wel verantwoord is.[73] Om aan de weerstand van vrouwen tegemoet te komen besteedt men in de voorlichting aan vrouwen speciale aandacht aan het lichamelijk onderzoek. Eventueel wijst men erop dat voor een lijfrentepolis een geneeskundig onderzoek niet noodzakelijk is. Daarnaast bepleit men de aanstelling van meer vrouwelijke keuringsartsen. Het idee dat men de keuring zou overslaan wordt echter, ook bij vrouwelijke kandidaten, niet overwogen.

Gedurende de eerste decennia van de twintigste eeuw wordt nog regelmatig gewezen op de belemmerende rol van de medische keuring bij 'de popularisering van de levensverzekering'.[74] Daarna verdwijnt dit thema langzaam maar zeker uit de belangstelling tot het na de Tweede Wereldoorlog geen rol meer speelt.[75] In 1955 voerde het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie een onderzoek uit in opdracht van de Nederlandse Vereniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen naar de 'meningen en gevoelens met betrekking tot de levensverzekering'. Op een open vraag over de minder aantrekkelijke kanten van de levensverzekering komt maar weinig reactie: het belangrijkste negatieve aspect van de levensverzekering in deze tijd blijkt het feit dat men ervoor moet betalen en dat de premies te hoog zijn. Over gezondheidsverklaringen en medische keuringen wordt met geen woord gerept.[76] Ook uit een in 1954 gehouden enquête onder het personeel van de Olveh over vragen die onder een breed publiek zouden leven, scoort de medische keuring laag. Van de twintig genoemde onderwerpen vormt de vraag 'waarom een geneeskundig onderzoek' het veertiende.[77]

De introductie van de geneeskundige keuring voor de levensverzekering betekent dat op grote schaal lichamelijk onderzoek uitgevoerd gaat worden bij mensen die zich niet ziek voelen. De inburgering van deze keuring krijgt in het licht van het onderzoek naar de sociogenese van het lichaam een specifieke betekenis. Onder anderen Foucault, Laqueur, en Duden hebben laten zien dat de betekenis van het lichaam verandert in relatie tot de ontwikkeling van de medische wetenschap.[78] Met de opkomst van de

systematische waarneming en beschrijving van lichamen in de achttiende eeuw, en met de ontwikkeling van diagnostische technieken wordt het lichaam in toenemende mate geobjectiveerd en neemt de distantie van mensen tot hun eigen lichaam toe. Zo maakt de definitie van ziekte als een persoonlijke ervaring in de loop van de achttiende en negentiende eeuw plaats voor de definitie van ziekte als een afwijking van een statistische medische norm. Door medische bemoeienis wordt de subjectieve, intieme sfeer van het lichaam tot een publiek domein gemaakt.[79]

De toenemende openbaarheid van het lichaam komt tot uitdrukking in de wijze waarop artsen in de therapeutische praktijk vanaf de negentiende eeuw steeds meer geneigd zijn het lichaam van een patiënt te ontbloten en te onderzoeken om een klacht te kunnen diagnostiseren. Het ziekenhuis loopt daarin voorop. Wetenschappelijk onderzoek vereist willige lichamen en het feit dat de populatie van ziekenhuispatiënten vooral bestaat uit mensen uit de lagere sociale klassen maakt het relatief eenvoudig om schaamtegevoelens rond het lichaam te negeren. In de private therapeutische praktijk wordt het taboe op het onderzoek aan het lichaam slechts langzaam afgebroken.[80] De openbaarheid van het lichaam blijkt behalve uit lichamelijk onderzoek op zieken, ook uit de medische bemoeienis met gezonden, zoals in geval van de systematische medische keuring van militairen. Vanaf de instelling van de eerste vorm van diensplicht tijdens de inlijving van Nederland bij Frankrijk (1810-1813) ontwikkelde de militaire keuring zich tot een gedetailleerd lichamelijk onderzoek waarbij in toenemende mate gebruik werd gemaakt van medisch-technisch instrumentarium.[81] De resultaten van het lichamelijk onderzoek leidden niet slechts tot goedkeuring of afkeuring, maar vormden ook de basis voor de verdeling van vrijwilligers en lotelingen over de diverse militaire onderdelen.

Het geneeskundig onderzoek voor de levensverzekering is vergelijkbaar met de militaire medische keuring als het gaat om de bevordering van openbaarheid van het lichaam. De weerstand tegen bemoeienis met het lichaam door vreemden aan het eind van de negentiende eeuw illustreert dat men uitgebreid geneeskundig onderzoek zonder dat er een medische aanleiding is geenszins als normaal ervaart. Het bekijken en betasten van het lichaam wordt door velen tot ver in de twintigste eeuw als een onwenselijke inbreuk op de intieme sfeer beschouwd. Met de groei van het levensverzekeringsbedrijf wordt het medisch onderzoek aan het lichaam van gezonde mensen echter minder beladen. De weerstand tegen de medische keuring illustreert de culturele grenzen van de objectivering van het lichaam. De afname van deze weerstand wijst er echter op dat de grenzen tussen wat geldt als publiek en privé mede als gevolg van de institutionalisering van medische selectie verschuiven. Met het publieker

worden van het lichaam verliest het lichamelijk onderzoek voor de levensverzekering voor veel mensen zijn taboekarakter. Met de genese van het verzekeringsnetwerk ontwikkelen verzekeringsmaatschappijen, artsen en kandidaten langzaam maar zeker een gedeeld perspectief op het lichaam en op toelaatbare interventies op het lichaam.

PROFESSIONELE ORGANISATIE VAN MEDISCHE SELECTIE

De institutionalisering van de medische selectie van risico's voor het verzekeringsbedrijf betekent dat de directie de selectie van kandidaten uit handen geeft en dat er een professionele infrastructuur ontstaat waarin de medisch adviseur en de keuringsarts de voornaamste plaats innemen. De differentiatie tussen beide functies en de definitie van hun beider werkzaamheden hebben zich echter slechts langzaam voltrokken. De manier waarop de differentiatie van de functies van medisch adviseur en keuringsarts plaatsvindt, kan worden geïllustreerd aan de ontwikkeling die de Hollandsche Societeit doormaakt.[82]

De medisch adviseur

Voorzover artsen in de eerste helft van de negentiende eeuw een rol speelden bij medische selectie, door afgifte van een gezondheidsverklaring of door uitvoering van een geneeskundig onderzoek, waren dit meestal de behandelend artsen van de kandidaten. De verklaringen en de keuringsrapporten werden naar de directie van de maatschappij gestuurd, die besloot over aanname of afwijzing. In die periode was selectie van kandidaten dus in handen van de directie van de maatschappij. Een vaste medisch adviseur kende men niet. Sterker nog, een voorstel daartoe uit 1829 werd toen afgewezen. Een van de argumenten die in het gedenkboek uit 1907 wordt gememoreerd luidde dat

> 'de Doctor, waarmede de Societeit zich mogt hebben verstaan, zwarigheid zoude vinden in het afkeuren van Declaratoren, die door zijne mede-Doctoren mogten zijn afgegeven.'[83]

De sociaal-economische positie van artsen in de eerste helft van de negentiende eeuw was zwak, hun medische expertise werd vaak betwist en de onderlinge concurrentie was groot. Geïnstitutionaliseerde vormen van collegiale samenwerking en controle waren er niet. In de beroepsetiquette van die tijd gold het als een goed gebruik om niet te interfereren in elkaars beroepsuitoefening.[84] In het licht van die situatie is de weigering om als medisch adviseur te fungeren en oordelen uit te spreken over kandidaten die door een andere arts waren onderzocht begrijpelijk. Dit

laat onverlet dat incidenteel wel werd geadviseerd over toelating of afwijzing van een specifieke kandidaat. Een dergelijk advies werd dan vaak onbetaald gegeven.

Vanaf 1851 werd het gebruikelijk dat de directie in geval van twijfel een arts raadpleegde.[85] In 1852 werd daartoe voor het eerst een medisch adviseur als zodanig officieel benoemd. Deze arts werd per advies betaald en verrichtte bovendien ook soms zelf keuringen. Aan het eind van deze eeuw, vanaf 1898, gaat men ertoe over voor élk keuringsrapport een medisch advies te vragen. Dan krijgt de Hollandsche Societeit dus een medisch adviseur die tegen een vastgesteld honorarium dit werk voor zijn rekening neemt. Hoewel de functie van medisch adviseur een bijbaan blijft, neemt de relevantie van het werk sterk toe. De directie neemt geen besluit meer zonder tussenkomst van haar medisch adviseur.

Bij andere maatschappijen zien we gelijksoortige ontwikkelingen, hoewel veel maatschappijen die na 1880 zijn opgericht sneller over een vaste medisch adviseur beschikken dan de Hollandsche Societeit. Uit de Almanak van Levensverzekering blijkt dat er in 1893 tenminste 21 maatschappijen zijn met een medisch adviseur. In 1900 is dit aantal toegenomen tot 50, in 1910 tot 76 en in 1920 tot 95.[86] De groei van het verzekeringsbedrijf en de toename van rapporten die beoordeeld moeten worden maken bij vele maatschappijen de aanstelling van een medisch adviseur noodzakelijk. Waar bijvoorbeeld bij levensverzekeringsmaatschappij Piëtas eerst een commissaris als medisch adviseur fungeert, wordt na diens overlijden in 1899 hiertoe iemand anders benoemd

> 'in verband met de wenschelijkheid om, nu het aantal geneeskundige rapporten steeds belangrijk toenam, de verschillende ingekomen stukken dagelijks met de Directie ten kantore te kunnen bespreken.'[87]

Om een idee te geven van de omvang van de werkzaamheden: bij de Algemeene Maatschappij voor Levensverzekering en Lijfrente beoordelen de twee medisch adviseurs in 1884, 1885 en 1886 resp. 566, 881 en 1078 keuringsrapporten. De keuringsrapporten worden bovendien steeds uitgebreider en bevatten steeds meer medische informatie. Mede doordat de medisch adviseurs hogere eisen gaan stellen aan keuringsrapporten bevorderen ze hun eigen onmisbaarheid en dragen ze ertoe bij dat het beoordelen van keuringsrapporten steeds meer een professionele medische aangelegenheid wordt. Met de verzelfstandiging van de beoordeling van de keuringsrapporten ten opzichte van andere directietaken en met de vaste aanstelling van professionele artsen wordt een ontwikkeling in gang gezet die ertoe leidt dat directies ook niet goed meer in staat zijn de levenskansen van een kandidaat te beoordelen. Zij moeten wel op de

vakkennis van hun adviseurs vertrouwen.

De toenemende werkzaamheden hebben echter niet alleen betrekking op de groeiende stapel keuringsrapporten. De adviseur krijgt ook een taak bij de keuze van keuringsartsen en vaak maakt hij jaarlijks overzichten van sterfgevallen. De medisch adviseur maakt een maatschappij bovendien respectabel. Meerdere levensverzekeringsmaatschappijen demonstreren het publiek dat de maatschappij solide en betrouwbaar is door in advertenties in de verzekeringsbladen naast de naam van de wiskundig adviseur de naam van de medisch adviseur te vermelden.

Levensverzekering-Maatschappij

„HAARLEM".

Opgr. in 1878. — Koninklijk goedgekeurd

Gevestigd te HAARLEM,

— Wilsonplein 11. —

Directeur: W. L. HENGEVELD.

Wisk. Adv.: Dr. A. v. ELDIK.

Gen. Adviseur: P. J. BUCKMANN

ALGEMEENE GRONINGER Levensverzekering-Mpij gevestigd te GRONINGEN.

Goedgekeurd bij K. B. van 19 Maart 1864, No. 64.

Commissarissen:

Mr. H. SCHAAP, Advocaat en Procureur, te Groningen.

Mr. G. W. H. BARON VAN IMHOFF, Directeur der Algemeene Groninger Scheepshypotheekbank, te Groningen.

R. MAAS, Arts te Enschedé.

Directeur: J. M. Huizinga.

Wisk. Adviseur: J. L NIEUWENKAMP.

Geneesk. Adviseur: E. J. JONKERS, Arts

Levensverzekeringsbank „Patria".

Kantoor: Plompetorengracht 20, UTRECHT.

Goedgekeurd bij Koninklijk Besluit.

Maatschappelijk Kapitaal f 300.000.

Directeur: **J. P. ZOLNER.**

Wisk. Adviseur: **Dr. H. EKAMA,** ***Geneesk. Adv.:*** **Dr. G. J. v. D. KAAY.**

Levens- en Lijfrente-Verzekeringen.

De verzekerden deelen in 50 pCt. der winst.

TARIEVEN en INLICHTINGEN ten kantore en bij de Agenten.

De medisch adviseur van een levensverzekeringsmaatschappij drukt een zwaar stempel op de selectie van kandidaten. De directie zal het advies van haar adviseur vaak zonder meer over nemen.

'(...) hunne uitspraken zijn voor die niet-deskundige Directiën als 't ware orakelspreuken, waaraan zij zich in ieder geval dienen te houden, willen zij niet de verantwoordelijkheid voor een waarschijnlijke verliespost op zich nemen.'[88]

Hoewel het advies van de medisch adviseur in de praktijk 'wet' zal zijn,[89] moet men niet uit het oog verliezen dat de grenzen van zijn beslissingsbevoegdheid bepaald worden door het economisch beleid van de verzekeringsmaatschappij. Een directie die geen enkel slecht risico onder haar verzekerde populatie wil, zal aandringen op stricte selectie, een maatschappij die een omvangrijke productie nastreeft zal in de instructie aan de advieur van soepelheid gewag maken.[90] Het medisch oordeel van de adviseur over aanname of afwijzing van kandidaten wordt dus gegeven binnen het kader van de economische doelstellingen van het bedrijf.

Hygiënistisch geïnspireerd

In het licht van de groei van het levensverzekeringsbedrijf is het begrijpelijk dat de medisch adviseur zijn intrede doet en dat de relevantie van deze functie toeneemt. Maar wat zijn de motieven van de artsen die het adviseurschap op zich nemen? Het ligt voor de hand meteen te denken aan financiële motieven. Over de honorering van deze bijbaan hadden de medisch adviseurs namelijk niet te klagen. Bij een grote maatschappij zoals de Algemeene Maatschappij verdienen de twee adviseurs in 1884, 1885 en 1886 resp. vijfhonderd, zeshonderdvijftig en duizend gulden per jaar. Ter vergelijking, een plattelandsgemeentearts, die de uitvoering van de Begraveniswet, de Besmettelijke Ziektenwet en de medische armenzorg voor zijn rekening neemt, verdient in die periode achthonderd tot duizend gulden per jaar.[91] Het medisch adviseurschap betaalt dus redelijk.

Toch moet de rol van financiële beweegredenen niet worden overschat. De artsen die de functie van medisch adviseur gaan vervullen zijn namelijk niet de armsten. Wie als medisch adviseur bij een levensverzekeringsmaatschappij betrokken raakt, is vaak al een vooraanstaand arts met een goedlopende praktijk. Zo was Jan Coert, medisch adviseur bij de Eerste Nederlandsche, een 'benijde familie dokter onder de voorname kringen der residentie' en tevens arts van de hofhouding van de Koningin.[92] Sommigen genieten als specialist veel aanzien.

Wat ook een belangrijk kenmerk is van de artsen die als medisch adviseur werkzaam zijn is een grote affiniteit met het levensverzekeringswezen. Regelmatig schrijven zij artikelen in *Zonneschijn, Mentor* en andere levensverzekeringstijdschriften waarin zij blijk geven zich sterk met de sociale doelstellingen van het levensverzekeringsbedrijf te identificeren. Het idee

dat levensverzekeringsbedrijven primair in hun eigen winst geïnteresseerd zijn wijzen zij verontwaardigd van de hand.

> 'Maar evenmin als men het recht heeft te zeggen, dat de geneeskundige die er van leeft zijn vak uitoefent, eenig en alleen om geld te verdienen, evenmin heeft men het recht te zeggen, dat zij, die de levensverzekering als bedrijf uitoefenen, dit eenig en alleen doen uit geldzucht.'[93]

Van Geuns spreekt van 'de heilzame werking der Levensverzekeringsmaatschappijen',[94] en hij is zeker geen uitzondering. Deze artsen zijn overtuigd van de relatie tussen armoede en volksgezondheid, en scharen zich daarmee in een reeds langer bestaande traditie van hygiënistische medici.[95] Het verzekeringswezen speelt in hun ogen een belangrijke rol bij armoedebestrijding en zij beschouwen het als een belangrijke taak van de geneeskunde daarbij behulpzaam te zijn. Net als eerdere generaties hygiënisten leggen de medisch adviseurs een grote belangstelling aan de dag voor de statistiek.[96] Waar hun voorgangers de statistiek introduceerden als een middel om 'ongezonde' regio's aan te wijzen, die uitblonken door ziekte en sterfte, zo beogen de medisch adviseurs de selectie van risico's van een medisch-wetenschappelijke, dat wil zeggen statistische, basis te voorzien. Ten behoeve daarvan creëren medisch adviseurs een eigen wetenschappelijk forum.

In 1901 wordt de Nederlandsche Vereeniging van geneeskundig adviseurs van Levensverzekering-maatschappijen opgericht. Deze vereniging vormt de Nederlandse afdeling van de Association Internationale des médecins-experts de Compagnies d'Assurances die eveneens in 1901 in Amsterdam wordt opgericht en tevens uitgever is van het *Bulletin de l'Association Internationale des Médecins-Experts*.[97] Van 1901 tot zijn overlijden in 1917 is de arts Jan Coert, medeoprichter van de Eerste Nederlandsche, voorzitter van de Nederlandse afdeling. Medebestuurslid in de beginperiode is de arts Jacob van Geuns, die in 1880 medisch adviseur was geworden van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente, die tevens algemeen secretaris was van de NMG. Het ledental van de vereniging schommelt de eerste jaren rond de dertig.[98] De centrale doelstelling van de vereniging wordt in een brief aan het bestuur van de Vereeniging voor Levensverzekering als volgt omschreven:

> 'Door haar optreden toch en de door haar te organiseren Congressen zullen wij de oplossing van het vraagstuk, onder welke voorwaarden de verzekering kan worden uitgebreid tot een zoo groot mogelijk aantal personen, wier gezondheid van het normale afwijkt en tevens zal het daardoor mogelijk zijn, het gewaagde optreden te breidelen van Maat-

schappijen, die zich toeleggen op het aannemen van niet-onderzochte personen.'[99]

Binnen het kader van deze vereniging verzetten medisch adviseurs zich enerzijds krachtig tegen verzekering zonder medische selectie, omdat die geen aanspraak op een wetenschappelijk, verantwoord fundament kan maken. Anderzijds kunnen zij hun zorg verwoorden over het feit dat alleen de 'gezondheidsaristocraten' verzekerbaar zijn en dat de niet-helemaal-gezonden een verzekering wordt onthouden. Juist met het oog op de relatie tussen armoedebestrijding en verbetering van de volksgezondheid is de uitsluiting van minderwaardige risico's in hun ogen een slechte zaak. Het is dan ook voor een groot deel aan de bundeling van krachten van medisch adviseurs te danken dat de verzekering van minderwaardige levens aan het begin van deze eeuw een belangrijk thema wordt. (Zie hoofdstuk 4.) De beroepsvereniging vormt een middel om de verzekeringsgeneeskunde als een wetenschappelijk vakgebied vorm te geven en op congressen wordt getracht de verzekerbaarheid van minderwaardige levens met wetenschappelijke middelen vast te stellen. Zo bespreekt men wetenschappelijke analyses van de invloed op de levenskansen van ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes, syfilis, alcoholisme, ooraandoeningen, tuberculose en hartafwijkingen. Ook pleit men voor het onderwijs in levensverzekeringsgeneeskunde aan de medische faculteiten.

> 'Want met grootte duidelijkheid is nu gebleken, dat het onderzoek voor de levensverzekering met volle recht een afzonderlijke tak der geneeskundige wetenschap mag genoemd worden.'[100]

De vereniging vormt ook een platform voor professionalisering van de medische selectie. Vanuit de vereniging worden bijvoorbeeld voorstellen gedaan over de uniformering van keuringsformulieren en worden problemen rond het beroepsgeheim van keuringsartsen besproken. Het eerste congres vindt in 1899 plaats in Brussel, het tweede in 1901 in Amsterdam onder voorzitterschap van Jacob van Geuns, het derde in 1903 in Parijs en het vierde in 1906 in Berlijn.[101]

De nadrukkelijke presentatie van affiniteit met de wetenschappelijke, statistische kant van hun werk biedt medisch adviseurs de mogelijkheid hun prestige binnen het verzekeringsbedrijf te vergroten en zich op hetzelfde niveau te plaatsen binnen het verzekeringsbedrijf als de wiskundig adviseurs. De langere geschiedenis van de verzekeringswiskunde, die in de zeventiende eeuw ontstond in de context van de zeeverzekeringen en waar namen aan verbonden zijn als Christiaan Huygens en Johann de Witt, verschaft de wiskundig adviseurs reeds een groot gezag. Door

zichzelf te beschouwen als producenten van de medisch-wetenschappelijke basis van het levensverzekeringsbedrijf trachten zij een vergelijkbare goede reputatie te verwerven.

De wetenschappelijke kant van het werk biedt medisch adviseurs ook de mogelijkheid om zich te profileren binnen de geneeskunde. Zij presenteren zichzelf als artsen die met hun tijd meegaan, die inzien dat de geneeskunde een belangrijke maatschappelijke rol kan hebben en die zich pragmatisch opstellen met betrekking tot de uitoefening van functies die deze maatschappelijke rol met zich meebrengt, zoals medisch adviseur. Het zijn artsen die het algemeen belang breder definiëren dan het belang van zorg voor individuele patiënten, die de taak van de geneeskunde buiten de spreekkamer net zo belangrijk achten als het werk binnen de spreekkamer, en die bovendien een groot belang hechten aan de verwetenschappelijking van de maatschappelijke functie van de geneeskunde. In discussies over het beroepsgeheim zullen zij bijvoorbeeld vaak het argument van het belang van de opbouw van statistieken naar voren brengen tegen het stricte beroepsgeheim. (Zie verderop in dit boek.)

In de decennia rond de eeuwwisseling vertolken de medisch adviseurs zowel in het verzekeringsbedrijf als in de NMG een eigen geluid. Na een actieve start laat de vereniging echter weinig meer van zich horen in verzekeringskringen. Als in 1923 de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen (NVBL) wordt opgericht,[102] merkt de voorzitter in reactie op vragen van medebestuursleden zelfs op:

> 'Van de Vereeniging van Medisch Adviseurs weet de voorzitter niets'.[103]

In de tweede vergadering wordt opgemerkt:

> 'De vereeniging van medisch adviseurs schijnt een vreeslijk dooie boel te zijn. Ze bestaat inderdaad, maar heeft geen rechtspersoonlijkheid. Spreker zal zich met Dr. Coert in verbinding stellen ten einde te trachten deze vereeniging wat nieuw leven in te blazen.'[104]

Hoewel de medisch adviseur een specifieke functie krijgt binnen de levensverzekering en zijn taak ook steeds belangrijker wordt in die zin dat de directies zijn adviezen vaak overnemen, ontwikkelt het beroep zich in Nederland niet tot een krachtige professionele groep. De beroepsvereniging heeft zich na een succesvolle start weinig meer geweerd. Verwonderlijk is dat niet. Lange tijd blijft het medisch adviseurschap een bijbaan, waarin de dagelijkse gang van zaken rond de beoordeling van keuringsrapporten prioriteit heeft en waarin voor wetenschappelijke analyse van beschikbare gegevens weinig plaats is. Medisch adviseurs hebben rond de

eeuwwisseling veel invloed op de vormgeving van de medische selectie, maar na 1910 stagneert de ontwikkeling van een wetenschappelijk en professioneel kader en klinkt hun stem in het levensverzekeringsbedrijf steeds minder luid. Op de achtergronden daarvan wordt in hoofdstuk 3 uitvoerig ingegaan.

De keuringsarts

De geschiedenis van de Hollandsche Societeit liet reeds zien dat met de uitkristallisering van het medisch adviseurschap ook de functie van keuringsarts zich ontwikkelt. Parallel met de verschuiving van een gezondheidsverklaring naar een medische keuring wordt het meer en meer gebruik om een keuring niet door de behandelend arts te laten verrichten, maar door een arts die de kandidaat niet kent.

Dat de huisdokter een minder centrale rol gaat spelen bij medische selectie hangt samen met de opinie van de Nederlandse Maatschappij van Geneeskunde, die inhoudt dat artsen de vertrouwensband met hun patiënten niet mogen schenden ten behoeve van belangen van derden. Naar aanleiding van de vele verzoeken aan artsen om gezondheidsverklaringen, niet alleen door levensverzekeringsmaatschappijen maar ook door ziekenfondsen, besluit de NMG in 1864 met meerderheid van stemmen (29 tegen 18) dat artsen zich moeten onthouden van afgifte van gezondheidsverklaringen over hun patiënten en spreekt men zich uit voor onderzoek van verzekeringskandidaten door artsen die daartoe door de verzekeringsmaatschappij zijn aangesteld.

> 'Dat het onderzoek en de beoordeling van de geschiktheid der zich aanmeldende personen voor de Maatschappijen van Levensverzekering uitsluitend moet worden overgelaten aan den arts, dien de Maatschappij als deskundige tot raadsman heeft gekozen.'[105]

Hoewel men het tegenovergestelde zou verwachten, omdat de behandelend arts bij uitstek degene is die veel inzicht heeft in de gezondheidssituatie van een kandidaat, roept dit besluit binnen de levensverzekeringswereld weinig weerstand op. Er wordt wel gemopperd over het feit dat de geneeskundigen reppen over het eigenbelang en het gewin van de levensverzekeringsmaatschappijen, maar de maatschappijen onderschrijven het idee dat een geneeskundige keuring bij voorkeur niet door de huisarts wordt uitgevoerd. Zij kiezen echter op andere gronden voor speciale keuringsartsen dan de medici. Verzekeringsmaatschappijen hechten namelijk aan een 'objectief' oordeel over de gezondheid van de kandidaat en men verwacht dat de huisdokter daartoe moeilijk in staat zal zijn. In zijn handboek voor levensverzekeringsgeneeskunde, dat vanaf 1864 in een

Nederlandse vertaling beschikbaar van Jeremy Bentham's bijvoorbeeld:

> 'Nu en dan zal het veilig zijn van uw eigen gezichtspunt uit, dat het onderwerp van zoodanig onderzoek uitmaakt. (...) Laat mij u slechts herinneren, dat de gegeven omstandigheden aan uw gezondheidsverklaringen tot hem een algeheele wijziging doen ondergaan: dat de nakende inwoning van uw inlichting door eene Maatschappij van Levensverzekering, is een moment verplaatst, dat u zou kunnen noodzaken om bijna zijn tegenpartij te worden: dat u aanzien zou eene soort van "advocatus diaboli" (1) wien het is voorgeschreven elk legitiemelijk gebrek te ontdekken en aan zoon te spreiden, en die, dus zoodi, u benoemt tot een regter, om de uitspraak ten nadeele zijner cliënten te vellen.'[106]

En in het handboek van Pollock en Chisholm uit 1899 lezen wij:

> 'De geneeskundige met het onderzoek belast, is voor het ongeribiik de raadgever van de Maatschappij en hij mag zich niet laten influenseeren door bijzondere genegenheid, hetzij de kandidaat een persoonlijke vriend is, of dat hij bij hem "huisdokter" is of vroeger was. Zoowel in het belang van de Maatschappij als van den geneeskundige, behoort dus haar onderzoeker niet de gewone geneeskundige van den kandidaat te zijn.'[107]

Artsen zijn het echter met deze overwegingen niet altijd eens, en volgens Van Schevichaven protesteren zij nogal eens tegen dit 'kwetsend bewijs van twijfel in hun onpartijdigheid'.[108]

Ondanks de principes van de NMG en de opvattingen die leven in de verzekeringswereld komt het tot in de eerste decennia na 1900 nog vaak voor dat de huisarts de keuring verricht en ook gezondheidsverklaringen worden door huisartsen regelmatig afgegeven. Als bijvoorbeeld in de woonplaats van de verzekeringskandidaat maar één arts gevestigd is, neemt een maatschappij vaak genoegen met een keuring door deze arts, ook als die als behandelend arts fungeert.[109] En niet alle artsen weigeren in zo'n situatie te keuren, soms omdat ze een levensverzekering een goede zaak vinden, soms omdat ze menen dat ze de gezondheidssituatie van de kandidaat beter kunnen inschatten dan een willekeurige, vreemde arts. Toch is het aannemelijk dat keuringen steeds minder worden verricht door de huisarts van de kandidaat. Het standpunt van de NMG in 1864 wordt namelijk in 1888 maar ten dele herhaald. Men acht het noodzakelijk het toenmalige besluit dat artsen geen gezondheidsverklaringen afgeven aan verzekeringsmaatschappijen over eigen patiënten te herbevestigen, maar

over de keuring wordt met geen woord meer gerept. Het is regel geworden dat de medische keuring verricht wordt door speciale keuringsartsen, en het verschijnsel dat de huisdokter een eigen patiënt keurt is daarmee tot uitzondering gedefinieerd. Als eenmaal duidelijk is wat als regel geldt en wat als uitzondering en levensverzekeringsmaatschappijen en de NMG daarover niet van mening verschillen, baart het feitelijk voorkomen van keuring van eigen patiënten de NMG niet zoveel zorgen meer. Omdat afspraken over het contact met anderen dan patiënten met een 'derde partij' de macht van de geneeskunde symboliseren en omdat vermaatschappelijking van de geneeskunde onzekerheid doet ontstaan over die macht, hecht men meer waarde aan die afspraken dan aan de praktijk waarin ze nogal eens geschonden worden.

De differentiatie van de functies van medisch adviseur en keuringsarts betekent dat een infrastructuur ontstaat voor collegiale controle van de medisch adviseur op de keuringsarts. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat levensverzekeringsmaatschappijen en hun medisch adviseurs de mening zijn toegedaan dat zij de keuringsartsen moeten aanwijzen van wie zij weten dat die de keuring adequaat uitvoeren.

> '(...) de medicus behoort door de Mij., dat is alzoo door hare directie te worden aangewezen. (...) Ondergeschikt personeel mag nimmer het recht hebben, zulke keuringen aan den eerste den beste op te dragen (...)'[110]

Velen vinden het zelfs raadzaam dat de directie niet van geval tot geval besluit welke arts de keuring moet doen, maar een aantal vaste keuringsartsen aanwijst per district.[111] De Hollandsche Maatschappij ontwikkelt een dergelijk vast bestand van keuringsartsen (plaatje), en de Algemeene Maatschappij heeft een bestand van ongeveer driehonderdvijftig vaste keuringsartsen uit het hele land.[112] Sommige artsen blijken als keuringsarts te werken voor meerdere maatschappijen. De bekende kinderarts Catherine van Tussenbroek is bijvoorbeeld verbonden aan zeven maatschappijen.[113] Daar de medisch adviseur steeds de rapporten van de keuringsartsen beoordeelt, heeft hij redelijk zicht op de uitvoering van de keuring. Artsen die niet aan zijn eisen voldoen worden dan ook op zijn advies uit het bestand verwijderd. In de adresboeken van de Algemeene Maatschappij treffen we achter de namen van meerdere artsen dan ook uitdrukkingen aan als 'zoo min mogelijk gebruiken', 'mag niet meer onderzoeken' en 'onvertrouwbaar'.[114]

Het ideaal dat de medisch adviseur overzicht heeft en controle uitoefent op de keuringsartsen ten spijt, is het in de praktijk vaak de agent van de verzekeringsmaatschappij die de keuringsarts uitzoekt. In een artikel over

Hollandsche Societeit van Levensverzekeringen.

Opgericht in 1807 *te Amsterdam.*

Naamlijst harer Geneeskundigen in Nederland.

Geneeskundig Adviseur:

Dr. A. VOÛTE.

Geneeskundigen:

NOORD-BRABANT.

Bergen op Zoom..Dr. C. H. P. KLAMBERG.
Boxtel.....Dr. P. M. HOEK.
Breda.....Dr. P. J. G. BIJNEN.
".....Dr. G. S. MOEREL.
Deurne.....Dr. P. J. H. CROBACH.
Dinteloord.....Dr. J. VAN DER HOEK.
Eindhoven.....Dr. H. A. DIEPEN.
Etten en Leur....Dr. T. B. A. M. HOHMANN.
Ginneken.....Dr. E. M. GOMMERS.
Helmond.....Dr. A. C. R. J. DE BRUYN.
's Hertogenbosch...Dr. J. F. J. FEEERICKS.
".....Dr. R. C. K. ILCKEN.
Oirschot.....Dr. G. H. v. EVERDINGEN.
Oosterhout.....Dr. H. C. M. SLUYTERS.
Osch.....Dr. W. M. R. WAKKERS.
".....Dr. J. C. WAKKERS.
Roosendaal.....Dr. E. H. E. LEMMENS.
Steenbergen.....Dr. S. VAN DER KAR.

de organisatie van de geneeskundige buitendienst stelt Bles bijvoorbeeld vast:

> 'Zeker, de directies der maatschappijen reiken schriftelijke aanstellingen tot keurend geneesheer uit, maar dit neemt niet weg, dat – zoo niet bij alle, dan toch bij zeer vele maatschappijen – iedere agent zijn candidaat-verzekerden geneeskundig kan laten onderzoeken bij welken arts hij wil en dat de directies daarmede genoegen nemen, ook als die arts niet door haar tot keurend-geneesheer aangesteld is.'[115]

En zijn eigen ervaring beschrijft hij als volgt:

> 'Van eene maatschappij ontving ik een aanstelling (gedrukt, op geschept papier) ongeveer elf jaar geleden en sedert dien heb ik voor die maatschappij één keuring verricht (op een middag om 6 uur, juist toen ik aan tafel wilde gaan; vermoedelijk was op dat uur niemand anders te vinden). Omgekeerd heb ik voor andere maatschappijen tallooze keuringen verricht op verzoek van agenten, zonder een aanstelling te bezitten en zonder dat het de directies der betrokken maatschappijen bekend was, dat ik keuren zou.'[116]

Of het nu de medisch adviseur is of een agent die de keuringsarts uitzoekt, het is de vraag welke overwegingen een rol spelen bij de keuze. Aan welke artsen geven zij de voorkeur? In veel gevallen wordt de keuze van de keuringsarts ingegeven door pragmatische overwegingen: een arts die in de buurt van de kandidaat woont of een arts die erom bekend staat een keuring vlot af te werken. Over de motieven van artsen om keuringen te verrichten is weinig bekend. Dat een arts aan het verzoek van een levensverzekeringsmaatschappij voldoet heeft te maken met het feit dat artsen weten dat steeds meer mensen een verzekering willen, en dat ze zich realiseren dat een verzekering voor sommige mensen enige financiële verlichting biedt in tijden van nood. Bovendien wordt een keuring niet onaardig beloond en levert een expliciete weigering om te keuren niet zelden het nodige kritische commentaar op van de verzekeringskandidaat en de agent. Dergelijke weigeringen kunnen de reputatie van een arts beschadigen. Dat artsen op grote schaal gaan keuren lijkt dus het gevolg van een betrekkelijk pragmatische houding ten opzichte van de zaken die op hen afkomen. Voldoen aan een verzoek tot keuren is vaak gemakkelijker dan weigeren.[117]

Met de institutionalisering van de medische selectie neemt de bemoeienis van de directie met de selectieprocedure af en worden de toelating en

afwijzing van kandidaten een zaak van medische professionals. De groei van het levensverzekeringsbedrijf brengt met zich mee dat de uitvoering van een medische keuring en de beoordeling van de levenskansen op grond van het keuringsrapport zich tot twee verschillende functies ontwikkelen. Hoewel men enerzijds de selectie van kandidaten uit handen geeft, tracht men anderzijds de binding van artsen aan de maatschappijen te bevorderen door adviseurs en keuringsartsen als 'vast' aan te stellen. De vaste medisch adviseurs leggen een grote affiniteit met hun maatschappij aan de dag, en met hun aandacht voor statistisch wetenschappelijk onderzoek naar sterfterisico's laten zij een eigen stem horen binnen het verzekeringsbedrijf. De binding van de keuringsartsen aan de maatschappijen is minder groot. Zij verkeren meer in de marge van het verzekeringsnetwerk en zien van de verzekeringsmaatschappij vaak alleen maar de agent. De binding tussen verzekeringsmaatschappijen en keuringsartsen heeft vooral een financieel karakter.

FINANCIËLE BINDINGEN

De uitkristallisering van het onderscheid tussen medisch adviseur en keuringsarts is een belangrijke karakteristiek van de opbouw van het verzekeringsnetwerk. De materiële uitdrukking van deze professionele differentiatie – de vormgeving van de financiële verhoudingen tussen maatschappijen, artsen en verzekeringskandidaten – verschaft dit onderscheid een grote mate van stabiliteit.

In de periode dat de levensverzekeringsbranche sterk groeit, zo ongeveer vanaf 1880, is er sprake van een tekort aan geneeskundigen. De nieuwe geneeskundige wetten van 1865 impliceren dat de verschillende medische beroepen, met verschillende opleidingen en bevoegdheden, en met verschillende diensten en cliëntèle, plaatsmaken voor de vorming van één, academisch opgeleide, geneeskundige stand. Onder meer als gevolg van deze wetten neemt het aantal studenten geneeskunde af, hetgeen betekent dat ook het aantal geneeskundigen per hoofd van de bevolking daalt, tot in 1890 een dieptepunt is bereikt.[118] Na 1890 neemt het aantal geneeskundigen sterk toe en groeit ook hun onderlinge concurrentie. Er moet harder gestreden worden voor de mogelijkheden om een goed inkomen te verdienen. De uitvoering van medische keuringen voor levensverzekeringsbedrijven vormt een voor de hand liggende manier om iets extra's te verdienen.

Met de institutionalisering van de medische selectie achten verzekeringsmaatschappijen, verzekeringskandidaten en artsen het vanzelfsprekend dat selectie de vorm aanneemt van een keuring en dat deze keuring uitgevoerd wordt door medici. Omdat de betrekkingen tussen de partijen

echter nog amper vaste vorm hebben aangenomen, is het onduidelijk bij welk verzekerd bedrag een keuring vereist is, hoeveel een keuring moet kosten en wie die kosten moet opbrengen. Meningsverschillen hierover vormen een uitdrukking van de onwennigheid rond dit nieuwe fenomeen en markeren pogingen van de verschillende partijen om hun onderlinge verhoudingen naar eigen wens vorm te geven.

Bij veel levensverzekeringsmaatschappijen is het gebruikelijk een onderscheid te maken tussen de grote polissen, waarbij een strenge keuring vereist is, en de kleinere polissen waarbij dit minder relevant wordt geacht. Deze kleine verzekeringen noemt men geen levensverzekeringen, maar volksverzekeringen vanwege hun wordingsgeschiedenis: ze hebben zich ontwikkeld uit de vroegere begrafenisverzekering. De Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij onderscheidt in 1896 bijvoorbeeld de volksverzekering tot tweehonderd gulden waarvoor slechts een gezondheidsverklaring wordt geëist, de levensverzekeringen tot duizend gulden waarvoor een geneeskundige keuring gevraagd wordt en die boven de duizend gulden waarvoor een uitgebreide medische keuring een voorwaarde is.[119] Bij De Utrecht vraagt men in 1903 een geneeskundig onderzoek voor polissen van boven de driehonderd gulden[120] en rond 1910 ligt bij de levensverzekeringsmaatschappij ERK de grens tussen volksverzekering en levensverzekering eveneens bij driehonderd gulden.[121]

Zolang het in de negentiende eeuw gebruikelijk was dat de huisdokter van een kandidaat een gezondheidsverklaring gaf, deed hij dit meestal gratis. De arts beschouwde dat als een kleine dienst aan de patiënt in het verlengde van de relatie die zij met elkaar onderhielden. Soms werd deze dienst betaald door de verzekeringskandidaat. In een eerste NMG-rapport over de verhouding tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen in 1864 wordt echter duidelijk dat artsen nogal verbolgen waren over het gebrek aan beloning voor hun diensten.

> 'Vernederend voor onze stand bovendien, omdat de maatschappijen die diensten van de particuliere artsen in haar belang durven vragen, zonder eenige renumeratie hoegenaamd.'[122]

De onwennigheid van de NMG met werkzaamheden waarbij ook anderen dan patiënten betrokken zijn komt onder meer tot uitdrukking in de ambivalentie in haar besluitvorming. Enerzijds besluit ze dat behandelend artsen geen kennis van de ziektegeschiedenissen van hun patiënten door mogen geven aan derden, en dat het onderzoek van de gezondheid van verzekeringskandidaten dus niet door huisartsen, maar door deskundigen van de maatschappijen moet gebeuren. Anderzijds besluit ze dat huisartsen, indien ze toch bij uitzondering en in het belang van de patiënt

informatie verschaffen aan een verzekeringsmaatschappij over diens gezondheid, daarvoor behoorlijk beloond moeten worden.

> 'Dat, waar door dezen [keuringsarts, KH], bij uitzondering, in voor hem duistere gevallen, inlichtingen van de particuliere artsen verlangd worden, de particuliere arts, in het belang van zijn cliënt, die niet mag weigeren, maar dat die diensten door de Levensverzekering-Maatschappijen in haar belang geëischt, door deze behooren te worden gerenumereerd.'[123]

De spanning tussen deze twee redeneringen zal de NMG nog lange tijd parten spelen. Omdat, zo zal ook blijken in hoofdstuk 3, de NMG in de volgende decennia steeds meer waarde gaat hechten aan de beeldvorming over artsen als beroepsbeoefenaren die niet met de geheimen van hun patiënten te koop lopen, kan ze echter niet veel werk maken van de beloning voor het geven van mondelinge toelichting over de gezondheid van een patiënt aan keuringsartsen en in de NMG wordt over die eis weinig meer vernomen. Ook het geven van schriftelijke informatie over patiënten aan een verzekeringsmaatschappij of haar medisch adviseur wordt afgewezen, maar dat laat onverlet dat huisartsen volgens een NMG-rapport uit 1898 vaak één gulden ontvangen voor het invullen van een relatief eenvoudige gezondheidsverklaring, het zogenaamde huisdoktersattest.[124] Dergelijke financiële regelingen zijn een uitdrukking van de binding tussen huisartsen en levensverzekeringsmaatschappijen en brengen in de ogen van de verzekeraars ook expliciete verplichtingen met zich mee.

> '(...) wanneer hij eenmaal een honorarium heeft aangenomen, is het zijn plicht haar belangen in de *eerste* plaats te behartigen en zijn verhouding tot den patiënt eerst in de tweede plaats in aanmerking te nemen.'[125]

Hoewel huisartsen financiële beloning voor hun diensten uit hoofde van de status van hun beroep belangrijk achten, krijgen ze het met de verplichtingen die dat met zich meebrengt steeds moeilijker. Als aan het besluit van de NMG, dat levensverzekeringsmaatschappijen maar hun eigen artsen moeten inschakelen voor de gezondheidskeuring, in de jaren tachtig en negentig gevolg wordt gegeven, betekent dat voor de NMG dan ook een probleem minder. Als huisartsen officieel geen rol spelen bij de gezondheidskeuring, zijn ze ook niet aan hun stand verplicht een punt te maken van de vergoeding.

Als voor een keuring steeds minder een beroep wordt gedaan op de huisdokter en de keuringsarts zijn intrede doet, is het de vraag wie de

kosten van de keuring moet dragen, de kandidaat of de maatschappij. Het spreekt voor de NMG min of meer vanzelf dat het de maatschappijen zijn die dat geld moeten opbrengen en niet de keuringskandidaten c.q. patiënten. Het onderzoek en de invulling van vragenlijsten dient immers het belang van de maatschappij en is vaak in strijd met het belang van de patiënt. De NMG stelt:

> 'het zou van ons derhalve onzedelijk zijn van onze cliënten voor die invulling geld te vragen.'[126]

Sommige maatschappijen zien de keuringskosten als de kosten van de verzekeringskandidaat. Zo stelt een directeur van een levensverzekeringsmaatschappij:

> '(...) ik acht de bepaling, dat de kosten van onderzoek door den contractant moeten worden voldaan, niet zoo geheel onbillijk, daar de Maatschappij eigenlijk in geen directe aanraking komt met H.H. Med. Doctoren.'[127]

Bij de Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij resulteert het NMG-besluit van 1864 in een meningsverschil over de keuringskosten tussen directie en commissarissen. Terwijl de directie aan de commissarissen een reglementswijziging voorstelt die inhoudt dat de maatschappij de kosten van de keuring voor haar rekening neemt nu vele artsen weigeren nog gratis verklaringen af te geven, besluiten de commissarissen het tegendeel.

> '(...) want het spreekt van zelf, zonder dat zulks uitdrukkelijk bepaald zij, dat de kosten van de stukken, welke iemand moet overleggen om lid te kunnen worden, door hem gedragen moeten worden!'[128]

In de praktijk blijkt dit besluit van de commissarissen echter tot problemen te leiden. Zo ontvangt men in juni 1868 een brief van bode Zijlstra uit Zuidbroek met de vraag wat te doen nu de arts te Zuidbroek 25 cent rekent per attest.

> 'Daar hier slechts één Med. docter bestaat, zoo is er geene keuze, en ik neme daarom de vrijheid, U weledele te verzoeken, mij wel te zullen berigten, hoe in dezen te moeten handelen, en door wie de kosten van het attest moet worden voldaan.'[129]

Soortgelijke brieven van agenten elders uit het land volgen. Er lijkt een

belangentegenstelling te ontstaan tussen de directie, die geconfronteerd wordt met de praktische gevolgen van het besluit en merkt dat de minder vermogenden een verzekering gaan sluiten bij maatschappijen die wel de kosten van de geneeskundige verklaring dan wel de keuring betalen. De (twee) directeuren gaan zelfs zover de betaling van doktoren uit eigen zak voor te schieten.[130] Pas na tussenkomst van een advocaat is men het erover eens dat de directie de kosten van de medische verklaringen en de keuringen onder de post 'uitgaven' mag boeken.

Andere maatschappijen nemen na 1864 zonder veel moeite zelf de keuringskosten voor hun rekening. Bij de Hollandsche Societeit voor Levensverzekering was het tot 1864 bijvoorbeeld gebruikelijk dat de verzekeringskandidaten zelf de kosten van de gezondheidsverklaring of de keuring betaalden. Naar aanleiding van het NMG-besluit selecteert men echter in het gehele land vaste keuringsartsen, die vervolgens door de Societeit worden betaald. Per keuring betaalt men drie gulden.[131]

De honoraria voor keuringsartsen lopen eind negentiende eeuw nogal uiteen. De Algemeene Friesche betaalt een bedrag variërend van enkele tot tien guldens, met een toeslag van vier gulden voor een urineonderzoek,[132] terwijl ook de Hollandsche Maatschappij onder de tien gulden blijft. Bij de Algemeene Maatschappij voor Levensverzekering en Lijfrente varieert de beloning voor de keuring in 1881 van drie tot zeveneneenhalve gulden. Twintig jaar later schommelt dit nog steeds rond de zeveneneenhalve gulden.[133] In een instructie voor haar agenten uit 1894 stelt ze vijf gulden te betalen voor een geneeskundig onderzoek dat volgens haar een half uur tot drie kwartier in beslag neemt.[134] Uitschieters komen echter wel voor. Dokter Greidanus uit Baarn ontvangt namelijk vijftien gulden voor elk onderzoek.[135] In Indië liggen de keuringshonoraria veel hoger dan in Nederland. Diverse maatschappijen betalen daar vijfentwintig gulden voor een keuring.[136] Zoals de maatschappijen in geval van betaling aan huisartsen waar voor hun geld willen, zo brengt 'het tamelijk hooge honorarium'[137] voor keuringsartsen verplichtingen met zich mee.

> 'De diensten van den geneeskundige (...) worden door verreweg de meeste maatschappijen uitstekend beloond; zóó goed zelfs, dat de verzekeraars daarvoor de meeste toewijding zouden mogen eischen, en zouden kunnen vorderen, dat men voor die diensten gereed was, waar en wanneer hunne belangen dat vorderden.'[138]

De Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente wijst keuringsartsen op hun 'groote verantwoordelijkheid' in het kader van de band die er volgens hen bestaat 'tusschen arbeid en loon'.[139]

In 1910 spreekt de NMG met de verzekeringswereld regels af voor de

Nov. 96.

LEEUWARDEN, dato postmerk.

No. 1536.

Wij hebben de eer U mede te deelen, dat den 1ste Januari 1897 een nieuw reglement bij de **ALGEMEENE FRIESCHE LEVENSVERZEKERING MAATSCHAPPIJ** in werking gebracht, waardoor zij in staat zal zijn verzekeringen van verschillenden aard te sluiten.

Ofschoon wij voorloopig alleen de gelegenheid wenschen te openen tot verzekering van uitkeering bij overlijden en van uitkeering op een vooraf bepaalden leeftijd of bij voor-overlijden, tot een bedrag van *f* 10.000.—, hebben wij toch gemeend U, hetzij voor het eerst, hetzij bij vernieuwing, te moeten vragen, of U genegen is, om U te belasten met het onderzoek naar den gezondheidstoestand van hen, op wier leven verzekering bij de Maatschappij wordt gevraagd, in welk geval te zijner tijd de formules U zullen worden verstrekt.

Het door ons gestelde honorarium bedraagt:

voor een nauwkeurig en uitgebreid onderzoek van hen op wier leven eene verzekering van meer dan *f* 1000.— wordt gevraagd, *f* 6.—;

voor een minder uitgebreid onderzoek van hen, op wier leven men eene verzekering wenscht te sluiten van *f* 200.— tot *f* 1000.—, *f* 2.50:

voor het afgeven van eene gezondheidsverklaring na afgelegd bezoek bij hen, op wier leven eene verzekering gevraagd wordt beneden *f* 200.—, *f* 0.30.

Beleefd verzoeken wij U, aan ommezijde te willen verklaren, of U genegen is om U met het bedoelde onderzoek te belasten en ons daarna die verklaring toe te zenden.

Directeuren der Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij,

W. J. OOSTERHOFF Jz.
H. BEUCKER ANDREÆ.

honorering van keuringsartsen, die niet veel afwijken van de gegroeide honoreringspraktijk: drie gulden voor een minder uitvoerig keuringsfomulier voor verzekeringen onder de duizend gulden en zeveneneenhalve gulden voor een uitvoerig formulier voor een verzekering boven de duizend gulden. Sommige maatschappijen passen hun keuringsgelden aan onder expliciete verwijzing naar dit besluit.[140] Hoewel keuringen niet slecht beloond worden, vinden sommige artsen deze bedragen te laag.

'Een bezoldiging met *f* 10 voor een onderzoek en invulling van het verslag, dat toch een vijf kwartier duurt is m.i. werkelijk niet te veel.'[141]

Van de richtlijnen met betrekking tot honoraria gaat een normerende werking uit, in die zin dat artsen en verzekeringsmaatschappijen een idee ontwikkelen van wat redelijk is en wat een apert te hoge of te lage beloning is. Het advies van de NMG over de hoogte van het keuringshonorarium wordt echter niet overal zonder meer gevolgd, en verschillen in de beloning van de keuring blijven bestaan.

Met de opkomst van de levensverzekeringsbranche en de institutionalisering van de medische selectie wordt de medische keuring van een gratis dienstverlening van een huisarts voor zijn patiënt tot een dienst voor de verzekeringsmaatschappij, door een arts die door de verzekeringsmaatschappij is geselecteerd en die door diezelfde maatschappij wordt beloond. De NMG heeft bijgedragen aan deze ontwikkeling door artsen te stimuleren geen keuringen te verrichten op de eigen patiënten, door zich te laten betalen voor een eenvoudige gezondheidsverklaring en door de maatschappij en niet de cliënten als opdrachtgever te beschouwen. De perceptie van veel artsen dat levensverzekeringsmaatschappijen primair hun eigen economische belangen behartigen en niet die van de verzekeringskandidaten, leidt tot besluiten die impliceren dat ook artsen niet primair de belangen van de verzekerden behartigen. Het resultaat van deze ontwikkeling is namelijk dat artsen die een rol spelen bij medische selectie niet in opdracht werken van de verzekeringskandidaat, maar van de levensverzekeringsmaatschappij. Het besluit om niet de eigen patiënten te keuren en om de keuring te laten betalen door de maatschappij en niet door de cliënt, resulteert dus in een sterkere binding van de medische beroepsgroep aan de levensverzekeringsmaatschappijen dan aan de verzekeringskandidaten.

THERAPEUTISCHE EN ADVISERENDE ROL

De vorming van een praktijk van medische advisering voor het levensverzekeringsbedrijf betekent dat levensverzekeringsmaatschappijen, verzekeringskandidaten, medisch adviseurs en keuringsartsen vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw steeds meer op elkaar aangewezen raken.

Levensverzekeringsmaatschappijen dragen bij aan de definitie van het cultureel ideaal dat mensen anticiperen op tegenslagen en maatregelen nemen om zichzelf en hun verwanten tegen armoede te beschermen. Tegelijkertijd met de verbreiding van dit ideaal hebben steeds meer mensen de financiële middelen om het ten dele te realiseren. Steeds meer mensen achten het van belang zich te verzekeren. Terwijl vele oudere, lokale verzekeringsfondsen niet meer voldoen en over de instelling van grootschalige sociale verzekeringen vooral gediscussieerd wordt, ontwikkelen levensverzekeringsmaatschappijen zich als een belangrijke aanbieder

van voorzorg. In het licht van de geschiedenis van het verzekeringswezen – failliete fondsen en onbetrouwbare verenigingen – moeten verzekeringsmaatschappijen hun beste beentje voor zetten om een goede relatie op te bouwen met het sceptische publiek. De medische wetenschap speelt daarbij een belangrijke rol.

Levensverzekeringsmaatschappijen introduceren medische selectie van risico's als de wetenschappelijke basis van de bedrijfstak. De medische wetenschap staat voor betrouwbaarheid, openbaarheid en objectiviteit en vanwege deze connotaties vervult medische selectie meerdere functies in de figuratie. Medische selectie van risico's symboliseert de economische soliditeit van de onderneming en biedt de garantie dat een maatschappij ook op de langere termijn haar verplichtingen kan nakomen. Ze staat tevens voor de onderbouwing van de claim van de bedrijfstak dat ze een reële bijdrage levert aan de armoedebestrijding. De wetenschappelijke basis van risicoselectie wordt dus verbonden met de sociale identititeit van de bedrijfstak. Ten slotte symboliseert medische selectie dat de bepaling van de toegang tot deze vorm van voorzorg op rechtvaardige gronden plaatsvindt. De procedures voor risicoselectie zijn objectief en onpartijdig, en vooroordelen en subjectieve voorkeuren spelen daarbij geen rol. De medische wetenschap speelt dus een bijzondere rol in het netwerk dat ontstaat met de groei van het levensverzekeringswezen. Ze brengt commerciële doelstellingen, sociale doelstellingen en ethische overwegingen onder één noemer, zodanig dat de belangen van de maatschappijen en de belangen van het publiek vrijwel niet te onderscheiden zijn. Privaat belang en algemeen belang gaan in de periode waarin het netwerk vorm krijgt hand in hand.

Dat levensverzekeringsmaatschappijen veelvuldig getuigen van hun afhankelijkheid van de medische wetenschap voor risicoselectie is niet verwonderlijk. Wie verwacht dat medici dan ook een duidelijke stem hebben in de ontwikkeling van deze figuratie komt echter bedrogen uit. De stem van de maatschappijen weegt veel zwaarder dan die van de medici. De barrières voor de institutionalisering van medische selectie – de zorg over afgewezenen in verzekeringskringen zelf en onder artsen, het idee van sommige geneeskundigen dat medische selectie in strijd is met de taak van de geneeskunde, en de weerstand van verzekeringskandidaten tegen het lichamelijk onderzoek – worden geslecht zonder dat de levensverzekeringsmaatschappijen hun ideeën over de vorm en inhoud van de medische selectie wijzigen.

Met de institutionalisering van medische selectie geven de directies deze taak uit handen aan medische professionals, en vindt differentiatie plaats tussen de functie van de medisch adviseur en de keuringsarts. De maatschappijen en de medisch adviseurs zijn sterk op elkaar aangewezen. Van

de medische adviseurs worden maatschappijen in toenemende mate afhankelijk voor de beoordeling van risico's en voor het onderhouden van de relatie met de keuringsartsen. De aanstelling van een medisch adviseur verschaft de maatschappij bovendien respectabiliteit. De afhankelijkheid van de adviseurs komt onder andere tot uitdrukkking in de goede honorering. Andersom dragen de meeste adviseurs de bedrijfstak een warm hart toe. Ze zijn hygiënistisch geïnspireerd en zien de maatschappijen als een symbool van maatschappelijke vooruitgang die bovendien een belangrijke bijdrage leveren aan de armoedebestrijding en daardoor aan de volksgezondheid. Zij zijn aangenomen om de medisch-wetenschappelijke basis van de selectie van risico's te optimaliseren en zij zullen medische selectie als grondslag voor de bedrijfstak dan ook niet ter discussie stellen. Sterker nog, zij identificeren zich met de medische selectie in die zin dat zij in de levensverzekeringsmaatschappijen een organisatorisch kader denken te hebben gevonden om hun hygiënistische wetenschappelijke ambities vorm te geven.

De binding tussen levensverzekeringsmaatschappijen en keuringsartsen is veel minder sterk dan die tussen maatschappijen en medisch adviseurs. Keuringsartsen werken eerst op ad hoc basis maar raken na verloop van tijd wel min of meer vast aan een maatschappij verbonden. De belangrijkste band met de maatschappijen is het geld dat ze met de keuring verdienen. Van inhoudelijke of cognitieve binding is geen sprake. Ook de binding van de keuringsarts met de kandidaat, die hij niet kent en wellicht zelden weerziet, is zwak. Dit maakt dat keuringsartsen het minst sterk geïntegreerd zijn in het netwerk rond de medische selectie van verzekeringskandidaten.

Ondanks de betoonde afhankelijkheid van medici zijn levensverzekeringsmaatschappijen in de ontwikkeling van de afhankelijkheidsrelaties tussen verzekeringsmaatschappijen, medisch adviseurs, keuringsartsen en verzekeringskanidaten een sterke partij. Zij stellen de voorwaarden waaronder mensen zich kunnen verzekeren en bepalen de grenzen waarbinnen de medici hun bijdrage kunnen leveren aan de medische selectie. Kandidaten zijn vragers van een verzekering zonder veel invloed op het aanbod van verzekeringen, keuringsartsen hebben weinig invloed op de medische selectie en worden ontslagen indien ze niet goed keuren, en medisch adviseurs werken vooral aan optimale uitvoering van de medische slectie. De interventie van de NMG, het besluit van 1864 dat artsen niet hun eigen patiënten onderzoeken, komt de levensverzekeringsmaatschappijen uitstekend van pas, want die veronderstellen dat vreemde artsen het geneeskundig onderzoek wetenschappelijker en objectiever zullen uitvoeren. Het onbedoelde gevolg van het NMG-besluit, dat gericht is op bescherming van patiënten, is dat de keuringsartsen door de maatschappij betaald gaan worden en meer aan de maatschappij dan aan de kandidaat gebonden

zijn. De oriëntatie op bescherming van eigen patiënten leidt er dus toe dat artsen in de relatie tussen verzekeringsmaatschappij en verzekeringskandidaat meer het belang van de maatschappij vertegenwoordigen dan dat van de kandidaat.

De ontwikkeling van de levensverzekeringsgeneeskundige figuratie heeft ingrijpende gevolgen, waarvan men de reikwijdte waarschijnlijk niet kon overzien. De differentiatie van huisarts en keuringsarts als verschillende professionele functies resulteert er tevens in dat patiënten en verzekeringskandidaten als twee verschillende groepen gedefinieerd worden. Het verschil tussen de adviserende en de behandelende functie van artsen wordt in sociaal-geneeskundige en verzekeringsgeneeskundige handboeken vaak als een vanzelfsprekend gegeven behandeld.[142] In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat dit onderscheid met de genese van een specifieke figuratie ontstaat. In de interactie tussen de betrokken partijen ontwikkelt zich het onderscheid tussen de adviserende en de therapeutische rol van artsen en wordt de verhouding tussen die twee rollen gedefinieerd in termen van de belangen die men dient. De belangentegenstelling tussen adviseren aan derden en de uitoefening van de therapeutische rol is niet vooraf gegeven, maar is een resultaat van de ontwikkeling van deze figuratie en de perceptie van de wederzijdse verhoudingen. Behandelend artsen hadden de keuring immers ook naar zich toe kunnen trekken omdat zij als de ultieme experts golden wat betreft de gezondheid van hun patiënten. Dat dat niet gebeurd is kan niet verklaard worden door de vermeende 'objectieve' belangentegenstelling tussen de therapeutische en de adviserende rol. Deze tegenstelling van belangen ligt niet ten grondslag aan de ontwikkeling van de levensverzekeringsgeneeskundige figuratie, maar is het resultaat ervan.

De differentiatie van therapeutische en adviserende taken en de toedeling van deze taken aan verschillende artsen is op zichzelf een belangrijk fenomeen. Nog belangrijker is echter dat het verschil tussen behandeling en advisering niet neutraal wordt gewaardeerd. Integendeel. De ontwikkeling van de verhouding tussen de therapeutische en adviserende rol is de uitkristallisering van hiërarchie. Levensverzekeringsmaatschappijen en hun medisch adviseurs mogen grote waarde hechten aan de medische advisering. De houding van de NMG illustreert echter dat therapeutisch handelen als centrale activiteit van de medische professie geldt en dat advisering ten behoeve van derden als bijzaak wordt gezien. Hoe de medische advisering precies vorm krijgt, interesseert de NMG dan ook niet bovenmatig. In de volgende hoofdstukken wordt duidelijk dat met de opbouw van de figuratie niet alleen de differentiatie van therapie en advies, maar ook de onderschikking van medische advisering aan therapeutisch handelen haar beslag krijgt.

2 De keuring voor de levensverzekering

INLEIDING

'De tijd is voorbij dat de candidaat verzekerde zijn gezondheidstoestand moest demonstreren door voor directeuren over een bok te springen.'[1]

Directies van levensverzekeringsmaatschappijen gaan aan het einde van de negentiende eeuw de selectie van verzekeringskandidaten uitbesteden aan medici. Artsen die gaan fungeren als bewaker van de toegangspoort tot de levensverzekering, medisch adviseurs en keuringsartsen, vormen de belichaming van de functies die de medische wetenschap met de vorming van de levensverzekeringsfiguratie gaat vervullen. De medische wetenschap vormt de garantie voor de maatschappijen en het publiek dat de commerciële doelen van de maatschappijen veiliggesteld zijn, dat de sociale doelstelling van armoedebestrijding gerealiseerd wordt en dat de toelatingsprocedures onpartijdig en rechtvaardig zijn. In dit hoofdstuk staat het werk van keuringsartsen centraal en wordt aandacht besteed aan de productie van medische expertise ten behoeve van de keuring in relatie tot de opbouw van het verzekeringsgeneeskundig netwerk.

Om te kunnen zien wat er bijzonder is aan de ontwikkeling van keuringsexpertise is het nodig afstand te nemen van een traditionele visie op de relatie tussen wetenschap en praktijk, waarin de wetenschap als de toeleveraar van rationele inzichten en de praktijk als vrager van deze kennis wordt beschouwd. Wetenschap en praktijk staan in dit model, waarin men spreekt van 'toepassing van kennis', in een hiërarchische verhouding tot elkaar. Aan medisch-wetenschappelijke expertise wordt grote waarde toegekend omdat ze een hoog waarheidsgehalte zou hebben en het daardoor mogelijk zou maken maatschappelijke processen beter te beheersen. Volgens deze visie betekent wetenschap maatschappelijke vooruitgang bewerkstelligen. Omdat de beschikbaarheid van wetenschappelijke expertise als gegeven wordt verondersteld leidt dit model eerder tot verbazing over gebrekkige toepassing ervan in een praktijk, over barrières en storingen in

het diffusieproces en over domme mensen die de vooruitgang tegenhouden, dan tot nieuwsgierigheid over de wijze waarop wetenschap zo'n centrale maatschappelijke rol kan verwerven.

De historicus die vanuit deze visie op de relatie tussen wetenschap en praktijk een blik werpt op de ontwikkeling van de medische keuring zal dit proces duiden in termen van 'diffusie van medische kennis'. Hij ziet de keuring als een toepassing van medische expertise in een reeds bestaande verzekeringspraktijk. De geneeskunde biedt de wetenschappelijke middelen waar de verzekeraars om vragen. Vanuit deze manier van denken is de betrokkenheid van keuringsartsen bij levensverzekeringsmaatschappijen weinig verrassend. Integendeel. Het diffusiemodel is ervoor verantwoordelijk dat de poortwachtersfunctie van de geneeskunde met een grote mate van vanzelfsprekendheid omgeven wordt. Op grond van de explosieve groei van biomedische kennis, de introductie van nieuwe diagnostische technieken en de uitbreiding van de therapeutische interventiemiddelen in de negentiende eeuw wordt medici de expertise toegeschreven om deze poortwachtersrol op zich te nemen. Vanuit deze gedachtengang vormen ontwikkelingen in de geneeskunde de motor achter de uitbreiding van de maatschappelijke rol van de geneeskunde, en medische selectie voor het levensverzekeringsbedrijf is slechts een uitbreiding van het toepassingsdomein van de geneeskunde van de therapeutische context naar de verzekeringscontext.

Aan de hand van de reconstructie van de medische keuring zal gedemonstreerd worden dat een interpretatie van de betrokkenheid van artsen bij medische keuringen voor levensverzekeringsmaatschappijen in termen van 'diffusie van expertise' mank gaat. In hoofdstuk 1 hebben we gezien dat levensverzekeringsmaatschappijen getuigen van een groot vertrouwen in de geneeskunde en in de kennis en vaardigheden van artsen. In dit hoofdstuk zal blijken dat dit vertrouwen relatief snel plaatsmaakt voor twijfel aan de capaciteiten van keuringsartsen. Met de opbouw van het verzekeringsgeneeskundig netwerk en de institutionalisering van medische selectie wordt namelijk duidelijk dat zij de expertise ontberen die hen was toegeschreven. De kennis en vaardigheden om een keuring adequaat uit te voeren liggen dan ook niet 'voor toepassing gereed', maar ontwikkelen zich pas geleidelijk, tegelijkertijd met de stabilisering van een specifieke vorm van medische keuring. Medische expertise noch medische keuring is een statische entiteit: beide kristalliseren zich uit in relatie tot elkaar. In plaats van toepassing van medische kennis in een gegeven verzekeringsgeneeskundige praktijk kan men dan ook beter spreken van co-evolutie van wetenschap en maatschappij, van expertise en praktijk.[2]

De stelling dat keuringsexpertise en keuringspraktijk zich tegelijkertijd ontwikkelen kan men zo begrijpen dat keuringsartsen zich, tegelijkertijd

met de vorming van de keuring, kennis en vaardigheden eigen maken waarover ze eerder niet beschikten. Hoewel dat inderdaad het geval is, is deze lezing ook verraderlijk. Ze suggereert namelijk dat keuringsartsen onbeschreven bladen zijn, die een 'lacune' hebben ten aanzien van specifieke expertise. Deze lezing onttrekt aan het oog dat met de ontwikkeling van een keuringspraktijk náást de therapeutische praktijk een nieuw type rationaliteit ontstaat, een verzekeringsgeneeskundige rationaliteit, die concurreert met de rationaliteit van de therapeutische praktijk. Artsen zijn geen onbeschreven bladen: zij hebben hun eigen standaarden, routines en idealen die geënt zijn op de interaktie met patiënten. Met de ontwikkeling van de medische keuring voor het levensverzekeringsbedrijf worden er andere standaarden, routines en idealen geïntroduceerd en juist het feit dat deze zich niet per definitie harmonieus verhouden tot de therapeutische praktijk maakt begrijpelijk dat de productie van expertise om keuringen te verrichten een langdurig proces is, dat zich over de periode tussen 1880 en 1920 uitstrekt. De co-evolutie van keuringsexpertise, keuringspraktijk en een verzekeringsgeneeskundige rationaliteit vindt plaats in een veld dat reeds bezet is. Met de opkomst van nieuwe geneeskundige werkzaamheden zoals het verrichten van keuringen voor derden wijzigen zich ook de verhoudingen in dat veld. Hoewel in dit hoofdstuk de aandacht uitgaat naar de keuringspraktijk, verandert tijdens dit proces ook de therapeutische praktijk van karakter.

De stelling van co-evolutie van wetenschap en maatschappij is ook op een andere manier verraderlijk. Wie gecharmeerd is van het idee dat zich met de genese van nieuwe maatschappelijke praktijken nieuwe wetenschappelijke expertise ontwikkelt vergeet soms dat veel 'nieuwe' zaken eigenlijk aan andere praktijken ontleend worden. Spreken over de genese van een keuringspraktijk, van een nieuwe verzekeringsgeneeskundige rationaliteit, van nieuwe normen, idealen, identiteiten en expertise is vaak niet onjuist, maar suggereert een te grote breuk met gangbare geneeskundige praktijken. Het inzicht in de totstandkoming van een praktijk van medische keuringen wint aan scherpte indien men zich afvraagt met welke ontwikkelingen in andere, wellicht op het oog concurrerende praktijken meegelift wordt. De co-evolutie van keuringspraktijk en keuringsexpertise vindt dus niet alleen plaats in een veld dat reeds bezet is. Ze sluit in sommige opzichten aan bij ontwikkelingen die in dat veld reeds in gang waren gezet. Met het gebruik van het idee van co-evolutie is de continuïteit en discontinuïteit tussen praktijken nog niet per definitie vastgesteld. Die moet van geval tot geval empirisch worden gelokaliseerd. In mijn reconstructie van de keuringspraktijk ligt het accent op discontinuïteit tussen keuringspraktijk en therapeutische interactie, en op de continuïteit tussen keuringspraktijk en medisch-wetenschappelijke idealen en standaarden.

De beschrijving van de co-evolutie van keuringsexpertise en keuringspraktijk maakt duidelijk dat keuringsartsen, die, zo bleek in hoofdstuk 1, in eerste instantie vooral financieel aan de verzekeringsmaatschappijen gebonden waren, meer inhoudelijk geïntegreerd raken in de figuratie rond de medische advisering. Dit betekent een versterking van de positie van de medische wetenschap in het levensverzekeringsnetwerk, als bindmiddel tussen commerciële doelen, sociale idealen en ethische overwegingen. Met een antwoord op de vraag wat de toenemende inhoudelijke binding tussen keuringsartsen en verzekeringsmaatschappijen betekent voor de machtsbalans tussen artsen en levensverzekeringsbedrijf wordt dit hoofdstuk afgesloten.

EEN NIEUWE VORM VAN MEDISCH HANDELEN

Volgens representanten van levensverzekeringsmaatschappijen vervult de medische keuring een cruciale rol in de selectie van verzekeringskandidaten. Het keuringsrapport van de arts verschaft aan de medisch adviseur van de levensverzekeringsmaatschappijen immers de informatie op grond waarvan deze besluit tot afwijzing of aanname van kandidaten, tot aanname tegen normale of tegen bijzondere voorwaarden. Omdat aanname van 'ongezonde levenskansen', waarvan men de levensduur niet kan berekenen, een gevaar oplevert voor de commerciële en sociale doelstellingen van de maatschappijen en de rechtvaardigheid van het selectieproces zal ondermijnen, benadrukken levensverzekeringsmaatschappijen dat ze hoge eisen stellen aan het geneeskundig onderzoek. Dit onderzoek moet een betrouwbaar beeld geven van levenskansen van de verzekeringskandidaat.

Een kwestie van methode

Wat 'betrouwbaar' precies betekent laat men vaak in het midden. De verzekeringsgeneeskundige literatuur biedt echter wel inzicht in de impliciete betekenissen die 'betrouwbaarheid' met zich meevoert.[3] Betrouwbaarheid heeft in de levensverzekeringsgeneeskunde namelijk zowel betrekking op objectiviteit als een product van de persoonlijkheid van de arts, diens attitude en mentaliteit, als op objectiviteit als het product van de uitschakeling van de persoonlijkheid van de arts. In het licht van latere ontwikkelingen in de geneeskundige methodologie in de richting van objectivering en rationalisering van het medisch handelen, lijken deze twee betekenissen op gespannen voet met elkaar te staan. In de context van de verzekeringsgeneeskunde zijn ze zeer wel verenigbaar en gebruikt men ze lange tijd met groot gemak door elkaar heen.

Betrouwbaar heeft in de eerste plaats de connotatie van objectiviteit en

onbevooroordeeldheid als een persoonlijke houding. Dat wil zeggen dat verzekeraars van artsen verwachten dat ze, in tegenstelling tot de manier waarop ze hun patiënten bejegenen, geen rekening houden met de belangen van een verzekeringskandidaat. Artsen moeten tijdens de keuring objectief zijn, dat wil zeggen geen medeleven tonen met de kandidaat, en hun indrukken van diens constitutie in dienst stellen van de maatschappij. Volgens de NMG staat deze vorm van onbevooroordeeldheid echter haaks op een andere professionele attitude, waarbij de patiënt voor alles gaat, en waarbij de persoonlijke band met de patiënt geldt als bron van inzicht in de klachten. Zoals in hoofdstuk 1 duidelijk is geworden leidt deze overweging van de NMG in 1864 tot het besluit dat artsen niet hun eigen patiënten mogen keuren, waarna veel maatschappijen overgaan tot aanstelling van speciale keuringsartsen, die de keuringskandidaten niet kennen. De uitvoering van een keuring door de eigen huisdokter komt dan steeds minder voor en de eventuele vooringenomenheid van de arts vormt rond 1900 in de instructies aan keuringsartsen geen centraal probleem meer. Des te belangrijker wordt de andere betekenis van betrouwbaarheid.

De tweede betekenis van betrouwbaarheid in de verzekeringsgeneeskundige literatuur vertoont grote gelijkenis met de notie van objectiviteit zoals die in medisch-wetenschappelijke discussies in die tijd gearticuleerd wordt. Betrouwbaar staat daar niet voor de persoonlijke houding, de deugden en de mentaliteit van de arts in kwestie, maar voor de methodische, gestandaardiseerde en uniforme uitvoering van een onderzoek opdat de invloed van de arts als persoon het achterhalen van de objectieve feiten omtrent de gezondheidssituatie van de kandidaat niet in de weg staat. Over het belang en de reikwijdte van deze vorm van betrouwbaarheid als wetenschappelijk en methodisch criterium is men het rond de eeuwwisseling weliswaar niet eens, maar dát methodisch, gestandaardiseerd en uniform handelen als basis voor objectiviteit en betrouwbaarheid belangrijker worden is onmiskenbaar.[4] In het voetspoor van de verwetenschappelijking van de geneeskunde stellen ook verzekeringsmaatschappijen de eis dat een keuringsuitslag objectief en betrouwbaar moet zijn. Betrouwbaarheid verwijst nu niet naar de onkreukbare reputatie, de integriteit en de ruggegraat van de keuringsarts, maar naar een werkelijkheidsgetrouwe en van subjectieve invloeden ontdane representatie van het lichaam van de keuringskandidaat, van diens familiegeschiedenis en leefgewoonten. Deze betekenis van betrouwbaarheid als product van een onpersoonlijke, methodische aanpak komt onder meer tot uitdrukking in het streven van verzekeringsmaatschappijen naar 'volledigheid' bij de keuring. Een keuringsarts moet aandacht schenken aan álle delen van het lichaam, álle mogelijke erfelijke ziekten bij ouders, grootouders, ooms en tantes, neven en nichten, aan alle mogelijke ziekten waar de kandidaat in het verleden

last van heeft gehad, aan zijn beroep, aan zijn drinkgedrag, eetgewoonten en woonomgeving. Men vraagt van de keuringsarts:

> '(...) een nauwkeurige medische analyse van den candidaat, een beschrijving van al diens organen, een enumeratie van alle physieke en dikwijls moreele omstandigheden, die op de vitaliteit, het leven, het risico dus, van invloed kunnen zijn.'[5]

De opvatting van betrouwbaarheid als product van een methode klinkt ook door in de nadruk die men legt op 'nauwkeurigheid' en 'precisie' tijdens de keuring. Van Schevichaven spreekt van 'een streng en nauwkeurig geneeskundig onderzoek'.[6] Ook Pollock en Chisholm benadrukken dat een keuring bestaat uit 'nauwkeurige waarneming'[7] en dat de vroegere gezondheidstoestand van de kandidaat 'nauwkeurig' moet worden nagegaan.[8] Het veelvuldig gebruik van bijvoegelijke naamwoorden zoals volledig, precies, nauwkeurig getuigt van de wens dat het keuringsonderzoek de kandidaat en diens lichaam alle mogelijke geheimen zal ontlokken. De verzekeringsmaatschappij moet ervan op aan kunnen dat de uitslag van het onderzoek meer zegt over het lichaam van de kandidaat dan over de blik van de arts. De expertise van de keuringsarts bestaat erin deze wens te realiseren.

Hoewel de betekenis van betrouwbaarheid in de verzekeringsgeneeskundige literatuur zwaar leunt op de (medisch-)wetenschappelijke notie van betrouwbaarheid zoals die aan het eind van de negentiende eeuw bestaat, is er ook een groot verschil. In de medische wetenschap hecht men aan betrouwbaarheid vanwege de professionalisering en verwetenschappelijking van het biomedisch onderzoek, hetgeen dit fenomeen tot een uitdrukking van intern-wetenschappelijke, methodische regels maakt. In de verzekeringswereld streeft men daarentegen naar betrouwbaarheid van keuringsresultaten in het licht van de gevaren die onbetrouwbare uitslagen voor het verzekeringsbedrijf met zich meebrengen. Het is de drang om als commercieel bedrijf, als sociale en als liberale onderneming succesvol te zijn, die aan de medisch-wetenschappelijke betekenis van betrouwbaar extra scherpte en lading geeft. Het hameren op betrouwbare keuringsuitslagen symboliseert de functie van medisch-wetenschappelijke regels – de verbinding tussen private en publieke belangen – in de opbouwfase van het netwerk. Het vormt een uitdrukking van de specifieke verzekeringsgeneeskundige rationaliteit die zich met de opbouw van dat netwerk ontwikkelt.

Vanwege het belang van betrouwbare keuringsresultaten stelt men aan de capaciteiten van keuringsartsen bijzondere eisen. Representanten van het verzekeringsbedrijf uiten aan het einde van de negentiende en het

begin van de twintigste eeuw echter regelmatig hun zorg over het feit dat de expertise van artsen om een keuring uit te voeren in hun ogen tekortschiet. Met de groei van het aantal keuringen worden namelijk grote verschillen tussen keuringsartsen zichtbaar. De maatschappijen concluderen hieruit dat veel keuringsartsen niet voldoen aan de normen van verzekeringsgeneeskundige rationaliteit die levensverzekeringsmaatschappijen en hun medisch adviseurs introduceren.

De verschillen tussen artsen bij de uitvoering van een keuring zijn eigenlijk niet zo verwonderlijk. Ook in de wijze waarop medici omgaan met klachten van patiënten, een diagnose stellen en een behandeling voorschrijven bestaat grote variatie. Door de relatieve beslotenheid van de therapeutische praktijk zijn deze verschillen echter meer aan het oog onttrokken dan verschillen tussen keuringsartsen. Medisch adviseurs kunnen keuringsrapporten van meerdere artsen met elkaar vergelijken en kandidaten bespreken de uitslag van het onderzoek onderling. De relatieve openbaarheid rond de keuring maakt duidelijk dat verschillende artsen kandidaten op zeer uiteenlopende wijze onderzoeken.

Variatie in medisch handelen in de therapeutische praktijk wordt aan het einde van de negentiende eeuw, voorzover wel zichtbaar, bovendien niet als probleem gezien. In de therapeutische praktijk staat de oplossing van een patiëntenprobleem centraal, en de vraag via welke weg een arts die bereikt is van secundair belang. En ondanks de opkomst van het ideaal van een 'wetenschappelijke geneeskunde' in de tweede helft van de negentiende eeuw, blijft de therapeutische stijl nog lange tijd individualistisch georienteerd.[9] Men is van mening dat artsen recht dienen te doen aan de specifieke situatie van de patiënt in kwestie, en verschillen in het optreden van artsen zijn in dat perspectief niet slechts legitiem, ze vormen zelfs een uitdrukking van de therapeutische professionaliteit van artsen.[10] Verschillen in het medisch handelen tussen keuringsartsen worden in de wereld van levensverzekeringsmaatschappijen echter veel minder welwillend beoordeeld. Directeuren en medisch adviseurs, georiënteerd op de vorming van een nieuw type rationaliteit, beschouwen deze verschillen als een bedreiging van de betrouwbaarheid van de keuring, en daardoor als een ondermijning van de meervoudige functie van de medische selectie.

Keuring versus therapeutische interactie

De gebrekkige betrouwbaarheid van de keuring wijt men aan het feit dat artsen zich onvoldoende rekenschap geven van de verschillen tussen een keuring en de gangbare therapeutische interaktie. In de eerste plaats vragen verzekeringsmaatschappijen artsen om mensen te keuren die zich gezond voelen en geen klachten hebben,[11] terwijl artsen gewend zijn zieke mensen onder ogen te krijgen, die zelf aangeven welke klachten ze hebben,

opdat de arts een diagnose kan stellen en een therapie kan voorschrijven. Het keuren van mensen die zichzelf gezond achten, is volgens de maatschappijen geen eenvoudige zaak. Zo komt de keuringskandidaat volgens hen met een geheel andere houding binnen dan een eigen patiënt.

> 'Deze beginnen immers met hun persoonlijke klachten op te geven en streven er naar, den dokter behulpzaam te zijn in het opsporen van afwijkingen. Bij de keuring voor een verzekering moet de dokter erop rekenen dat het omgekeerde plaats vindt.'[12]

Enige medewerking hoeft de keuringsarts dus niet te verwachten.

> 'Het is toch immers heel iets anders een patiënt te bezoeken, die zich met "hart en ziel" aan den dokter overgeeft en alles vertelt, om maar gauw weer beter te zijn, dan een verzekeringscandidaat bij zich te krijgen, die slechts door ééne gedachte wordt beheerscht: vóór en boven alles gezond te schijnen!'[13]

De huisarts en patiënt worden verondersteld een gezamenlijk doel na te streven, de keuringsarts wordt daarentegen opgeroepen rekening te houden met de kwade trouw van de kandidaat die soms zal liegen en bedriegen om maar een verzekering te kunnen afsluiten.[14] Afwijkingen zouden worden vergeten of vergoelijkt.

> 'Nu ja, die kleine kwaal bestond al jaren, men voelde ze niet meer, men raakte er zoo aan gewend, dat het de moeite niet waard was, er over te spreken.'[15]

Terwijl de huisdokter het verhaal van een patiënt als een 'black box' behandelt, moet een keuringsarts deze 'black box' openbreken en als een detective het verhaal van kandidaten verifiëren.

Een tweede belangrijk verschil tussen het contact met een patiënt en met een verzekeringskandidaat schuilt in de doelstelling van het onderzoek. Het keuringsonderzoek is niet gericht op diagnose en therapie, maar dient primair inzicht te verschaffen in de prognose van de levensduur van kandidaten.

> 'Doel van het geneeskundig onderzoek voor een Levensverzekering-Maatschappij is niet het constateeren of een bepaald individu op dit oogenblik volkomen gezond is; het is alleen een onderzoek naar de omstandigheid, of een bepaald individu inderdaad de levenskans heeft, die de sterftetafel voor een normaal individu van zijn leeftijd aanwijst.

Dit is geheel iets anders dan de vraag naar zijn oogenblikkelijken gezondheidstoestand.'[16]

En hoewel de diagnose van de gezondheidstoestand op dat moment in de praktijk vaak samenhangt met een inschatting van de levenskansen, hoeft dat, zo weet men in verzekeringskringen, niet altijd het geval te zijn. Een gezonde kandidaat kan een familiegeschiedenis hebben die de basis vormt voor een dermate slechte prognose dat geen verzekeringscontract tot stand kan komen. De levenskansen van een gezond individu, van wie één van de ouders of broers of zussen aan tuberculose is gestorven, worden bijvoorbeeld veel lager ingeschat dan de 'normale levensduur' van iemand van diezelfde leeftijd. Toch vormt de diagnose wel een belangrijke basis voor de bepaling van de prognose. Volgens het schema van de arts Ogilvie, naar wie in de verzekeringspers meerdere malen verwezen wordt, is de waarde van het persoonlijke verleden voor de bepaling van de levenskansen 20%, van het familieverleden 20%, van de uitkomst van het geneeskundig onderzoek 30%, van het voorkomen 20% en van de omgeving 10%. De diagnose van de gezondheid bepaalt volgens dit model, theoretisch, dus ongeveer een derde van het inzicht in de levenkansen van een kandidaat.[17]

In samenhang met het prognostisch doel van de keuring vormt de tijd waarover de keuringsarts kan beschikken om zijn doel te bereiken een derde belangrijk verschil met de therapeutische praktijk. Hoewel keuringsartsen geen ervaring hebben met onderzoek dat erop gericht is de vermoedelijke levensduur met een claim van redelijke precisie vast te stellen, moet men alle informatie die nodig is om een prognose te kunnen stellen binnen een kort tijdsbestek vergaren. Een keuringsarts moet 'staande de zitting' beslissen.[18] Een diagnose in het kader van het therapeutisch handelen komt daarentegen vaak tot stand na een lange waarnemingsperiode. De huisarts kent de patiënt al langer, is op de hoogte van diens ziektegeschiedenis en heeft diens klachten dikwijls al eerder gehoord en behandeld. Als de herkomst van de klachten niet meteen duidelijk is, kan de arts de patiënt bovendien vragen na een tijdje nog eens terug te komen als meer bekend is over de ontwikkeling van de symptomen.

Als de vraag om levensverzekeringen toeneemt en steeds meer mensen een medische keuring ondergaan wordt het contrast tussen de keuringspraktijk en de gangbare therapeutische praktijk steeds duidelijker. Terwijl de arts in de therapeutische praktijk kan rekenen op de medewerking van de patiënt, de tijd en de ziekte, hoeft de keuringsarts niet te rekenen op de hulp van de kandidaat en is hij niet in de gelegenheid de ziekte en de tijd hun werk te laten doen. Een keuring is een momentopname en de arts is daarbij verstoken van wat normaliter zijn belangrijkste hulpmiddelen zijn.[19]

Artsen moeten het keuren van levensverzekeringskandidaten als een nieuwe vorm van medisch handelen onder de knie zien te krijgen. Gezien het belang dat de verzekeringswereld hecht aan de wetenschappelijke basis van selectie en dus aan een betrouwbare keuringsuitslag, is het niet opmerkelijk dat de levensverzekeringsmaatschappijen, en met name de medisch adviseurs die zij in dienst hebben, het op zich nemen artsen te leren hoe ze een keuring moeten verrichten. Het is echter wel opvallend dat de medische professie zich op dit punt vrijwel geheel onbetuigd laat. Terwijl vrijwel alle artsen aan het eind van de negentiende eeuw weleens met een keuring in aanraking komen, vinden we daarover in de geneeskundige vakliteratuur in die periode vrijwel niets. Ook de NMG laat niets van zich horen als het gaat om de inrichting van de keuring. Op initiatief van de maatschappijen, die afhankelijk zijn van de geneeskundigen, worden daarentegen buitenlandse handboeken voor de levensverzekeringsgeneeskunde in het Nederlands vertaald[20] en in 1916 verschijnt het eerste Nederlandse handboek op dit gebied,[21] waarvan de meeste hoofdstukken bovendien integraal worden gepubliceerd in *De Verzekeringsbode*.

Net als medisch wetenschappelijke tijdschriften zijn ook deze verzekeringstijdschriften geen neutrale dragers van medische informatie.[22] Zoals medisch wetenschappelijke tijdschriften het vehikel vormen voor de verbreiding een specifiek wetenschapsideaal of van een specifieke opvatting van wat geneeskunde is, zijn deze handboeken en tijdschriften een spreekbuis voor normen en verwachtingen van de maatschappijen inzake de uitvoering van de medische keuring. Artsen en publiek kunnen erin lezen wat een medische keuring eigenlijk inhoudt, hoe artsen zich dienen te gedragen en wat de kandidaten van de arts kunnen verwachten. Door middel van dergelijke voorschriften trachten levensverzekeringsmaatschappijen de randvoorwaarden voor een keuring te controleren. Dergelijke voorschriften bewerkstelligen een gestandaardiseerde en uniforme uitvoering van de keuring, opdat de medisch adviseur de keuringsresultaten kan gebruiken als een betrouwbare en objectieve basis voor toelating of afwijzing. Langs twee wegen trachten de maatschappijen een betrouwbare keuring te bewerkstelligen, namelijk door de introductie van een keuringsetiquette en door het stimuleren van gebruik van klein medisch instrumentarium.

KEURINGSETIQUETTE

Levensverzekeringsmaatschappijen ontwikkelen gedragsregels voor keuringsartsen in de spreekkamer opdat zij meer controle hebben over de keuringssituatie en de medewerking van kandidaten aan het onderzoek wordt bevorderd. Deze keuringsetiquette beoogt een situatie van weder-

zijds wantrouwen te transformeren tot een vorm van coöperatie, die de betrouwbaarheid van de keuringsresultaten verhoogt.

Gedragsregels voor medici worden door professiesociologen, medisch sociologen en andere onderzoekers van het medisch beroep vaak gezien als regels die de sociale verhouding tussen arts en patiënt reguleren, maar die geen wezenlijk deel uitmaken van het inhoudelijke medische werk. Medici kunnen meer of minder tactvol zijn, maar voor de diagnose en de therapie zal dat niet veel uitmaken. De Swaan heeft in zijn studie *Over de sociogenese van de psychoanalytische setting* echter laten zien hoe cruciaal sociale gedragsregels zijn voor de constitutie van een medische praktijk.[23] In plaats van franje die het hart van het psychoanalytische werk niet raken, creëren regels over tijd, plaats en geld een 'sociale nulsituatie', waardoor het duidelijk is dat wat er gebeurt tijdens het consult geen toevalligheid is, noch een effect van de persoonlijkheid van de psychoanalyticus, maar op de psychische problemen van de patiënt herleid kan worden. Sociale gedragsregels constitueren de ruimte waarbinnen de medicus zijn werk kan doen. Op vergelijkbare wijze als Freud de psychoanalytische setting vorm geeft, kunnen de etiquetteregels voor de keuring gezien worden als een middel om de keuring als een sociale nulsituatie te constitueren, zodat het duidelijk is dat de uitslag van het onderzoek geen effect is van manipulatie van de verzekeringskandidaat of toeval, maar iets zegt over de levenskansen van de kandidaat in kwestie.

Tot de goede omgangsvormen van de keuringsarts behoort in de eerste plaats het nakomen van afspraken met een verzekeringskandidaat. Om een keuring te kunnen verrichten is het immers in ieder geval noodzakelijk dat er een ontmoeting plaatsvindt tussen arts en verzekeringskandidaat.

> 'De onderzoekende geneesheer is natuurlijk verplicht iemand, die zich op een afgesproken uur bij hem aanmeldt, zoo spoedig mogelijk te onderzoeken. Laat hij den te verzekeren persoon telkens te vergeefs komen, of stelt hij het onderzoek dagen lang uit, dan begint zulks den candidaat te vervelen; hij gaat naar eene andere Maatschappij of ziet van de gehele verzekering af.'[24]

Het niet nakomen van eenmaal gemaakte afspraken vormt een bron van zorg voor de levensverzekeringsmaatschappijen, getuige de klacht van een directeur:

> '(...) en toch springen maandelijks, dikwijls aanzienlijke contracten af op den onwil van geneeskundigen, die een hoogen borst van een verouderd stelsel opzetten, de candidaat-verzekerde wegzenden op een te voren overeengekomen uur; hen soms drie of vier malen over niet

geringen afstand laten terugkomen (...) omdat een verkoudheidspatiënt of "Lijpje, die niet niezen kan", moeten voorgaan.'[25]

Is het contact tussen arts en verzekeringskandidaat eenmaal tot stand gekomen, dan is het zaak dat de arts de reserves van de kandidaat wegneemt. Zo wordt hem aanbevolen zich tactvol en vriendelijk op te stellen tegenover de verzekeringskandidaat. Brinton wijst er in 1864 reeds op dat het voor een kandidaat een beproeving is vragen te beantwoorden die mogelijk 'diens onvolkomenheden' aan het licht brengen. De arts dient daarom

'voorzeker de uiterste zorg dragen om het niet slechts met takt, maar ook (wat nog verreweg beter is) met echte welwillendheid te volbrengen. Dit onderzoek zij niet alleen doortastend, maar ook zachtaardig en bescheiden.'[26]

Ook in het handboek van Pollock en Chisholm, dat in 1899 in het Nederlands verschijnt, wordt de arts geïnstrueerd over de omgangsvormen die bij een keuring in acht dienen te worden genomen.

'Intusschen behoort de grootste beleefdheid en kalmte betoond te worden en den kandidaat moet het steeds zoo gemakkelijk mogelijk gemaakt worden, opdat het onderzoek niemand afschrikke. Een onbeleefde behandeling veroorzaakt niet alleen vreesachtigheid, maar kan aanleiding geven tot misleiding of terughoudendheid van de zijde van den kandidaat. (...) Is de onderzoekende geneesheer kort aangebonden, onaangenaam of meesterachtig in zijn handelingen, dan verwekt hij natuurlijk een zekeren wrevel bij den kandidaat, hetgeen hem daartoe verleidt om iets te verbergen.'[27]

En hoewel keuringsartsen worden opgeroepen de kandidaat niet op zijn woord te geloven, worden ze tevens geïnstrueerd dergelijk wantrouwen niet te laten merken. Zelfs waar een arts twijfelt aan de juistheid van de informatie die een kandidaat hem verstrekt, dient hij dit voor de kandidaat te verbergen.

'De eerlijke bedoeling van den kandidaat moet men tegenover hem nooit in twijfel trekken, en zelfs als er twijfel bestaat omtrent matigheid of omtrent de oorzaak van den dood van een bloedverwant, wordt deze het best opgelost door tegen het einde van het onderzoek hierop terug te komen; een oordeelkundig navragen kan dan al pratende in den regel de feiten aan het licht brengen (...)'[28]

Door middel van de bespreking van voorbeelden van onbeleefd gedrag van artsen wordt aan de medische beroepsgroep en het publiek duidelijk gemaakt welke houding van artsen verwacht mag worden. Zo wordt het gedrag van de medicus die zich bij de keuring bits, stroef en zakelijk opstelt, en wiens spreekkamer gedurende een zeer koude en regenachtige aprilmaand volstrekt onverwarmd is, van commentaar voorzien. Keuringskandidaten hebben, zo stelt men, evengoed als patiënten recht op een aangename behandeling.[29]

Het lichamelijk onderzoek roept veel weerstand op en verzekeringskandidaten tonen zich dikwijls zeer gegeneerd indien zij zich moeten ontkleden. Medisch adviseurs stimuleren keuringsartsen om de gevoelens van verzekeringskandidaten te ontzien door de structuur van de keuring aan te passen aan de grenzen van gêne en schaamte. In de therapeutische praktijk bepalen de klachten van een patiënt en het vermoeden van een diagnose meestal hoe het lichamelijk onderzoek verloopt, wat de arts bevoelt, beluistert en bekijkt, en wat hij links laat liggen. Bij een medische keuring voor het levensverzekeringsbedrijf gaat het erom inzicht te verwerven in de algemene gezondheidssituatie van de kandidaat. Niet een specifieke klacht, maar kennis van het gehele lichaam en al zijn mogelijke gebreken structureren dan het onderzoek. Dit betekent dat artsen geneigd zijn bij de keuring de ordening te volgen van hun leerboeken over de anatomie en fysiologie van het lichaam. Handelen volgens de representatie van medische kennis leidt er echter toe dat kandidaten nogal eens bloot staan terwijl de arts hun vragen stelt over bepaalde lichaamsdelen. Om dergelijke situaties te vermijden bevelen verschillende medisch adviseurs de keuringsartsen aan om de keuring niet in te richten naar de wetenschappelijke ordening van biomedische kennis, maar naar wat zij de eisen van de keuringspraktijk noemen. Men beveelt aan om een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen anamnese en lichamelijk onderzoek.

> 'Hoe zal men de volgorde dier vragen stellen? Zal men den anatomischen weg volgen, zal men plaatsbeschrijvend te werk gaan en achtereenvolgens hoofd, nek, borst, buik, rug en ledematen laten onderzoeken? Of wel, zal men, uitsluitend de practijk in het oog houdende, de vragen verdeelen in twee rubrieken: Vragen tot welker beantwoording het noodig is, dat de aspirant zich uitkleede, en andere vragen, bij welker beantwoording het uitkleeden niet noodig is? Men verkrijgt in het laatste geval een reeks vragen, die aanvankelijk menig geneesheer, wegens haar schijnbare onsamenhangendheid, een glimlach zal ontlokken; ik meen, dat weldra de meesten het voordeel van zulk een rangschikking, hoe vreemd zij ook moge schijnen, zouden inzien. Het

zou bijv. dan niet voorkomen dat sommige verzekerden verklaarden dat zij "wel een uur" naakt hadden gestaan.'[30]

Een medisch-wetenschappelijke indeling van het onderzoek bij de keuring leidt vaak tot ongerief.

> 'Zoo kan men nu en dan de klacht hooren van candidaten, dat zij bij het binnentreden van de dokterskamer worden verzocht zich terstond te ontkleeden, om dan met grootendeels ontbloot lichaam hun eigen geschiedenis en die der familie mede te deelen, iets wat ten hoogste in de hondsdagen aangenaam kan stemmen. (...) het is ondoelmatig te vragen naar de tong, wanneer men aan de spijsverteringsorganen (buik) bezig is, en naar varices en haemorrhoiden bij het hartonderzoek. De tong worde bezichtigd bij het onderzoek van het hoofd en naar varices en haemorrhoiden worde rondgezien als men tot buik en beenen is gevorderd. Practisch is het laatste ook met het oog op de geleidelijke ontblooting van het lichaam. In den loop der jaren heb ik mij bij keuringen deze, m.i. ook voor den candidaat meest gerieflijke, volgorde aangewend (...)'[31]

Tegenwoordig beschouwt men het als vanzelfsprekend dat gedurende een medische keuring eerst een aantal vragen beantwoord worden en dat vervolgens de medische handelingen plaatsvinden waarvoor men zich moet ontkleden. Rond de eeuwwisseling vormt dit echter een belangrijke innovatie. Onder invloed van de culturele praktijken van schaamte rond het lichaam maakt een medisch-wetenschappelijke ordening van de keuring plaats voor een ordening volgens de zich ontwikkelende verzekeringsgeneeskundige rationaliteit, een ordening in bloot en niet-bloot. De institutionalisering van de keuring voor verzekeringsmaatschappijen in deze twee duidelijk gescheiden delen betekent dat artsen leren hun medisch handelen anders te organiseren dan zowel voor wetenschappelijk onderzoek als in de therapeutische praktijk gangbaar is. Ook bij andere typen keuring, die later ontstaan, zoals de sportkeuring, zal deze indeling gebruikelijk worden.[32]

Levensverzekeringsmaatschappijen stellen alles in het werk om een optimale keuringssetting te creëren en betrouwbare keuringsresultaten te genereren. Zo bevat de keuringsetiquette tevens regels voor de materiële setting waarin een keuring plaats dient te hebben. Een keuring kan niet zomaar overal plaatsvinden, en zeker niet bij de verzekeringskandidaat thuis. Een keuring dient te geschieden in het huis van de keuringsarts, een instructie die erop gericht is de keuringsarts optimale controle te verschaffen over de keuringssituatie. In de eerste helft van de negentiende eeuw

was het nog vaak gebruikelijk dat artsen hun patiënten thuis bezochten, vele medici beschikten niet over een spreekkamer aan huis. Deze situatie, waarbij artsen weinig controle hadden op het verloop van het consult, vormde een uitdrukking van het feit dat artsen geen voorname maatschappelijke positie bekleedden en min of meer in dienst waren van de patiënt. In het midden van de negentiende eeuw neemt de economische afhankelijkheid van artsen van hun patiënten af, groeit hun sociale status en krijgen ze meer erkenning voor hun specifieke medische kennis en vaardigheden. De omkering van de afhankelijkheidsrelatie tussen arts en patiënt die dan een aanvang neemt komt onder meer tot uitdrukking in het feit dat artsen ertoe overgaan een spreek- en behandelkamer in te richten, en dat ze trachten een deel van de contacten met patiënten daar te laten plaatsvinden. De Duitse historica Huerkamp heeft erop gewezen dat dit proces moeizaam verliep. Voor Duitsland geldt dat aan het einde van de negentiende eeuw nog steeds niet alleen de ernst van een klacht bepaalt of een arts zijn patiënten thuis bezoekt. Bij patiënten van stand kan een arts, hoe gewaardeerd ook als medische autoriteit, soms moeilijk huisbezoek weigeren ook al maakt de gezondheidssituatie dat niet noodzakelijk.[33] In het licht van deze pogingen van artsen om meer maatschappelijk en medisch gezag te verwerven, krijgt het voorschrift van levensverzekeringsmaatschappijen dat een keuring in het huis van de arts dient te geschieden speciale betekenis. Vanwege het gebrek aan medewerking van de kandidaat, de ziekte en de tijd is het voor de keuring nog meer noodzakelijk dan in de therapeutische praktijk om controle te verwerven over de onderzoekssetting.[34]

In het verlengde van het voorschrift dat een keuring niet bij een kandidaat thuis kan plaatsvinden, stellen de levensverzekeringsmaatschappijen dat de ontmoeting tussen keuringsarts en verzekeringskandidaat een ontmoeting 'onder vier ogen' dient te zijn. Zolang artsen patiënten thuis bezoeken betekent dat vaak dat een deel van de familie bij het consult aanwezig is en de gang van zaken van commentaar voorziet.[35] Als artsen erin slagen het als normaal te presenteren dat de kandidaat, soms over grote afstand, naar zijn woning komt voor de keuring, neemt deze kandidaat soms een vertrouweling mee, bijvoorbeeld omdat hij of zij opziet tegen de keuring. Omdat het voor een keuringsarts moeilijk genoeg is om een klimaat te creëren waarin verzekeringskandidaten vrij spreken over hun levensstijl, drinkgewoontes etc. mag de aanwezigheid van derden de communicatie echter niet nog eens extra belasten.

'De geneeskundige der Maatschappij moet altijd een kandidaat geheel afzonderlijk ontvangen en onderzoeken. De vrouw zal gewoonlijk vragen of haar man of vriendin bij het onderzoek tegenwoordig mag

zijn, maar zulks is niet aan te raden, daar iedereen hetzij man of vrouw steeds vrijer en vertrouwelijker zal zijn, indien hij of zij met den doctor alleen is.'[36]

De ontwikkeling van een keuringsetiquette dient ertoe bij te dragen dat er een keuringssituatie ontstaat waarin de nadelige gevolgen van het gebrek aan vanzelfsprekende medewerking van de kandidaat zoveel mogelijk gecompenseerd worden. De regels die in de levensverzekeringspers geformuleerd worden beogen keuringsartsen de middelen te verschaffen om controle te bemachtigen over het verloop van de keuring, vanuit de verwachting dat die controle de betrouwbaarheid van de bepaling van de levenskansen ten goede komt. De eisen die levensverzekeringsmaatschappijen stellen aan keuringsartsen strekken zich echter verder uit dan de omgangsvormen. Ze hebben ook betrekking op het gebruik van medische technologie.[37]

MEDISCHE TECHNOLOGIE

Vanaf het midden van de negentiende eeuw volgen levensverzekeringbedrijven ontwikkelingen op het gebied van medische technologie met veel belangstelling. In 1864 schaft de directie van de Hollandsche Societeit een spirometer aan, zodat kandidaten kunnen worden uitgenodigd om te komen blazen, opdat de longcapaciteit kan worden vastgesteld.[38] En in 1905 demonstreert de medisch adviseur Bles in een vergadering van de Nederlandsche Verzekeringsbond de werking van een röntgenapparaat op een patiënt.[39] Verzekeringsmaatschappijen realiseren zich dat, naast de keuringsetiquette, medische technologie een uitkomst kan bieden in de situatie waar de keuringsarts het zonder de hulp van kandidaten, de ziekte en de tijd moet stellen. Men betreurt het dan ook dat de spirometer bij keuringen niet meer wordt toegepast[40] en dat zo weinig artsen in het bezit zijn van een weegschaal,[41] want medische technologie maakt het mogelijk om zonder de medewerking van de kandidaat een objectief beeld te krijgen van diens gezondheidssituatie en in korte tijd de 'verborgen' tekenen van een slechte gezondheid op het spoor te komen. Met behulp van de urine-analyse, het meetlint en de weegschaal verwacht men dat belangrijke risico's zoals diabetes, nierziekten en zwaarlijvigheid opgespoord kunnen worden. Vooral de chemische analyse van urine acht men van groot belang. In het handboek van Brinton uit 1864 werd het urineonderzoek nog niet als een standaardonderdeel van de keuring gepresenteerd.

'Evenzeer zal een aandachtig onderzoek van den waterlozings-toestel ons omtrent den werking ervan zulk eene bevredigende geschiedenis

geven, dat wij ons van alle verdere nasporingen, niet slechts omtrent de organen zelve, maar ook van hetgeen zij afscheiden, verschoond kunnen achten.'[42]

Alleen bij een zeer bijzondere gelaatskleur, of ingeval er sprake is van ziekten zoals roodvonk of waterzucht, was inspectie van de urine geboden.[43] Urineonderzoek vond dus alleen plaats indien andere klinische verschijnselen daartoe aanleiding gaven, en terwijl de instructies voor percussie en auscultatie van de borst relatief uitvoerig waren, werd over de wijze waarop de inspectie van de urine plaats moest vinden niets gezegd.

Aan het eind van de negentiende eeuw wordt de chemische analyse van urine daarentegen als een standaardonderdeel van de medische keuring gepresenteerd. Zo lezen we in het handboek van Pollock en Chisholm dat aandoeningen aan de urinewegen 'tot de gevaarlijkste ziekten' behoren, die slechts met behulp van chemische analyse op te sporen zijn.

> 'Zij doen zich dikwijls zeer bedriegelijk voor, zoodat zij zelfs aan een nauwkeurig onderzoek zouden kunnen ontsnappen, omdat de lijders soms volmaakt gezond schijnen. Daarom is het chemisch urine-onderzoek voor elk geval dringend noodzakelijk. (...) Het is een feit, dat iemand aan glycosurie of albuminurie kan lijden, zonder het zelf te weten, en zonder dat zijn uiterlijk daarvan de sporen draagt. Daarom kunnen de Maatschappijen in dit opzicht niet te streng zijn in de eischen en zoo noodig moeten zij een microscopisch onderzoek van den onderzoekenden geneeskundige verlangen.'[44]

Ook in verzekeringstijdschriften wordt gewezen op het belang van het urineonderzoek. Palpatie en percussie schieten tekort als het erom gaat nierkwalen te ontdekken.[45] Het onderzoek van de urine is, zo betoogt Van Schevichaven, voor de keuring onmisbaar.[46]

Terwijl men in het midden van de negentiende eeuw aan de chemische urine-analyse nog betrekkelijk weinig waarde hechtte, wordt ze aan het eind van de negentiende eeuw als een belangrijk onderdeel van de keuring beschouwd. Het is de vraag hoe deze omslag mogelijk is. Verwijzingen naar de medische wetenschap zijn niet toereikend, niettegenstaande de verschuivingen in geneeskundige inzichten over het ontstaan van nierziekten en suikerziekte en de ontwikkeling van de urinetest als een diagnostisch instrument in de negentiende eeuw. Ontwikkelingen in de geneeskunde verklaren wellicht waarom men het urineonderzoek belangrijk gaat vinden, maar niet waarom het urineonderzoek uitgroeit tot hét symbool van een betrouwbare keuring. Dat heeft te maken met de meervoudige

functie van medische selectie in het levensverzekeringsbedrijf en met de prognostische doelstellingen van de keuring.

De analyse van urine

Het inzicht dat, in plaats van kwalitatieve analyse van de zichtbare karakteristieken van urine, chemische analyse van onzichtbare elementen in urine een belangrijk middel vormt voor het opsporen van ziekten, wordt algemeen toegeschreven aan de Zwitserse arts Paracelsus in de zestiende eeuw. Onderzoek naar de chemische analyse van urine komt in de tweede helft van de achttiende eeuw, met de opkomst van de scheikunde, op grotere schaal op gang. Engelse artsen leggen dan een relatie tussen suiker in de urine en diabetes en in de eerste helft van de negentiende eeuw beschrijft de Engelse arts Bright de samenhang tussen eiwit in de urine, waterzucht en nierziekte. In die periode gelden nierziekte en suikerziekte als zeer ernstige, ongeneeslijke ziekten, die niet zelden leiden tot een voortijdige dood.

Over de betekenis van suiker en eiwit in de urine is men het echter nog lang niet eens. Bright zelf relativeert de diagnostische betekenis van eiwit in de urine. Het blijkt namelijk dat ook in de urine van gezonde mensen eiwit gevonden wordt, en dat eiwit niet per definitie betekent dat de patiënt aan een nierziekte lijdt.[47] In de Nederlandse literatuur maken diverse auteurs onderscheid tussen fysiologische, intermitterende, cyclische, functionele en transitionele albuminurie die niet wijst op nierpathologie, maar een reactie is op voedsel, vermoeidheid, hoge bloedruk, narcose of hoort bij een dag/nacht-ritme, en albuminurie die wél een symptoom is van nierlijden.[48] Tegelijkertijd vraagt men zich af hoe onschuldig de tijdelijke vormen van albuminurie zijn. Kunnen deze de werkzaamheid van de nieren op langere termijn toch niet aantasten? Wijst de aanwezigheid van eiwit bij gezonde mensen toch niet op een dispositie voor latere ziekten? Terwijl over de betekenis van eiwit in de urine veel discussie wordt gevoerd, wint in de jaren zeventig tevens de opvatting veld dat de aanwezigheid van suiker niet per definitie wijst op de diagnose diabetes, omdat ook normale urine suiker zou bevatten.[49] In de wetenschappelijke mededelingen van het *NTvG* is te lezen dat een positieve uitslag van de urinetest weinig waarde heeft.

> 'Alleen wanneer het bij herhaald onderzoek met groote tusschenruimten bevestigd wordt, mag men verwachten, dat zich later een spontaane glycosurie of een diabetes ontwikkelt. Zekerheid bestaat daaromtrent echter niet, want naar alle waarschijnlijkheid kan zelfs een langdurige alimentaire glycosurie weder verdwijnen of stationair blijven.'[50]

Hoewel er in de tweede helft van de negentiende eeuw veel urinetests op de markt worden gebracht en er diverse handleidingen voor de uitvoering van urineonderzoek beschikbaar komen, bestaat er dus veel onzekerheid over de interpretatie van aanwezigheid van suiker en eiwit.[51] In de therapeutische praktijk is dat geen groot probleem. Voorzover artsen een test tot hun beschikking hebben wordt deze immers gecombineerd met het gebruik van andere diagnostische middelen zoals de presentatie van klachten door de patiënt, observatie, palpatie en percussie. De bepaling van de betekenis van eiwit of suiker in de urine wordt afhankelijk gemaakt van de interpretatie van andere symptomen,[52] en ook de voorgeschreven therapie hangt af van het algemene beeld van een patiënt, en niet alleen van de aanwezigheid van eiwit of suiker. Het experimenteel onderzoek naar eiwit in de urine geeft volgens Stokvis geen richting aan het therapeutisch handelen.

> 'Ons praktisch handelen aan het ziekbed, onze therapeutische indicatiën bij de behandeling van albuminurie worden toch waarlijk slechts voor een klein deel beheerscht door de hoeveelheid eiwit, die de patiënt dagelijks met de urine verliest.'[53]

In de therapeutische context wijzen verschillende artsen op het gevaar van de nieuwe klinische diagnostische methoden, dat de patiënt uit het vizier raakt en dat de relatie tussen arts en patiënt beschadigd wordt. De Amsterdamse hoogleraar Pel waarschuwt in 1907 bijvoorbeeld voor onjuiste toepassing van de technieken, voor overwaardering van de uitkomsten en voor onderschatting van de

> 'nauwgezette ondervraging van den zieke, conscientieuse waarneming en waardeering van den status generalis, nauwgezette toepassing der percussie, auscultatie, inspectie en palpatie naast een eenvoudig chemisch en microscopisch onderzoek der se- en excreta enz.'[54]

Vooruitgang in de klinische diagnostiek mag er volgens Van Pel niet toe leiden dat de arts de 'zieke mensch' vergeet.

Gezien de ontwikkeling van urinetesten, en de belangstelling voor de diagnostische duiding van eiwit of suiker in de urine in het biomedisch onderzoek zowel als in de therapeutische praktijk, is het niet verrassend dat levensverzekeringsmaatschappijen aan het eind van de negentiende eeuw op het idee komen dat de chemische analyse van urine een standaardonderdeel van de medische keuring zou kunnen uitmaken. De betekenis van het urineonderzoek in de verzekeringsgeneeskundige praktijk verschilt echter nogal van de betekenis van de test in de therapeutische praktijk.

Urineonderzoek bij de keuring

Terwijl het urineonderzoek in de therapeutische praktijk wordt aanbevolen in combinatie met andere middelen, zoals informatie van de patiënt, observatie, palpatie en percussie om een adequate diagnose te kunnen stellen van de klachten van de patiënt, wordt in de verzekeringsgeneeskundige praktijk aan de chemische analyse op zichzelf veel waarde gehecht. Omdat de keuringsarts de hulpmiddelen mist om een adequaat beeld te vormen van de gezondheidssituatie van de verzekeringskandidaat en omdat tegelijkertijd de doelstellingen van levensverzekeringsmaatschappijen het belang van betrouwbare keuringsresultaten onderstrepen, wordt de relevantie van de urine-analyse in de verzekeringsgeneeskundige praktijk gemaximaliseerd. Aan de uitslag van de urinetest op zichzelf wordt veel meer waarde gehecht dan in de therapeutische praktijk. Bovendien duwt de meervoudige functie van medische selectie de prognostische interpretatie van de aanwezigheid van eiwit of suiker in de urine in een specifieke richting. De onzekerheid en de meningsverschillen in het wetenschappelijk onderzoek naar de betekenis van eiwit en suiker in de urine ten spijt, wordt een positieve testuitslag in de verzekeringsgeneeskundige praktijk snel geduid als een teken van slechte levenskansen. Zo is het opmerkelijk dat de medicus Stephan eerst demonstreert hoe onvoorspelbaar de betekenis is van eiwit in de urine en vervolgens eiwit verbindt met een slechte prognose voor de keuring.

> 'Wanneer de nier ziek is, is de intensiteit der albuminurie min of meer een maat voor den ernst der aandoening, zij is een diagnostisch en ook een belangrijk prognostisch element, maar men houde steeds goed in het oog, dat het verschijnsel albuminurie op zich zelve niet ernstig is, de albuminurie is een verschijnsel, niet de ziekte. Indien niettemin de albuminurie in een slechten reuk staat, dan is dit daaraan toe te schrijven, dat zij zoo vaak de voorloopster is van zeer ernstige stoornissen, of een symptoom eener slepend verloopende aandoening. Lang niet in alle gevallen echter leidt een bestaande albuminurie tot dergelijke treurige gevolgen. Er komen toch tal van albuminurieën voor, waarbij eiwituitscheidingen door de urine wordt geobserveerd en waarbij geen eigenlijke structuur-veranderingen der nieren bestaan.'[55]

Vervolgens beschrijft Stephan meerdere vormen van functionele albuminurie die geen indicatie zijn van nierkwalen, en hij stelt:

> 'Vaak wordt een nephritis aangenomen, waar absoluut geen nierlijden in het spel is, dikwijls wordt een ongunstige prognose gesteld, waar het

einde de bedenkelijke inzichten van den medicus volkomen logenstraft.'[56]

Desalniettemin beveelt Stephan verzekeringsmaatschappijen aan een voorzichtige koers te varen.

'Ik zou meenen, dat men in het algemeen het verstandigst handelt door personen met albuminurie, die niet zeer passagère is, niet goed te keuren. Menschen, die een verzekering sluiten, verlangen voor alle dingen de zekerheid, dat de betreffende maatschappij altijd aan haar verplichtingen zal kunnen voldoen. Daar nu de sterftekans bij de maatschappij grootendeels gebaseerd is op de algemeene sterftestatistiek, tot de verzekering echter uitsluitend gezonde personen worden toegelaten, is de zekerheid, voor zoover deze van het geneeskundig onderzoek afhangt, tamelijk groot. Wij geneesheeren mogen m.i. de zekerheid niet verminderen door personen, die, al lijden zij dan ook misschien aan geringe en ten deele nog tamelijk onbekende en duistere stofwisselings-anomalieën, toe te laten; en dat te minder, omdat de bij hen bestaande albuminurie toch ten slotte niet geheel zonder gevaar is.'[57]

Eiwit of suiker in de urine leidt bij de meeste maatschappijen inderdaad tot afwijzing van de kandidaat. Ook al is de kandidaat verder gezond, een positieve urinetest maakt in de ogen van medisch adviseurs het bestaan dan wel het ontstaan van nierkwalen en suikerziekte op langere termijn uiterst waarschijnlijk. Zo stelt de medisch adviseur Onnen:

'(...) alle lijders aan glucoserie en albuminurie moeten worden afgewezen (...)'[58]

En een andere medisch adviseur betoogt:

'De aanwezigheid van eiwit of suiker in de urine in enigszins groote hoeveelheid is op zichzelf een reden tot afwijzing. De verzekering moet uitgesteld worden: wordt er over eenigen tijd nog eiwit of suiker gevonden, dan zal men in de meeste gevallen de verzekering voorgoed weigeren.'[59]

De uitslag van de urine-analyse kan het beeld van de levensduur van een kandidaat zelfs totaal wijzigen. Als de anamnese en het lichamelijk onderzoek erop wijzen dat een kandidaat geheel gezond is en een normale levensduur heeft, kan alleen de uitslag van de urine-analyse de aanleiding

vormen om de levenskansen van de kandidaat als slecht te beschouwen.

> 'Wie slechts op dit punt eenige ervaring heeft, zal moeten erkennen, dat waar niets in het onderzoek tot afwijzing aanleiding scheen te kunnen geven, die overtuiging eensklaps geheel gewijzigd werd, nadat het urineonderzoek had plaats gehad.'[60]

Hoewel men vermoedt dat sommige mensen ten onrechte worden afgewezen, bepaalt het beleid van de maatschappijen dat men liever te veel mensen met goede levenskansen afwijst dan dat men de kans loopt om slechte levenskansen te verzekeren. Doordat een negatieve uitslag van het urineonderzoek het ultieme bewijs wordt van normale levenskansen vormt de urinetest de grens tussen aannemen en afwijzen. Bij sommige maatschappijen is de uitslag van de urine-analyse verantwoordelijk voor 20 tot 30% van alle afwijzingen.[61] Dat medisch adviseurs keuringsartsen instrueren juist het urineonderzoek vooral niet te vergeten, reflecteert de waarde van dit onderdeel van de keuring. Het urineonderzoek wordt het symbool van een betrouwbare keuring.

Instructies voor het urineonderzoek

Dat men aan het eind van de negentiende eeuw de chemische analyse van urine als een standaardonderdeel van de medische keuring presenteert, zet echter niet zoveel zoden aan de dijk. De waarde van de toepassing van deze techniek in een situatie waar artsen weinig andere hulpmiddelen hebben om de waarheid over de gezondheid van de kandidaat te achterhalen, gaat volgens de medisch adviseurs verloren omdat veel artsen niet goed blijken te weten hoe ze een dergelijke analyse uit moeten voeren.[62] Veel artsen blijken zelfs niet de beschikking te hebben over de middelen om een chemische urine-analyse mogelijk te maken. De Algemeene Maatschappij voor Levensverzekering en Lijfrente deelt haar agenten daarom mee dat een instrument om het specifiek gewicht van urine te bepalen maar *f* 1,50 kost en de 'ingrediënten' voor het urineonderzoek maar 50 cent, opdat de agenten artsen daarop kunnen wijzen, indien zij niet over deze zaken beschikken.[63]

In de reguliere therapeutische praktijk aan het eind van de vorige eeuw is de chemische analyse van urine niet als routineonderzoek ingeburgerd en de ervaring van artsen met deze techniek is wisselend. Of artsen de urine-analyse uitvoeren volgens medisch-wetenschappelijke normen is onduidelijk omdat de therapeutische praktijk een sterk gesloten karakter heeft. Vragen over de precieze uitvoering van de analyse, over herkomst van de urine, over de analysemethode die men kiest en de reactiestoffen zijn in de therapeutische praktijk bovendien niet zo relevant: therapeuti-

sche rationaliteit houdt in dat de individuele patiënt centraal staat en dat de arts bij de diagnose en behandeling recht doet aan de specifieke eigenaardigheden van deze patiënt. Dit impliceert dat er meerdere manieren zijn om adequaat te reageren op klachten van een patiënt, en het antwoord op de vraag of het noodzakelijk is de urine te analyseren, hangt in belangrijke mate af van de klachten, het ziekteverleden en de persoonlijkheid van de patiënt in kwestie. Dat verschillende artsen de urine-analyse verschillend uitvoeren of hechten aan verschillende proeven is geen punt van zorg, maar een uitdrukking van therapeutische professionaliteit en van therapeutische rationaliteit. Waar medici op een dergelijke wijze recht doen aan verschillen tussen patiënten creëren zij ruimte voor verschillen in medisch handelen tussen artsen, en dus ook voor verschillen in de uitvoering van de urine-analyse. Hoewel de introductie van medische technologie in de negentiende eeuw gepaard gaat met de opkomst van een medisch-wetenschappelijk vocabulaire waarin objectiviteit als product van methodisch, onpersoonlijk medisch handelen, waarin de patiënt minder centraal staat en waarin verschillen in medisch handelen negatief beoordeeld worden, blijft individualiseren tot ver in de twintigste eeuw de kern van therapeutische rationaliteit.

Medisch adviseurs van levensverzekeringsmaatschappijen haken echter aan bij de zich ontwikkelende medisch-wetenschappelijke denkstijl, die zich niet richt op de individuele patiënt, maar op de gemiddelde mens. Ze eisen dat de analyse van urine betrouwbare en objectieve informatie oplevert over de aan- of afwezigheid van eiwit dan wel suiker, maar keuringsrapporten laten zien dat aan hun eis nauwelijks wordt voldaan. Dat artsen hun eigen ideeën hebben over een goede werkwijze, hun eigen gewoonten en routines, wordt door medisch adviseurs niet beschouwd als inherent aan de therapeutische professionaliteit, maar als een bewijs van de gebrekkige betrouwbaarheid van de chemische urine-analyse. De betrouwbaarheid van het urineonderzoek vormt volgens sommigen zelfs 'de steen des aanstoots' bij uitstek als het gaat om de betrouwbaarheid van keuringsresultaten.

> 'Geeft de Docter zich de moeite om, zonder de noodige ingredienten, de urine te onderzoeken, dan krijgt men somtijds zulke vreemde resultaten onder de oogen, dat men begint te twijfelen aan de juistheid van het onderzoek.'[64]

Medisch adviseurs, verantwoordelijk voor de selectie van goede kandidaten, trachten de betrouwbaarheid van de urine-analyse te vergroten door de uitvoering ervan aan regels te binden. Net als de keuringsetiquette dragen deze regels over het gebruik van de urine-analyse bij aan de

vormgeving van een keuringspraktijk, aan de genese van keuringsexpertise en aan de constructie van een verzekeringsgeneeskundige rationaliteit.

In de eerste plaats adviseert men keuringsartsen zich ervan te vergewissen dat de urine van de kandidaat zélf afkomstig is. Sommige artsen vragen de kandidaat de urine mee te nemen, sommige vragen om ochtendurine, anderen laten de kandidaat tijdens de keuring urineren. Levensverzekeringsmaatschappijen benadrukken dat de urine in aanwezigheid van de arts geloosd moet worden. Men is zeer beducht voor misleiding. Sommige kandidaten, zo stelt men, trachten te voorkomen dat hun suikerziekte ontdekt wordt door hun blaas te injecteren met urine van hun echtgenote.[65] Ervaringen van artsen die na onderzoek van de meegebrachte urine zwangerschap constateren bij hun mannelijke verzekeringskandidaat behoren weliswaar tot de folklore van de verzekeringsgeneeskunde, maar dat neemt niet weg dat dergelijke verhalen onderstrepen hoe belangrijk het is dat de arts ervoor waakt dat hij niet misleid wordt. De urine-analyse dient er immers toe de keuringsarts middelen te verschaffen om door het verhaal van de kandidaat heen te kunnen kijken naar diens echte gezondheidstoestand om zo de betrouwbaarheid van de keuring te vergroten.

> 'Een urine onderzoek van later toegezonden urine toch achten wij onvoldoende.'[66]

In de tweede plaats wordt artsen geïnstrueerd bij de urine-analyse altijd twee reacties te doen.

> 'Het is hoogst noodzakelijk, dat iedere medicus, die op eiwit onderzoekt, zich niet bepale tot ééne reactie, maar er minstens twee verricht.'[67]

De ene arts hecht voor de analyse op eiwit aan een proef met salpeterzuur, de andere heeft goede ervaringen met carbolzuur of picrinezuur. Suiker kan men bepalen met bijvoorbeeld de proef van Moore, de proef van Trommer of de proef van Fehlings, maar over de waarde van de diverse proeven verschillen geneeskundigen van mening. Om onbetrouwbare keuringsuitslagen te voorkomen moet de arts niet slechts op zijn eigen voorkeur vertrouwen, maar aanleren zichzelf steeds te controleren met een andere proef.

> 'De medicus, die door X werd geconsulteerd, was iemand van uitstekende reputatie, die ook in medische kringen bekend is als een nauwgezet onderzoeker. Blijkbaar vertrouwde hij de kookproef zoo volkomen, dat hij een tweede reaktie overbodig achtte. Was X dus door dezen

collega onderzocht ten verzoeke der Maatschappij van Levensverzekering, dan was hij zeer waarschijnlijk goedgekeurd.'[68]

Zelfs het agentenkorps wordt ingezet om te onderzoeken of keuringsartsen wel voldoende kennis hebben van de urine-analyse.

> ''t Beste is, dat de Agent met takt en overleg ziet te weten te komen, of het den Docter bekend is hoe hij in deze te handelen heeft en hem aanspoort, om, indien dit het geval niet is, onze geneeskundige Adviseurs daarover eens te raadplegen, want juist aan dit onderzoek wordt door die heeren een groot gewicht gehecht. In elk geval hebben wij meer aan eene openhartige bekentenis van onbekendheid met het scheikundig onderzoek, dan aan de toepassing van eene methode, die onvertrouwbare resultaten geeft.'[69]

Het is duidelijk dat medisch adviseurs keuringsartsen verantwoordelijk stellen voor de gebrekkige betrouwbaarheid en objectiviteit van het urineonderzoek. De vanzelfsprekendheid waarmee deze toedeling van verantwoordelijkheid plaatsvindt hangt samen met de wetenschapsopvatting van de medisch adviseurs. Zij menen dat uitsluiting van subjectieve, persoonlijke invloeden in het wetenschappelijke kenproces resulteert in een wetenschappelijke, betrouwbare afbeelding van de werkelijkheid. Met hun instructies beogen medisch adviseurs het persoonlijke stempel van keuringsartsen op de uitvoering van de urine-analyse uit te wissen, omdat dat de manier zou zijn om deugdelijke informatie te verkrijgen over de mate waarin de urine 'echt' bestanddelen suiker of eiwit bevat. Zij vinden dat medische feiten die de keuringsartsen vaststellen een objectieve representatie van de werkelijkheid van het lichaam dienen te zijn. Daartoe vormt de urine-analyse als techniek in de ogen van medisch adviseurs een neutraal en betrouwbaar hulpmiddel, maar helaas weten veel keuringsartsen niet hoe ze deze techniek adequaat toe moeten passen.

In de bronnen zijn medisch adviseurs veel meer aan het woord dan keuringsartsen. Materiaal waarin de visie van keuringsartsen op de kwaliteit van hun werk wordt uiteengezet, dat gebruikt zou kunnen worden om het beeld van de medisch adviseurs te ontkrachten ontbreekt helaas. Waar historische bronnen ontbreken kunnen theoretische middelen echter soms uitkomst bieden. Met behulp van recente inzichten uit het wetenschaps- en techniekonderzoek is het wel mogelijk die distributie van verantwoordelijkheden tussen keuringsarts en techniek zoals voorgesteld door de medisch adviseurs enigszins te relativeren.

In het wetenschaps- en techniekonderzoek is op velerlei wijze gedemonstreerd dat medische kennis geen afbeelding vormt van de werkelijkheid,

maar een product is van discursieve en materiële praktijken, en dat medische technologie geen neutraal, intrinsiek betrouwbaar hulpmiddel is om de realiteit van het lichaam af te beelden. Betrouwbaarheid is geen intrinsieke eigenschap van technologie, maar wordt tot een eigenschap 'gemaakt' doordat tegelijkertijd praktijken gevormd worden waarin die technologie op min of meer stabiele wijze verweven raakt met andere heterogene elementen van die praktijk – andere technologie, gebruikersgroepen, culturele beelden van technologie, geld etc. 'The idea of a "pure" technology is nonsense. (...) its workings or its failing is always shaped by a wide range of disparate factors', aldus Bijker en Law.[70] Betrouwbaarheid van medische technologie is een functie van de netwerken waarin zij functioneert, en er bestaat geen vorm van betrouwbaarheid buiten deze netwerken. Natuurlijk kan men op zeker moment onderscheid maken tussen de betrouwbaarheid van de test zelf en van de gebruiker van de test, doch dit onderscheid bestaat bij gratie van een reeds min of meer gestabiliseerde praktijk. In de periode waarin dit onderzoek zich afspeelt is daar nog geen sprake van.

De constructivistische visie op medische technologie maakt het mogelijk de bemoeienis van de medisch adviseurs anders te duiden dan als een poging keuringsartsen bij te scholen tot een 'wetenschappelijk niveau'. Tegenover de stelling van de medisch adviseurs dat vooral keuringsartsen veel moeten leren, kan gesteld worden dat álle betrokken partijen moeten investeren in de betrouwbaarheid van de urine-analyse. Tegenover de visie van de medisch adviseurs dat het leerproces van keuringsartsen de blokkade opheft voor de intrinsieke betrouwbaarheid van de urine-analyse, staat de visie dat de betrouwbaarheid van de urine-analyse met de stabilisering van de keuring geproduceerd wordt. Volgens medisch adviseurs betekent toenemende betrouwbaarheid van het urineonderzoek dat ze de objectieve werkelijkheid van het lichaam beter blootlegt. In plaats daarvan kan de toenemende betrouwbaarheid van de urine-analyse geïnterpreteerd worden als een resultaat van processen van standaardisatie en uniformering van de uitvoering van de analyse, die op hun beurt samenhangen met de toenemende openbaarheid en controle rond de keuring. Betrouwbaarheid is geen resultaat van de uitsluiting van sociale invloeden tijdens het medisch onderzoek. Integendeel, ze is juist een product van de vorming van de keuringspraktijk als een netwerk. In de volgende paragraaf wordt duidelijk dat dat netwerk zich verder uitstrekt dan de lokale keuringssituatie van de spreekkamer en gekarakteriseerd wordt door haar bureaucratische karakter.

Zowel de keuringsetiquette als de instructies voor het urineonderzoek beogen bij te dragen aan een gestandaardiseerde en uniforme uitvoering van de keuring en een betrouwbare keuringsuitslag. De instructies over goede omgangsvormen en het urineonderzoek hebben betrekking op de lokale keuringssituatie, op het handelen van de keuringsarts in zijn spreekkamer. Het formuleren van regels voor het verloop van de keuring op lokaal niveau blijkt echter niet toereikend om betrouwbare keuringsresultaten te constitueren. Het is immers niet zeker dat artsen, die niet gewend zijn aan inmenging in hun praktijk, deze regels zullen volgen. Om betrouwbare keuringsuitslagen te produceren is het noodzakelijk dat de banden tussen de spreekkamers van keuringsartsen overal in het land en het hoofdkantoor van de maatschappij, de zetel van de medisch adviseur, aangehaald worden. Hoe komt de koppeling tussen spreekkamers en hoofdkantoor, tussen periferie en centrum, tot stand?

Representanten van verzekeringsbedrijven weten dat zij moeten controleren of keuringsartsen wel handelen volgens hun voorschriften. Controle is in hun ogen dan ook verbonden met het persoonlijk toezicht van de medisch adviseur op de keuringsartsen. Hoewel medisch adviseurs onmiskenbaar een grote rol spelen bij de controle op keuringsartsen, is het niet deze vorm van controle die de urine-analyse als techniek voor het keuringsonderzoek betrouwbaar maakt. Met de ontwikkeling van het levensverzekeringsbedrijf en keuringspraktijken ontwikkelt zich een infrastructuur van openbaarheid met een disciplinerende werking die veel verder reikt dan de persoonlijke controle van medisch adviseurs. Levensverzekeringsmaatschappijen zijn grootschalige organisaties die bureaucratisering van de betrekkingen tussen medisch adviseurs, keuringsartsen, agenten en kandidaten met zich meebrengen. Dit betekent dat het handelen van keuringsartsen aan de beslotenheid van de spreekkamer onttrokken en voor adviseurs, agenten en kandidaten inzichtelijk wordt. De bureaucratisering van het netwerk maakt het handelen tijdens de keuring echter niet alleen zichtbaar, ze biedt ook middelen om het te disciplineren. Zo resulteert bureaucratisering van de verzekeringsgeneeskundige praktijk in controle-instrumenten zoals keuringsrapporten en doodsoorzaakstatistieken.

Een centrale rol in de vorming van deze openbaarheid is weggelegd voor het keuringsformulier. Artsen die een keuring verrichten wordt gevraagd van hun bevindingen tijdens de keuring schriftelijk verslag te doen. Aanvankelijk stellen keuringsartsen dit verslag zelf op, maar in de jaren tachtig en negentig introduceren vrijwel alle maatschappijen voorgedrukte formulieren. Dergelijke keuringsformulieren dwingen artsen tot 'volle-

7. Bestaan er		7.
a. Varices	van betekenis?	a. Neen.
b. Haemorrhoiden		b.
8. Is er vermoeden op een aneurysma?		8. Neen.

X. 1. Valt er in mond-, neus- en keelholte iets abnormaals waar te nemen?	1. Hoofd-operatie ondergaan voor steenen en huidmengsel. Thans volkomen rijk.
2. Welken omvang heeft de buik over den navel, gemeten in staande houding?	2. 73 c.M.
3. Is de buik ergens pijnlijk bij druk?	3. Neen.
4. Zijn er afwijkingen aan maag, lever, milt of andere buikorganen te bespeuren?	4. Neen.
5. Is er een breuk? Wordt die gemakkelijk door een band ingehouden?	5. Neen.

XI. 1. Hoe zijn:	1.
a. Het specifiek gewicht	a.
b. De reactie der urine? [1]	b. Zuur
c. De helderheid	c. volkomen helder.
2. Bevat zij:	2.
a. eiwit?	a. Neen
b. suiker?	b. Neen
c. andere abnormale bestanddeelen?	c. Neen.
d. Volgens welke methoden hebt gij onderzocht?	d. HNO_3; Nylander.
3. Bestaat er vermoeden op een verzauwing der urethra of een andere ziekelijke afwijking der organa urogenitalia?	3. Neen.

XII. Bij een vrouw:	
1. Vermoedt gij zwangerschap?	1.
2. Vermoedt gij een aandoening der geslachtsorganen?	2.

[1] De urine moet tijdens het onderzoek geloosd worden.

digheid' bij het onderzoek van de gezondheidssituatie van de kandidaat. Ze herinneren de arts eraan welke handelingen in het kader van de keuring verricht moeten worden, en zorgen ervoor dat geen relevante onderdelen van het onderzoek overgeslagen worden. Het formulier is volgens de medisch adviseurs essentieel omdat veel keuringsartsen relevante informatie over de verzekeringskandidaat over het hoofd zien. Dat de verzekeringskandidaat een dieet volgt om suikervrij te blijven wordt bijvoorbeeld vaak niet spontaan verteld,

'en de keurende geneesheeren zullen er niet naar informeren, tenzij het formulier hen er toe noopt.'[71]

Het formulier dwingt tevens tot explicitering en precisering van de bevindingen van de arts. Veel artsen geven schattingen van de lengte en het gewicht van een kandidaat, en constateren bij het onderzoek van de urine van een patiënt of deze 'normaal' is, of 'goed', of 'niets aan de hand'. Bij vragen over de alcoholconsumptie neemt men vaak genoegen met antwoorden als 'matig'. Deze informatie is in de ogen van de medisch adviseurs echter niet precies genoeg en het keuringsformulier is onder meer bedoeld om exacte gegevens te verkrijgen. Op het congres van verzekeringsartsen te Brussel in 1899 wordt in dit verband gepleit voor het stellen van scherpe vragen.

> 'De ondervinding heeft nu eenmaal geleerd dat het noodig is in de vragenlijsten steeds zeer pertinente vragen te stellen: men staat telkens verbaasd over de pogingen die aangewend worden, om een vraag te ontduiken. Daartegen kan alleen een scherpe en duidelijke formulering van een vraag als middel gegeven worden.'[72]

De groei van het levensverzekeringsbedrijf is overigens niet de enige ontwikkeling die de registratie van medische handelingen bevordert. Vanaf 1850 werd bijvoorbeeld omwille van het medisch-wetenschappelijk onderzoek gepleit voor nauwkeurige waarneming en registratie van ziekteprocessen in de vorm van een ziektejournaal.[73] En met de schaalvergroting en het toenemende gebruik van medische technologie in ziekenhuizen groeit de hoeveelheid klinische gegevens over ziekenhuispatiënten vanaf het einde van de negentiende eeuw aanzienlijk.[74] In sommige ziekenhuizen in Engeland en Canada breidt de status zich zelfs uit van één of twee bladzijden tot enkele tientallen pagina's. Met het oog op standaardisatie, coördinatie, planning en beheer gaan steeds meer ziekenuizen over op voorgedrukte statussen.

In de private therapeutische praktijk zijn artsen aan het einde van de negentiende eeuw echter nog geenszins gewend aan rapportage van het medisch handelen. Hun administratie beperkt zich tot het versturen van rekeningen, want uitvoerige registratie van de bevindingen van het onderzoek is niet gebruikelijk. Zelfs mondelinge articulatie van bevindingen blijft vaak achterwege. De uitslag van het onderzoek van een patiënt blijft vaak betrekkelijk impliciet. Artsen proberen patiënten gerust te stellen, geven adviezen of schrijven een kuur voor, maar feitelijke bevindingen van het onderzoek worden zelden meegedeeld. Voorzover er tijdens een consult in de therapeutische praktijk mededelingen gedaan worden, bepaalt

de arts welke: het is de arts die de informatievoorziening controleert. Uit discussies over het beroepsgeheim blijkt dat veel artsen aan het eind van de negentiende eeuw deze gang van zaken ook als wenselijk zien. Zo wordt het belang van het beroepsgeheim onder andere verdedigd met het argument dat het voor patiënten niet goed is exact te weten hoe hun gezondheidssituatie is – ze zouden zich maar zorgen maken.

Het gebrek aan dwang tot mededeling van diagnoses tegenover patiënten in de therapeutische praktijk brengt met zich mee dat artsen weinig ervaring hebben met communicatie over de diagnose van klachten van patiënten en bijgevolg ook zelf vaak niet goed kunnen formuleren hoe de gezondheidssituatie van een patiënt is. De invulling van keuringsrapporten ten behoeve van levensverzekeringsmaatschappijen dwingt veel artsen dus tot het onder woorden brengen van zaken op een wijze die in de therapeutische praktijk zelden noodzakelijk is. Een keuring dwingt tot openbaring – voor derden maar ook voor zichzelf – van zekerheden, twijfels en lacunes. En als de uitgebreidheid van de formulieren toeneemt, wordt ook de dwang tot explicitering groter. De administratieve werkzaamheden die keuringen met zich meebrengen verschaffen keuringsartsen zelf, maar ook medisch adviseurs, agenten en kandidaten dus een nieuw beeld van het medisch handelen en van de grenzen van medische expertise vanuit het perspectief van verzekeringsgeneeskundige rationaliteit.[75]

Het keuringsformulier is niet slechts een administratieve techniek, niet slechts een passief hulpmiddel om verslag te doen van de gang van zaken tijdens de keuring. Als mobiel registratiemiddel maakt het transport van gevens mogelijk tussen spreekkamer en hoofdkantoor. Het formulier maakt de band tussen spreekkamer en hoofdkantoor tevens explicieter en formeler en transformeert de spreekkamer van een private tot een openbare ruimte. Het formulier maakt het mogelijk voor medisch adviseurs, en eventueel voor directies en agenten, om een voorstelling te maken van hetgeen zich tijdens de keuring in de spreekkamer heeft afgespeeld en welke handelingen – meten, wegen, plassen – wel of niet verricht zijn. Het keuringsrapport fungeert als een middel om de medisch adviseur als het ware over de schouder van de keuringsarts mee te laten kijken. Het rapport maakt de medisch adviseur tot 'virtual witness'. Deze functie van het keuringsformulier brengt mogelijkheden tot controle door derden op het medisch handelen met zich mee, controle die het mogelijk maakt de keuringsresultaten ook buiten het domein van de spreekkamer betrouwbaar te maken.

Wil de betrouwbaarheid van keuringsuitslagen ook buiten de lokale keuringssituatie daadwerkelijk gerealiseerd worden, dan is het niet toereikend dat keuringsartsen slechts de resultaten invullen van hun onderzoek.

Juist omdat de keuringsrapporten de gebrekkige expertise van keuringsartsen laten zien, achten medisch adviseurs het raadzaam meer gegevens te vragen dan de uitkomsten van het keuringsonderzoek. Om deze uitkomsten op waarde te kunnen schatten willen zij ook weten hoe keuringsartsen ertoe zijn gekomen. Zo bevelen medisch adviseurs aan dat keuringsartsen niet slechts invullen of ze wel of geen eiwit of suiker aantroffen in de urine, maar ook in het keuringsrapport vermelden hoe ze dat hebben vastgesteld.

> '(...) ook worde aangegeven de wijze waarop het onderzoek is ingericht geweest.'[76]

Keuringsartsen dienen niet slechts de feiten te rapporteren, de constitutie van een keuringspraktijk betekent dat tegelijkertijd een specifieke rapportagestijl wordt voorgestaan, waarbinnen deze feiten als feiten gelden. Deze rapportagestijl biedt medisch adviseurs de mogelijkheid

> 'de bekwaamheid en de betrouwbaarheid van den onderzoekende geneesheer enigszins te controleeren.'[77]

De betrouwbaarheid van de keuring is dus niet alleen een product van goede omgangsvormen en adequaat gebruik van medische technologie, maar ook van de conventies ten aanzien van de rapportage over de keuring. Geen rapportage die zich beperkt tot de resultaten van het onderzoek, maar rapportage van de uitvoering ervan. Geen rapportage van feiten, maar rapportage van het medisch handelen waardoor die feiten tot stand komen.

Bij deze eisen ten aanzien van de invulling van keuringsformulieren blijft het echter niet. Wil een keuringsrapport een middel vormen voor controle op de uitvoering van het keuringsonderzoek dan dient dit rapport een correcte weergave te bevatten van de daadwerkelijke gang van zaken tijdens de keuring. Introductie van regels ten aanzien van de rapportagestijl garandeert dat immers niet. Er staan medisch adviseurs meerdere wegen open om de getuigkracht van deze rapporten te controleren en te bevorderen.

In de eerste plaats controleert een medisch adviseur of het rapport juist is opgemaakt. Uit de nadruk die diverse auteurs leggen op de kwaliteit van de rapportage valt op te maken dat die nog al eens te wensen overlaat.[78]

> 'De doctoren zijn menschen als alle andere, en hebben dus ook menschelijke zwakheden. Deze laatste verleiden hen nog wel eens om de zaken wat luchtig op te vatten, en zich met een paar woorden (ja, nee, goed, normaal) van de zaak af te maken. Meestal is dan het

onderzoek dan wel nauwkeurig geschied, maar het opzien tegen de moeite van het schrijven is te sterk geweest. Op zulk een onderzoek wordt door onze geneeskundige adviseurs geschreven: "Niet te beoordelen wegens onvolledigheid", en de zaak wordt voor de Directie uiterst moeielijk. Wij moeten dan, zoo voorzichtig mogelijk, den geneesheer die het onderzoek heeft ingesteld, om nadere explicatie vragen, die soms alweer even onvolledig gegeven wordt. (...) Soms wordt het formulier wel volledig ingevuld of liever uitvoerig ingevuld, maar bevat het onmogelijke opgaven. Een man, die blijkens het onderzoek lijdende is aan allerlei ongesteldheden, wordt weleens "volkomen gezond", en iemand van een kolossalen omvang heet somtijds "mager". Hier heeft men blijkbaar met onnauwkeurigheden, vergissingen of verschrijvingen te doen, die bij nadere informatie meestal aan den dag komen, maar toch al weer aanleiding geven tot oponthoud en ontstemming.'[79]

Als een rapport niet voldoet, zal de medisch adviseur of de directie om nadere inlichtingen verzoeken, hetgeen een duidelijk signaal is dat aan het keuringsrapport eisen worden gesteld en dat men verwacht dat keuringsartsen aan die eisen voldoen.

Om de getuigkracht van de rapportage te bevorderen en om tijdverlies bij het afsluiten van contracten te voorkomen, wordt ook nu, net als bij de bevordering van het urineonderzoek, een beroep gedaan op de agenten van de verzekeringsmaatschappijen. Zij vormen een belangrijke schakel in de bureaucratisering van de keuringspraktijk omdat zij erop moeten toezien dat de formulieren goed worden ingevuld. De Algemeene Maatschappij wijst er in haar mededelingenblad voor agenten regelmatig op dat agenten medisch adviseurs moeten helpen bij de controle op keuringsartsen. Aan de agenten wordt bijvoorbeeld verzocht:

'1. Dat zij den Doctoren op het hart drukken, de nieuwste formulieren te bezigen en geen andere (...) 2. Dat zij den Doctoren verzoeken alle vragen zoo volledig mogelijk te beantwoorden, en zoo min mogelijk het woord normaal te bezigen.'[80]

Agenten moeten zich natuurlijk niet direct met het onderzoek bemoeien, maar:

'hij kan toch den docter dikwijls zeer nuttige wenken geven. In de allereerste plaats drukke hij hem krachtig op het hart, dat hij alle vragen behoorlijk beantwoordt en rekenschap geeft van de in het onderzoek uitgesproken conclusiën.'[81]

Hoewel levensverzekeringsmaatschappijen twijfelen aan de diagnostische en administratieve vaardigheden van keuringsartsen, realiseert men zich terdege dat men afhankelijk is van de medewerking van keuringsartsen. Men dient keuringsartsen dus niet tegen zich in het harnas te jagen, en de controle op hun handelen moet op subtiele wijze gestalte krijgen. In hetzelfde vocabulaire waarmee keuringsartsen gestimuleerd worden om kandidaten niet te vertrouwen, maar wel hun gevoelens te sparen, en middels omwegen achter de waarheid te komen van bijvoorbeeld hun ziektegeschiedenis en hun drinkgedrag, worden agenten toegesproken over de manier waarop zij keuringsartsen moeten bejegenen. Agenten, die moeten toezien op de rapportage van artsen omdat daar soms weinig van deugt, moeten dus tevens aan de keuringsartsen duidelijk maken:

> 'dat hiermede volstrekt niet bedoeld wordt een gemis aan vertrouwen in de kundigheid van den onderzoekenden geneesheer (...)'[82]

Omdat de levensverzekeringsmaatschappijen op artsen zijn aangewezen, moeten de agenten tact aan de dag leggen. In de instructie voor agenten om artsen tot het gewenste administratieve gedrag te verleiden wordt dan ook tevens vermeld:

> 'De Heeren Agenten zullen hopen wij begrijpen, dat deze regelen niet bestemd zijn, om ze aan alle Doctoren ter lezing te geven. 't Is echter zoals wij reeds zeiden, noodig dat de Agenten weten hoevele moeielijkheden ons die geneeskundige onderzoekingen opleveren.'[83]

Met de bureaucratisering van het keuringsnetwerk ontwikkelen zich naast deze directe vorm van controle op keuringsartsen door medisch adviseurs en agenten ook indirecte vormen van controle. Deze vloeien niet voort uit het functionele contact tussen medisch adviseur en keuringsarts als zodanig, maar zijn gebaseerd op de ontwikkeling van de hoofdkantoren van maatschappijen tot rekencentra, waar keuringsrapporten worden verzameld en vergelijking van keuringsrapporten, doodsoorzaakverklaringen en sterftecijfers plaatsvindt. Zo heeft men de mogelijkheid om het keuringsrapport en de prognose van de levensduur te vergelijken met de actuele levensduur van een kandidaat. Velen kennen een keuring in ieder geval voor een periode van vijf jaar voorspellende waarde toe. Wanneer een verzekerde vrij snel na een keuring overlijdt, doet dit dan ook twijfels rijzen over de kwaliteit van de keuring. Wellicht was de man of vrouw toen al niet helemaal gezond, maar heeft de onderzoekend arts bij de keuring de signalen over het hoofd gezien. De doodsoorzakenverklaringen die levensverzekeringsmaatschappijen eisen[84] voor ze overgaan tot uitbe-

taling van de verzekerde som maken deze controle nog iets specifieker. Als een verzekerde sterft aan een ziekte waarvan men aanneemt dat die een bepaald verloop heeft, dan roept dit de vraag op of de keuringsarts de bijbehorende symptomen niet had moeten ontdekken. Van Schevichaven stelt dan ook:

> 'Voor de Maatschappijen opent zich door het inzien dier verklaring bovendien de mogelijkheid, om de deugdelijkheid van de onderzoeken harer verschillende doctoren te controleeren. Immers, zoo b.v. Dr. A. heden een persoon volkomen aannemelijk verklaart, en die persoon na enkele weken overlijdt, en dat wel, blijkens verklaring van zijn huisdoctor, aan longtering, waaraan hij al sinds jaren leed, dan is Dr. A. óf nonchalant, óf erger!'[85]

Ook de verhouding tussen het aantal keuringen en het aantal afwijzingen per keuringsarts wordt door de levensverzekeringsmaatschappijen interessant gevonden, want ook dit

> 'is als het ware eene controle op het geneeskundige onderzoek.'[86]

Grote verschillen tussen keuringsartsen met betrekking tot het percentage afwijzingen op bijvoorbeeld suiker of eiwit in de urine kunnen de aanleiding vormen om artsen eens nadere informatie te vragen over de wijze waarop ze het urineonderzoek uitvoeren.

Het keuringsformulier speelt een belangrijke rol in de opbouw van het levensverzekeringsnetwerk. Het draagt bij tot bureaucratisering van relaties tussen betrokkenen bij de keuringspraktijk. Het keuringsformulier verbindt de lokale keuringssituatie met het bureau van de medisch adviseur, het verzamelcentrum van keuringsrapporten, en maakt de spreekkamer tot een publieke ruimte. Het keuringsformulier doet echter meer. Het maakt de afhankelijkheidsverhoudingen in het netwerk rond de keuring zichtbaar en draagt tegelijkertijd bij aan verschuivingen in deze afhankelijkheidsrelaties.

Het formulier drukt enerzijds de afhankelijkheid van de maatschappijen uit ten opzichte van de keuringsartsen. Door dat die soms rapporteren vanuit een therapeutische instelling, vergeetachtig zijn, of slordig, dwingen ze de maatschappijen tot uitbreiding van de vragenlijsten, meer controle van het hoofdkantoor en het inzetten van agenten. De 'weerstand' van artsen tegen bureaucratisering betekent dus geen stagnatie in de opbouw van het levensverzekeringsnetwerk, maar een belangrijke bijdrage tot de uitbouw van dat netwerk. Het feit dat keuringsartsen een productieve rol spelen bij de bureaucratisering van het medisch handelen

laat echter onverlet dat bureaucratisering resulteert in een scheve machtsbalans in het netwerk. Door middel van het keuringsformulier worden keuringsartsen gedisciplineerd tot een methodische werkwijze, volgens de normen van de verzekeringsgeneeskundige rationaliteit, die medisch adviseurs wenselijk achten in verband met de betrouwbaarheid van de keuringsuitslag.

PLICHT TOT ZORGVULDIG KEUREN

In de inleiding van dit hoofdstuk is gesteld dat het diffusiemodel niet geschikt is om de rol van de geneeskunde in het levensverzekeringsbedrijf te analyseren. De genese van de medische keuring voor de levensverzekering kan niet geïnterpreteerd worden als een eenvoudige toepassing van medische expertise in een nieuwe context, de verzekeringscontext. Vruchtbaarder dan het toepassingsmodel is een interpretatie in termen van co-evolutie van expertise en praktijk. Deze interpretatie heeft oog voor het feit dat expertise en praktijken niet gegeven zijn, en benadrukt dat verplaatsing van expertise naar een andere praktijk betekent dat expertise en praktijken, inhoud en context, zich gelijktijdig ontwikkelen. Vanuit het perspectief van co-evolutie betekent de opkomst van medische advisering voor levensverzekeringen dat er een nieuwe praktijk uitkristalliseert, een keuringspraktijk, en dat zich tegelijkertijd nieuwe normen voor medisch handelen en nieuwe kennis en vaardigheden ontwikkelen.

Aan de wetenschappelijke basis van risicoselectie hecht men in verzekeringskringen veel waarde. Voor succes van de bedrijfstak als een economische, sociale en liberale onderneming is men van medische selectie afhankelijk. In dat verband is het niet verwonderlijk dat men hoge eisen stelt aan de betrouwbaarheid van de keuringsuitslag. Uit de verzekeringsliteratuur blijkt echter dat het daarbij gaat om een zeer specifieke betekenis van 'betrouwbaarheid', namelijk betrouwbaarheid als een product van methodisch, gestandaardiseerd medisch handelen.

Het realiseren van betrouwbare keuringsuitslagen blijkt echter een probleem. Het karakter van de keuring voor een levensverzekering blijkt zodanig te verschillen van de therapeutische praktijk, dat artsen tijdens een keuring verstoken zijn van de hulpmiddelen die in de therapeutische praktijk vanzelfsprekend zijn: de hulp van de patiënt, de ziekte en de tijd. In de ogen van directies en medisch adviseurs ontberen keuringsartsen de expertise die men van hen had verwacht, en zij stellen alles in het werk om ervoor te zorgen dat keuringsartsen een keuring wél op de geëigende manier uitvoeren.

De productie van medische expertise die past bij de normen voor 'betrouwbaarheid' zoals die in de verzekeringsgeneeskundige praktijk

ontstaan, gaat samen met de genese van de lokale context waarin deze expertise als expertise geldt. De keuringsetiquette en voorschriften voor het gebruik van kleine technologie constitueren op het niveau van de spreekkamer een keuringspraktijk waarin keuringsartsen in korte tijd 'de waarheid' over de levenskansen van kandidaten kunnen achterhalen.

De opvattingen over betrouwbaarheid in verzekeringskringen zijn, zoals eerder gesteld, mede ingegeven door verwetenschappelijking van de geneeskunde. Andersom resulteert de opbouw van een keuringspraktijk echter ook in verwetenschappelijking van het medisch handelen, in die zin dat de interactie tussen arts en verzekeringskandidaat, het medisch onderzoek, het gebruik van medische technologie en de verslaglegging in de keuringspraktijk methodisch plaats gaan vinden. De veronderstelling van de Amerikaanse historica Davis dat keuringen voor levensverzekeringsmaatschappijen de verwetenschappelijking van de therapeutische praktijk in de spreekkamer zal hebben gestimuleerd, lijkt niet gewaagd.[87]

De productie van medische expertise ten behoeve van een keuring gaat echter niet alleen samen met de genese van een lokale context, een keuringspraktijk op spreekkamerniveau, maar ook met een globale context. De introductie van wetenschappelijk, methodisch handelen, zoals die tot uitdrukking komt in de etiquetteregels en de regels voor het gebruik van technologie gaat gepaard met de ontwikkeling van een – vaak nationaal – keuringsnetwerk volgens het model van periferie en centrum. De spreekkamers van keuringsartsen raken verbonden met het centrum van de medische selectie, het hoofdkantoor van de maatschappij. In het tot stand komen van die band speelt het keuringsrapport een belangrijke rol.

Bedoeld als eenvoudig administratief middel om de handelingen van keuringsartsen en adviseur te coördineren, draagt het keuringsrapport in belangrijke mate bij aan de transformatie van de spreekkamer van een private ruimte tot een openbaar domein. Ze brengen enerzijds zwart op wit aan het licht hoe gebrekkig sommige artsen een keuring uitvoeren en hoe weinig men op de hoogte is met moderne diagnostische technieken. Anderzijds vormen deze rapporten het middel om de expertise te genereren die artsen volgens de medisch adviseurs niet hebben. Het keuringsformulier vormt een vehikel voor de reorganisatie van het medisch handelen tijdens een keuring, voor de transformatie van het netwerk van medische advisering en voor de ontwikkeling van medische expertise ten behoeve van de keuring.

Het keuringsrapport draagt op twee manieren bij aan de opbouw van het netwerk van medische selectie voor het levensverzekeringsbedrijf. In de eerste plaats resulteert de introductie van deze ene nieuwe partij in het netwerk erin dat alle betrekkingen gebureaucratiseerd raken. Relaties tussen keuringsarts en kandidaat, tussen keuringsarts en adviseur en tussen

agent en keuringsarts worden onpersoonlijker en formeler, doordat de eisen van het formulier een stempel gaan zetten op het verloop van de interactie.

In de tweede plaats transformeert het keuringsrapport de machtsverhoudingen in het netwerk. Keuringsartsen zijn aanvankelijk, zo bleek in hoofdstuk 1, vooral financieel gebonden aan het levensverzekeringswezen. Door middel van het keuringsrapport raken keuringsartsen inhoudelijk meer geïntegreerd in het verzekeringsgeneeskundig netwerk. Ook de keuringsetiquette en de bevordering van het gebruik van medische technologie beogen bij te dragen aan de inhoudelijke binding van keuringsartsen aan het levensverzekeringswezen. Het keuringsrapport biedt echter mogelijkheden om die binding daadwerkelijk tot stand te laten komen. Foucault heeft laten zien dat kennis en macht nauw met elkaar samenhangen.[88] Productie van wetenschappelijke kennis betekent productie van disciplinerende macht, in die zin dat vanaf de achttiende eeuw vrijwel alle domeinen van het maatschappelijk leven, ook daar waar men zich ongezien acht, onder het toeziend oog van de wetenschap geraken. Toezicht en controle, zoals in scholen, gevangenissen en ziekenhuizen, worden door Foucault niet geschetst als machtstechnieken die het gedrag belemmeren, maar als middelen die nieuw gedrag produceren. Het keuringsformulier is een mooi voorbeeld van zo'n machtstechniek. Waar de fysieke afstand tussen hoofdkantoor en spreekkamer te groot is om het handelen van keuringsartsen architectonisch zichtbaar te maken, wordt die zichtbaarheid met bureaucratische middelen tot stand gebracht. Het keuringsformulier is zowel bron van kennis als disciplinerende instantie, die het handelen van artsen met zachte hand in een specifieke richting leidt.

Met de bureaucratisering van het netwerk verwerven levensverzekeringsmaatschappijen de middelen om de machtsbalans tussen keuringsartsen en maatschappijen in hun voordeel te laten doorslaan. Weliswaar zijn de levensverzekeringsmaatschappijen sterk aangewezen op de bereidheid van artsen te keuren en daar verslag van te doen, en dwingen keuringsartsen maatschappijen tot inventie van diverse controlemiddelen. Desalniettemin wordt deze afhankelijkheid van de maatschappijen van keuringsartsen getransformeerd tot een plicht van artsen om de keuring volgens de regels van de maatschappijen uit te voeren. Zo lezen we in het mededelingenblaadje van de Algemeene Maatschappij voor Levensverzekering en Lijfrente:

> 'door het aannemen van de benoeming tot geneesheer der Maatschappij, de verplichting hebben op zich genomen, zóó te onderzoeken, dat zij de aanstaande verzekerden geene aanleiding geven om naar eene andere Maatschappij te gaan (...)'[89]

En een directeur van een maatschappij stelt:

> 'De diensten van den geneeskundige (...) worden door verreweg de meeste Maatschappijen uitnemend beloond; zóó goed zelfs, dat de verzekeraars de meeste toeweiding zouden mogen eischen, en zouden kunnen vorderen, dat men voor die diensten gereed was, waar en wanneer hunne belangen dat vorderen.'[90]

Zelfs de agent, die een belangrijke rol vervult in de vorming van de afhankelijksrelatie tussen maatschappijen en artsen, heeft 'rechten die geëerbiedigd moeten worden'. Hij heeft bijvoorbeeld het recht te eisen:

> '(...) dat de geneesheer hem prompt antwoorde op een aanvrage tot een onderzoek, en den medicus moet bereid zijn met bekwamen spoed te handelen of wel hij moet afzien van het verrichten van verdere keuringen.'[91]

De pogingen om artsen inhoudelijk aan de verzekeringsmaatschappijen te binden, komen ook naar voren in de wijze waarop verzekeringsmaatschappijen de medische beroepsgroep gaan verdelen in 'goede' en 'slechte' artsen, of 'knappe' en 'minder knappe' artsen.[92] Een 'goede' arts is bij voorkeur jong,

> 'omdat hij met de nieuwere methoden van physisch onderzoek meer vertrouwd zal zijn.'[93]

Deze jongere arts heeft bovendien meestal nog niet zo'n grote praktijk, en heeft dus de tijd om de keuringsrapporten goed in te vullen.[92] Een goede keuringsarts is een arts die de verzekeringsgeneeskundige rationaliteit goed verstaat. Dat deze spreekwijze over de plichten van keuringsartsen duidt op een toenemende ondergeschiktheid van keuringsartsen aan de verzekeringsmaatschappijen, hun medisch adviseurs en hun agenten blijkt ook uit het feit dat in de medische wereld geen onderscheid wordt gemaakt tussen goede en slechte maatschappijen. Levensverzekeringsmaatschappijen suggereren dat ze selectief te werk gaan bij de keuze van keuringsartsen, terwijl keuringsartsen bij de aanname van keuringsopdrachten geen onderscheid maken tussen maatschappijen. Als de concurrentie in de medische beroepsgroep rond de eeuwwisseling sterk toeneemt kunnen veel keuringsartsen deze extra verdienste goed gebruiken.

Op de totstandkoming van normen die bepalen wat een goede keuringsarts is heeft de NMG maar weinig invloed. In de levensverzekerings-

pers weert zij zich niet en ook in haar eigen vakbladen roert zij dit onderwerp niet aan. Het idee van representanten van het levensverzekeringsbedrijf dat bekendheid met de ontwikkelingen in de medische wetenschap een ingrediënt is voor goed vakmanschap wordt natuurlijk ook in NMG-kringen wel gedeeld. Veel artsen associëren goed vakmanschap echter niet alleen met wetenschappelijk verantwoord handelen maar ook met het onderhouden van een goede verstandhouding met patiënten. De inhoud van de normen voor goed vakmanschap in kringen van levensverzekeringsmaatschappijen en in kringen van de NMG loopt dus uiteen. Bovendien verschilt de manier waarop de normen worden toegepast. Onder artsen is het gebruikelijk collega's van wie men vermoed dat zij de normen voor goed medisch handelen met voeten treden zo lang mogelijk de hand boven het hoofd te houden. Tenslotte staat het prestige van de hele beroepsgroep op het spel. Levensverzekeringsmaatschappijen hebben daar geen boodschap aan en schromen niet artsen die in hun ogen slecht werk afleveren publiekelijk te diskwalificeren. Het feit dat de NMG geen discussie aangaat over deze verschillende normen betekent dat zij bij de ontwikkeling van regels voor het keuren en voor de omgang tussen keuringsarts en kandidaat aan de zijlijn staat. De ontwikkeling van een praktijk van medische advisering laat zij over aan de opdrachtgevers van artsen.

Met de genese van verzekeringsgeneeskundige expertise en een verzekeringsgeneeskundige praktijk verandert de machtsbalans tussen de betrokken partijen van karakter. De genese van medische expertise, zoals die tot uitdrukking komt in vaardige hantering van de etiquetteregels en medisch instrumentarium, maakt keuringsartsen in de spreekkamer minder afhankelijk van de subjectieve informatie van de kandidaten over hun gezondheid. Door de methodische inrichting van de keuring verwerven keuringsartsen meer controle over de keuringssituatie, zodat zij beter in staat zijn onderscheid te maken tussen keuringskandidaten en patiënten. De verschillen in medisch handelen tussen keuringsartsen nemen af, waardoor de betrouwbaarheid van de keuringsuitslagen in de ogen van de maatschappijen toeneemt. Tegelijkertijd wordt de autonomie van keuringsartsen in het medisch handelen tijdens de keuring echter drastisch ingeperkt. Met de bureaucratisering van het netwerk worden keuringsartsen gedisciplineerd risico's op te sporen zoals de maatschappijen dat verlangen, volgens de maatstaven van verzekeringsgeneeskundige rationaliteit. De toenemende macht van keuringsartsen in de spreekkamer laat onverlet dat levensverzekeringsmaatschappijen en hun representanten in toenemende mate over de schouder van keuringsartsen meekijken of zij hun werk wel goed doen. Het gewicht van levensverzekeringsmaatschappijen in het netwerk rond medische selectie resulteert erin dat de spreek-

kamer tijdens een keuring geen therapeutische maar een verzekeringsgeneeskundige setting is.

De co-evolutie van keuring en keuringsexpertise resulteert in een scheve machtsrelatie tussen keuringsartsen en maatschappijen. Ze leidt echter ook tot een versterking van de rol van de medische wetenschap in het netwerk. De specifieke karakteristieken van de co-evolutie van keuring en keuringsexpertise versterken de noemer waaronder commerciële belangen, sociale doelen en ethische overwegingen harmonieus samengaan. De vormgeving van de keuring bevestigt de identiteit van levensverzekeringsmaatschappijen als instellingen die evenveel oog hebben voor economisch overleven, als voor armoedebestrijding en rechtvaardige toelatingsprocedures.

3 Openbaarheid en geheim

INLEIDING

'Alle Beziehungen von Menschen untereinander ruhen selbstverständlich darauf, dass sie etwas von einander wissen', aldus de Duitse socioloog Simmel.[1] Simmel heeft reeds in de negentiende eeuw gewezen op de betekenis van de kennis die mensen van elkaar hebben voor hun onderlinge betrekkingen. Zijn visie daarop leert dat veranderingen in die kennis, verschuivingen in het publieke en geheime karakter ervan en conflicten over de grens tussen openbaarheid en geheim, gezien kunnen worden als een uitdrukking van de wijze waarop relaties tussen mensen zich ontwikkelen. Datgene wat zich voor en achter de coulissen van het maatschappelijk leven bevindt, maar ook het karakter van deze coulissen zelf, krijgt vorm met de genese van specifieke maatschappelijke verhoudingen. Een dergelijke historiserende blik op geheimen komen we, als het gaat om het medisch beroepsgeheim, echter zelden tegen.

Het beroepsgeheim van artsen wordt vaak geschetst als een ethisch principe van de medische professie dat beoogt patiënten te beschermen en dat wettelijk wordt gesanctioneerd. Het beroepsgeheim zou garanderen dat de kennis van het leven van patiënten die artsen op grond van hun professionele positie verwerven niet aan derden wordt prijsgegeven.[2] Vanuit dit perspectief vormt het beroepsgeheim een uitdrukking van het intrinsiek morele karakter van het medisch handelen en van de bijzondere vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Het besef dat het beroepsgeheim in sommige tijden meer tongen losmaakt dan in andere, laat onverlet dat velen het beroepsgeheim en het artsenberoep onverbrekelijk met elkaar verbonden achten. Verwijzingen naar de eed van Hippocrates fungeren als de bevestiging van die band.

Hoewel het onderzoek naar de sociogenese van medische ethiek nog in de kinderschoenen staat, hebben diverse auteurs laten zien dat het vruchtbaar is om ethische regels in een historisch perspectief te plaatsen.[3] Zo heeft Martin Pernick betoogd dat de Hippocratische traditie, waarin artsen zoveel mogelijk de stand van zaken omtrent de gezondheid van de

patiënt voor de patiënt zelf dienen te verbergen, in de achttiende en negentiende eeuw gekritiseerd werd.[4] Diverse artsen gingen het toen als een morele deugd zien patiënten de waarheid over hun gezondheidstoestand te vertellen. De beslissing of 'truthtelling' in een specifiek geval wel of niet op haar plaats was, diende men echter aan de arts over te laten, omdat alleen hij kon bepalen of deze waarheid al dan niet schade toe zou brengen. Pas in de twintigste eeuw ontstaat langzaam het idee dat patiënten per definitie recht hebben op informatie over hun gezondheidssituatie. Terwijl het in de achttiende en negentiende eeuw ging om het vertellen van 'de waarheid' binnen een therapeutisch perspectief, gaat het in de twintigste eeuw om informatievoorziening binnen een deels gejuridiseerde arts-patiëntrelatie. De kunst van 'truthtelling' vormde in de achttiende en negentiende eeuw een uitdrukking van het morele karakter van de arts,[5] in de twintigste eeuw is het verschaffen van adequate informatie een teken van medisch-technische competentie.

Een historisch perspectief op medisch-ethische regels betekent dat men oog heeft voor het feit dat de relatie tussen arts en patiënt niet statisch is en dat praktijken rond geheimhouding en openbaring historisch en cultureel variëren.[6] Discussies over het beroepsgeheim moeten dan ook worden begrepen tegen de achtergrond van hun specifieke geschiedenis en van de lokale context waarbinnen ze zich afspelen.

Zo vormt het beroepsgeheim geen aanleiding tot controverse bij de aangifte van besmettelijke ziekten. Hoewel de Wet op de Besmettelijke Ziekten (1872) artsen verplicht tot aangifte van bijvoorbeeld roodvonk en cholera, laten zij dit vaak achterwege. Melding van deze diagnose bij de burgemeester wordt immers meestal gevolgd door een pamflet op de deur en winkeliers, hotelhouders, maar ook anderen vinden dat uitermate vervelend.

> '(...) hij die den dokter gaat halen, herinnert hem van te voren aan zijn plicht tot geheimhouding, en tracht hem te overreden, de ziekte niet aan te geven (...)'[7]

De anekdote die de medicus Aletrino in zijn proefschrift over de beroepseed vertelt is in dit verband illustratief.

> 'Een mijner hoogleeraren vroeg mij eens, of ik wist welke straat in Amsterdam 't meest gevrijwaard was voor besmettelijke ziekten en op mijn ontkennend antwoord zeide hij mij: de Kalverstraat, want hoogst zelden ziet men een briefje van besmettelijke ziekte daar aangeplakt.'[8]

Ondanks het feit dat artsen de Wet Besmettelijke Ziekten problematisch vinden met het oog op hun beroepsgeheim en deze vaak niet uitvoeren, mobiliseren zij weinig argumenten tegen deze wet, en laten zij zich er in het openbaar amper kritisch over uit. De schending van het beroepsgeheim door deze wet, noch de ontduiking ervan wordt in deze context een punt van discussie.

> 'Ten opzichte van de besmettelijke ziekten is het pleit in Nederland zonder strijd ten onguste van het beroepsgeheim beslist.'[9]

Als levensverzekeringsmaatschappijen aan het einde van de negentiende eeuw aan artsen vragen hun kennis over patiënten te delen, wordt het beroepsgeheim wél onderwerp van debat. Levensverzekeringsmaatschappijen eisen een verklaring van de doodsoorzaak van een overleden verzekerde van diens huisarts, alvorens over te gaan tot uitkering van de verzekerde som aan de nabestaanden, wat geneeskundigen ervaren als een aantasting van hun beroepsgeheim.

In dit hoofdstuk wordt het debat over het beroepsgeheim rond de eeuwwisseling gereconstrueerd. Tijdens dit debat kristalliseren zich verschillende stromingen in de medische beroepsgroep uit, die een uiteenlopende houding tegenover levensverzekeringsmaatschappijen, hun vak en het beroepsgeheim innemen, de rekkelijken en de preciezen. In het vorige hoofdstuk stond de positie van de keuringsarts in het zich ontwikkelende levensverzekeringsnetwerk centraal. In dit hoofdstuk wordt duidelijk welke plaats de behandelend artsen en hun spreekbuis, de NMG, in het levensverzekeringsnetwerk gaan innemen. Het is opvallend dat, terwijl de NMG zich niet bemoeit met de inrichting van de keuring, zij wel een centrale rol speelt in het debat over het beroepsgeheim. Zo stelt zij meerdere commissies in om op dat punt de relatie tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen te reguleren. De keuring is een kwestie die de advisering betreft en die de therapeutische rol van artsen niet raakt. Met de vraag om doodsoorzaakverklaringen overtreden maatschappijen echter de grens tussen het domein van het therapeutisch handelen en de medische advisering en dat vormt een reden voor de NMG om in het geweer te komen. Omdat die scheidslijn nog jong en instabiel is en de NMG haar prestige onder meer ontleent aan het bewaken van die grens, laat zij nu krachtig van zich horen.

Het ligt voor de hand om de reikwijdte en betekenis van het debat over het beroepsgeheim in professiesociologische termen te duiden. Deze verklaring schiet echter op drie punten tekort. Volgens het professietheoretisch perspectief kan het professionele monopolie van het medisch beroep, zoals dat ontstaat in de tweede helft van de negentiende eeuw,

alleen maatschappelijk functioneren indien de machtspositie van artsen door beroepsethische codes zoals het beroepsgeheim begrensd wordt. Deze visie op het beroepsgeheim legt echter eenzijdig de nadruk op de instrumentele en functionele betekenis van een zorgvuldige omgang met geheimen van patiënten. De symbolische betekenis van geheimen en van strijd over geheimen wordt verwaarloosd. Het debat over het beroepsgeheim biedt echter inzicht in symbolische betekenissen van taboes, angsten en idealen die niet eenvoudig tot maatschappelijke of professionele functies van het beroepsgeheim herleid kunnen worden.[10] Ten tweede schetst een professietheoretische verklaring de uitkomst van debatten en conflicten vaak als het resultaat van het machtsstreven van artsen, waarbij veronachtzaamd wordt dat er meerdere partijen in het spel zijn en dat dergelijke processen zich deels achter de rug van de betrokkenen om voltrekken. De wijze waarop het beroepsgeheim uiteindelijk geregeld gaat worden kon niet door de betrokkenen worden voorzien en kan niet door hun intenties verklaard worden. Ten slotte gaat het professietheoretisch perspectief er te gemakkelijk vanuit dat de medische beroepsgroep een monolithisch geheel is en wordt geen recht gedaan aan de betekenis van meningsverschillen binnen de geneeskunde. Het feit dat discussies over het beroepsgeheim door de betrokkenen als 'ruzie', 'vete' of 'bittere strijd' gekarakteriseerd werden, doet vermoeden dat meningsverschillen over het beroepsgeheim wel degelijk relevant zijn en dat er in dit debat veel op het spel staat. Het debat over het beroepsgeheim gaat ook over het zelfbeeld van de medische beroepsgroep, haar expertise en de omgangsvormen met patiënten, collega's en maatschappelijke instituties zoals verzekeringsmaatschappijen.

In dit hoofdstuk wordt het debat over het beroepsgeheim beschreven vanuit het perspectief van co-evolutie. Het verloop van het debat over het beroepsgeheim gaat samen met de opbouw van de figuratie van verzekeringsmaatschappijen en artsen, en van specifieke machtsverhoudingen tussen de partijen. De macht van artsen is geen uitgangspunt, maar resultaat. In het vorige hoofdstuk hebben we aan de hand van de keuring gezien hoe met de opbouw van het levensverzekeringsnetwerk de medische wetenschap daarin stevig verankerd raakt. Aan het slot van dit hoofdstuk zal duidelijk worden hoe de stabilisering van het debat over het beroepsgeheim zich verhoudt tot de plaats van de medische wetenschap in het levensverzekeringsnetwerk.

ZWIJGEN ZIJ REGEL

De groei van de levensverzekeringsmaatschappijen in de tweede helft van de negentiende eeuw confronteert artsen steeds vaker met patiënten die

om een gezondheidsverklaring vragen ten behoeve van een levensverzekering. De onvrede van artsen daarover leidt ertoe dat de NMG in 1864 besluit dat artsen zich moeten onthouden van 'invulling der vragen den gezondheidstoestand hunner patiënten'.[11] Daarbij beroept men zich zowel op de eed die artsen bij hun examen afleggen, en die hen zou verbieden 'aan anderen te openbaren wat ons in onze betrekking als arts ter kennis komt',[12] als op de morele verhouding tussen arts en patiënt. De arts is immers niet alleen deskundige inzake de gezondheid van zijn patiënten, maar ook hun vertrouwenspersoon, raadsman en huisvriend en dat vereist dat geheimen niet doorverteld worden.[13] Het is opmerkelijk dat in het debat voorafgaand aan de besluitvorming over de afgifte van gezondheidsverklaringen aan de betekenis van het beroepsgeheim als zodanig maar weinig woorden worden vuilgemaakt. Belangrijker is de wederzijdse beeldvorming van artsen en levensverzekeringsmaatschappijen. Veel artsen zijn ervan overtuigd dat levensverzekeringsmaatschappijen slechts hun eigen commerciële belangen nastreven en in het voorlopig verslag van de NMG over de kwestie wordt een schets gegeven van deze maatschappijen als 'vennootschappen van koophandel, die ruime winst beoogen en dikwerf ook genoeg maken'.[14] Levensverzekeringsmaatschappijen laten het daar echter niet bij zitten. In een reactie op dat rapport kritiseert Langerhuizen, directeur van de Hollandsche Societeit, de vijandige houding van artsen tegen levensverzekeringsmaatschappijen en anderen wijzen erop dat geneeskundigen niet veel kaas hebben gegeten van het levensverzekeringswezen. De maatschappijen bevorderen immers welvaart en 'een geest van orde in den familiën', ze plaatsten de mens 'hooger op een zedelijk standpunt' en zijn 'de steunpilaar des huiselijken geluks'.[15] Het feit dat de aandeelhouders hun investeringen beloond willen zien acht men niet wezenlijk anders dan het feit dat artsen voor hun diensten betaald willen worden.

Na het NMG-besluit van 1864 verdwijnt het beroepsgeheim voor lange tijd van de agenda, om daarop in de jaren tachtig weer te verschijnen. Terwijl de discussie over het beroepsgeheim zich in 1864 concentreert op de afgifte van gezondheidsverklaringen krijgt vanaf het einde van de jaren tachtig de afgifte van doodsoorzaakverklaringen veel aandacht.[16] De weigering van artsen om gezondheidsverklaringen over hun patiënten af te geven vormt een belangrijk motief om de gezondheid van verzekeringskandidaten door speciaal daartoe aangestelde artsen te laten onderzoeken. Steeds meer maatschappijen gaan er in de jaren tachtig en negentig dan ook toe over keuringsartsen aan te stellen die de gezondheid van verzekeringskandidaten onderzoeken. Op huisartsen wordt voor gezondheidsverklaringen, behalve op het platteland, dus steeds minder een beroep gedaan.[17] Uit een inventarisatie van Van der Weijde in 1903 onder dertig

maatschappijen blijkt dat slechts één maatschappij geregeld een huisdoktersattest vraagt, en hij concludeert dan ook dat dit attest in onbruik is geraakt.[18] Naarmate levensverzekeringsmaatschappijen langer bestaan neemt de vraag om verklaringen van de doodsoorzaak aan de behandelend arts van een overleden verzekerde daarentegen eerder toe dan af. Bij veel maatschappijen geldt een dergelijke verklaring als een voorwaarde voor uitkering van de verzekerde som.

Waarom hechten levensverzekeringsmaatschappijen zoveel waarde aan een doodsoorzaakverklaring van de behandelend arts? Van Schevichaven noemt in 1896 meerdere redenen voor de noodzaak van deze verklaring voor de maatschappijen. De belangrijkste is de maatschappijen te vrijwaren voor bedrog door verzekerden.[19] Het gaat hier in de eerste plaats om

N°. 10.

Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente,

GEVESTIGD TE AMSTERDAM.

VERKLARING OMTRENT DE OORZAAK VAN OVERLIJDEN.

1. Waart gij de huisdoctor van	
2. Zoo ja, sedert wanneer?	
3. Op welken datum is hij (zij) gestorven en waar?	
4. Wat was de oorzaak van zijnen (haren) dood?	
5. Berust uwe overtuiging dienaangaande op een ingestelt onderzoek na den dood, of op verschijnselen en kenteekenen die zich voordeden, terwijl hij (zij) nog in leven was?	
6. Sedert wanneer heeft hij (zij) geleden aan, of hebben zich kenteekenen vertoond van de ziekte waaraan hij (zij) is overleden?	
7. Was hij (zij) gedurende den geheelen duur deser ziekte onder uwe behandeling?	

Ik ondergeteekende , geneesheer te verklaar bij deze, dat gedurende laatste ziekte, onder mijne behandeling was, en dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb beantwoord.

den 190

Handteekening:

bedrog door zelfmoord, een fenomeen dat zich het einde van de negentiende eeuw in een grote belangstelling mocht verheugen.

> 'Het verschijnsel van zelfmoord schijnt een resultaat van de werking der beschaving te zijn en hoe meer de laatste toeneemt, des te talrijker de gevallen van suicide worden.'[20]

Maatschappijen zijn bang dat iemand die voornemens is zelfmoord te plegen, bijvoorbeeld omdat een failissement voor de deur staat, zich zal verzekeren om zijn nabestaanden niet berooid achter te laten. Een verzekering zou zelfmoord zelfs kunnen bevorderen indien men het contract beschouwt als een manier om de plicht om te zorgen voor de nabestaanden op de verzekeringsmaatschappij over te dragen. Veel maatschappijen hebben daarom in hun polisvoorwaarden opgenomen dat de verzekerde som niet wordt uitbetaald indien de dood een gevolg is van zelfmoord.

Een tweede vorm van bedrog door verzekeringskandidaten dat door de doodsoorzaakverklaring bestreden zou kunnen worden is substitutie, oftewel persoonsverwisseling. Volgens Van Schevichaven is meermalen ontdekt dat een verzekeringskandidaat iemand anders, die gezonder is, in zijn eigen plaats naar de keuring stuurt.

Behalve een controle op mogelijk bedrog door verzekerden dient de doodsoorzaakverklaring ook als controle op de 'deugdelijkheid' van de keuringsartsen. Indien een verzekerde kort na de keuring overlijdt aan bijvoorbeeld longtuberculose waar hij al jaren aan leed, dan heeft de arts zijn werk niet goed gedaan. Ten slotte is de doodsoorzaakverklaring van belang voor de opbouw van de statistiek. Van Schevichaven maakt aanvankelijk weinig werk van dit laatste argument, maar in de loop der jaren zal dit argument steeds meer gewicht krijgen.

Veel geneeskundigen zijn niet onder de indruk van de argumenten die maatschappijen geven voor de noodzaak van doodsoorzaakverklaringen. In navolging van diverse afdelingen die zich verzetten tegen het afgeven van doodsoorzaakverklaringen, besluit de algemene vergadering van de NMG in 1888 dat artsen zich van afgifte van verklaringen van gezondheid én van overlijden moeten onthouden, omdat dit schending van het beroepsgeheim betekent.

ZWIJGEN OF SPREKEN

Deze officiële standpuntbepaling ten spijt is er geenszins sprake van consensus onder artsen. De geneeskundige Guy vertolkt het NMG-besluit als hij zich in een voordracht in de algemene vergadering van de NMG in 1891 vierkant tegen het afgeven van doodsoorzaakverklaringen opstelt. Het

gaat volgens hem niet aan soms wel en soms niet een verklaring te geven, omdat een weigering dan 'welsprekend' zou worden, en een indirecte aanwijzing voor de levensverzekeringmaatschappij 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.'[21]

Siegenbeek van Heukelom deelt deze mening. In een reactie op een brochure over de doodsoorzaakverklaring van de Nationale Levensverzekerings Bank,[22] de maatschappij waarvoor hij later zelf als medisch adviseur zal gaan werken, betoogt hij dat een arts het beroepsgeheim zo breed mogelijk moet interpreteren. In de brochure wordt handhaving van het beroepsgeheim als een overdrijving voorgesteld omdat familie en kennissen van overledenen toch meestal wel weten waaraan iemand leed. De arts die een doodsoorzaakverklaring weigert te geven zou zijn patiënten ernstig benadelen. Siegenbeek van Heukelom stelt daartegenover: niet het spreken maar 'het zwijgen zij hem [de arts, KH] regel'.[23] De taak van artsen is namelijk niet te voorkomen dat patiënten de levensverzekeringsmaatschappijen bedriegen, maar geneeskundige hulp te verlenen waar dit nodig is en dus ook aan bedriegers en misdadigers. Het beroepsgeheim geldt, zo stelt hij, voor iedereen. Aantijgingen van levensverzekeringsmaatschappijen dat artsen de nabestaanden van overleden patiënten duperen, die geen uitkering krijgen als geen doodsoorzaakverklaring overlegd kan worden, en bovendien maatschappelijke vooruitgang tegenhouden, 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 én patiënten én geneesheer in moeilijkheden brengt.'[24]

Volgens Siegenbeek van Heukelom moeten levensverzekeringsmaatschappijen alle medische zaken door eigen medische deskundigen laten uitvoeren.

Overigens is het beroepsgeheim volgens Siegenbeek van Heukelom niet gebonden aan de eed. Sterker nog, hij heeft veel kritiek op de wettelijke bekrachtiging van het beroepsgeheim in de vorm van de eed. Hij acht de eed overbodig, 'literarisch onzinnig' en zo slecht geformuleerd dat ze artsen geen steun biedt maar eerder hoofdbrekens oplevert.[25] Met enig

gevoel voor de veranderingen in het medisch beroep stelt hij dat de Hippocratische eed een godsdienstige corporati-eed was, die niet meer past in een tijd waarin de corporatiegeest verdwenen is.

> 'Niet omdat het in den Hippocratischen eed voorkomt, hebben wij het beroepsgeheim gehouden, maar omdat de noodzakelijkheid daarvan een maatschappelijke overtuiging was en blijven zal.'[26]

Een heel ander geluid laat Van Geuns horen bij aanvaarding van het presidium van de Geneeskundige Kring te Amsterdam in 1892. Guy en Siegenbeek van Heukelom worden door hem als theoretici gekarakteriseerd, 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 dat de levensverzekeringsmaatschappijen afhankelijk zijn van de artsenverklaringen. Veel pogingen tot oplichterij door verzekerden en onbetrouwbaarheid van keuringsartsen heeft men daardoor immers op kunnen sporen.

> 'Het spijt mij dit te moeten zeggen, maar het is mij meermalen voorgekomen dat collega's, die de academie met een zeer goeden naam verlieten en in hun praktijk een goede reputatie genoten, ten onrechte door de Maatschappij vertrouwd werden. Juist de vermelding van de oorzaak van het overlijden is de aanleiding geweest om menige onbetrouwbaarheid op het spoor te komen.'[27]

Levensverzekeringsmaatschappijen zijn volgens Van Geuns nuttige organisaties en artsen zouden hun werk zoveel mogelijk moeten steunen. De identificatie van Van Geuns met deze bedrijfstak blijkt onder meer uit de wijze waarop hij haar steeds verdedigt:

> '(...) tevens wensch ik protest aan te tekenen tegen den toon, die weder in dit schrijven tegen verzekeringsmaatschappijen aangeslagen wordt.'[28]

Omdat Van Geuns het geheim veel beperkter opvat dan Siegenbeek van Heukelom, hoeft het beroepsgeheim bij het geven van een doodsoorzaakverklaring in zijn ogen helemaal niet geschonden worden. Een geheim definieert hij als datgene wat de arts áls geheim ter kennis is gekomen en dat geldt voor de doodsoorzaak zelden. De nabestaanden weten meestal wel hoe de diagnose luidt van de ziekte waar de patiënt aan overleed, zelfs in het geval van zelfmoord, en daar voegt de arts met een doodsoorzaakverklaring niets aan toe. Bovendien 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'.[29]

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 directeuren van levensverzekeringsmaatschappijen lid van de commissie. 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, bijvoorbeeld ter opheldering van enkele 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 herhaalt men het besluit van 1864 dat verklaringen van gezondheid niet door de arts afgegeven behoren te worden. Het belangrijkste argument daarvoor luidt nu dat:

> 'zoo men bij uitzondering weigert, zijn patiënt een hoogst ongewenschte openbaring omtrent zijn gezondheidstoestand zou maken.'[30]

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 directeuren van de Algemeene en de Eerste Nederlandsche kunnen hier niet meegaan met de rest van de commissie. De geneeskundigen in de commissie stellen nu dat de geneeskundige gedragsleer hun verbiedt mee te werken aan het ontdekken van valse en slechte verklaringen door collega-artsen.

> 'Geen woord van ons mag als wapen tegen een collega kunnen dienen, opdat het wapen zich niet tegen ons kere.'[31]

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, maatschap-

pelijk 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.'[32]

Dat de levensverzekeringsdeskundigen hier niet mee kunnen instemmen 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 gedrags-leer.'[33]

Het punt waarop de geneeskundige leden van de commissie wél concessies aan het levensverzekeringsbedrijf menen te moeten doen betreft de opbouw van betrouwbare statistieken. Zij zijn gevoelig voor het argument dat statistische gegevens over de doodsoorzaak van groot belang zijn voor de ontwikkeling van zowel de levensverzekeringswetenschap als de medische wetenschap.

> '(...) willen de geneeskundigen werkelijk bouwstoffen leveren voor de statistiek, dat dan een weinig van dit standpunt [van 1888, KH] moet worden prijsgegeven.'[34]

De aanbeveling luidt dan ook dat artsen een doodsoorzaakverklaring kunnen geven, onder de voorwaarde dat deze aan de geneeskundig adviseurs van de levensverzekeringsmaatschappijen wordt geadresseerd, en door déze aan de directies wordt 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 doodsoorzaakverklaringen – gehandhaafd te worden. Het ontbreken van een medisch adviseur wijst immers op geringe belangstelling voor de wetenschappelijke kant van de levensverzekeringsgeneeskunde.

De wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen, de mogelijkheid die zij bieden tot opbouw van sterftestatistieken, vormt de basis voor het compromis tussen levensverzekeringsmaatschappijen en NMG. Dat is niet verwonderlijk. Voor de commissieleden vertegenwoordigt de wetenschap een niet-partijgebonden belang, dat levensverzekeringsmaatschappijen en geneeskundigen delen. Beide zijn immers geïnteresseerd in analyse van sterftepatronen. Het feit dat de algemene vergadering van de

NMG instemt met het rapport zegt iets over de overtuigingskracht van het argument van 'het wetenschappelijk belang'. Die is groot. De geneeskunde profileert zich rond de eeuwwisseling steeds meer als een vak met een wetenschappelijk kennisideaal en het is voor geneeskundigen dan ook moeilijk om tegen de wetenschappelijke relevantie van statistieken iets in te brengen.

REKKELIJKEN EN PRECIEZEN

De instemming van de NMG met het commissierapport van 1898 betekent een forse verschuiving ten aanzien van haar standpunt in 1888. Waar men toen vasthield aan het absolute beroepsgeheim, besluit men nu onder bepaalde voorwaarden wél doodsoorzaakverklaringen af te geven. Met dit besluit wordt de discussie echter niet gesloten. Integendeel. Het besluit vormt de opmaat voor een verscherping van het debat. Voorstanders van het 'secret absolu' komen daarbij lijnrecht tegenover collega's te staan die een liberale opvatting inzake het beroepsgeheim zijn toegedaan en de brugfunctie van de wetenschap komt zwaar onder druk te staan. Beide partijen appelleren daarbij aan het algemeen belang, en trachten de andere partij voor te stellen als de vertegenwoordiger van slechts een beperkt deelbelang, de bedriegende patiënt of de commerciële maatschappij. Zij definiëren algemeen belang echter zeer verschillend.

Pinkhof versus Van Dieren

De stelling van de commissie, dat artsen geen taak hebben in de opsporing van bedrog door verzekeringskandidaten, wordt door aanhangers van het 'secret absolu' onderschreven, omdat dergelijke 'politionele' activiteiten de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zouden schaden. De geneeskundige Pinkhof stelt schending van het beroepsgeheim door afgifte van gezondheidsverklaringen en verklaringen over de doodsoorzaak gelijk met verraad aan zijn patiënten, hetgeen de uitoefening van het medisch beroep zou belemmeren.

Voor Pinkhof vertegenwoordigt de geneeskunde zelf het algemeen belang, omdat ze een inherent moreel goed doel nastreeft, namelijk de zorg voor alle zieken. Pinkhof ziet het bijvoorbeeld als een taak van de arts patiënten te beschermen tegen verontrustende informatie over hun gezondheidssituatie. Een gezondheidsverklaring waaruit blijkt dat iemand aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, of juist de incidentele en dus betekenisvolle weigering zo'n verklaring te tekenen, is daarom uit den boze.

> 'Alleen wil ik vertellen, dat voor weinige dagen een verzekerde dame tot mij kwam om een gezondheidsverklaring tot verhooging der verze-

kering. 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.'[35]

Ook een doodsoorzaakverklaring moet geweigerd worden omdat de wetenschap dat deze als controlemiddel zal dienen ertoe zal leiden dat verzekeringskandidaten in geval van klachten geen hulp zullen zoeken.

'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. Daartoe mogen wij niet medewerken.'[36]

Bovendien, zo stelt Pinkhof, moeten de nabestaanden beschermd worden tegen de wetenschap aan welke kwaal de patiënt is overleden.

Van Dieren acht het standpunt van Pinkhof volstrekt onhoudbaar en zal indien de patiënt hem daartoe machtigt, zowel gezondheidsverklaringen als doodsoorzaakverklaringen afgeven. Hij schetst de geneeskunde als een professie met een beperkte taakstelling, en ontkent dat ze een bijzondere moraal vertegenwoordigt. Hij ziet patiënten als mondige burgers die hun eigen verantwoordelijkheid hebben, en die de feiten met betrekking tot hun gezondheidssituatie wel kunnen dragen.

'Als ik een cliënt was van Dr. Pinkhof, en hij zou mij als candidaat-verzekerde op die wijze trachten af te schepen, dan zou ik hem toevoegen: "Dokter, u behoeft niet den baas over mij te spelen, als ware ik uw pupil, en u hebt óók geen reden mij aan te zien voor een idioot, die niet in staat is te beseffen, welke gevolgen het voor hem hebben kan, als de verzekeringsmaatschappij de waarheid verneemt omtrent zijn toestand (...) Ik wil een contract aangaan met een verzekering-maatschappij; ik ken haar tarieven, en weet dus waar ik met haar aan toe ben (...)"'[37]

In het verlengde van die opvatting dient een arts zich volgens Van Dieren dan ook niet door een patiënt te laten gebruiken om bedrog met de mantel der liefde te bedekken.

'Ja het is zoo, sommige candidaten 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!'[38]

Pinkhof, aldus Van Dieren, heeft 'misplaatst medelijden met schurken' en dreigt een 'handlanger te worden van geboefte'.[39]

Een tweede kwestie waarover beide heren grondig van mening verschillen is 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 een doodsoorzaak op 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 óf niet weet, óf verzwijgt?'[40]

De reactie van Van Dieren luidt kort maar krachtig

> 'dat Pinkhof zijn cliënten over één kam schijnt te scheren met idioten!'[41]

Het argument dat voor- en tegenstanders van een versoepeling van het beroepsgeheim zou moeten verenigingen, de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen, blijkt door Pinkhof en andere voorstanders van het absolute beroepsgeheim niet als 'brug' te worden geaccepteerd. Zij hechten wel waarde aan wetenschappelijk inzicht in doodsoorzaken, maar ontkennen dat opschorten van het beroepsgeheim daartoe noodzakelijk is. In hun ogen vormt strenge handhaving van het beroepsgeheim juist een voorwaarde 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 wetenschap en de vertrouwensrelatie tussen

arts en patiënt worden dus niet als tegenpolen gezien, maar opgevat als zaken die in elkaars verlengde liggen.

Identiteit van de geneeskunde

In de discussie over het beroepsgeheim staan twee fundamenteel verschillende visies op het medisch beroep, de levensverzekeringsmaatschappijen, de arts-patiënt relatie en medische expertise tegenover elkaar. Pinkhof en Van Dieren zijn representatief voor twee verschillende stromingen in het debat, resp. de 'preciezen' en de 'rekkelijken'.[42] De preciezen houden principieel vast aan handhaving van het beroepsgeheim. Zwijgen geldt voor hen als regel. De levensverzekeringsmaatschappijen mogen goed werk verrichten, 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 dan zal de patiënt alle informatie geven die de arts nodig heeft om de goede diagnose te kunnen stellen en een adequate therapie te bepalen. In hun ogen is strenge handhaving van het beroepsgeheim dan ook in overeenstemming met het algemeen belang, omdat ze goede geneeskundige zorg voor iedereen mogelijk maakt. Patiënten sluiten weliswaar contracten met levensverzekeringsmaatschappijen waardoor zij zich onderwerpen aan de polisvoorwaarden, maar in de ogen van veel artsen kunnen zij niet overzien welke consequenties dat met zich meebrengt. En als patiënten dat niet overzien, dienen artsen voor hen te beslissen. Een machtiging van een patiënt om wel de doodsoorzaak bekend te maken kan de arts dus maar beter niet serieus nemen.

De rekkelijken daarentegen staan expliciet positief tegenover de maatschappelijke functie van de levensverzekering, armoedebestrijding en beschaving, en achten verdere ontwikkeling van deze bedrijfstak een goede zaak. Zij pleiten in dat kader voor een relatief vrije omgang met het beroepsgeheim. Spreken zij regel en zwijgen een uitzondering. Men treedt bij het invullen van formulieren eenvoudigweg niet te veel in detail.[43] De rekkelijken zijn tevens liberaal, in die zin dat ze patiënten beschouwen als moderne, mondige burgers, die zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid en die zelf wel kunnen beslissen of er al dan niet informatie aan een levensverzekeringsmaatschappij kan worden doorgegeven. De moderne burger sluit een contract en weet onder welke bepalingen dat contract geldig is. Tegen de achtergrond van deze visie op patiënten en verzekerden claimen de rekkelijken het algemeen belang te bevorderen, terwijl de preciezen de vooruitgang tegenhouden.

> 'Steeds zwaarder en moeielijker wordt de strijd om het bestaan. Steeds grooter wordt het aantal van hen, die van de verdiensten door hoofd of hand verkregen moeten bestaan, en die niet in de gelegenheid zijn

op andere wijze iets op zijde te leggen dan door middel eener verzekering op het leven. Zal nu de geneesheer, de hulp en steun en vriend der familie tot struikelblok dienen? Zal hij, de vertrouwde en de vertrouweling, die beter nog dan menige huisvriend, de behoefte en zorgen van een gezin kent, het onmogelijk maken, voorzieningen te maken voor de donkere dagen die komen zullen? Zal hij het lot van zoo menige weduwe, van zoovele ouderlooze kinderen in de waagschaal stellen en wellicht daardoor ontbering en zorg brengen, waar welvaart en tevredenheid kunnen heerschen?'[44]

De botsing tussen rekkelijken en preciezen is ook een botsing tussen twee geheel verschillende voorstellingen van de relatie tussen arts en patiënt. De preciezen spreken van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt als een persoonlijke relatie, waarin de arts een paternalistische functie vervult. De arts is een vaderlijke vriend, een raadsman en beschermheer. En in dat kader deelt de arts zijn bevindingen mee voorzover hij dat goed acht. Informatie over ziekten die met schuld, taboe en angst omgeven zijn, zoals ongeneeslijke ziekten, geslachtsziekten en erfelijke kwalen, houdt deze arts liever achter. Pinkhof stelt zelfs:

'Een diagnose heeft de patiënt niet noodig, goeden raad wel. Of de menschen er in het algemeen steeds mee gebaat zijn, dat men hun, gelijk meer en meer gebruikelijk wordt, diagnoses mee naar huis geeft, waag ik te betwijfelen.'[45]

De arts-patiënt relatie zoals de rekkelijken die schetsen draagt primair een zakelijk en formeel karakter. De arts is een vakman als vele andere, die beschikt over expertise en technieken en die de uitkomsten daarvan meedeelt aan de persoon die hem voor zijn diensten betaalt. Deze uitwisseling vindt plaats tussen gelijken. De rekkelijken ontkennen niet dat sprake is van een vertrouwensband tussen arts en patiënt en dat de arts een specifieke verantwoordelijkheid heeft tegenover patiënten, maar deze krijgen betekenis binnen het kader van verzakelijkte verhoudingen tussen arts en patiënt.

In het verlengde van deze verschillende beelden van de relatie tussen arts en patiënt verdedigen de preciezen het medisch beroepsgeheim als een bijzonder geheim, dat verbonden is met het bijzondere karakter van het medisch beroep, terwijl de rekkelijken benadrukken dat het geheim van artsen niet zoveel verschilt van het geheim van notarissen, bakkers en beschaafde burgers in het algemeen. In de ogen van de rekkelijken is de vermeende exclusiviteit van artsen ten aanzien van geheimen een ouderwets en volstrekt achterhaald fenomeen.

'Wij gelooven niet aan een moraliteit, die het bizonder eigendom van den medische stand is, zelfs niet aan het feit dat een dokter meer geheimen met zich mee zou dragen dan een advocaat of levensverzekeraar. Maar wij weten ook, dat vele doctoren deze bewering als een aanranding van hun waardigheid beschouwen, en daarom achten wij het 't beste, niet te veel over deze zaak te spreken.'[46]

Artsen hebben in een moderne samenleving volgens levensverzekeraars geen bijzondere morele positie en kunnen evenmin aanspraak maken op specifieke privileges.

'het is voor vele Geneeskundigen een groote zelfoverwinning, wanneer ze treden buiten den nimbus, die hen zoolang omgeven heeft, om zich te begeven onder de gewone menschenkinderen, die niets gevoelen voor een autoriteit, die haar kracht aan de overlevering ontleent.'[47]

WET OF BEROEPSMORAAL

De discussie over het beroepsgeheim gaat niet alleen over het geheim van de patiënt, maar ook over de identiteit van de arts, de relatie tussen arts en patiënt en de maatschappelijke rol van de geneeskunde. Gezien deze inzet is het niet verwonderlijk dat het beroepsgeheim de gemoederen ook na de eeuwwisseling bezig blijft houden. In 1902 gaat de NMG er zelfs toe over een referendum te houden. Met 392 stemmen vóór en 60 tegen besluit men dat artsen slechts een doodsverklaring mogen tekenen ten behoeve van de levensverzekeringsmaatschappijen, maar dat afgifte van doodsoorzaakverklaringen uit den boze is. Het eerdere besluit van de NMG uit 1898 wordt hiermee teruggedraaid, hoewel sommigen de uitslag relativeren door op te merken dat maar een klein deel van de NMG-leden aan dit referendum meedoet.[48] Hoewel de uitkomst van het referendum niet bindend is voor NMG-leden, heeft dit besluit wel weerslag op het handelen van artsen in de praktijk en ondervinden de levensverzekeringsmaatschappijen er veel hinder van.

Zo maakt medisch adviseur Coert melding van het feit dat het aantal als 'onbekend' opgegeven doodsoorzaken bij zijn maatschappij vanaf 1901 groeit. Voor 1901 zou dit schommelen tussen de 2 en 5%. In 1902 stijgt dit tot 8%, in 1903 tot 17% en 1904 wordt een record gevestigd met 30%. Deze groei zou samenhangen met de uitslag van het referendum. In 1905 zet volgens hem echter een daling in,[49] hetgeen hij interpreteert als een gelukkig teken dat de geneeskundigen tot inkeer komen. Ook DIXI stuit bij een onderzoek naar de sterfte aan tuberculose op diverse 'onbekende doodsoorzaken', 73 op 1689 sterftegevallen, hetgeen hem doet verzuchten:

'die verwenschte medische geheimzinnigheid.'[50]

Hij vermoedt dat zich juist onder deze door onbekende oorzaken overledenen diverse gevallen van tuberculose zullen bevinden. En Van der Hoop meldt dat bij zijn maatschappij in diverse maanden van 1909 bij 80 tot 90% van de gestorven verzekerden een doodsoorzaakverklaring geweigerd werd.[51]

Ook ingezonden brieven in het *NTvG*, waarin artsen geschokt constateren dat maatschappijen een weigering tot het afgeven van een verklaring niet respecteren en de nabestaanden geen uitkering verstrekken, wijzen erop dat diverse artsen de uitslag van het referendum serieus nemen.[52] In het *NTvG* verschijnen correspondenties tussen arten die weigeren een doodsoorzaakverklaring af te geven, en medisch adviseurs van een maatschappij die de betreffende arts vervolgens dan bij wijze van sanctie ook als keuringsarts maar ontslaan. Een passage uit een ontslagbrief die in 1903 in het *NTvG* is opgenomen:

> 'Het zou ons van harte leed doen als wij in het vervolg uw medisch geweten bezwaarden. Daarom hebben wij der Directie in overweging gegeven U niet langer in verzoeking te brengen.'[53]

In 1907 wordt de geneeskundige Voorthuyzen uit Franeker door de directie van de Vennootschap Nederland als keuringsarts ontslagen omdat hij weigerde een doodsoorzaakverklaring van een patiënt te tekenen. De directie verklaart tevens andere maatschappijen van zijn weigering op de hoogte te brengen. De reactie daarop van Pinkhof luidt:

> 'dat er "enkele maatschappijen" bestaan (naar ik nader heb vernomen zijn het "de" zeven "groote" maatschappijen), die zich niet ontzien, het volgen van een gedragslijn, die door de meerderheid der geneeskundigen op te eerbiedigen gronden als de juiste wordt beschouwd, te straffen met geldelijke benadeeling.'[54]

Het feit dat de maatschappij Neerlandia, die na weigering van een behandelend arts een doodsoorzaakverklaring te geven niet uitbetaalt, daarin door een scheidsgerecht samengesteld uit de levensverzekeringsmaatschappijen in het gelijk wordt gesteld, vermag de geneeskundigen niet te vermurwen. Naar aanleiding van deze uitkomst kan men in de rubriek Beroepsbelangen in het *NTvG*, die grotendeels door Pinkhof wordt samengesteld, lezen dat artsen

> 'zich niets aan [behoeven] te trekken van de zedelessen, die hun door

de verzekeringsbladen worden toegediend.'[55]

Sommige auteurs stellen dat maar weinig artsen daadwerkelijk weigeren een doodsoorzaakverklaring te tekenen. Van Geuns, medisch adviseur van de Algemeene Maatschappij beweert bijvoorbeeld:

> 'Het aantal geneeskundigen, die de verklaringen weigeren af te geven, is betrekkelijk gering.'[56]

In het licht van de vele opmerkingen over de last die artsen maatschappijen bezorgen lijkt dit echter vooral retoriek, bedoeld om de betekenis van het verzet van artsen tegen doodsoorzaakverklaringen te bagatelliseren.

Levensverzekeringsmaatschappijen trachten een juridische oplossing te bewerkstelligen voor een medisch-ethisch conflict.[57] Om het verzet van artsen tegen de afgifte van doodsoorzaakverklaringen te breken, dienen veertig maatschappijen een verzoek in bij de regering om artsen wettelijk bevoegd te verklaren tot afgifte van doodsoorzaakverklaringen.[58] In antwoord hierop komt de regering in 1904 inderdaad met een voorstel tot wetswijziging, waardoor artsen de wettelijke bevoegdheid zouden krijgen de diagnose van de ziekte van een overleden patiënt mee te delen aan de directies van de verzekeringsmaatschappijen. De NMG is uitermate verbolgen dat de regering hen als beroepsgroep niet eens heeft geraadpleegd voordat ze dit voorstel lanceerde.[59] Ze heeft wel juristen geraadpleegd omdat het hier vooral een kwestie van juridische aard zou betreffen.

De reactie van de rekkelijken en preciezen op dit voorstel is geheel in lijn met hun visie op de geneeskunde als beroep. Terwijl de rekkelijken het zowel met de inhoud van de voorgestelde wijziging als met de juridisch-procedurele regeling van het conflict wel eens kunnen zijn, wijzen de preciezen niet alleen de inhoud van het voorstel van de hand, maar ook het idee dat de kwestie 'spreken of zwijgen' met juridische middelen beslecht zou kunnen worden. Voor de preciezen staat principiële handhaving van het beroepsgeheim voor de identiteit van de medische beroepsgroep en daar kan noch door machtigingen van patiënten noch door wetswijzigingen aan getornd worden. Zij kritiseren het wetsvoorstel dan ook vooral op de reductie van het beroepsgeheim tot de wettelijke eed.

Van Tussenbroek beschouwt de voorgestelde wijzigingen bijvoorbeeld als volstrekt ondoeltreffend. Zij heeft op het referendum niet meegestemd, en als adviseur van meerdere levensverzekeringsmaatschappijen heeft zij begrip voor de positie van de maatschappijen.

> 'Ik zou mij nu stellig scharen bij de verdedigers van het beroepsgeheim,

ofschoon ik – sinds het vorig referendum adviseur eener levensverzekering-maatschappij geworden – gelegenheid heb gehad de questie ook van de andere zijde te bezien, en persoonlijk den last en de belemmering heb ervaren, die het ontbreken van de verklaring der doodsoorzaak voor de beoordeling der gevallen oplevert.'[60]

De aanname van zowel de levensverzekeringsmaatschappijen als de regering dat het beroepsgeheim van de arts is gefundeerd in de beroepseed, getuigt volgens Van Tussenbroek van 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.'[61]

Volgens haar blijft de uitslag van het referendum van 1902 'met of zonder wetswijziging' gewoon van kracht.[62] Hoe principieel haar houding is in deze kwestie blijkt uit haar reactie op het ontslag van Van Voorthuyzen als keuringsarts bij de Vennootschap Nederland.[63] Zij neemt daarop, als wijze van protest, namelijk ontslag als medisch adviseur.

Dat Van Tussenbroek dit standpunt inneemt is niet onbegrijpelijk. Reeds eerder had zij zich laten kennen als iemand die grote waarde hecht aan het beroepsgeheim. Als de Ongevallenwet in 1901 wordt ingevoerd, die wettelijk verplicht tot mededelingen over de behandeling van patiënten aan de uitvoeringsinstantie van die wet, is zij degene die opmerkt dat het verschoningrecht, waardoor artsen zich aan die wettelijke verplichting tot schending van het beroepsgeheim zouden kunnen onttrekken, en dat zelfs in het strafrecht geregeld is, in de Ongevallenwet ontbreekt. Volgens haar is dat verschoningsrecht een uitdrukking van het maatschappelijk belang dat men sommige beroepsbeoefenaren volstrekt moet kunnen vertrouwen.[64] Op haar initiatief verzoekt de NMG de regering dit verschoningsrecht in de Ongevallenwet alsnog te regelen, hetgeen inderdaad gebeurt. Anderzijds heeft zij als gynaecologe ervaring met de slachtoffers van malafide aborteurs. In die context pleit Van Tussenbroek, tezamen met Treub, voor een wetswijziging die vrouwen die een abortus ondergaan 'straffeloos' maakt, en die artsen toestaat geheimen te openbaren indien 'een hooger belang naar redelijk inzicht geacht moet worden dit te vorderen'. Dan zouden artsen hun geheimplicht kunnen doorbreken en informatie aan justitie kunnen verschaffen op grond waarvan deze abor-

teurs vervolgd kunnen worden. Bij sommige collega's wekt deze houding van Van Tussenbroek bevreemding.

> 'Nauwelijks hebben wij Dr. Van Tussenbroek in ons hart kunnen gelukwenschen met haar standvastige houding tegenover de verzekeringsmaatschappijen, waardoor zij blijk gaf voor het behoud van het beroepsgeheim ook iets over te hebben, wat men van andere voorstanders niet altijd kan zeggen, of daar komen zij en prof. Treub met een voorstel, dat, komt het tot uitvoering, niet minder betekent dan afschaffing van datzelfde beroepsgeheim.'[65]

Van Tussenbroek is het prototype van de arts die het belang van patiënten vooropstelt, en het belang van het beroepsgeheim in die context afweegt. Professionele autonomie van de medische beroepsgroep is bij haar geen doel op zichzelf, maar nuttig als het de belangen van patiënten ten goede komt. Als het echter in het belang van patiënten is om iets van deze professionele autonomie – bijvoorbeeld in de omgang met het beroepsgeheim – op te geven, dan is zij daartoe zeker bereid.[66]

Van Dieren is het niet met Van Tussenbroek eens. Als rekkelijke juicht hij het toe dat het wetsvoorstel iedere arts vrij laat om zelf te beslissen. De voorstanders van het absolute beroepsgeheim kunnen de verzekeringsmaatschappijen en de nagelaten betrekkingen dus net 'zo hard blijven hinderen als hun consciëntie het hun gebiedt'.[67] Uit een onderzoek onder NMG-afdelingen blijkt dat de meningen over het nut van dit wetsvoorstel sterk verdeeld zijn. Terwijl sommigen met Van Dieren concluderen dat er geen wettelijke belemmeringen meer zijn tegen afgifte van doodsoorzaakverklaringen, zijn anderen met Van Tussenbroek van mening dat het beroepsgeheim niet in de eed maar in het beroep en de beroepsmoraal geworteld is.[68]

Ook onder degenen die wél mogelijkheden zien in een juridische regulering van de kwestie beroepsgeheim, zijn de meningen over de grenzen van dit geheim echter verdeeld.[69] Zowel de rekkelijken als de preciezen kunnen steun vinden bij juridische bondgenoten. Er verschijnen aan het einde van de negentiende eeuw diverse juridische dissertaties over schending van geheimen in het algemeen en over het medisch beroepsgeheim in het bijzonder. Twee spraakmakende disseraties zijn die van resp. J.N.J.E. Thijssen, *Het geheim van den medicus* (1890) en die van M.C. de Vries van Heijst, *Nog iets over het geneeskundig beroepsgeheim meer in het bijzonder in verband met de levensverzekering* (1891). Terwijl Thijssen een voorstander is van het 'secret absolu',[70] vat De Vries van Heijst het beroepsgeheim op als datgene wat de arts expliciet als geheim ter kennis komt.[71] Deze juristen scharen zich wat betreft hun opvattingen

over het beroepsgeheim, levensverzekeringsmaatschappijen en het medisch beroep aan de zijde van resp. de preciezen en de rekkelijken. Thijssen houdt bijvoorbeeld vast aan het exclusieve karakter van het medische beroep. Hij stelt dat een arts voor vele delicate problemen komt te staan, zoals het beroepsgeheim, en volgens hem zijn kiesheid, beschaving en mensenkennis noodzakelijke voorwaarden voor een adequate uitoefening van het medisch beroep. Deze kwaliteiten zijn in zijn ogen echter voorbehouden aan een specifieke maatschappelijke stand, en hij keert zich dan ook tegen de tendens om het medisch beroep open te stellen voor mensen uit alle klassen.[72] De Vries van Heijst daarentegen beschuldigt artsen ervan het maatschappelijk belang tekort te doen door de ontwikkeling van het levensverzekeringswezen in de weg te staan.[73] Beide auteurs beoordelen de uitkomst van een gerechtelijke procedure in 1890, waarbij de nabestaanden van een overleden verzekerde de levensverzekeringsmaatschappij aanklagen omdat die weigert tot uitbetaling vanwege het ontbreken van een doodsoorzaakverklaring, dan ook volstrekt verschillend. Nadat de rechter de eis in eerste instantie niet ontvankelijk verklaarde, stelt het Hof de maatschappij in hoger beroep in het gelijk. Terwijl Thijssen deze uitspraak onbegrijpelijk acht, en hoopt dat de Hooge Raad zich er nog over zal buigen,[74] ziet De Vries van Heijst niet hoe het Hof ooit anders had kunnen besluiten gezien de verzekeringsvoorwaarden.[75]

Het voorstel om de tekst van de eed te wijzigen en artsen de wettelijke bevoegdheid te geven doodsoorzaakverklaringen te geven aan levensverzekeringsmaatschappijen wordt geen wet. Maar tijdens het debat blijkt wel dat juridische middelen niet in staat zijn om de verschillende stromingen in het debat over het beroepsgeheim op één lijn te brengen. Wat het recht niet vermag, kan de wetenschap echter wel.

OMWILLE VAN DE WETENSCHAP

Terwijl het verzet van de preciezen tegen schending van het beroepsgeheim door het verschaffen van doodsoorzaakverklaringen rond 1902 aanzwelt, wordt in de kring van levensverzekeringsmaatschappijen na 1900 één specifiek belang van doodsoorzaakverklaringen veel sterker naar voren gebracht dan daarvoor, namelijk het wetenschappelijk belang. Doodsoorzaakverklaringen worden cruciaal geacht voor de opbouw van statistieken van de gemiddelde levensduur van mensen met specifieke gezondheidsrisico's.

Statistiek

De toenemende nadruk op de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen hangt samen met de groeiende overtuiging in het levensverzekeringsbedrijf na de eeuwwisseling dat de verzekerbaarheid van minderwaardige levens een dringend probleem is. Tot 1900 verzekeren maatschappijen vrijwel alleen mensen die de gemiddelde leeftijd worden verondersteld te halen, de zogenaamde 'gezondheidsaristocraten', omdat men de levenskansen van mensen met erfelijke ziekten in de familie, met een ziekte onder de leden of een zwakke gesteldheid niet kan bepalen. Van mensen met specifieke gezondheidsrisico's zijn geen sterftetabellen voorhanden, zodat verzekeraars hun premie niet kunnen berekenen. De verzekering van mensen die een lage levensverwachting hebben vormt volgens de maatschappijen een te groot financieel risico dat de soliditeit van maatschappijen kan ondergraven. Uitsluiting van deze risico's betekent echter dat levensverzekeringsmaatschappijen hun maatschappelijke functie, armoedepreventie, niet waar kunnen maken en dat velen van de mogelijkheid tot voorzorg verstoken blijven. Rond 1900 wordt de uitsluiting van minderwaardige levens expliciet als een probleem gedefinieerd. (Zie hoofdstuk 4.) In het verlengde van het debat over de verzekerbaarheid van minderwaardige levens komt het belang van de opbouw van sterftestatistieken en de daartoe benodigde doodsoorzaakverklaringen vanaf 1900 op de voorgrond te staan. Zo stelt Van Schevichaven:

> '(...) de hoofdbeteekenis van dergelijke verklaringen ligt in hare waarde voor de statistiek en in de mogelijkheid, die zij, gedurende langen tijd verzameld en in verband met het onderzoek, openen tot verzekering van minderwaardige levens: een groot openbaar belang dus. (...) Principieel capituleeren, door vooruit te verklaren, dat men zonder die verklaringen uitbetalen zal (...) dit schijnt mij onverdedigbaar, met het oog vooral, op de eischen onzer wetenschap, in verband met wat het publiek méér en méér verlangt: de verzekering van minderwaardige levens.'[76]

In levensverzekeringskringen getuigt men van de opvatting dat 'minderwaardige levens' wel verzekerd kunnen worden, indien er een adequate wetenschappelijke methode bestaat om hun levenskansen te bepalen. Inzicht in de doodsoorzaak van minderwaardige levens zou een wetenschappelijke berekening van hun gemiddelde levensduur mogelijk maken. Zo stelt medisch adviseur Coert:

Polis-nummer	Tarief.	Kapitaal. Gulden.	Overleden te:	Datum van Overlijden.	Datum van Uitkeering.	Doodsoorzaak.
Transport ...		1,458,070.96				
11229	I	10,000.—	Soerabaia	29 Sept. 1892	22 Oct. 1892	Hartziekte.
5900	I	1,000.—	's Gravenhage ...	24 Sept. 1892	25 Oct. 1892	Maagbloeding.
6560	I	500.—	's Gravenhage ...	24 Sept. 1892	25 Oct. 1892	Idem.
7240	XVII	1,000.—	Charlois	9 Oct. 1892	29 Oct. 1892	Cholera asiatica.
8958	I	1,000.—	Apeldoorn	16 Nov. 1892	21 Nov. 1892	Rheumat. articul. en paralysis
6894	Ia	30,000.—	Batavia...	7 Nov. 1892	13 Dec. 1892	Hersenabces.
2219	XVII	8,000.—	Amsterdam	21 Nov. 1892	14 Dec. 1892	Tuberculosis.
4648	Ia	20,000.—	Malang	20 Nov. 1892	14 Dec. 1892	Apoplexia cerebri.
11196	XVII	3,000.—	Weenen...	23 Oct. 1892	17 Dec. 1892	Beklemde breuk.
2481	I	3,000.—	Bergen	7 Dec. 1892	21 Dec. 1892	Apoplexia cerebri.
5219	Ib	2,000.—	Shanghai	9 Oct. 1892	28 Dec. 1892	Acute mania.
10642	XVII	2,000.—	Utrecht...	22 Dec. 1892	31 Dec. 1892	Phthisis Florida.
2373	I	5,000.—	Utrecht...	12 Dec. 1892	9 Jan. 1893	Ingewanden.
10928	I	2,000.—	Scheifling	19 Dec. 1892	15 Jan. 1893	Morbus Brightii.
2498	I	3,000.—	Franeker	8 Jan. 1893	20 Jan. 1893	Nephritis.
5648	Ib	2,538.77	Weenen	29 Nov. 1892	23 Jan. 1893	Hersenziekte.
11641	XVII	1,000.—	Somodin	13 Dec. 1892	24 Jan. 1893	Longontsteking.
8442	XVII	4,800.—	Antwerpen	13 Jan. 1893	25 Jan. 1893	Typheuze koortsen.
7001	I	2,000.—	Rijsenburg	7 Jan. 1893	30 Jan. 1893	Nephritis.
5597	I	2,400.—	Marseille	27 Dec. 1892	31 Jan. 1893	Hartgebrek.
4608	I	4,000.—	Zeist	19 Jan. 1893	6 Febr. 1893	Gangraena pulmonum.
7363	XVII	6,000.—	Harveskhude ...	4 Nov. 1892	8 Febr. 1893	Verdronken.
5023	I	1,000.—	Spittelgrund ...	11 Febr. 1893	7 Maart 1893	Tuberculosis pulmonum.
1875	XVII	5,000.—	Op Zee...	18 Febr. 1893	15 Maart 1893	Apoplexia Cerebralis.
11734	XVII	1,000.—	Breda	6 Febr. 1893	17 Maart 1893	Pneumonie.
4907	Ia	3,000.—	Soemberdjeroek...	30 Jan. 1893	8 April 1893	Waterzucht.
9924	XVII	1,000.—	Oosterlittens ...	7 April 1893	21 April 1893	Hersenschudding.
8219	Ib	20,000.—	Sidanglaja	13 Febr. 1893	27 April 1893	Pseudo-leukaemia.
4536	XVII	4,000.—	Dragten	13 April 1893	28 April 1893	Pneumonie.
7364	Ib	10,000.—	Malang...	24 Maart 1893	3 Mei 1893	Intussusceptio intestinorum.
7581	XVII	10,000.—	Prigen	29 Maart 1893	4 Mei 1893	Febris typhoides.
9733	XVII	15,000.—	Prigen	29 Maart 1893	4 Mei 1893	idem
9890	XVII	5,000.—	Prigen	29 Maart 1893	4 Mei 1893	idem
9891	I	20,000.—	Prigen	29 Maart 1893	4 Mei 1893	idem
7548	XVII	3,000.—	Maurik	22 April 1893	5 Mei 1893	Enteritis tuberculosis.
9522	XVII	3,000.—	Dellach...	1 Maart 1893	9 Mei 1893	Ontsteking der baarmoeder en tuberculose der longen.
5649	XVII	1,000.—	Klagenfurt	4 April 1893	15 Mei 1893	Carcinoma.
6800	Ib	10,000.—	's Gravenhage ...	10 Mei 1893	22 Mei 1893	Croupeuze pneumonie.
1597	IV	3,000.—	Amsterdam	11 Mei 1893	24 Mei 1893	Gangraena pulmonum,
4218	I	1,440.—	Huelgoat	5 Mei 1893	25 Mei 1893	Bronchopneumonie.
6738	IV	2,000.—	Baden (Oostenrijk)	12 Mei 1893	2 Juni 1893	Levercirrhose.
7091	IV	4,692.72	Ployé	21 Mei 1893	19 Juni 1893	Pneumonie.
4149	XVII	4,800.—	Brussel...	4 Juni 1893	28 Juni 1893	Zelfmoord door vergifiging.
3279	IV	5,000.—	Djocjocarta	23 Oct. 1891	14 Juli 1893	Hooge koortsen.
1958	Ia	30,000.—	Heidelberg	8 Maart 1893	5 Aug. 1893	Ontsteking van het hersenvlies.
2010	Ia	20,000.—	Heidelberg	8 Maart 1893	5 Aug. 1893	idem
6842	IV	1,000.—	Haarlem	30 Juli 1893	16 Aug. 1893	Phthisis pulmonum.
7701	I	1,000.—	Weenen	5 Aug. 1893	21 Aug. 1893	Levercirrhose. Chron. bronchitis
12892	I	1,000.—	Budapest	13 Juni 1893	1 Sept. 1893	Longbloeding.
11808	I	2,500.—	Staphorst	24 Aug. 1893	8 Sept. 1893	Leverziekte.
10032	XVII	1,000.—	Spital a/Drau ...	22 Aug. 1893	15 Sept. 1893	Aand. v.d. klapvliezen v.h. hart.
13212	I	1,000.—	Klagenfurt	19 Aug. 1893	26 Sept. 1893	Kanker van de baarmoeder.
7412	I	3,500.—	Delft	17 Sept. 1893	2 Oct. 1893	Neoplasma laryngis et oesophagi.
7792	I	5,000.—	Rumburg	12 Aug. 1893	2 Oct. 1893	Aandoening v. h. hart.
8095	I	5,000.—	Sirnitz	27 Aug. 1893	13 Oct. 1893	Hartverlamming.
10514	I	5,000.—	Sirnitz	27 Aug. 1893	13 Oct. 1893	idem
2007	Ia	2,000.—	Amsterdam	20 Oct. 1893	31 Oct. 1893	Pneumonie.
7080	I	500.—	Brünn	22 Oct. 1893	8 Nov. 1893	Nephritis.
5526	I	500.—	Schwechat	8 Oct. 1893	11 Nov. 1893	Hartverlamming.
7569	XVII	2,500.—	's Gravenhage ...	7 Oct. 1893	23 Nov. 1893	Diabetes mellitus.
8314	XVII	2,000.—	Zwollerkerspel ...	28 Sept. 1893	23 Nov. 1893	Cholera.
4722	I	12,000.—	Parijs	14 Aug. 1893	24 Nov. 1893	Apoplexia cerebri.
6189	XVII	1,000.—	Wr. Neustadt ...	16 Nov. 1893	7 Dec. 1893	Beroerte.
3780	XVI	1,000.—	Ringelshain... ...	18 Sept. 1893	8 Dec. 1893	Hersenontsteking.
2728	I	5,000.—	's Gravenhage ...	9 Dec. 1893	16 Dec. 1893	Nephritis.
6310	XVII	2,000.—	Gabiona	30 Nov. 1893	20 Dec. 1893	Tuberculose v. d. longen, strottenhoofd en nieren.
8372	XVII	6,000.—	Hamburg	22 Nov. 1893	29 Dec. 1893	Invaginatie van den darm.
11054	I	5,000.—	Utrecht...	3 Jan. 1894	9 Jan. 1894	Acute, croupeuse pneumonie.
60	I	500.—	's Gravenhage ...	4 Jan. 1894	10 Jan. 1894	Verval van krachten.
11900	XVII	2,000.—	Judenburg	12 Nov. 1893	23 Jan. 1894	Tuberculose.
2023	I	11,125.—	Batavia...	23 Dec. 1893	24 Jan. 1894	Hersenberoerte
9353	XVII	5,000.—	Soerabaia	13 Jan. 1894	24 Jan. 1894	Buikvliesontsteking.
Transporteeren		1,839,367.45				

'Het gemis van de kennis der doodsoorzaaken van verzekerden zou toch op het eigenlijk verzekerings bedrijf wel geen of weinig directen invloed uitoefenen, doch voor eene ruimere ontwikkeling ervan, n.l. het dienstbaar maken der verzekering voor zoogenaamd minderwaardige levens zou het een groot struikelblok en oorzaak kunnen worden dat Nederland, de bakermat van het levensverzekerings-wezen, in de toekomst meer gelijken tred hield met hetgeen in de beschaafde landen op dit gebied wordt gedaan.'[77]

Van Geuns betoogt:

'Voor de studiën, die door sommige geneeskundige adviseurs in hun archieven gemaakt zijn, is de kennis der doodsoorzaak der verzekerden een onmisbare factor. Zij is daarbij wat de sectie voor de klinicus is. Immers nu er telkens meer verzekerden aangenomen worden met een niet volkomen schoone gezondheidsverklaring, is het onvoorwaardelijk noodzakelijk, dat het blijke bij hun eventueel overlijden in hoeverre abnormaliteit schuld aan het overlijden heeft.'[78]

De doodsoorzaak zoals levensverzekeringsmaatschappijen die verlangen betreft overigens meer informatie dan de doodsoorzaak zoals artsen die doorgeven aan de burgerlijke stand. Daarbij gaat het om de middellijke en onmiddellijke stervensoorzaak, waarbij artsen zich deze in vrij algemene termen kunnen aangeven. Levensverzekeringsmaatschappijen willen echter meer details weten, zoals een precieze diagnose van de ziekte waaraan men leed, de duur van de klachten en van de medische behandeling, en een nauwkeurige beschrijving van de stervensoorzaak.[79]

Het argument van de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen is krachtig omdat wetenschap door vrijwel iedereen geassocieerd wordt met maatschappelijke vooruitgang, objectiviteit, rationaliteit en het algemeen belang. Wetenschap symboliseert een vorm van onpartijdige openbaarheid. Doordat verzekeringsmaatschappijen en hun vertegenwoordigers doodsoorzaakverklaringen koppelen aan de mogelijkheid wetenschappelijke inzichten te verwerven in sterftepatronen, verschaffen ze de geldigheid van afgifte van deze verklaringen door behandelend artsen een grote mate van evidentie. Tegelijkertijd wordt de weigering deze af te geven voorgesteld als een subjectieve, onredelijke en betwistbare handelingswijze.

'Het mag niet noodzakelijk worden, iederen verzekerde voor te houden: "Kies u tot huis-arts een man, die een open oog heeft voor de wetenschap en die niet in beginsel door eene subjectieve opvatting de uitkeering op uwe polis in gevaar brengt."'[80]

Overigens zijn er ook artsen die de noodzaak van deze verklaringen betwisten, omdat andere barrières voor de opbouw van een dergelijke statistiek veel zwaarder zouden wegen dan het ontbreken van doodsoorzaakverklaringen.

> 'al maakten alle geneeskundigen gebruik van de door het ontwerp te geven "bevoegdheid", de opgaven zouden loopen over een betrekkelijk te klein aantal personen, dan dat een betrouwbare statistiek zou worden verkregen. Daarom scheen aan deze leden de verklaring ook voor de wetenschap en de ontwikkeling van het verzekeringswezen niet van genoeg belang om haar als een onafwijsbaren eisch te erkennen.'[81]

Hoewel dit argument, zo blijkt in het volgende hoofdstuk, wel degelijk hout snijdt, speelt ze in het debat over het beroepsgeheim een ondergeschikte rol.

Zelfmoord als ziekte

Vanaf het begin van de twintigste eeuw wordt het idee dat doodsoorzaakverklaringen ook dienen om bedrog van verzekerden tegen te gaan weliswaar niet verlaten, maar het wordt wel veel minder prominent naar voren gebracht dan het argument dat ze noodzakelijk zijn voor wetenschappelijk inzicht in de levensverwachting van verzekerden. Dit heeft niet alleen te maken met de behoefte aan een statistiek van de levensduur van niet-helemaal-gezonden. Tegelijkertijd wordt de waarde van doodsoorzaakverklaringen voor de ontmaskering van bedrog door verzekerden sterk gerelativeerd. Veranderende inzichten over zelfmoord in de zich ontwikkelende psychiatrie leiden ertoe dat met name aan de mogelijkheid van bedrog door zelfmoord minder waarde wordt gehecht.

In een artikel in *Archief voor de verzekerings-wetenschap* in 1894 verzet de psychiater Winkler zich tegen het idee dat een zelfmoordenaar onberekenbaar is en een storing zou veroorzaken in de statistische regelmatigheid van de sterftetabel, waartegen de maatschappijen zich zouden moeten wapenen. Zelfmoord is volgens hem een ziekte, vaak onder de noemer krankzinnigheid te rangschikken.

> 'Mij is persoonlijk geen geval, dat ik nauwkeurig kon onderzoeken, bekend, of er bestonden zeer sterke psychische afwijkingen van den persoon, die hem bedreef.'[82]

Als ziekte vertoont zelfmoord volgens Winkler een zekere regelmaat. Vooropgezette pogingen om de levensverzekeringsmaatschappijen te be-

dotten zullen zeer zeldzaam zijn. Zelfmoord – Winkler prefereert de term 'zelfdooding' – zou dan ook, net als alle andere doodsoorzaken, als een natuurlijke doodsoorzaak moeten gelden. Winkler wordt daarin gesteund door Wijlacker.

> 'Ik meen, dat de levensverzekeraars rationeel zouden handelen, door zich te voegen naar het oordeel van de meerderheid der medici, n.l. door kortweg aan te nemen dat zelfmoordenaars krankzinnigen zijn en dus hun dood, al is die ook gewelddadig, als het gevolg eener ziekte te beschouwen en daarom – in navolging der Nieuw-Zeelandsche Staats-Levensverzekering, die nochtans den korten termijn van zes maanden stelt – bij zelfmoord ten allen tijde uit te keeren.'[83]

In het verlengde daarvan pleit Wijlacker ervoor de medische keuring niet te beperken tot onderzoek van de lichamelijke gezondheid, maar ook aandacht te besteden aan de 'psychische toestand van den candidaat-verzekerde'. Tot 1920 speelt de 'psyche' bij de keuring echter geen rol van betekenis.

Uit een onderzoek van de feuilletonschrijver van Dixi, in 1909 onder 32 maatschappijen, blijkt dat de polisvoorwaarden over zelfmoord als doodsoorzaak nogal verschillen. Sommige betalen niet uit, andere storten de premiereserve terug of betalen de afkoopwaarde. Weer andere betalen de gehele verzekerde som uit mits de zelfmoord niet binnen een periode van twee of drie jaar na het afsluiten van de verzekering plaatsvindt.[84] Dixi laat er geen twijfel over bestaan dat een maatschappij verplicht is het risico van vooropgezette zelfmoord te vermijden en dat zelfmoordbepaling dus niet in de verzekeringsvoorwaarden mag ontbreken. Het schrappen van dergelijke clausules zou volgens hem bedrog uitlokken, hetgeen onbillijk is tegenover de andere verzekerden.

Deze clausule – niet uitbetalen bij zelfmoord – moet volgens hem echter niet te letterlijk worden genomen. Maatschappijen dienen in geval van zelfmoord humaan en mild te handelen, en het lot van de nabestaanden niet uit het oog te verliezen.

> 'In onze dagen treedt bij dit contract de moreele verplichting meer en meer naar voren, en om die reden is het nuttig, de openbaare meening nu en dan aan het woord te laten, die eischt, dat zelfmoord zal worden opgenomen onder de gewone oorzaken van overlijden.'[85]

De weigering om uit te keren aan de nabestaanden van een werkman in een machinefabriek die aan één oog blind is, die door een ijzersplinter ook aan het andere oog blind wordt en uit wanhoop over de totale afhanke-

lijkheid van anderen zelfmoord pleegt, vormt volgens DIXI een voorbeeld van onterechte handhaving van strenge zelfmoordbepalingen. In een dergelijke situatie ligt uitbetaling in de rede.

Vrede van Tilburg

In tegenstelling tot een juridische regeling van het conflict over het beroepsgeheim blijkt het argument van de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen wel in staat om het compromis te dragen tussen rekkelijken en preciezen zoals dat uiteindelijk door de NMG geformuleerd wordt, en dat als de Vrede van Tilburg (1910) de geschiedenis in zal gaan. Aanhoudende discussies over het beroepsgeheim resulteren erin dat de NMG in 1907 nogmaals een commissie instelt die de 'verhouding der geneeskundigen ten opzichte der levensverzekeringsmaatschappijen' moet onderzoeken. Deze commissie bestaat uit drie geneeskundigen, waaronder de verdediger van het 'secret absolu' Pinkhof, een wiskundig adviseur van een levensverzekeringsmaatschappij en de directeur van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente te Amsterdam, Van Schevichaven.[86] Met uitzondering van Pinkhof zijn de commissieleden het erover eens dat er geen gezondheidsattesten dienen te worden gegeven, dat met toestemming van de kandidaat-verzekerde de behandelend arts extra inlichtingen kan verschaffen aan de medisch adviseurs – als aanvulling op het keuringsrapport – én dat elke arts vrijheid van handelen heeft ten aanzien van de afgifte van doodsoorzaakverklaringen, mits de verzekerde de behandelend arts daartoe toestemming heeft gegeven.

> 'Zij wenscht daarom een ieder volledige vrijheid van handelen te laten, om een verklaring van overlijden met opgave der doodsoorzaak ten behoeve van levensverzekerings-maatschappijen af te geven, wanneer de verzekerde hiertoe machtiging heeft verleend.'[87]

Dit voorstel wordt gemotiveerd door een onderzoek onder 105 verzekeringsmaatschappijen,[88] waaruit de opbouw van statistieken als hoogst noodzakelijk naar voren komt.

> 'De maatschappijen van levensverzekeringen achten de opgave der doodsoorzaak dringend noodig. Zij kunnen van deze verklaringen geen afstand doen.'[89]

Daarbij is het voor de commissieleden niet onbelangrijk dat niet alleen de directies, maar ook de medisch adviseurs de onmisbaarheid van doodsoorzaakverklaringen met klem naar voren brengen.

'De geneeskundig adviseurs staan hier volkomen aan hun zijde. De opgaven zijn onmisbaar, en wel met het oog op het verkrijgen eener goede statistiek, en de daarmee innig samenhangende verzekering der zoogenaamde risques tarés, het constateeren van gepleegd bedrog en het oefenen van contrôle op geneeskundigen en verzekerden. Het geldt hier dus niet het belang der maatschappij alleen, maar niet minder ook dat van de verzekerden, terwijl ook de medische wetenschap belangrijke gegevens daaruit zou kunnen putten. Immers alleen door te kunnen beschikken over de opgave der doodsoorzaken is het mogelijk een juist oordeel te vormen over de mogelijkheid om ook hen aan te nemen, die om eenige reden een niet normaal risico aanbieden, en juist voor die z.g. minderwaardige levens kan het sluiten eener levensverzekering van zoo uiterst groot belang zijn.'[90]

De commissie concludeert dat deze verklaringen voor de ontwikkeling van het levensverzekeringswezen van groot belang zijn, terwijl vele artsen deze in de praktijk bovendien meestal ook geven. De enige manier om de relatie tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen te normaliseren is volgens de commissie dat

'de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst het doctrinaire standpunt van vroeger inzake het beroepsgeheim kan verlaten.'[91]

Het staat volgens haar vast dat

'het tot heden door vele geneeskundigen ingenomen standpunt op den duur zal blijken niet gehandhaafd te kunnen worden.'[92]

In zijn minderheidsnota merkt Pinkhof op dat hij welwillend is opgaven van de doodsoorzaak aan de medisch adviseur te geven ten behoeve van de statistiek, maar dat de maatschappijen daarmee niet tevreden zijn omdat het opsporen van bedrog dan uitgesloten is. Dit duidt er volgens hem op dat het statistiekargument helemaal niet zo zwaar weegt als de maatschappijen doen voorkomen.

'Zolang de levensverzekering haar eigen burgelijke gedingen berechtende, de behandelende artsen als getuigen oproept, en, in tegenstelling met den rechter, hun geen verschooningrecht wil toekennen, acht ondergetekende het voor hen onjuist ooit als getuige op te treden. Maar zoodra aan hun verklaring iedere beteekenis van getuigenis zal zijn ontnomen, zal het op ons aller weg liggen aan de verzekeringswetenschap de bescheiden hulp te bieden, waartoe zij ons gelegenheid geeft.'[93]

Pinkhof weet met zijn minderheidsstandpunt niet veel aanhang te mobiliseren. Hoewel sommige geneeskundigen vinden dat de NMG aan de gewetensbezwaren van een minderheid van artsen tegemoet moet komen door als vereniging te weigeren doodsoorzaakverklaringen te geven,[94] stelt de voorzitter van de commisie, Van der Meulen, dat 80% van de doodsoorzaakverklaringen wel wordt afgegeven en dat het onbillijk is dat een minderheid de meerderheid haar wil op zou leggen.[95] De NMG besluit op haar algemene ledenvergadering in Tilburg in 1910 met meerderheid van stemmen dat het voorstel van de commissie wordt aangenomen, waarmee de Vrede van Tilburg een feit is.

In verzekeringskringen is men verdeeld over dit besluit. Want terwijl sommige artsen verbolgen zijn dat het medici vrijstaat doodsoorzaakverklaringen te geven, zo zijn diverse maatschappijen juist ontevreden omdat het artsen vrijlaat deze verklaringen te weigeren. De redacteur van het verzekeringsblad *Mentor*, Beerends, polst zelfs onder 49 levensverzekeringsmaatschappijen of er nieuwe besprekingen met de NMG gestart moeten worden voor een beter compromis. Twintig zijn daarvoor, vijftien tegen, zes zijn niet tegen maar achten het tijdstip ongeschikt, en de rest is niet zo duidelijk voor of tegen het voorstel.[96] Omdat de meeste maatschappijen opgelucht zijn dat er eindelijk een doorbraak is in het debat over het beroepsgeheim besluit men de zaak te laten rusten. Ook onder artsen is de kwestie beroepsgeheim met de Vrede van Tilburg niet afgesloten. Desalniettemin neemt de heftigheid van het debat na 1910 af en verschijnen er minder artikelen en ingezonden brieven over dit thema.

Met de Vrede van Tilburg trekken de rekkelijken aan het langste eind. Het compromis dat elke arts naar eigen goeddunken kan handelen inzake de afgifte van doodsoorzaakverklaringen betekent dat het standpunt van handhaving van het absolute beroepsgeheim verlaten is. In de toelichting op dit besluit wordt een beroep gedaan op artsen om mee te werken aan het levensverzekeringsbedrijf omdat ze een belangrijke maatschappelijke functie vertegenwoordigt waarbij artsen niet in de weg moeten staan. De basis van het compromis wordt echter gevormd door het argument dat wetenschappelijk inzicht in de levensduur van verzekerden door middel van de opbouw van statistieken cruciaal is voor de bedrijfstak en het algemeen belang.

De kracht van een argument

Hoe komt het dat het argument van de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen rond 1910 voldoende overtuigingskracht heeft om de Vrede van Tilburg te dragen, terwijl dit argument eerder niet zoveel steun kon mobiliseren? Het feit, waar eerder op gewezen is, dat de

wetenschappelijke waarde van deze verklaringen meer gewicht krijgt dan de mogelijkheid tot opsporing van bedrog, is immers eerder een uitdrukking van die ontwikkeling dan een verklaring. Om de appèlkracht van het wetenschapsargument te begrijpen moeten we een blik werpen op andere ontwikkelingen in de geneeskunde die zich tegelijkertijd voltrekken.

Zo wordt geneeskunde na de eeuwwisseling meer en meer een vak waarin naast de therapeutische praktijk wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke dienstverlening belangrijk zijn. Dit brengt met zich mee dat de therapeutische functie van artsen, en de relatie tussen arts en patiënt, niet meer vanzelfsprekend het uitgangspunt zijn om medisch-ethische kwesties te beoordelen. De verwetenschappelijking van de geneeskunde betekent dat er een infrastructuur voor experimenteel medisch-wetenschappelijk onderzoek ontstaat, en dat kennisproductie als medische activiteit een grote mate van zelfstandigheid verwerft ten opzichte van de therapeutische praktijk. Vermaatschappelijking van de geneeskunde betekent dat de geneeskunde verweven raakt met de staat, het recht, verzekeringsinstellingen en andere instituties en dat medische expertise steeds meer cultureel gezag verwerft. Het werk dat artsen voor deze instituties verrichten groeit uit van een bijbaan tot volwaardige, zelfstandige functies, en men pleit ervoor vakken zoals sociale geneeskunde als specialisme aan de universiteiten te onderwijzen. Verwetenschappelijking en vermaatschappelijking zijn natuurlijk ontwikkelingen die reeds eerder in de negentiende eeuw in gang zijn gezet, maar dat laat onverlet dat zij lange tijd niet in strijd raakten met het therapeutische perspectief. Veeleer werden zij als dienstbaar aan dat perspectief of als aanvullend beschouwd. Aan het begin van de twintigste eeuw gaat het therapeutisch perspectief echter met andere perspectieven concurreren, en kan het belang van de wetenschap soms zwaarder wegen.[97]

De overtuigingskracht van het argument van de wetenschappelijke relevantie van doodsoorzaakverklaringen onder geneeskundigen hangt echter ook samen met de verminderde weerstand tegen de mogelijkheid die doodsoorzaakverklaringen bieden tot controle op artsen die keuringen verrichten. Hoewel artsen dergelijke controle niet op prijs stellen, wordt het steeds minder acceptabel om daar publiekelijk gewag van te doen. De sfeer van medische openbaarheid die met de bureaucratisering van het levensverzekeringsnetwerk is ontstaan, heeft voor velen de noodzaak van die controle door medisch adviseurs aangetoond. Voorbeelden van artsen die in de ogen van verzekeringsmaatschappijen en hun medisch adviseurs hun werk niet goed doen zijn, zo bleek in hoofdstuk 2, genoegzaam bekend. Ook via andere wegen raken artsen echter langzaam maar zeker bekend met collegiale controle. De uitvoering van de Ongevallenwet 1901

brengt bijvoorbeeld met zich mee dat controle-artsen het herstel van ongevalsslachtoffers volgen en dus 'controleren' of de therapeutische voorschriften van hun huisarts wel adequaat zijn.[98] Velen verzetten zich tegen dit soort collegiale bemoeienis, maar in een rapport van een NMG-commissie over de relatie tussen behandelend artsen en controle-artsen in 1911 noemt de commissie het idee dat artsen geen controle zouden behoeven omdat ze onfeilbaar zijn antiek.[99] Ook moeten artsen in het kader van diverse beroepsprocedures over de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 in het openbaar verantwoording afleggen over de gestelde diagnose, prognose en therapie, waarbij behandelend artsen en controle-artsen niet zelden met elkaar van mening verschillen.[100] Ten slotte vindt de acceptatie van het idee van collegiale controle weerslag in de instelling door de NMG van Raden van Toezicht in elke afdeling en van een Centrale Commissie Beroepsbelangen in 1902.[101] Een weigering om doodsoorzaakverklaringen te geven met een beroep op het afwijzen van controle, hetgeen voor 1900 een legitieme handelwijze is, wordt na 1900 in toenemende mate controversieel.

De totstandkoming van de Vrede van Tilburg vormt de uitdrukking van het ontstaan van een nieuw evenwicht tussen geneeskunde en samenleving, nadat deze verhouding decennia lang sterk in beweging was. De spanning tussen geneeskunde en maatschappij is zeker niet van de baan, maar het is duidelijk dat het gezag van de wetenschap, althans ten dele, als spanningsafleider kan dienen, en de betrokkenheid van behandelend artsen verzorgingsarrangementen zoals levensverzekeringsmaatschappijen kan legitimeren.

OPENBAARHEID EN GEHEIM

Wie door een professiesociologische bril naar het debat over het beroepsgeheim kijkt, zal waarschijnlijk opmerken dat in dit debat de vraag centraal staat hoe artsen, op wie patiënten gezien hun professionele monopoliepositie noodgedwongen aangewezen zijn, om moeten gaan met kennis van het leven van hun patiënten in relatie tot derden, in dit geval levensverzekeringsmaatschappijen. Dit is echter geen adequate interpretatie van het debat. In dat geval had het debat over het beroepsgeheim immers reeds eerder gevoerd moeten worden, bijvoorbeeld in het kader van de aangifte van besmettelijke ziekten. Een professionaliseringtheoretische interpretatie, die de medische beroepsgroep als een professionele eenheid kenschetst, doet geen recht aan de meningsverschillen over het beroepsgeheim binnen de medische professie, noch aan de heftigheid van het debat, en evenmin aan de specifieke context van het debat en het ongeplande karakter van de uitkomst ervan.

In het debat over het beroepsgeheim komen rekkelijken en preciezen lijnrecht tegenover elkaar te staan. De tegenstelling tussen beide stromingen biedt inzicht in de symbolische betekenis van dit debat. Het debat markeert belangrijke transformaties in het medisch beroep rond de eeuwwisseling, in arts-patiënt relaties en in collegiale verhoudingen als artsen betrokken worden bij grootschalige verzorgingsarrangementen. De morele exclusiviteit van het medisch beroep, het paternalistische en persoonlijke karakter van arts-patiënt relaties en de autonomie van artsen in hun beroepsuitoefening maken plaats voor maatschappelijke inbedding van het medisch beroep, gelijker maar tevens onpersoonlijke en formeler arts-patiënt relaties, en groeiende, goeddeels bureaucratische, collegiale controle.

Het debat over het beroepsgeheim laat zien hoe de NMG een stempel drukt op de opbouw van het levensverzekeringsnetwerk door grenzen te stellen aan de inzet van behandelend artsen. Ze maakt tevens duidelijk hoe behandelend artsen, ondanks een veelvuldig beroep op hun beroepsgeheim en de vertrouwensrelatie met patiënten, in het levensverzekeringsnetwerk ingelijfd worden. Ondanks de introductie van de keuringsarts toont de NMG zich namelijk wel bereid behandelend artsen aanvullende informatie te laten geven over de gezondheid van patiënten, omdat dit voorkomt dat ontbrekende informatie een barrière vormt voor het afsluiten van een verzekering. Deze concessie kan gezien worden als een bevestiging van het zelfbeeld van het levensverzekeringsbedrijf als een bedrijf met een belangrijke maatschappelijke functie, namelijk armoedebestrijding, én van het idee dat de geneeskunde mee dient te werken aan een dergelijke zorgvoorziening van algemeen belang.

In de tweede plaats toont de NMG zich bereid behandelend artsen doodsoorzaakverklaringen af te laten geven aan het levensverzekeringsbedrijf. Deze consessie is vooral een knieval voor de wetenschap. Het idee dat dergelijke verklaringen de noodzakelijke grondstof vormen voor de opbouw van sterftestatistieken, die de wetenschappelijke basis vormen van de verzekering, en eventueel uitbreiding van de verzekering naar niet-helemaal-gezonden mogelijk maken, is moeilijk te weerstaan. Dat betekent niet dat artsen het levensverzekeringsbedrijf terwille zijn en bezwijken voor commerciële belangen, maar dat ze buigen voor het algemeen belang, en de wetenschap vormt aan het begin van de twintigste eeuw een belangrijk voertuig van dat algemeen belang.

Deze concessies van de NMG aan het levensverzekeringsbedrijf reflecteren de groeiende dominantie van de rekkelijken in het debat over het beroepsgeheim. Anders gezegd, de rekkelijke definitie van algemeen belang wint het van de precieze. Pinkhof en zijn medestanders definiëren de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt als een kwestie van algemeen

belang, waaraan andere belangen – hoe zwaarwegend ook – per definitie ondergeschikt zijn. De ideaaltypische medische praktijk vanwaaruit zij redeneren is de therapeutische praktijk. De concessies van de NMG impliceren dat het belang van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet meer bij voorbaat als meer algemeen geldt, en dus zwaarder dient te wegen, dan het belang van armoedebestrijding of het belang van wetenschap. Het verloop van de discussies over het beroepsgeheim laat zien hoe processen van vermaatschappelijking en verwetenschappelijking van de geneeskunde hun weerslag hebben op de structuur van debatten. Als het gaat om afwegingen inzake medisch-ethische kwesties is het na 1910 voor artsen niet langer vanzelfsprekend om de geneeskunde als een therapeutische praktijk tot uitgangs- en oriëntatiepunt te nemen boven de geneeskunde als een wetenschappelijke of een maatschappelijke praktijk.[102]

De heftigheid van het debat over het beroepsgeheim en de verschuiving van het 'absolute geheim' naar een flexibele opstelling inzake mededelingen aan derden moeten ook gezien worden in het licht van de specifieke context van het debat, namelijk de band met commerciële levensverzekeringsmaatschappijen vanaf 1880 en de toenemende openbaarheid van medisch handelen en medische expertise. Natuurlijk klapten 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 arts en patiënt een exclusieve, intieme relatie met elkaar onderhielden en de expertise van artsen was niet in het geding. Met de bureaucratisering van het levensverzekeringsnetwerk – de schriftelijke en gedetailleerde explicitering van diagnoses en prognoses op keuringsformulieren en doodsoorzaakverklaringen – verandert de betekenis van uit de school klappen. De nieuwe eisen die aan artsen gesteld worden met betrekking tot verslaglegging, tezamen met de groeiende controle op hun werk, maakt hun kwetsbaar. De heftigheid van het debat onthult dat naast het geheim van de patiënt, ook het geheim van de arts in het geding is. Niet alleen de grenzen van het privé-leven van patiënten staan ter discussie, maar ook de grenzen van de kennis van artsen, en het debat onthult de angst voor ontmaskering van gebrekkige expertise.

Het paradoxale feit doet zich dus voor dat het strikte geheim fungeert in een omgeving waarin weinig exacte kennis over de gezondheid van patiënten beschikbaar is. Het idee van veel preciezen dat het beter is dat artsen patiënten niet de bevindingen van een onderzoek meedelen en dat men familieleden beter niet de doodsoorzaak mededeelt, is begrijpelijk in het licht van een lange traditie van 'therapeutisch zwijgen' en van het feit dat geslachtsziekten, erfelijke ziekten en zelfmoord rond de eeuwwisseling

met taboes omgeven zijn omdat ze een smet op iemands reputatie werpen. De norm van niet-vertellen betekent echter ook dat artsen vaak niet-weten en net als patiënten in het duister tasten omtrent diagnose en prognose. En veelvuldig zwijgen brengt met zich mee dat artsen niet leren hun beeld van een patiënt onder woorden te brengen. De toename van openbaarheid, zoals die ook in het vorige hoofdstuk aan de orde kwam, leidt daarentegen tot productie van meer gedetailleerde informatie over de gezondheid van mensen, hun ziekteverleden en hun dood. De ontwikkeling van afhankelijkheidsrelaties tussen levensverzekeringsmaatschappijen en behandelend artsen in het bureaucratisch levensverzekeringsnetwerk, dat steeds meer weten genereert en waarin dus ook meer te verbergen valt, resulteert er dus in dat het beroepsgeheim minder stringent wordt gedefinieerd.

De uitkomst van het debat, afstand doen van het absolute beroepsgeheim, kan moeilijk geïnterpreteerd worden als het resultaat van het intentionele handelen van de medische professie, dat gericht zou zijn op het handhaven en uitbreiden van professionele autonomie. Niet alleen omdat die een verdeeld huis is, maar ook omdat geen van de partijen het verloop van het debat kan voorzien en beheersen en het zich ten dele achter de ruggen van de deelnemers om voltrekt. Zo vormt het debat een voortzetting van discussies die in het midden van de negentiende eeuw zijn gevoerd over de verhouding van artsen tot de staat.[103] Toen pleitten de liberale artsen, de hygiënisten, in het kader van verbetering van de volksgezondheid voor meer staatsingrijpen en zij waren bereid daartoe iets van de autonomie van artsen prijs te geven. Voor deze hygiënisten vormde wetenschappelijk, statistisch onderzoek een belangrijk breekijzer om dit staatingrijpen te legitimeren. De conservatieve artsen verzetten zich echter tegen 'staatsalmacht' en wezen bemoeienis van derden met hun beroepsuitoefening af. De positie van de liberalen en de conservatieven in de negentiende eeuw is vergelijkbaar met die van de rekkelijken en preciezen rond de eeuwwisseling. De rekkelijken beschouwen meewerking van artsen aan de uitbouw van verzorgingsarrangementen een goede zaak en zijn bereid daartoe de professionele autonomie van artsen in te perken. Net als voor hun liberale voorgangers vormt ook voor hen de wetenschap een belangrijke bondgenoot. De preciezen willen baas blijven in eigen spreekkamer en wijzen bemoeienis van derden met hun beroepsuitoefening af. De verschillende stromingen in het debat over het beroepsgeheim komen dus geenszins uit de lucht vallen maar zijn in de geschiedenis van de geneeskunde voorgevormd.

De uitkomst van het debat is ook in die zin onvoorzien dat ze verder reikt dan de verhouding van NMG tot het levensverzekeringswezen. Ze is vergelijkbaar met de regulering van de verhouding met andere grootscha-

lige verzekeringsinstellingen zoals de Rijks Verzekerings Bank en de Werkgevers Risico Bank, die de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 voor een groot deel voor hun rekening nemen. In de discussie over het beroepsgeheim wordt duidelijk dat artsen behandeling van eigen patiënten niet kunnen en willen combineren met activiteiten voor derden, zoals bijvoorbeeld het keuren en gezond verklaren van levensverzekeringskandidaten. Het beroepsgeheim vormt een argument om te weigeren kennis die in de therapeutische vertrouwensrelatie verkregen is, aan levensverzekeringsmaatschappijen te verstrekken. Ditzelfde argument zien we terug in pleidooien van scheiding tussen behandeling en controle bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1901: artsen willen niet hun eigen patiënten controleren op naleving van therapeutische voorschriften en simulatie.[104] Informatie die zij in het kader van de behandeling te weten komen willen ze niet doorgeven aan de uitvoerders van de Ongevallenwet. Met het feit dat de NMG levensverzekeringsmaatschappijen min of meer dwingt tot introductie van 'de keuringsarts', structureren zij ook het netwerk rond de Ongevallenwet 1901 voor. De mogelijkheid de controle op ongevalsslachtoffers uit te laten voeren door de behandelend arts, die zijn patiënt immers het beste kent, hoewel door sommigen bepleit, is van meet af aan eigenlijk geen serieuze optie. De regulering van het beroepsgeheim die resulteert in de introductie van keuringsartsen in het levensverzekeringsnetwerk brengt met zich mee dat men voor uitvoering van de Ongevallenwet 'controle-artsen' moet introduceren. De flexibele opvatting van het beroepsgeheim zoals dat in het levensverzekeringsnetwerk gestalte krijgt, maakt het echter ook bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 mogelijk dat informatie van behandelend artsen over de diagnose en de prognose van ongevalsslachtoffers centraal wordt verzameld.

Hoewel het voor de hand ligt de ontwikkeling die leidt tot de Vrede van Tilburg te interpreteren als de uitholling van het beroepsgeheim als een medisch-ethische code om patiënten te beschermen tegen openbaring van geheimen in bijzijn van derden, zet deze interpretatie ons op het verkeerde spoor. Met de vorming van netwerken en de afhankelijkheidsrelaties tussen artsen, patiënten én derden is er namelijk geen sprake meer van een geheim in de betekenis die artsen daar eerder in de achttiende en negentiende eeuw aan hechten. De oude betekenis van het beroepsgeheim impliceert namelijk dat 'de derde' zich buiten het relevante netwerk van arts en patiënt bevindt. Het debat over het beroepsgeheim laat echter zien hoe 'de derde' een onderdeel wordt van het netwerk en hoe de partijen wederzijds van elkaar afhankelijk worden. Het grootschalige, bureaucratische karakter van dit netwerk resulteert bovendien in de transformatie van patiënten tot geanonimiseerde burgers en van geheimen tot zakelijke

informatie. Met de opbouw van het levensverzekeringsnetwerk wordt het beroepsgeheim in zijn oude betekenis niet uitgehold, het wordt opgeheven.

4 Gezonde en ongezonde risico's

INLEIDING

> 'Het levensverzekeringsbedrijf heeft de geneeskundigen als het ware gedwongen, zich toe te leggen op de kunst der voorzegging en zich te doordringen van de beteekenis, die ieder verschijnsel bij den gezonden en zieken mensch voor zijn vermoedelijken levensduur heeft.'[1]

De oprichting van levensverzekeringsmaatschappijen in de tweede helft van de negentiende eeuw vormt bij uitstek een uitdrukking van de ontwikkeling van een risicocultuur, waarin mensen de tegenslagen van het leven niet als hun lot accepteren, maar zich voorbereiden op mogelijke tegenspoed in de toekomst.[2] Kleine, lokale verzekeringsfondsen speelden een belangrijke rol in deze ontwikkeling. Door mogelijkheden te bieden om voorzorg tegen het noodlot te treffen droegen ze bij aan de ontwikkeling van een toekomstgerichte attitude, en aan een moraal die bevestigt dat het juist is verder te kijken dan het hier en nu. Binnen de context van grootschalige levensverzekeringsbedrijven wordt tegenslag echter niet meer in termen van het noodlot, maar in termen van kansen en risico's gedefinieerd.

Waar het noodlot min of meer willekeurig toeslaat, kunnen risico's met wetenschappelijke middelen berekend worden.[3] En waar men zich tegen de gevolgen van het noodlot slechts kan beschermen, genereert het denken in termen van risico's tevens het idee dat men de omvang van het risico kan beïnvloeden. Het lot dient men te dragen en de actieve bijdrage van mensen beperkt zich ertoe het lot niet te tarten. Het denken in termen van risico's gaat daarentegen gepaard met een rationalistische, interventionistische attitude, gericht op beheersing en controle van die risico's. In dit hoofdstuk staat de bijdrage van levensverzekeringsmaatschappijen aan de ontwikkeling van een risicocultuur centraal: de praktijk van risicoselectie.

Hedendaagse discussies over de selectie van risico's door het levensverzekeringsbedrijf, bijvoorbeeld over de verzekerbaarheid van mensen met

specifieke ziekten of over de gevolgen van het diagnosticeren van ziekten tijdens de keuring, worden vaak gevoerd in termen van de relatie tussen het economische eigenbelang van de maatschappijen en de belangen van verzekerden. Daarbij wordt de indruk gewekt dat er een spanning bestaat tussen economie en moraal die intrinsiek en a priori met het commerciële, privaatrechtelijke levensverzekeringsbedrijf en haar praktijk van risicoselectie verbonden is. Een dergelijke gedachtengang gaat gepaard met het idee dat commerciële maatschappijen het dilemma tussen economie en ethiek altijd op dezelfde wijze met zich mee hebben gevoerd en dat de ontwikkeling van de bedrijfstak en haar omgeving de relatie tussen economie en ethiek onberoerd laat. Die veronderstelling, zo zal blijken, is niet juist. Het onderscheid tussen economie en ethiek, tussen private en algemene belangen, vormt, in plaats van een uitgangspunt voor de ontwikkeling van risicoselectie tussen 1880 en 1930, het resultaat van dat proces.

Zoals eerder in dit boek is beschreven, vormen economische en ethische doelstellingen van het levensverzekeringsbedrijf tijdens de vestigingsperiode tussen 1880 en 1900 een harmonieus paar en worden bedrijfsbelang en algemeen belang niet scherp van elkaar onderscheiden. Zolang de bedrijfstak bezig is zich te vestigen en zolang ze haar claim dat ze een betrouwbare vorm van armoedebestrijding vertegenwoordigt voor een sceptisch publiek moet waarmaken, gaan economie en ethiek hand in hand. In het licht van het zelfbeeld van de maatschappijen geldt risicoselectie, het medisch-wetenschappelijk fundament van de levensverzekering, namelijk niet alleen als een basis voor de economische overleving van een maatschappij, maar ook als een uitdrukking van de betrouwbaarheid van deze vorm van armoedebestrijding en van de objectiviteit en rechtvaardigheid van de toelatingsprocedures. Terwijl schatting van de gezondheid aan het begin van de negentiende eeuw vaak verbonden was met de rang of stand van de verzekeringskandidaat in kwestie, impliceert het idee van risicoselectie op medisch-wetenschappelijke gronden dat, in plaats van rang of stand, objectieve maatstaven voor de bepaling levenskansen doorslaggevend zijn voor toelating tot de verzekering en dat niemand ten onrechte de toegang tot de verzekering wordt geweigerd. Omdat de medische wetenschap geassocieerd wordt met openbaarheid en publieke controle vormt ze een belangrijke schakel in de constructie van het levensverzekeringsbedrijf als een betrouwbare bedrijfstak. Risicoselectie vormt dus de noemer waaronder economische en ethische doelstellingen vrijwel naadloos met elkaar worden verbonden en medisch adviseurs, die verantwoordelijk zijn voor die selectie, vormen de belichaming van die verbinding. Gaandeweg de succesvolle vestiging van deze bedrijfstak en de institutionalisering van risicoselectie worden economische en ethische

doelstellingen echter als verschillend en zelfs tegengesteld gedefinieerd en ontstaat er spanning tussen wat dan het bedrijfsbelang en het algemeen belang genoemd zal gaan worden. Dit laat sporen na in de betekenis van medisch-wetenschappelijke expertise voor risicoselectie.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van twee problemen rond risicoselectie – de uitsluiting van minderwaardige levens en het periodiek geneeskundig onderzoek – geïllustreerd hoe risicoselectie transformeert van een praktijk waarbinnen economie en ethiek harmonieus samengaan tot een praktijk waarin zij op gespannen voet met elkaar komen te staan. Terwijl in voorgaande hoofdstukken de positie van resp. keuringsartsen en behandelend artsen centraal stond, gaat het in dit hoofdstuk om de positie van de medisch adviseurs van levensverzekeringsmaatschappijen. Wat betekent de differentiatie van commercie en moraal voor de status van medische expertise in de levensverzekeringsbranche?

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe keuringsartsen, die in de ogen van medisch adviseurs over onvoldoende expertise beschikken om betrouwbare keuringsuitslagen te produceren, deze expertise verwerven met de opbouw van een netwerk rond de keuring, waarvan etiquette, medische techniek en bureaucratische procedures een belangrijk deel uitmaken. Vervolgens is in hoofdstuk 3 duidelijk geworden hoe behandelend artsen in het levensverzekeringsnetwerk ingelijfd worden. Een langdurige controverse over het beroepsgeheim in verband met de afgifte van verklaringen aan levensverzekeringsmaatschappijen over de oorzaak van het overlijden van hun patiënten wordt besloten met opheffing van het absolute beroepsgeheim. Het is het belang van de wetenschap – de opbouw van statistieken – dat de tegenstelling tussen het publieke belang dat levensverzekeringsmaatschappijen vertegenwoordigen en het algemeen belang van de vertrouwensrelatie tussen artsen en patiënten kan overbruggen. In dit hoofdstuk zal blijken dat de brugfunctie van de wetenschap maar beperkt is. Ze is niet in staat commercie en moraal op één noemer te houden en medisch adviseurs, het symbool van de medische wetenschap in de levensverzekeringsbranche bij uitstek, slagen er niet in hun expertise en hun gezag te stabiliseren.

VAN NOODLOT TOT RISICO

Het levensverzekeringsbedrijf profileert zich als een betrouwbare bedrijfstak, bijvoorbeeld ten opzichte van de kleinere verzekeringsfondsen en spaarinstellingen, door te verwijzen naar haar wetenschappelijke werkwijze. De praktijk van kleine, lokale verzekeringsfondsen in de negentiende eeuw was gebaseerd op sociale onderscheidingen tussen mensen: het verschil tussen verzekerden en niet-verzekerden liep langs sociale lijnen

zoals woonplaats, beroep, klasse en sekse. De levensverzekeringsmaatschappijen breken met dit differentieprincipe en introduceren een ander, 'objectief' criterium om de toegang tot de verzekering te bepalen, de wetenschappelijke bepaling van sterfterisico's. De geneeskunde en de wiskunde, zo stelt men, staan samen garant voor de wetenschappelijke grondslag van het bedrijf.

De wetenschappelijke werkwijze representeert tevens het moderne, liberale gezicht van de bedrijfstak. Mensen hoeven immers niet meer tot een bepaalde sociale groep of klasse te behoren om voor een verzekering in aanmerking te komen. Afkomst, sociale status, beroep en sekse worden irrelevante categorieën. Democratisering van de toegang tot levensverzekeringsmaatschappijen betekent dat ieder individu dat de juridische verplichtingen verbonden aan het verzekeringscontract op zich wil nemen als consument in aanmerking komt.[4] Selectie van potentiële consumenten is slechts noodzakelijk om de dekking op langere termijn voor álle verzekerden te kunnen garanderen, en vindt plaats op grond van een objectieve, wetenschappelijke bepaling van de levensverwachting van elk individu afzonderlijk. Deze werkwijze zou garanderen dat niemand onrechtvaardig wordt bejegend en wordt uitgesloten op niet-relevante gronden. Wetenschappelijke selectie staat voor een moreel verantwoorde selectie.

De introductie van dit nieuwe, 'objectieve' en individualistische differentieprincipe gaat gepaard met een selectieprocedure van verzekeringskandidaten waarbij niet primair hun actuele gezondheid in het geding is, maar hun levensverwachting. Om deze te kunnen bepalen wordt de levenskans van een verzekeringskandidaat met behulp van medische expertise berekend en vergeleken met collectieve sterfterisico's, met de statistisch gemiddelde levensduur.[5] Veel kandidaten zijn echter onbekend met deze prognostische werkwijze en zien de keuring als een onderzoek naar hun gezondheidstoestand op dat moment. Levensverzekeringsmaatschappijen geven zich dan ook veel moeite om het publiek over de prognostische betekenis van de keuring te informeren. Zo stelt Van Schevichaven dat het doel van het geneeskundig onderzoek niet is

> 'het constateeren of een bepaald individu op dit oogenblik volkomen gezond is; het is alleen een onderzoek naar de omstandigheid, of een bepaald individu inderdaad de levenskans heeft, die de sterftetafel voor een normaal individu van zijn leeftijd aanwijst. Dit is iets geheel anders dan de vraag naar zijn oogenblikkelijken gezondheidstoestand.'[6]

In de context van de noodzaak tot profilering van de levensverzekeringsbranche als een degelijke en betrouwbare vorm van armoedebestrijding vindt de toepassing van de 'wetenschappelijke werkwijze' weerslag in een

stringent afwijzingsbeleid. Aanvankelijk worden vanaf de jaren tachtig in de vorige eeuw alle kandidaten afgewezen van wie de medisch adviseur op grond van het keuringsrapport oordeelt dat die de gemiddelde levensduur niet zullen halen. De kans dat zij te kort premie zullen betalen vormt niet slechts een bedreiging voor de financiële positie van de betreffende maatschappij, voor haar aandeelhouders en haar verzekerden, maar tast ook het idee aan van de levensverzekering als adequaat instrument tot armoedebestrijding. Afwijzing is spijtig, maar wordt niet gezien als onrechtvaardig. Integendeel. Verzekering van mensen met een lage levensverwachting wordt juist gezien als moreel onjuist, omdat ze in strijd is met een betrouwbare uitoefening van de economische en maatschappelijke functie van de bedrijfstak.

Het ideaal van objectieve selectie van kandidaten op individuele kenmerken ten spijt, blijkt er in de praktijk wel degelijk een samenhang te bestaan tussen zaken als afkomst, beroep, sekse en verzekerbaarheid. Zij worden namelijk verondersteld invloed te hebben op de levensduur van mensen. Sommige beroepen gelden als ongezonder dan andere en mensen die bijvoorbeeld in de horeca werken wordt een hoger sterfterisico toegeschreven dan kantoorklerken. Ook sekse speelt een rol in de risico-inschatting. Zo wordt zwangerschap voor vrouwen, en met name de eerste zwangerschap of een snelle opeenvolging van zwangerschappen, verbonden met een hoog sterfterisico. Vrouwen die laat trouwen of die jong weduwe worden daarentegen verondersteld betere levenskansen te hebben dan mannen. Hoewel medisch adviseurs vaak getuigen van de noodzaak te individualiseren en van de opvatting dat het hier geen noodzakelijke samenhangen betreft tussen sekse, beroep en sociale klasse enerzijds en levensduur anderzijds, speelt kennis van deze samenhangen onvermijdelijk een grote rol in de risicobepaling.

Het beleid dat de meeste maatschappijen in de periode tussen 1880 en 1900 voeren leidt tot vrij grote afwijzingspercentages, waarvan de schattingen variëren van 9%[7] tot ruim 20%.[8] Volgens sommigen wordt het handelen van de medisch adviseurs in de beginperiode gekenmerkt door de regel:

> '"In dubio abstine": onthoudt U in geval van twijfel.'[9]

Deze oude medische vuistregel, die beoogde patiënten te beschermen tegen overbodige medische handelingen, wordt nu gebruikt om het levensverzekeringsbedrijf te beschermen tegen toelating van mensen met een te lage levensverwachting.

Risicoselectie betekent dat statistische kennis van de gemiddelde levensduur van een populatie naar de individuele levensverwachting van verze-

keringskandidaten vertaald wordt. Met het oog op de economische en ethische functie van de maatschappijen wordt hun voortbestaan van groot belang geacht. De wens om economisch rendabel en betrouwbaar te zijn resulteert in een zodanige vertaling van sterftestatistieken naar individuele levenskansen dat vele mensen die zich gezond voelen tot 'ongezonde risico's' worden bestempeld. Zo is in hoofdstuk 2 het voorbeeld beschreven van mensen met suiker en/of eiwit in de urine die in de therapeutische praktijk niet per definitie als 'ziek' zouden worden gedefinieerd, maar die na een levensverzekeringskeuring als 'ongezond risico' of 'minderwaardig leven' worden beoordeeld. Kandidaten wier gezondheid volgens hun eigen maatstaven niets te wensen over laat, worden op grond van het urineonderzoek plotsklaps dragers van het risico op nierziekte of diabetes. Op vergelijkbare wijze wordt mensen met een smalle borstkas, magerte en tuberculose in de familie een grote kans op vroeg overlijden toegeschreven als gevolg van het mogelijk ontstaan van tuberculose. En terwijl menigeen een omvangrijk postuur ziet als een symbool van welvaart en gezondheid, geldt zwaarlijvigheid in combinatie met vetzucht in de familie in de levensverzekeringswereld als een bron van 'minderwaardigheid'. Omdat de meeste verzekeringskandidaten zich gezond voelen komt afwijzing als minderwaardig leven voor velen volstrekt onverwacht:

> 'menigeen, die in de volle overtuiging leefde volkomen gezond te zijn, onaangenaam wordt verrast door de mededeeling, dat men eene verzekering op zijn leven niet, of alleen onder bizondere voorwaarden kan aannemen.'[10]

Een onzekere toekomst

Het ligt voor de hand het verschil tussen de ervaren gezondheid en de beoordeling van de levenskansen te interpreteren in termen van een verschil in risicoperceptie, want levensverzekeringsmaatschappijen hebben met het oog op hun doelstellingen een veel pessimistischer beeld van de levensverwachting van verzekeringskandidaten dan de kandidaten zelf. Er is echter meer aan de hand dan verschil in de perceptie van de ernst en omvang van het risico. Levensverzekeringsbedrijven genereren een geheel nieuwe culturele ervaring. Medische selectie bewerkstelligt namelijk dat mensen hun gezondheid en hun levensduur niet meer als een min of meer gegeven lot ervaren, maar als een risico gaan zien. Dit betekent dat zij van hun actuele lichamelijk welzijn abstraheren en hun leven in een lange termijn perspectief gaan zien. De vanzelfsprekende band tussen hun gezondheidsverleden, de ervaren gezondheid in het hier en nu en perceptie van de toekomstige gezondheid en de levenduur wordt doorgesneden. Ziekten waar men in het verleden aan leed, maar die reeds lang genezen

zijn, blijken plotseling tot een lage levensverwachting te leiden. Nu het leven van mensen als risico gedefinieerd wordt, worden het beeld van het eigen verleden en de ervaren gezondheid als oriëntatiepunt voor de toekomst betwijfelbaar. Het paradoxale fenomeen doet zich voor dat de berekenbaarheid van de toekomst haar onzeker en onvoorspelbaar maakt. In hun populaire voorlichtingsboekjes wrijven auteurs zoals Van Schevichaven en Van Hoogstraten hun lezers dat dan ook nadrukkelijk onder de neus: 'Gezondheid is een onzeker goed'.[11]

De introductie van het denken over mensenlevens in termen van risico's genereert onzekerheid. De beoordeling van gezonde kandidaten als minderwaardige risico's bevordert tevens dat een onzeker toekomstperspectief een somber toekomstperspectief wordt. Hoe gezond men zich tijdens de keuring ook voelt en hoe weinig klachten men ook heeft, de afwijzing voor een levensverzekering symboliseert de aanwezigheid van verborgen kwalen en een waarschijnlijke vroegtijdige dood. Het verzekeringsbedrijf wijst er weliswaar op dat afwijzing niet noodzakelijkerwijs hoeft te leiden tot een vervroegd overlijden.

> 'Er loopen heel wat menschen rond, die jaren geleden werden afgewezen, maar nimmer ondervonden, dat hunne gezondheidstoestand te wenschen overliet. Immers, krakende waagens loopen lang.'[12]

Dergelijke geruststellende woorden laten echter onverlet dat de afwijzing beschouwd wordt als een teken dat de gezondheid wordt bedreigd.

> 'En als zij afgewezen mochten worden, zij zouden geen rustig oogenblikje meer hebben: al hun levensvreugde zou vergald zijn!'[13]

Afwijzing betekent dat mensen hun toekomst in duigen zien vallen en brengt angst en zorg met zich mee.

> 'De indruk, dien een ongunstige beslissing op verschillende personen maakt, loopt zeer uiteen. Er zijn lieden, die een dergelijken uitslag wel half en half verwacht hadden, en in dat geval schikken zij zich gemakkelijk erin. Maar voor anderen is die uitslag iets geheel onverwachts, en dan neemt niet ieder dezelfde houding aan. De een is boos, erg boos! Hij beweert dat hij volkomen gezond is, dat het onderzoek "alles maar larie" was (...) Anderen nemen de zaak meer tragisch op, ja er zijn enkele voorbeelden van lieden die door een afwijzing bijna tot wanhoop geraakten, in ernst dachten over het verbreken van een engagement, het opgeven van een nuttigen werkkring of eenig ander besluit, dat op hun geheele leven invloed oefenen zou.'[14]

Hoewel de betekenis van een afwijzing door de maatschappijen vaak gebagatelliseerd wordt en men erop wijst dat het slechts gaat om een statistische uitspraak en niet om zekerheden, hechten diverse auteurs andersom wel veel waarde aan een positieve beoordeling van de keuringsresultaten. Goedkeuren geeft, zo stelt bijvoorbeeld Van Geer:

> '(...) een verheffend gevoel van geruststelling omtrent hun gezondheidstoestand.'[154]

De prognostische werkwijze van het levensverzekeringswezen en het strikte afwijzingsbeleid dwingt mensen als het ware om hun gezondheidssituatie te zien in het licht van de ontwikkeling van hun gezondheid in de toekomst, en van de kans dat ze al dan niet lang zullen leven. Mensen die zich gezond voelen gaan zich realiseren dat dat niet hoeft te betekenen dat ze een hoge ouderdom zullen bereiken, omdat sommige gebreken in het lichaam zich pas later manifesteren. Mensen die geen gezondheidsklachten ervaren worden er met de neus op gedrukt dat vele ziekten een erfelijke component hebben die hun levensduur sterk kan beïnvloeden. Hun familiegeschiedenis gaat plotseling erg zwaar wegen.

Levensverzekeringsmaatschappijen definiëren elk leven als een risico en veel verzekeringskandidaten worden als 'minderwaardig risico' beoordeeld. Levensverzekeringsmaatschappijen stimuleren echter ook dat mensen een handelingsrepertoire ontwikkelen dat erop gericht is de levensverwachting positief te beïnvloeden. De bepaling van de verzekerbaarheid van mensen in termen van risico betekent dat de band tussen verleden, nu en later wordt doorgesneden. Levensverzekeringsmaatschappijen doen echter tevens pogingen een nieuwe band tussen heden en toekomst te smeden. Adviezen die erop gericht zijn een actief beheer over de eigen gezondheid te voeren beogen een onzekere toekomst weer voorspelbaar te maken.

Beheersing van onzekerheid

In de levensverzekeringsliteratuur worden mensen opgeroepen zich niet uit het veld te laten slaan door de angst die gepaard gaat met afwijzing van zichzelf, of van een geliefde, familielid of vriend, maar verstandig te handelen op basis van de kennis die met de afwijzing geïmpliceerd is. Niet zelfmoord plegen of roekeloos gaan leven, maar de levensstijl aanpassen en met klachten naar de dokter gaan.

> 'Talrijk zijn de voorbeelden van lieden, die eerst door het geneeskundig onderzoek voor een levensverzekering-Maatschappij erop opmerkzaam werden, dat zij lijdende waren aan de een of andere ziekte, en dienten-

gevolge maatregelen namen, die of tot algemeen herstel geleid, of de gevolgen hunner kwaal aanmerkelijk verzacht en dientengevolge den levensduur verlengd hebben.'[16]

In de levensverzekeringsliteratuur wordt de weigering van een kandidaat voorgesteld als een extra kans, die kandidaten met beide handen zouden moeten aangrijpen. In het blad *Verzekering* vertelt men bijvoorbeeld het verhaal van een sportieve jongeman, die zich zeer gezond voelde, maar die bij drie maatschappijen op rij werd afgewezen. Toen hij toch maar een arts raadpleegde, bleek dat hij dadelijk in het ziekenhuis opgenomen moest worden voor een operatie. Een jaren geleden opgelopen breuk was niet goed genezen en vormde een levensbedreigend gevaar. De keuring had zijn leven gered.[17] En in een brochure van 1890 lezen wij bijvoorbeeld dat de kandidaat na een keuring

> 'tevens bij het ontdekken van verborgen kwalen, gelegenheid heeft om daartegen de middelen aan te wenden, die de geneeskunst ons aan de hand doet en waardoor hij bij machte is, zijn lever langer te houden, dan hem dit gegeven zou zijn, indien hij onwetend ware gebleven van zijn toestand.'[18]

Ingeval inderdaad een afwijking geconstateerd wordt kan men zich weliswaar niet verzekeren,

> 'doch in elk geval uitbreiding dier afwijking beperken of de afwijking door medische hulp geheel tot nul reduceeren of tot een klein percentage terugbrengen.'[19]

Anderen wijzen erop dat afwijzing een aansporing kan vormen tot gedragsverandering, die de levensduur zou kunnen verlengen.

> '(...) maar de meer zwakkere weet, dat hij zich moet in acht nemen en alle buitensporigheden moet vermijden; hij zal zich nimmer bloot stellen aan invloeden die anderen denken ongestraft te kunnen ondergaan. Van dit standpunt bezien kan eene afwijzing voor eene verzekering, na een geneeskundig onderzoek een zeer nuttig "memento mori" vormen voor een man, die in staat is er partij van te trekken, door de wetenschap, dat voorzichtigheid en wijsheid bevorderlijk zijn aan een lang leven.'[20]

De angst en onzekerheid die door de confrontatie met de prognostische werkwijze van de levensverzekeringsmaatschappij worden opgeroepen,

wordt door de maatschappijen op een rationalistische wijze te lijf te gaan. Door in de actuele gezondheidssituatie in te grijpen, zo stellen zij, kunnen mensen hun toekomstige gezondheidssituatie en hun levensduur positief beïnvloeden. Regelmatig doktersbezoek, matig alcoholgebruik, een verstandig dieet en frisse lucht worden voorgesteld als wegen naar een lang leven. In de levensverzekeringspers wordt een slechte prognose dus geherdefinieerd van een aankondiging van een vroegtijdige dood tot een impuls om de gezondheid in eigen hand te nemen. Juist afkeuring zou voor sommige mensen het behoud van gezondheid betekenen.[21] Afwijzing voor de verzekering kan een ommekeer in het leven bewerkstelligen en de overgang markeren van een traditionele naar een moderne levensstijl, waarbij mensen niet gelaten afwachten wat de toekomst brengt, maar actief hun leven in eigen beheer nemen. Een zwarte toekomst kan zeer wel weer een rooskleurig aanzien krijgen indien men het heft in eigen hand neemt en overgaat tot een verantwoordelijk gezondheidsgedrag. Met behulp van dergelijke adviezen bevorderen levensverzekeringsmaatschappijen de ontwikkeling van een rationalistische en interventionistische attitude met betrekking tot de gezondheid op de langere termijn. Zij bevorderen het idee van de maakbaarheid van gezondheid en levensduur.

In recent sociologisch en filosofisch onderzoek naar de constructie van het lichaam wordt het idee van de maakbaarheid van gezondheid en levensduur gezien als een uitdrukking van het ideaal van de ultieme beheersing van het lichaam door de geest. De oorsprong van dit ideaal wordt vaak in de Verlichting gesitueerd. Secularisering, de ontwikkeling van een wereldbeeld waarin de scheiding tussen lichaam en geest wordt voltrokken, en de opkomst van de moderne natuurwetenschappen zouden hebben bijgedragen aan het idee dat maatschappelijke vooruitgang en emancipatie en beheersing van de natuur twee kanten van dezelfde medaille zijn.[22] Auteurs zoals Elias en Labisch hebben betoogd dat met de genese van een burgerlijke sfeer van openbaarheid, eerst de stad en later de staat, een sociale dynamiek van wederzijdse afhankelijkheid ontstond, die het ideaal van maakbaarheid van de natuur, en van het lichaam, bekrachtigde. Deze processen, vaak aangeduid als civilisering of rationalisering, brachten met zich mee dat in het voetspoor van onbeschaafd gedrag ook alle uitdrukkingen van falende controle – ziekte, kwetsbaarheid en dood – schaamte op gingen roepen. Ziekte en dood werden in toenemende mate als pijnlijk ervaren en geprivatiseerd, omdat zij bij uitstek een demonstratie vormden van de grenzen van maakbaarheid,[23] en in strijd zijn met dominante culturele waarden en idealen.

De voorstelling van de toekomstige gezondheid en de levenduur als beheersbaar risico door levensverzekeringsmaatschappijen kan gezien worden als een uitdrukking van de ontwikkeling van het culturele ideaal van

'maakbaarheid van het lichaam'. Het geluid van levensverzekeringsmaatschappijen vormt echter een specifieke uitdrukking van en bijdrage tot dat ideaal. Binnen de context van het levensverzekeringsbedrijf appelleert de notie van maakbaarheid namelijk niet alleen aan hygiënistische, collectivistische beheersingsstrategieën, maar vooral aan individuele mogelijkheden tot risicobeheer.

COLLECTIEVE EN INDIVIDUELE RISICO'S

De perceptie van gezondheid en levensverwachting in termen van risico's zoals dat in levensverzekeringskringen gestalte krijgt is een fenomeen dat niet op zichzelf staat. Auteurs zoals Hacking, Gigerenzer, Beck, Giddens en Luhman hebben bijvoorbeeld gewezen op de ontwikkeling van het waarschijnlijkheidsconcept en van de statistiek als wetenschap, op het eroderen van het determinisme en de opkomst van een risicocultuur als een proces dat niet alleen in de levensverzekeringswereld, maar ook in de wetenschap, de economie, in het recht, de politiek en het dagelijks leven zichtbaar wordt. Zij spreken van de genese van 'a universe of chance'.

In de transformatie van gezondheid en levensduur van een gegeven lot tot risico's heeft het medisch-statistisch onderzoek naar ziekte en sterfte in de tweede helft van de negentiende eeuw een belangrijke rol gespeeld. In dat onderzoek ging het echter voornamelijk om collectieve risico's en collectieve kansen op verlenging van de levensduur. Hoewel het levensverzekeringsbedrijf van dit onderzoek ruimschoots gebruik maakt, bijvoorbeeld voor het verwerven van inzicht in de gemiddelde sterfte, bevordert zij tevens het idee dat risico's individuele risico's zijn.

Levensduur als collectief risico

Voor inzicht in de ontwikkeling van de levensduur als collectief risico in Nederland kunnen we te rade gaan bij de studie *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* van Houwaart.[24] Hij laat zien hoe de statistiek van ziekte en sterfte een belangrijke plaats verwierf in de geneeskunde. De hygiënisten vormden een groep van hervormingsgezinde, liberale artsen die een stempel drukten op debatten over de gezondheidstoestand in de negentiende eeuw door gezondheidsproblemen te herdefiniëren als problemen van de volksgezondheid. In het verlengde van hun politieke ideologie dat een standenmaatschappij plaats diende te maken voor een liberale staat, sneden zij de 'natuurlijke' band door tussen volksklassen en volksziekten. Het concept volksgezondheid bracht het idee met zich mee dat álle burgers buiten hun schuld ziek kunnen worden, omdat epidemieën zonder aanziens des persoons toeslaan. Ziekten waren in de ogen van de hygiënisten een gevolg van een

verkeerde inrichting van het leefmilieu en van falend politiek leiderschap. Om deze visie kracht bij te zetten maakten de hygiënisten statistiek zowel tot hun belangrijkste onderzoeksinstrument als tot hun retorische strategie. Met behulp van de beschrijvende statistiek konden zij risicogebieden aanwijzen, die zich nu niet meer beperkten tot de woonwijken van paupers en arbeiders.

Volgens Houwaart heeft de statistiek drie belangrijke functies gehad. Ze maakte schaalvergroting van het aantal gegevens, standaardisering en gemakkelijke verspreiding ervan mogelijk. De statistiek maakte daardoor nieuwe realiteiten zichtbaar. De ontwikkeling van de statistiek ging hand in hand met de ontwikkeling van haar objectgebied, 'het volk' of 'het sociale lichaam'. Omdat de gegevens centraal werden verzameld konden tabellen van ziekte en sterfte worden opgesteld. Deze tabellen boden de mogelijkheid plaatsen en regio's met elkaar te vergelijken en maakten zwart op wit duidelijk welke plaatsen in Nederland een grote kans hadden om door een epidemie te worden getroffen.

Vanwege het schijnbaar harde karakter van deze statistische gegevens over ziekte en sterfte konden lokale en nationale bestuurders deze gegevens moeilijk negeren. In het gezondheidsdebat tussen hygiënistische feiten en traditionele meningen waren de eerste dan ook steeds vaker aan de winnende hand. De hygiënisten verbonden aan hun statistische inzichten ook een appèl aan lokale en nationale bestuurders om de volksgezondheid te verbeteren door de omgeving te veranderen, door aanleg van riolering en bouw van gezonde woningen. Het toenemend gezag van de statistische denkstijl ging echter niet met een politieke overwinning gepaard. Structurele, concrete hervormingen van de volksgezondheid zoals deze hygiënisten die graag zagen, bleven uit. De liberale politiek, ook de inspiratiebron van de hygiënisten, bood geen ruimte voor de staatsinterventies die daartoe noodzakelijk zouden zijn.

De generatie hygiënisten die Houwaart beschrijft, gebruikte de statistieken van ziekte en sterfte voor het aanwijzen van collectieve risico's en zij verbond die met collectieve verantwoordelijkheden en politieke consequenties. Ook in de levensverzekeringswereld getuigen diverse auteurs van het belang van inzicht in collectieve risico's. Zo wordt veelvuldig benadrukt dat de prognose over de levensduur van een verzekeringskandidaat afgeleid wordt van de gemiddelde levensduur, en dat levensverzekeringsmaatschappijen werken met 'groepen' in plaats van met 'individuen'.

> 'De geheele Levensverzekering-Wetenschap nu is dáárop gebaseerd, dat zij met bepaalde groepen rekening houdt, nimmer met bepaalde personen. Zeer vele dwalingen komen voort uit de omstandigheid, dat men hare berekeningen beschouwt in verband met deze of gene bepaal-

de persoon, iets wat door leeken dikwijls geschiedt en waardoor zij volkomen verkeerde voorstellingen omtrent de inrichting van Levensverzekering-Maatschappijen verkrijgen. Meermalen zal ik nog gelegenheid hebben op deze verkeerde opvattingen te wijzen, en bepaal mij er thans slechts toe, het algemeene principe te reveleeren: Levensverzekering-Maatschappijen rekenen bij groepen, niet bij individuen.'[25]

Vanuit dit perspectief wijzen zowel betrokkenen bij het levensverzekeringsbedrijf als hygiënisten op hun gemeenschappelijk belang bij beheersing van collectieve risico's en daling van de sterfte door verbetering van de volksgezondheid. Dalende sterfte zou immers dalende premies mogelijk maken, waardoor de drempel tot de levensverzekering lager wordt en zij haar sociale functie van armoedebestrijding beter kan vervullen. Bovendien resulteert dalende sterfte in winst, omdat vele lopende verzekeringscontracten gebaseerd zijn op een hogere sterfte dan feitelijk het geval zal zijn. Zo spreekt Van Schevichaven van een direct economisch verband tussen levensverzekering en maatregelen die het leven rekken.

'Ook is het duidelijk, dat, zoolang een Levensverzekering-Maatschappij hare premieën naar dezelfde sterftetafels berekent, alle maatregelen, die een gunstige afwijking van die tafels bewerken, de winst der Maatschappijen hooger zullen maken (...)'[26]

Hij juicht het toe dat sommige levensverzekeringstijdschriften speciale rubrieken hebben waarin aandacht wordt besteed aan hygiëne. Ook hygiënisten zoals Coronel wijzen op de gemeenschappelijke doelen van sociale hygiëne en levensverzekeringsmaatschappijen,[27] en de arts Ruysch, adviseur van het ministerie van Binnenlandse Zaken, betoogt in een toespraak voor de Vereeniging van Levensverzekering in 1893:

'De gezondheidsleer en de levensverzekering toch zijn tweelingen, kinderen der humaniteit, waarvan de kiemen misschien reeds in hooge oudheid liggen, maar die te zamen opgegroeid en ontwikkeld zijn, door de zelfde wetten worden beheerscht, die elkaars hulp en steun niet kunnen ontberen, die dezelfde behoeften hebben, en wier belangen dezelfden zijn.'[28]

Aan de hand van vele voorbeelden laat Ruysch zien dat hygiënische maatregelen en medische wetgeving in de tweede helft van de negentiende eeuw hebben bijgedragen aan het terugdringen van besmettelijke ziekten en aan de beperking van de sterfte bij epidemieën, hetgeen voor de levensverzekeringsmaatschappijen zeer gunstig heeft uitgepakt. Omge-

keerd dragen verzekeringsinstellingen bij aan de verbeterde levensduur, want:

> '(...) daar volkswelvaart en volksgezondheid hand aan hand gaan, wordt op hare beurt de hygiëne door de levensverzekering gesteund.'[29]

Het is volgens Ruysch dan ook een taak van besturen en directies van verzekeringsmaatschappijen om een bijdrage te leveren aan de verbreiding van de gezondheidsleer. Hij verzoekt de maatschappijen:

> 'Wilt bedenken, dat onze zaak de uwe is; tua res agitur! De tegenstand, dien de hygienist veelzijdig ondervindt, is groot; domheid, vooroordeel, eigenwijsheid, traagheid, vrees voor machtsmisbruik, het zijn allen machtige invloeden, die de hygiëne beletten haar invloed onbelemmerd uit te oefenen.
> Veeltijds miskend, weinig gezocht, en vaak ten onrechte ontweken als een dure, of arbitraire, of despotieke ontmoeting, wat zij niet is, mist zij nog altijd de zoo noodige invloed en populariteit.'[30]

Pleidooien zoals die van Ruysch worden ondersteund door Dixi. Levensverzekeringsmaatschappijen zouden zich actiever moeten bemoeien met de verbetering van de volksgezondheid, stelt hij in zijn vaste rubriek in 1907. Naar aanleiding van het feit dat ongeveer een zevende deel van de algemene sterfte het gevolg is van tuberculose, stelt hij:

> '(...) wat wordt er gedaan door de machtige levensverzekeringsmaatschappijen en die voor volksverzekering, die bij deze zaak, waar het hare uitkeeringen bij overlijden betreft, zulk een reusachtig belang hebben, om mede te helpen, den strijd tegen de tuberculose met vrucht te voeren?'[31]

Dixi is van mening dat president-commissarissen dit thema op jaarvergaderingen te berde moeten brengen, en dat een deel van de beleggingen van maatschappijen in de richting moet vloeien van sanatoria, volksbadhuizen, poliklinieken etc. Na een schets van het aantal afwijzingen in 1906 bij de Algemeene (1115, *f* 4.450.000 verz. kapitaal), de Dordrecht (298, *f* 1.157.000 verz. kapitaal) en de Nationale (117, *f* 430.000 verz. kapitaal) en na vaststelling dat voor de acquisitie en keuring van deze afgewezen personen vele kosten zijn gemaakt, stelt hij:

> 'Het hoeft geen betoog, dat de strijd tegen de tuberculose, met vrucht gevoerd, de maatschappijen zéér veel ten goede zou zijn gekomen en

het aantal afwijzingen aanzienlijk zou kunnen verminderen met het verbeteren van den algemeenen gezondheidstoestand bij ons volk.'[32]

Hij stelt voor om zo nodig 10% van de jaarwinst van deze maatschappijen aan het Groene Kruis te schenken voor tuberculosebestrijding of eventueel zelf initiatieven te nemen zoals hygiënische adviezen te verspreiden op de achterzijde van kwitanties, financiëring van vakantiekolonies, openluchtspeelplaatsen en dergelijke.

Hoewel levensverzekeringsmaatschappijen met groepen en gemiddelden zeggen te werken en auteurs zoals Coronel betogen dat levensverzekering en hygiëne met elkaar samenhangen, is er geen sprake van actieve betrokkenheid van het levensverzekeringsbedrijf bij verbetering van de volksgezondheid. Siegenbeek van Heukelom constateert in 1920 dat de bijdrage van het levensverzekeringsbedrijf aan de publieke hygiëne zeer bescheiden is gebleken.

> 'Men kan dus verwachten, dat instellingen en maatregelen tot bevordering der algemeene gezondheid zeer krachtig gesteund zullen worden door de levensverzekeringsmaatschappijen. In zekeren zin bestaat die steun ook wel, maar in Europa is men toch over het algemeen niet verder gekomen dan tot geldelijke bijdragen aan bestaande hygiënische en therapeutische instellingen.'[33]

In weerwil van het economische voordeel van collectieve risicobestrijding en verbetering van de volksgezondheid voor het levensverzekeringsbedrijf, nemen collectivistische vormen van risicobeheer in deze bedrijfstak een ondergeschikte plaats in. De praktijk van het levensverzekeringsbedrijf genereert daarentegen wel, zo hebben we in de vorige paragraaf gezien, uitbreiding van het domein van de individuele risico's en een retoriek van individuele verantwoordelijkheid voor beheersing van die risico's.

Levensduur als individueel risico

In het licht van de structuur van risicoselectie bij commerciële levensverzekeringsmaatschappijen is het accent op het individuele karakter van risico's niet verwonderlijk. Zij onderscheiden zich immers van de oudere verzekeringsfondsen omdat ze niet selecteren op groepskenmerken zoals woonplaats of beroep, maar op individuele kenmerken. Medische selectie impliceert daardoor dat kandidaten als individuen worden beoordeeld, en individueel als 'minderwaardige levens' worden afgewezen. Het liberale ethos van deze bedrijfstak stimuleert bovendien het denken in termen van individuele verantwoordelijkheid van burgers, niet alleen voor hun financiële onafhankelijkheid en die van hun nabestaanden, maar ook voor hun

gezondheid. Het individuele karakter van risico's vormt echter niet alleen een uitdrukking van karakteristieken van het levensverzekeringsbedrijf zelf. Ze reflecteert ook de opkomst van aandacht voor individuele risico's in het medisch-wetenschappelijk onderzoek, en in de organisatie en de retoriek van de preventieve gezondheidszorg.

De hygiënisten die Houwaart beschrijft stelden weliswaar kennisontwikkeling en bestrijding van collectieve risico's centraal, maar formuleerden ook ideeën over individuele hygiëne. Zo bevatten populaire hygiënistische publicaties over gezondheidsleer uit de negentiende eeuw ook gedragsvoorschriften voor een gezonde levensstijl die varieerden van oproepen tot reinheid, opgewektheid en matigheid.[34] Deze noties over persoonlijke hygiëne vormden een integraal onderdeel van het hygiënistische ideaal dat bestrijding van collectieve risico's de weg vormt naar verbetering van de volksgezondheid. Rond de eeuwwisseling zijn echter tekenen waarneembaar die erop wijzen dat het primaire aangrijpingspunt voor de bestrijding van risico's verschuift van de sociale en natuurlijke omgeving naar het individuele gedrag van mensen.[35] Het idee dat de overheid een taak heeft op het gebied van de volksgezondheid is rond 1900, ondanks meningsverschillen over de reikwijdte en de invulling van die taak, algemeen geaccepteerd. En er ontwikkelt zich een materiële en juridische infrastructuur voor de minimalisering van collectieve risico's: van de keuring van voedingswaren tot de aanleg van waterleidingen en organisatie van vuilnisophaal. Desalniettemin, zo betogen diverse auteurs, neemt individuele verantwoordelijkheid in de praktijk van verbetering van de volksgezondheid en risicobestrijding na 1900 een steeds grotere plaats in en wordt het opsporen en bestrijden van risico's meer een zaak van artsen dan van ingenieurs. Mensen raken doordrongen van het besef dat zij hun eigen gezondheid en levensverwachting én die van hun gezinsleden kunnen beïnvloeden. Voor het proces van individualisering van het risicobeheer worden verschillende verklaringen gegeven, die resp. veranderende maatschappelijke machtsverhoudingen en ontwikkelingen in de medische wetenschap en de gezondheidszorg veel gewicht geven.

Sociologen als Elias en Goudsblom duiden de accentverschuiving van collectieve naar persoonlijke hygiëne en preventie in het licht van brede historische en maatschappelijke ontwikkelingen van afnemende machtsverschillen en civilisering. Volgens Goudsblom moeten hygiënistische gedragsvoorschriften niet zozeer als rationele geneeskundige inzichten beschouwd worden, maar als beschavingsregels van de burgerij, die erop gericht zijn driften, impulsen en gedragingen in toenemende mate te beheersen.[36] Door middel van de relatief autonome sociale dynamiek van toenemende onderlinge afhankelijkheid tussen hogere en lagere klassen, hetgeen leidt tot imitatie van hogere sociale lagen en distinctie van lagere

klassen waar men niet mee geïdentificeerd wil worden, vinden deze burgerlijke beschavingsregels onder de opklimmende arbeidersklasse weerklank. Met bewuste pogingen van de middenklasse om de arbeidersklasse op te voeden tot fatsoenlijke en gezonde burgers, het zogenaamde beschavingsoffensief, wordt deze sociale dynamiek ondersteund. Zuigelingenzorg, huishoudonderwijs en woningopzichteressen leren vrouwen een hygiënische huishouding te voeren.

Terwijl Elias en Goudsblom verschuivingen in afhankelijkheidsrelaties van primair belang achten voor de opkomst van individuele hygiëne, wijzen historici als Starr, Fee en Porter, en Lewis, die de verschuiving van openbare naar persoonlijke hygiëne in Engeland en Amerika hebben beschreven, op de invloed van de medische wetenschap, en met name de bacteriologie.[37] De bacteriologie voerde het idee met zich mee dat niet de omgeving als zodanig ongezond was, maar dat specifieke organismen verantwoordelijk waren voor infectieziekten, en dat die organismen op individueel niveau bestreden konden worden. Starr spreekt in dat verband van de introductie van een 'narrow conception of dirt',[38] die volgens hem onder meer succesvol was omdat ze veel goedkoper was dan het brede concept van 'dirt'. De omgeving die gereinigd moest worden beperkte zich meer en meer tot het lichaam, hetgeen veel minder kostbaar was dan collectieve sanitaire maatregelen. In het voetspoor van de bacteriologie ging de openbare gezondheidszorg zich in het begin van de twintigste eeuw steeds meer richten op medische diagnose, preventief medisch onderzoek en gezondheidsadviezen.

Individualisering van de preventieve gezondheidszorg als gevolg van de invloed van de 'wetenschappelijke' bacteriologie resulteerde volgens Starr, Lewis, Fee en Porter weliswaar in verbetering van de reputatie van de preventieve gezondheidszorg, maar leidde er niet toe dat ze tot een belangrijk specialisme uitgroeide. Door de ontwikkeling van publieke naar individuele hygiëne, van interventies gericht op de omgeving naar het individu, gingen artsen met een eigen praktijk zich bedreigd voelen door de preventieve gezondheidszorg. Individuele preventieve gezondheidszorg, zoals schoolartsen en zuigelingenzorg, werd door de behandelende artsen als concurrentie beschouwd. In de strijd over de afbakening van taken en bevoegdheden, die ondanks lokale en nationale verschillen in diverse landen vrijwel dezelfde uitkomst had, trokken artsen aan het langste eind. De behandeling en advisering van de individuele patiënt was reeds hun domein, en zij slaagden erin de bemoeienis van de preventieve gezondheidszorg met bijvoorbeeld de preventie van schoolziekten en de bestrijding van tuberculose of geslachtsziekten als 'aanvullend' te definiëren.[39] De openbare gezondheidszorg ging steeds meer lijken op preventieve geneeskunde omdat de ingenieurs en hun technische expertise naar de

achtergrond verdwenen, en artsen een centrale rol gingen spelen in het opzetten en uitvoeren van preventiecampagnes. Tegelijkertijd bleef de private praktijk het centrum van de gezondheidszorg. De preventieve gezondheidszorg kreeg de rol van verwijssysteem toebedeeld.

Over de opkomst van een individualistische, rationalistische gezondheidsmoraal, de constructie van de 'homo hygiënicus' wiens levensvoering geheel staat in het teken van gezondheid en lang leven, en de opbouw van preventiepraktijken in onze westerse cultuur is eigenlijk nog maar weinig systematisch historisch onderzoek verricht. De historicus Labisch heeft betoogd dat in Duitsland de sociale verzekeringen een belangrijke rol hebben gespeeld bij de constructie van de 'homo hygiënicus'.[40] In Nederland vormt de opkomst van het commerciële levensverzekeringswezen, de praktijk van risicoselectie en de retoriek van individuele verantwoordelijkheid een belangrijke fase in die ontwikkeling.

De opvatting van levensverzekeringsmaatschappijen, dat mensen individueel aanspreekbaar zijn als het gaat om de zorg voor hun gezondheid, wint in de twintigste eeuw steeds meer veld. De levensverzekeringspraktijk van risicoselectie die dit individualisme bevordert wordt na 1900 echter steeds vaker als problematisch beschouwd. De onzekerheid die risicoselectie genereert en de afwijzing van 'minderwaardige levens' baren zorgen. De constructie van 'minderwaardigheid' gaat hand in hand met pogingen de ernst en de omvang van deze 'minderwaardigheid' te beperken. Dit kan begrepen worden als een uitdrukking van toenemende gelijkheid tussen mensen. Processen zoals industrialisering, urbanisering en emancipatie van arbeiders en vrouwen brengen met zich mee dat meer

De levensverzekering als hygiënisch instituut.

NATUUR IN MIJ
NATUUR IN U
DRIJFT ZONDER WIJL
NAAR LICHAAMSHBIL!

Voor het goede, dat men verzuimt te doen is men even goed aansprakelijk als voor het kwaad, dat men niet verhindert.

SCHILLER.

Een levensverzekering behoorde te zijn wat het woord aanduidt, n.l. een verzekering, in den zin van een *„bevestiging"*, van het *leven*, d.i. van de *gezondheid*, want alleen gezond-zijn is „leven"; zieke menschen zijn bezig te sterven!

Wanneer iemand een kostbaar kunstwerk verzekert, maar hij bewaart dit in een houten huis zonder bliksemafleider en gelegen naast een vuurwerkfabriek, dan zal de Verzekering-Maatschappij daar zeker tegen op komen.

Zij zal terecht verlangen, dat alle maatregelen genomen worden om het kunstwerk voor onnoodig gevaar te vrijwaren.

mensen in toenemende mate wederzijds afhankelijk van elkaar worden en dat liefdadigheid voor minderen plaatsmaakt voor sociaal bewustzijn onder gelijken. Met de vermindering van sociale ongelijkheid en de ontwikkeling van sociaal bewustzijn wordt 'minderwaardigheid' van anderen pijnlijk en schaamtevol, omdat het besef groeit dat de fysieke constitutie van mensen geen afbreuk mag doen aan de waarde, de rechten en de mogelijkheden van mensen. Voor zwakkeren moet gezorgd worden en de mogelijkheid een levensverzekering te sluiten zou juist hen niet onthouden moeten worden. Er zijn ten slotte weinig alternatieve vormen van voorzorg en armoedebestrijding waartoe door levensverzekeringsmaatschappijen afgewezen 'minderwaardige levens' zich zouden kunnen wenden. Sociale zekerheid en sociale voorzieningen bestaan in het begin van de twintigste eeuw nog amper. Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk dat risicoselectie na 1900 onderwerp van discussie wordt.

In de volgende paragrafen wordt aan de hand van een reconstructie van het debat over de verzekerbaarheid van minderwaardige levens en het debat over periodiek geneeskundig onderzoek geïllustreerd hoe de verzekeringswereld dilemma's rond risicoselectie en risicobeheer tegemoettreedt. Het zal blijken dat gedurende deze debatten het gewicht van medische expertise in de bedrijfstak verandert. Vormde zij vanaf 1880 de schakel die economie en ethiek harmonieus met elkaar verbond, na 1900 kan zij die functie steeds minder goed vervullen. Met veranderingen in de functie van medisch-wetenschappelijke expertise blijken economische belangen en ethische doelstellingen zich als een tegenstelling uit te kristalliseren.

VERZEKERING VAN MINDERWAARDIGE LEVENS

In de eerste decennia van hun bestaan voeren levensverzekeringsmaatschappijen een strikt afwijzingsbeleid. Iedereen die niet de gemiddelde levensduur wordt verondersteld te halen, wordt een verzekeringscontract geweigerd. Men beschikt niet over statistieken om de gemiddelde sterfte van deze kandidaten te berekenen, en toelating van dergelijke minderwaardige levens zou de soliditeit van de maatschappijen bedreigen. Het belang van medische selectie schuilt dus in de scheiding van 'normale' en 'minderwaardige' levens. Elders in dit boek is duidelijk geworden dat dit één van de redenen is dat vertegenwoordigers van levensverzekeringsmaatschappijen aan de methodische uitvoering van de keuring in het algemeen, en aan de urine-analyse in het bijzonder, hoge eisen stellen. Vanaf 1900 gaat men echter publiekelijk twijfelen aan de scherpe scheiding tussen gezonden en niet-gezonden, en er worden voorstellen gedaan om de grenzen van de verzekerbaarheid van kandidaten op te rekken.

'Bedriegen wij ons niet, zoo zijn vrijwel alle medici het er tegenwoordig over eens, dat de vroeger als "gulden" geprezen regel: "In dubio abstine" (onthoud u ingeval van twijfel) niet in alle gevallen meer aanbevelenswaardig is. Het bewustzijn dat het geneeskundig onderzoek in de eerste plaats absoluut-ongezonden weren moet, en dus niet ernaar moet streven uitsluitend absoluut-gezonden aan te nemen, wint meer en meer veld.'[41]

Terwijl de selectie van 'normale levens' eerst in het teken staat van de realisering van commerciële doelen, sociale doelen, en rechtvaardigheidsoverwegingen, refereren vele auteurs na 1900 juist aan de gebrekkige uitvoering van de sociale functie van de levensverzekering, als ze vooral die groepen uitsluit die haar het hardst nodig hebben, de niet-helemaal-gezonden. Een ander motief voor de groeiende belangstelling voor de 'minderwaardige risico's' vormt de toenemende concurrentie tussen de maatschappijen rond de eeuwwisseling. Uitbreiding van de verzekering naar de niet-helemaal-gezonden betekent uitbreiding van de omzetmogelijkheden.[42]

Een derde overweging om de verzekerbaarheid van minderwaardige levens te onderzoeken vormen de aanwijzingen dat de medische keuring niet adequaat onderscheidt tussen goede en slechte risico's, en dat de selectieprocedure op drijfzand berust. Ook de rechtvaardigheid van de selectieprocedure komt ter discussie te staan. Vele afgewezenen blijken een leeftijd te bereiken die overeenkomt met de sterftekansen van de normale risico's en die een verzekering achteraf gezien niet in de weg had gestaan.[43] Sommige medische adviseurs maken melding van het fenomeen dat afgekeurden elk jaar weer een kaartje sturen met de groeten en de mededeling dat ze het goed maken. Ook andere bronnen wijzen erop dat veel mensen onterecht worden afgewezen. Op het congres voor geneeskundigen verbonden aan levensverzekeringsmaatschappijen in Parijs (1903) houdt bijvoorbeeld de directeur van de Zweedse maatschappij Thule een lezing over een onderzoek dat in 1898 in Zweden, Noorwegen, Denemarken en Finland is gestart naar de sterfte onder minderwaardige risico's die werden afgewezen en die tegen verhoogd tarief werden aangenomen. Hij stelt dat een eerste bevinding in de richting wijst dat de sterfte onder de verzekerden tegen verhoogd tarief in de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar lager is dan onder de normale risico's volgens de sterftetafel van 'de 17 Engelse maatschappijen'. Dit doet bij velen het vermoeden rijzen dat ook de sterfte onder afgewezenen niet dermate slecht is dat afwijzing noodzakelijk was geweest. Later, als het onderzoek is afgerond, blijken de bevindingen overigens iets minder positief. De commissie-Palme vindt onder de verhoogde premies een sterfte die 1,2 maal zo groot is als de

normale sterfte, en onder de afgewezenen een sterfte die 1,5 keer zo groot is.[44] Ook deze resultaten worden geïnterpreteerd als een teken dat meer mensen tot de verzekering toegelaten kunnen worden.

Rekenmethodes ontbreken

Hoewel het draagvlak voor verzekering van niet-helemaal-gezonden toeneemt,[45] stuit de verzekering van deze categorie in de praktijk op grote problemen. Zoals eerder gesteld ontberen levensverzekeringsmaatschappijen namelijk de middelen om te bepalen welke premie door deze kandidaten betaald moet worden, omdat ze niet in staat zijn het gezondheidsrisico van minderwaardige risico's te berekenen. De premies die kandidaten met een normale levensduur betalen worden afgeleid van de sterftecijfers. Men beschikt over sterftetafels van de gehele bevolking van een land of een streek, waarbij slechts onderscheid wordt gemaakt naar sekse.[46] Naast deze sterftetafels van de bevolking als geheel hebben maatschappijen in het buitenland zogenaamde ondervindingstafels gemaakt, op grond van waarneming van de sterfte onder de verzekerde populatie, een als gezond gedefinieerde populatie. In verzekeringskringen gelden de sterftetafel 'van 17 Engelse maatschappijen' en die 'van 20 Engelse maatschappijen' als bekende ervaringstafels, die ook in Nederland veel gebruikt worden. Nederlandse maatschappijen hebben dan nog geen eigen ondervindingstafels, maar de wiskundige professoren Van Geer en Van Pesch, beide verbonden aan verzekeringsmaatschappijen, hebben op grond van de Engelse ondervindingstafels speciale sterftetafels samengesteld voor de Nederlandse maatschappijen. Voor het berekenen van de premie voor verzekerden met een 'normale levenskans' bestaan dus reeds verschillende methodes.

De 'wetenschappelijke' berekening van de premies bij de verzekering van abnormale risico's levert veel meer moeilijkheden op dan voor normale risico's. Strikt genomen zou immers voor elke kwaal en elk gebrek, voor erfelijke ziekten in de familie en voor reeds genezen kwalen, moeten worden berekend wat zij betekenen voor de levensduur van die populatie. Gezien het feit dat slechts de gezonden worden toegelaten tot de verzekering is het onmogelijk een ondervindingstafel te maken voor verzekerden met bijvoorbeeld overgewicht of met tbc in de familie. De algemene bevolkingstafels voldoen voor deze groep niet omdat de sterfte onder de minderwaardigen geacht wordt hoger te zijn dan onder de gemiddelde bevolking. Sterftetafels van mensen met een verhoogd risico zijn in het buitenland nauwelijks beschikbaar, en in Nederland nog helemaal niet.

Een wiskundige basis voor de bepaling van de levensverwachting van niet-helemaal-gezonden ontbreekt. Toch worden de eisen voor toelating tot de verzekering na 1900 iets minder stringent toegepast, en worden

soms mensen toegelaten die gelden als een verhoogd risico. In de praktijk ontwikkelen zich vanaf de eeuwwisseling dan ook verschillende manieren om de mate van premieverhoging voor dergelijke minderwaardige levens te bepalen. In de eerste plaats is er de methode van de premieopslag. Dit betekent dat de jaarpremie met een zeker percentage dan wel een vast bedrag wegens minderwaardigheid verhoogd wordt. In plaats van premieopslag kan ook het verzekerd kapitaal verminderd worden. In de tweede plaats is het mogelijk de leeftijd van de kandidaat te verhogen met een x aantal jaren – tot de 'bureauleeftijd' – en op grond daarvan de premiehoogte te bepalen. In de derde plaats is het mogelijk een garantietijd in te stellen, in die zin dat pas uitbetaling plaatsvindt indien de verzekerde niet sterft binnen een termijn van bijvoorbeeld vier jaar. Indien dat wel gebeurt wordt er niet uitgekeerd. Een vierde methode vormt de duurbeperking van de verzekering; er is dan sprake van een zogenaamde gemengde verzekering, die uitbetaalt bij leven na een afgesproken tijd van tien of vijftien jaar, of bij overlijden voordien. Daarbij kiest men een verzekeringsduur van zoveel jaar dat de minderwaardige binnen die termijn in ieder geval geacht wordt niet te sterven.

Aan de verschillende methoden kleven verschillende bezwaren. Dat de invoering van een wachttijd een ongelukkige vorm is, daarover zijn de meeste auteurs het wel eens. Een dergelijke wachttijd ondermijnt immers het eigenlijke doel van verzekeren, omdat men in dat geval feitelijk de eerste tijd niet verzekerd is. En hebben niet juist 'minderwaardigen' behoefte aan dekking ook in de eerste jaren van de verzekering? Het verhogen van de leeftijd heeft als bezwaar dat men veronderstelt dat het sterftepatroon van minderwaardige risico's op dezelfde manier verloopt als het sterftepatroon van normale risico's. Dit behoeft echter geenszins het geval te zijn. Sommige minderwaardige risico's kenmerken zich door een extra risico in de jeugd, anderen juist door extra risico op oudere leeftijd. Het extra risico vertoont soms geheel andere karakteristieken dan het normale sterftepatroon, waarbij de sterftekans toeneemt naarmate men ouder wordt. Voor de heffing van extra premie geldt hetzelfde bezwaar; ook dan vormt namelijk de normale premie voor de normale risico's het uitgangspunt. Een voordeel van de extra premieheffing is dat deze eventueel voor een bepaalde periode kan gelden: zo kan gedurende een verblijf in de tropen de extra premie gevraagd worden om vervolgens na terugkeer in Nederland te vervallen.[47] Anderen daarentegen betogen dat de leeftijdsverhoging in vergelijking tot premieopslag 'rationeel en doelmatig' is, omdat de premieopslag een kwestie is van schatten. De mate van leeftijdsverhoging kan weliswaar niet berekend maar wel beredeneerd worden op grond van de literatuur over de sterfte bij bepaalde afwijkingen.[48] Bij verschillende maatschappijen worden geheel verschillende me-

thoden toegepast voor de bepaling van de premie van minderwaardige levens.

> 'Het blijkt wel uit de verschillende manieren, volgens welke de eene maatschappij deze of die wijze volgt, de andere alle manieren toepast, dat er geen sprake is van eenvormigheid, wat tot bewijs strekt dat de bepaling der minderwaardige risico's geen bepaald wetenschappelijken grondslag heeft, gevolg van het ontbreken van sterftetafels voor bepaalde groepen van minderwaardige levens.'[49]

Terwijl een groeiend aantal mensen de noodzaak inziet van de verzekering van minderwaardige levens en licht verhoogde risico's in de praktijk steeds meer kans maken wel geaccepteerd te worden, blijft de verzekering van niet-helemaal-gezonden op grote schaal uit omdat sterftecijfers van deze groep ontbreken.

> 'Kennis omtrent de sterftekansen der te verzekeren personen is slechts uit eigen ondervinding, dus door het afsluiten van verzekeringen te verkrijgen, terwijl dit laatste gevaarlijk is, zoolang de te verwachten sterftekansen geheel onbekend zijn. Zoo draait men in een cirkel rond.'[50]

Medisch adviseurs proberen deze vicieuze cirkel te doorbreken.

STATISTIEK VAN MINDERWAARDIGE LEVENS

Geneeskundigen die als medische adviseur aan een levensverzekeringsmaatschappij verbonden zijn, zijn de pleitbezorgers bij uitstek van de verzekering van 'minderwaardige risico's'. Het is niet alleen een doelstelling van de Vereeniging van Medisch Adviseurs, die in 1901 wordt opgericht, om meer wetenschappelijke kennis te vergaren over de levensduur van mensen met een specifieke vorm van minderwaardigheid. Dit thema loopt tevens als een rode draad door de internationale congressen voor medische adviseurs die aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw georganiseerd worden. Terwijl het beleid van de meeste maatschappijen nog niet gericht is op verzekering van de niet-gezonden, doet het congres voor levensverzekeringsgeneeskunde in Amsterdam in 1901 een principe-uitspraak dat minderwaardige levens tot de levensverzekering kunnen worden toegelaten.[51]

Om de verzekering van minderwaardige levens mogelijk te maken, is het noodzakelijk statistische gegevens over de sterfte onder deze groep te verzamelen, te ordenen en te analyseren. In de eerste decennia van deze

eeuw ondernemen medische adviseurs meerdere pogingen om de verzameling van deze sterftegegevens te organiseren. Het eerste initiatief komt van de medisch adviseur Zeeman op het tweede congres voor geneesheren verbonden aan levensverzekeringsmaatschappijen in 1901, waar het besluit van de principiële toelaatbaarheid van minderwaardige levens tot de levensverzekering was genomen. In een rapport pleit Zeeman voor de vorming van een centraal bureau voor de verzameling van statistische gegevens bij verschillende maatschappijen. Veel praktische gevolgen krijgt dit niet. Op het vierde congres te Berlijn wordt dit pleidooi herhaald.

> 'Met algemeene stemmen werd de wenschelijkheid uitgesproken van een centraal lichaam ter bewerking van gegevens der verschillende maatschappijen (...)'[52]

Ook nu wordt deze wens niet gehonoreerd. De oprichting van een 'centraal lichaam' blijft uit.

Ondertussen is de secretaris van de Nederlandsche Vereeniging van Geneeskundig Adviseurs van Levensverzekering-maatschappijen, Van der Meulen, vanaf 1903 ertoe overgegaan bij verschillende maatschappijen gegevens op te vragen over verhoogde risico's die toch waren toegelaten. Sommige maatschappijen sturen echter slechts voor een of twee gevallen per jaar een kaart in,[53] zodat Van der Meulen weinig gegevens ontvangt. Het lage aantal inzendingen kan erop wijzen dat maatschappijen minderwaardige levens nog maar mondjesmaat aannemen. Volgens medisch adviseur Van Wely wijst dat er echter op dat weinig maatschappijen de betekenis van een statistiek van de levensduur van minderwaardige levens inzien.

In 1906 brengt de statistiekcommissie van de Nederlandse Verzekeringsbond, bestaande uit de medisch adviseurs Cowan en Bles en de niet-medicus Janssen, rapport uit over de vraag 'Is het verkrijgen eener statistiek betreffende den levensduur van afgewezenen wenschelijk en mogelijk?'. Volgens de commissie luidt het antwoord bevestigend. Ze is wenselijk voor de buitendiensten, die in de praktijk te maken hebben met de gevolgen van afwijzingen zoals angst, teleurstelling en boosheid, voor het algemeen belang van de uitbreiding der verzekerbaarheid, en voor de wetenschap der verzekeringsgeneeskunde. De hele onderneming staat of valt met de medewerking van de directies van diverse maatschappijen, maar daarover is men optimistisch.

> 'Wij hebben echter te dien aanzien vertrouwen genoeg in de mannen, die aan 't hoofd staan onzer levensverzekering-instellingen.'[54]

De commissie stelt voor dat medisch adviseurs een register aanleggen van afgewezenen en dat de inspecteurs en agenten van de buitendienst twee maal per jaar controleren of de afgewezenen nog in leven zijn. Is de persoon overleden dan noteert men de tijd en de doodsoorzaak. De buitendienst geeft deze informatie aan de medisch adviseurs, die alle gegevens verzamelen en ze eens per zoveel tijd op hun beurt naar de statistiekcommissie van de Nederlandse Verzekeringsbond sturen of naar de statistiekcommissie van de Vereeniging van Medisch Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen. Er zijn geen indicaties dat dit initiatief wel succesvol is. Het tegendeel lijkt zelfs het geval. In het feuilleton van Dixi in de *Nieuwe Rotterdamsche Courant* van 9 oktober 1906 kan men lezen:

> 'Verbijsterend is het volkomen onverwachte verschijnsel, dat het meerendeel der Nederlandsche maatschappijen de desbetreffende circulaire naar de prullenmand schijnt verwezen te hebben. Daaromtrent past groote verontwaardiging, die dan ook inderdaad in vakkundige kringen niet uitbleef.'[55]

De directies van vele maatschappijen blijken veel minder bereid tot medewerking aan de opbouw van een statistiek van afgewezenen dan de commissieleden hadden verwacht. Desalniettemin doet de geneeskundige Lykles in 1912 in het *Jaarboekje* van de Vereeniging voor Levensverzekering een voorstel om, in navolging van het eerder genoemde Scandinavische onderzoek, een enquête te houden onder Nederlandse maatschappijen over het lot van mensen die vanaf 1880 wel een verzekering hadden aangevraagd maar werden afgewezen, of slechts tegen verhoogde premie werden aangenomen. Lykles realiseert zich dat met name het eerste moeilijk is, maar vraagt zich af waarom in Nederland niet zou lukken wat in andere landen wel gelukt is.[56] Het Scandinavisch onderzoek krijgt echter geen Nederlands vervolg.

De relevantie van een statistiek van minderwaardige levens wordt inmiddels ook uit kringen van wiskundig adviseurs naar voren gebracht. Op een internationaal congres voor verzekeringswetenschap in Berlijn besluit men tot de oprichting van een Internationaal Comité dat de vraag zal onderzoeken op welke manier een wetenschappelijke basis voor de verzekering van minderwaardige levens verkregen kan worden. De Nederlandsche Vereeniging van Wiskundig Adviseurs ontvangt daarvan in 1906 officieel bericht, en benoemt dr. D.P. Moll als afgevaardigde naar het Internationaal Comité. Naar aanleiding van dit initiatief spreekt wiskundig adviseur Paraira de wens uit:

> 'Moge hij bij den te verrichten arbeid de meest mogelijke medewerking

vinden bij de Maatschappijen, welke de gegevens voor de bedoelde statistiek kunnen leveren.'[57]

Geen enkel voorstel van medisch adviseurs om sterftecijfers van minderwaardige levens te verzamelen is succesvol. In het licht van de vicieuze cirkel tussen de uitsluiting van minderwaardige levens enerzijds en het ontbreken van sterftetafels voor deze groep anderzijds is dat niet zo verwonderlijk. Voor de meeste mensen met een verhoogd gezondheidsrisico geldt volgens de medisch adviseurs dat ze zelf nooit het initiatief hebben genomen om een levensverzekering te bemachtigen omdat ze in de terechte veronderstelling verkeerden te worden afgewezen. Deze mensen komen dus niet in de administratie van de levensverzekeringsmaatschappijen voor en zijn als groep moeilijk zichtbaar te maken. Omdat er geen band bestaat tussen levensverzekeringsmaatschappijen en deze minderwaardige levens, kan men ook geen informatie vergaren over de levensduur van deze groep.

Voor de mensen die wel een levensverzekeringscontract willen sluiten maar na de keuring worden afgewezen, geldt dat er vaak wel een adres bij de levensverzekeringsmaatschappij bekend is. De opsporing van deze groep is echter geenszins eenvoudig. Als de keuring lang geleden is, kan de persoon verhuisd zijn. Is dit niet het geval dan is het zaak dat de agent of inspecteur gemotiveerd is om de informatie over de levensduur te achterhalen. Dit is niet altijd het geval, omdat contact zoeken met afgewezen kandidaten, die waarschijnlijk geen positief beeld hebben van het levensverzekeringsbedrijf, een pijnlijke zaak kan zijn. Als een kandidaat nog leeft, dan loopt een agent de kans om (nogmaals) met de boosheid over de afwijzing geconfronteerd te worden. Ook indien de kandidaat inmiddels is overleden, is omzichtigheid geboden. Vragen over tijdstip van overlijden en de doodsoorzaak door iemand, die de maatschappij vertegenwoordigt die de kandidaat een verzekering heeft onthouden, kunnen als kwetsend ervaren worden. Bovendien laat de betrouwbaarheid van de informatie over de doodsoorzaak die eventueel door familie of buren gegeven wordt soms te wensen over. Of een huisarts bereid is een vertegenwoordiger van een verzekeringsmaatschappij op de hoogte te brengen van de ziekte waaraan zijn patiënt is overleden, is zeer de vraag. Als het ondanks toch lukt informatie te verkrijgen over de levensduur van afgewezen kandidaten, dan is het zaak dat ze op de juiste plaats terecht komt. Het transport van deze gegevens loopt echter vaak over vele schijven – agent, inspecteur, medisch adviseur, vereniging van medisch adviseurs – en gedurende deze weg kan er veel fout gaan. Dat de verzameling van gegevens over afgewezenen moeilijk is, blijkt ook uit de resultaten van de commissie-Palme, die met behulp van agenten en

geestelijken slechts 18% van de afgewezen kandidaten had weten op te sporen.[58]

Het ontbreken van een verzekerde populatie van minderwaardige levens betekent dus dat er een zeer gebrekkige infrastructuur is om statistische gegevens over de sterfte van minderwaardige risico's te verzamelen. De combinatie van administratieve, sociale, psychologische en organisatorische obstakels maakt dat de opbouw van een statistiek van minderwaardige levens reeds in de verzamelingsfase blijft steken. De bereidheid van directies om aan de wensen van medisch adviseurs tegemoet te komen en te helpen om deze obstakels opzij te zetten is niet groot. Ondanks hun inzet blijven medisch adviseurs verstoken van de empirische gegevens die noodzakelijk zijn om een wetenschappelijke analyse te kunnen maken van de sterfte onder minderwaardige risico's. Vooralsnog zijn zij voor de bepaling van de levensverwachting van 'minderwaardige levens' aangewezen op hun eigen maatstaven.

DE CONSTRUCTIE VAN EEN POPULATIE

Uitbreiding van de consumentenmarkt voor levensverzekeringen is in de ogen van de levensverzekeringsmaatschappijen uit ethische en economische overwegingen aanbevelenswaardig. Ze is echter tevens economisch risicovol, en geen enkele maatschappij durft als enige ertoe over te gaan op grote schaal minderwaardige levens toe te laten. Overleg tussen zeven grote maatschappijen leidt echter in 1905 tot oprichting van De Hoop, een verzekeringsmaatschappij voor de verzekering van kandidaten die bij andere maatschappijen zijn afgewezen. Met de oprichting van deze herverzekeringsmaatschappij wordt een aanvang gemaakt met het creëren van een bestand van verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico, waarvan op termijn de sterfte in kaart gebracht en geanalyseerd kan worden.[59]

Toelating tot De Hoop is echter geenszins eenvoudig. Eigenlijk werkt ze zelfs met een dubbele medische selectie, omdat de kandidaten die zich aanmelden al gekeurd zijn, en omdat de medisch adviseur van De Hoop op grond van het keuringsrapport opnieuw de afweging maakt over de verzekerbaarheid van de kandidaat. Gedurende de eerste tien jaar wordt ongeveer een derde van de aanvragen aangenomen, een derde wordt afgewezen en een derde trekt zich zelf terug omdat de premie te hoog wordt gevonden.[60] In de periode tussen 1905 en 1913 worden er 6737 voorstellen gedaan tot verzekering, waarvan 2173 worden aangenomen, 1903 worden afgewezen wegens te grote gezondheidsrisico's, en 2661 wegens te hoge premie niet door de kandidaat worden aanvaard.[61]

In het voorgaande is reeds betoogd dat er geen instrumenten zijn om de omvang van het gezondheidsrisico en de hoogte van de premie voor

minderwaardige levens te berekenen omdat er geen sterftetafels bestaan van deze groep. Hoe bepaalt De Hoop dan de premiehoogte? De Hoop deelt de minderwaardigen in een aantal 'gevarenklassen' in, die variëren van 'bijna normaal' tot 'zwaar minderwaardig' en 'onverzekerbaar'.[62] Vervolgens neemt ze twee sterftetafels die een ongunstig sterftepatroon vertonen, de zogenaamde '2e mannen 20 steden tafel van Van Pesch' en 'de 3e Weduwentafel voor weduwenrenten'. Bovenop de daaruit afgeleide premie komt standaard nog een rentepercentage van 4%, evenals een opslag voor de minderwaardigheid die overeenstemt met de gevarenklasse waarin de betreffende kandidaat is ingedeeld.

> '(...) uit den aard der zaak was dit niet wetenschappelijk, maar maak eens een vuist, als ge geen hand hebt.'[63]

De vaststelling van de uiteindelijke premie vindt plaats van geval tot geval.

> 'Hoe de Directie dit doet (...) is het geheim van de smid.'[64]

In ieder geval, zo stelt Nierstrasz, zal een kleermaker lijdend aan tbc meer betalen dan een tuinman met dezelfde kwaal. Hij laat de lezer raden dat dit samenhangt met de veronderstelling dat werkzaamheden in de buitenlucht het risico op vroegtijdig overlijden voor een tuberculoselijder vermindert.

De directie van De Hoop beseft dat haar werkwijze niet voldoet aan de eis van wetenschappelijkheid zoals het levensverzekeringswezen dat in haar vaandel voert. Desondanks wil men de juistheid van de risicoschattingen graag bevestigd zien. In eerste instantie lijkt de samenhang die men bepaalt tussen minderwaardigheid, levensduur en doodsoorzaak een slag in de lucht. In *De Verzekeringsbode* wordt in 1912 gesteld dat van de veertien sterfgevallen bij De Hoop slechts zeven overleden aan de ziekte waarvoor ze werden afgekeurd.[65] In 1915/1916 wordt echter een overzicht gepubliceerd van minderwaardigheidsfactoren en doodsoorzaken van 23 verzekerden, waaruit men concludeert dat in meer dan 70% van de gevallen een 'onafwijsbaar verband' bestaat tussen doodsoorzaak en minderwaardigheid.[66] Volgens Nierstrasz sterft een vrij groot deel van de verzekerden kort na de keuring aan de geconstateerde kwaal. Dit is precies zoals hij het graag ziet.

> 'Bij "De Hoop" behoort een verzekerde – die op zijn fatsoen gesteld is – te sterven aan den minderwaardigheidsfactor. Succumbeert een teringlijder aan tering, dan noem ik dat een mooi geval. Op een teringlij-

der, die door de tram wordt overreden, ben ik boos, want dan had hij zich beter bij een ander kunnen verzekeren.'[67]

Ondanks het feit dat De Hoop in een behoefte voorziet valt de toeloop een beetje tegen.

> 'De illusie is grooter geweest dan de werkelijkheid! Niet bij duizenden zijn de afgewezenen naar "De Hoop" gestormd. Het ging zeer kalmpjes aan. De premiën waren in de oogen der minderwaardige risico's te hoog en de keuze, die de directie, bijgestaan door hare medische raadgevers, deed, was te scherp.'[68]

Desalniettemin blijkt De Hoop een winstgevend initiatief. Nadat de eerste drie jaren als gevolg van de nog kleine aantallen verzekerden een grote oversterfte te zien geven, gaat het daarna beter. De sterfte blijft steeds onder de verwachting volgens de tafel van Van Pesch. Van Nierstrasz stelt dan ook in 1924 dat de premies wel omlaag kunnen. Hoeveel omlaag is echter wederom een probleem, want een sterftetafel van minderwaardigen bestaat ook dan nog steeds niet.

Nu met De Hoop de mogelijkheid is gecreëerd om op grotere schaal minderwaardige levens te verzekeren nemen medisch adviseurs initiatief om de sterftecijfers van deze verzekerde populatie systematisch te verzamelen. Op voorstel van de Vereeniging van Medisch Adviseurs wordt daartoe in 1916 in Den Haag het Bureau voor de Statistiek van Minderwaardige Levens opgericht.[69] De doelstelling van dit bureau wordt als volgt geformuleerd:

> 'opgaaf te verkrijgen der medewerkende maatschappijen omtrent toegetreden, uitgetreden of overleden minderwaardige levens, teneinde, zoodra naar het oordeel van der Commissie voldoende materiaal aanwezig is, over te gaan tot het opmaken eener sterftestatistiek naar de doodsoorzaken, waarbij dan bijzonder zal gelet worden op de tijdens het leven gevonden afwijkingen.'[70]

De oprichtingscommissie benadrukt dat het onderzoek van nationaal belang is, omdat de resultaten ervan zullen leiden tot de uitbreiding van de grenzen der verzekerbaarheid, een zaak die naar zijn mening het hele volk ten goede komt.[71] De statistiek zal aanvangen op 1 januari 1915, maar men zal proberen ook van de periode daarvoor, vanaf 1 januari 1900, informatie te verkrijgen. De informatie wordt verzameld op kaarten die op het bureau systematisch worden verwerkt. Ook de gegevens die eerder waren verzameld door de secretaris van de Vereeniging voor Medisch

Adviseurs, dr. Van der Meulen, worden in het bestand opgenomen. De administratie wordt verricht door een ambtenaar van het Centraal Bureau Statistiek.

Nadat vanaf 1900 diverse voorstellen van medisch adviseurs in deze richting tot niets hebben geleid, ontstaat er dus uiteindelijk zowel een populatie van verzekerde minderwaardige levens als een infrastructuur om de gegevens over de sterfte van deze populatie te verzamelen. De verwachting dat nu een start wordt gemaakt met de systematische ordening en de analyse van deze gegevens wordt echter spoedig gelogenstraft. In 1914 verleent de Vereeniging voor Levensverzekering, op verzoek van de Vereeniging van Geneeskundig Adviseurs van verzekeringsmaatschappijen, subsidie voor een onderzoek naar de minderwaardige risico's in samenwerking met De Hoop. In vergaderingen van de Vereeniging voor Levensverzekering in 1915 en 1916 wordt echter opgemerkt dat sinds de subsidietoekenning niets meer van dit initiatief is vernomen.[72] Een onderzoek van Coert naar sterfte onder lijders aan glycosurie op basis van de gegevens van dit bestand ziet pas in 1937 het levenslicht.[73]

De groeiende praktijk van de verzekering van minderwaardige levens resulteert niet in een wetenschappelijke basis voor de bepaling van het risico en de berekening van de premie. In 1945 gaat het Bureau voor de Statistiek van Minderwaardige Levens bij een brand als gevolg van een bombardement verloren. In de periode van haar bestaan is maar weinig statistisch onderzoek verricht en een sterftetafel voor 'minderwaardige levens' komt dan ook niet tot stand. De conclusie van Van Overbeeke dat veel medisch statistisch onderzoek met betrekking tot levensverzekeringen op het kerkhof is terechtgekomen voor ze goed en wel geboren was, lijkt dus terecht.[74]

Omdat sterftestatistieken van minderwaardige levens niet voorhanden zijn, wenden medisch adviseurs zich meer en meer tot buitenlandse bronnen om de levensduur van deze kandidaten te beoordelen.

> 'Vrijwel elke adviseur heeft naar vergelijkingscijfers gezocht en kwam dan bij de buitenlandse literatuur terecht of wel, hij vroeg aan het eigen bedrijf om cijfers maar slaagde er bijna nooit in voldoende medewerking hiervoor te verkrijgen.'[75]

Voor de directies zijn deze bronnen toereikend om het levensverzekeringsbedrijf adequaat te kunnen uitoefenen. De schattingen van medisch adviseurs op basis van buitenlandse sterftetafels en klinische ervaring zijn in hun ogen goed genoeg om het ontbreken van specifiek Nederlands onderzoek te rechtvaardigen. Bovendien blijft het beleid gericht op uitsluiting in geval van twijfel, en wordt de kans op verliesposten geminima-

liseerd door ruime veiligheidsmarges te kiezen bij de risicoschatting en de premiestelling. Geneeskundigen wijzen echter op de specifieke nationale karakteristieken van sterfte onder minderwaardigen, en zijn veel minder tevreden met de beperking tot buitenlandse bronnen. Zij moeten collectieve sterfterisico's in individuele levensverwachting vertalen en achten het noodzakelijk dat zij dan tenminste inzicht hebben in de risico's van het collectief waar het om gaat.

> 'Hoe dankbaar evenwel wij Nederlanders in het algemeen ook mogen zijn voor de hulp door het buitenland ten deze verleend, geheel voldaan kunnen wij ons niet verklaren. (...) dan is het zonder meer duidelijk dat een groote Amerikaansche verzamelstatistiek, ten opzichte van de gelijksoortigheid van het materiaal en de eenvormigheid van de beoordeling, gebreken aankleven, welke een Nederlandsche statistiek in mindere mate eigen zullen zijn. Met andere woorden, wij willen een Nederlandsche statistiek omdat wij overtuigd zijn, dat wij aan de hand dáárvan het best onze Nederlandsche risico's zullen kunnen beoordelen.'[76]

PRIVATISERING VAN RISICOBEPALINGEN

Aan het einde van de negentiende eeuw vormt 'de wetenschappelijke basis' van het levensverzekeringsbedrijf een belangrijk argument om het publiek te overtuigen van het solide en betrouwbare karakter van de maatschappijen, en van de rechtvaardigheid van de selectieprocedures. In het licht van de relevantie van 'de wetenschappelijke fundamenten' voor de succesvolle institutionalisering van deze bedrijfstak is het niet vreemd dat wetenschappelijk onderzoek hoog op de agenda staat van de Vereeniging van Medisch Adviseurs. In de praktijk blijkt wetenschappelijk onderzoek echter geen hoge prioriteit te hebben, en in 1920 concludeert Siegenbeek van Heukelom dat men in Nederland wegens het ontbreken van een empirische grondslag voor berekening van de levensduur van niet-helemaal-gezonden en van de premiebepaling nog steeds schattend te werk gaat.[77] Niet iedereen vindt dat overigens even bezwaarlijk als Siegenbeek van Heukelom. De directeur van De Hoop, Nierstrasz, meldt bijna met trots dat De Hoop het aanbod van de Duitse herverzekeringsmaatschappij Die Hilfe om haar 80 pagina's tellende 'Versicherungs-medizinische System', 'hyperminutieuze onderverdeelingen in groepen en mogelijkheden', over te nemen, heeft afgeslagen. Nierstrasz stelt:

> 'Hier heeft men dus eerst de wetenschap te hulp geroepen om de practijk daarbij te doen aansluiten. "De Hoop" heeft de zaak juist andersom aangepakt.'[78]

Terwijl een wetenschappelijke basis daarvoor ontbreekt, schuift in de verzekeringspraktijk de grens tussen aanneembaar en niet-aanneembaar zodanig op dat er gaandeweg steeds meer minderwaardige levens verzekerd worden. Dit is ten dele het effect van de toenemende maatschappelijke bezorgdheid om 'minderwaardigen' en 'zwakkeren', en hun uitsluiting van zorgarrangementen. Het is ook een effect van de vertaling van die maatschappelijke bezorgdheid binnen de levensverzekeringsbranche door medisch adviseurs. Zij hebben vanaf 1900 veel werk verzet om de afwijzing van 'minderwaardige levens' als een probleem onder de aandacht van de directies te brengen.

De groeiende verzekerbaarheid van minderwaardige levens is echter ook een kwestie van economische rationaliteit. Terwijl directies in de jaren 1880 en 1890 bang zijn voor toelating van 'slechte risico's' omdat die een verliespost vormen, mopperen ze in de jaren 1910 en 1920 soms over de te strenge oordelen van de adviseurs, waardoor onnodig winstposten verloren zouden gaan. Toenemende welvaart leidt tot stijging van de gemiddelde levensduur en dat heeft haar weerslag op de visie van maatschappijen op de verzekerbaarheid van minderwaardigheid.

Het is aannemelijk dat verschuivingen in de verzekerbaarheid van minderwaardige risico's mede zijn ingegeven door ontwikkelingen in de geneeskunde. Veranderende inzichten in de ernst en de geneesbaarheid van ziekten werken immers door in de beoordeling van de levensverwachting van mensen, ook zonder dat die inzichten door statistisch onderzoek ondersteund worden. Uit het handboek levensverzekeringsgeneeskunde van Siegenbeek van Heukelom uit 1916 blijkt bijvoorbeeld dat gevallen van lichte glycosurie niet meer zonder meer geweigerd worden, en dat sommige adviseurs ook lichte intermitterende albuminurie wel aannemelijk vinden. Verbetering in de diagnostiek van diabetes door de introductie van bloedsuikerbepalingen, en verbeteringen in de behandeling, het eiwitdieet en insuline, leiden ertoe dat deze ziekte in de jaren twintig als een minder groot risico geldt dan in de decennia daaraan voorafgaand.[79] Ondanks het chronische karakter van deze ziekte kunnen patiënten onder goede behandeling wel lang leven.

Versoepeling van de regels omtrent verzekerbaarheid van minderwaardige levens gaat niet gepaard met de realisering van de wetenschappelijke ambities van de medisch adviseurs. Wetenschappelijk onderzoek krijgt geen structurele plaats in de levensverzekeringswereld, en blijft afhankelijk van de vrije tijd en de motivatie van een desbetreffende adviseur. Levensverzekeringsartsen in Nederland zijn daardoor niet in staat in de jaren tussen 1880 en 1920 veel bij te dragen aan de opbouw en analyse van sterftestatistieken van minderwaardige levens en aan inzicht in de levenskansen van mensen met specifieke gezondheidsrisico's. Zij lopen stuk op

het pragmatisme van de maatschappijen, die er, in tegenstelling tot voor 1900, van overtuigd raken dat men ook zonder wetenschappelijk onderzoek economisch rendabel kan werken. Hun ideaal, dat de levensverzekeringsgeneeskunde tot een nieuwe loot aan de stam van medische specialismen zou uitgroeien, wordt dus niet bewaarheid. Terwijl zich rond de keuring een netwerk ontwikkelt dat keuringsartsen in staat stelt medische expertise te produceren in de vorm van betrouwbare keuringsuitslagen, komt een dergelijk netwerk rond het wetenschappelijk onderzoek naar de levensduur van minderwaardige risico's niet van de grond. De gestage verschuiving van de grens van minderwaardigheid kan dus niet op conto van de wetenschappelijke expertise van de medisch adviseurs geschreven worden.

Door hun medisch-wetenschappelijke bepaling van risico's vormden medisch adviseurs voor 1900 de belichaming van zowel economische rationaliteit en solide armoedebestrijding, als van rechtvaardige besluitvorming over acceptatie en afwijzing. Met de marginalisering van het belang van medisch-wetenschappelijk onderzoek naar de levensduur van minderwaardige levens wordt dat rechtvaardigheidsstreven binnen de bedrijfstak echter minder belangrijk. De bepaling van de levensduur en van de premies van verhoogde risico's door schatting betekent dat gebrekkige precisie en exactheid gecompenseerd worden door een veiligheidsmarge die wellicht nadelig is voor de verzekerde, maar die voor de maatschappijen voldoende werkbaar blijkt.

Met de geslaagde vestiging van de bedrijfstak raken economische en ethische overwegingen, die aanvankelijk harmonieus met elkaar samengingen, als resp. private en algemene belangen uitgedifferentieerd. Het succes van de branche biedt tevens de ruimte om het belang van een wetenschappelijke, publieke rechtvaardiging van risicobepalingen ondergeschikt te maken aan overwegingen van economische rationaliteit van de maatschappijen. De stagnatie van de opbouw van een netwerk rond wetenschappelijk onderzoek betekent dat risicobepalingen geprivatiseerd worden en openbare controle ontberen.

PERIODIEK GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Pogingen om een statistiek van minderwaardige levens te maken vormen een antwoord op de pijnlijkheid van uitsluiting van minderwaardige levens. Statistisch onderzoek zou inzicht opleveren in de relatie tussen gezondheid en levensduur, inzicht dat een basis zou kunnen vormen voor de uitbreiding van de verzekering en voor de correcte risicobepaling. Periodiek keuren – een specifieke manier om individuele risico's op te sporen en te verkleinen – kan eveneens gegevens opleveren voor onderzoek

naar de relatie tussen gezondheid en levensduur, en kan mensen bovendien handvatten bieden om hun eigen levensverwachting positief te beïnvloeden. Zoals de medisch adviseurs zich sterk maakten voor de ontwikkeling van een statistiek van minderwaardige levens, zo profileren zij zich ook als voorstanders van de periodieke keuring. Het is echter de vraag of zij hierbij succesvoller zijn dan in hun wetenschappelijke missie, en of een netwerk rond periodiek keuren wel tot stand komt.

Het idee van het periodiek geneeskundig onderzoek als een manier om gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen en het leven te verlengen, is afkomstig uit Amerika. In 1909 beginnen levensverzekeringsmaatschappijen met het herkeuren van verzekerden en in 1914 richten sommige daarvan daartoe een centraal bureau op, het Life Extension Institute, dat faciliteiten biedt voor uitgebreid geneeskundig onderzoek. Overal in Amerika heeft dit instituut artsen die het periodiek onderzoek uitvoeren, en behalve verzekeringsmaatschappijen kunnen ook bedrijven gebruik maken van dit bureau voor onderzoek van hun personeel. Het instituut behandelt niet, maar adviseert wel inzake levenswijze, dieet etc. Volgens Starr hebben de levensverzekeringsmaatschappijen een belangrijke rol gespeeld bij de introductie en verbreiding van de medische 'check up' onder Amerikanen.[80]

Hoewel het idee van het periodiek onderzoek zich in Amerika in een grote populariteit kan verheugen, zijn er relatief weinig mensen die er vrijwillig gebruik van maken. De levensverzekeringsmaatschappij Metropolitan Life Insurance Company biedt haar verzekerden de mogelijkheid zich gratis te laten onderzoeken, maar tussen 1914 en 1921 maken daar 62.478 verzekerden gebruik van, ongeveer 2,5% van de mensen die het aanbod hebben gekregen.[81] Waarom dit percentage zo laag is, is onduidelijk. Dat het onderzoek wel van grote waarde is, blijkt uit de presentatie van onderzoeksresultaten die erop wijzen dat slechts 2,40% van de herkeurde verzekeringskandidaten onder de veertig jaar volkomen gezond wordt bevonden, terwijl maar bij liefst 97,60% afwijkingen worden geconstateerd. Meer dan 50% wordt naar een arts doorverwezen.[82] Hoewel sommige auteurs jaren later zullen opmerken dat de methoden van het instituut extreem gevoelig zijn, en dat ze te veel minderwaardigheid registreren,[83] halen diverse Nederlandse geneeskundigen deze cijfers aan om het nut van het periodiek geneeskundig onderzoek te illustreren.[84]

Het idee van periodiek geneeskundig onderzoek slaat bij Nederlandse levensverzekeringsbedrijven niet meteen aan. In de jaren twintig staat dit thema echter regelmatig op de agenda van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen (NVBL). Een lezing van de medisch adviseur Siegenbeek van Heukelom tijdens de algemene vergadering in 1924 over de voordelen van de herhaalde keuring voor het

vroegtijdig opsporen van tuberculose en andere ernstige ziekten, leidt ertoe dat de vereniging een Commissie Periodiek Keuren instelt.[85] Deze zal onderzoeken of het wenselijk is de periodieke keuring ook in Nederland in te voeren, en zo ja in welke vorm.[86] Drie van de vijf commissieleden zijn artsen die als medisch adviseur aan een maatschappij verbonden zijn. Terwijl sommige maatschappijen een eventueel gratis aanbod van periodiek geneeskundig onderzoek uitstellen tot het commissierapport verschijnt, brengt de H.A.V. Bank inmiddels reeds een circulaire uit waarin ze haar verzekerden gratis onderzoek aanbiedt. In de vereniging is men daar niet gelukkig mee, omdat men verwacht dat de H.A.V Bank daarmee veel positieve publiciteit naar zich toe zal halen.

De belangrijkste aanbeveling van de Commissie Periodieke Keuring luidt dat maatschappijen bij verzekeringen boven de *f* 10.000 een twee- tot driejaarlijks gratis geneeskundig onderzoek aanbieden, dat door de huisarts kan worden uitgevoerd, terwijl een centraal administratiekantoor de statistische gegevens verzamelt.[87] De instelling van speciale keuringsartsen zou grote problemen met de huisartsen teweegbrengen, die men liever voorkomt. De overtuigingskracht van de aanbeveling om de periodieke keuring in te voeren wordt echter teniet gedaan door de opname in het rapport van een schatting van de winst die de maatschappijen volgens de wiskundig adviseur Holwerda van dit herhaalde onderzoek kunnen verwachten. Deze beweert namelijk dat het:

> '(...) absoluut onmogelijk om de sterfte door gratis onderzoek voldoende te drukken om de kosten er uit te haalen, zelfs als men dit eens in de 3 jaar doet.'[88]

Voor de Vereeniging blijkt het financiële argument van doorslaggevend belang. Omdat periodiek keuren naar verwachting geen financiële voordelen met zich meebrengt, wordt het rapport door het verenigingsbestuur niet bijster enthousiast ontvangen. De voorzitter, Niemeyer, die aanvankelijk tijdens de lezing van Siegenbeek van Heukelom nog gematigd positief reageerde, laat zich na verschijning van het rapport in de bestuursvergadering onverbloemd negatief uit.

> 'Het rapport heeft spreker persoonlijk tot de conclusie gebracht, dat een gezamenlijk optreden van de maatschappijen tot bitter weinig resultaten zal leiden. In het rapport is voorgesteld het gratis periodiek onderzoek te doen aanvangen bij verzekeringen van af *f* 10.000.- maar veel leden van de Vereeniging hebben daar geen belang bij. Het is eigenlijk geen zaak voor de Vereeniging. Ook durft de spreker de commissie haast niet uit te noodigen de behandeling in de vergadering

bij te wonen, want deze zal wel heel spoedig afgelopen zijn.'[89]

De andere bestuursleden delen zijn mening, en ook in de algemene vergadering worden veel kanttekeningen geplaatst bij het rapport. Waarom zouden mensen tenslotte van de mogelijkheid tot periodiek onderzoek gebruik maken, als de medische keuring al op zoveel weerstand stuit?

> 'De heer Hankes Drielsma deelt mede, dat het al veel moeite kost om bij de eerste keuring de candidaat-verzekerden naar den geneesheer te krijgen. Het wordt als een last beschouwd en niet als een gelegenheid om zich eens grondig te laten onderzoeken.'[90]

De besluitvorming wordt uitgesteld tot de volgende vergadering. Het is echter duidelijk dat de Nederlandse maatschappijen weinig voelen voor de introductie van de periodieke keuring. Een mededeling van de H.A.V. Bank dat slechts 16% van de geadresseerden de mogelijkheid tot gratis onderzoek heeft aangegrepen sterkt menigeen in de overtuiging dat de verzekerden er niet op zitten te wachten en dat de maatschappijen er dus geen financieel voordeel van zullen hebben.

De discussie verschuift daarop naar de vraag of levensverzekeringsmaatschappijen de periodieke keuring dan misschien niet uit bedrijfsbelang moeten invoeren, maar vanwege het maatschappelijke belang. Bij stemming blijkt dat een meerderheid inderdaad van mening is dat het uit overwegingen van algemeen belang gewenst is periodiek onderzoek van verzekerden te bevorderen. De vraag of de NVBL dat ter hand moet nemen wordt echter met 41 stemmen tegen, 22 voor en 3 blanco verworpen. Men concludeert dat iedere maatschappij zelf maar moet bekijken of ze haar verzekerden, bijvoorbeeld als een vorm van reclame, gratis periodiek onderzoek wil aanbieden.[91] Net zoals de wens van medisch adviseurs om statistische gegevens over minderwaardige levens te verzamelen wordt ook hun wens om periodiek geneeskundig in te stellen dus niet gehonoreerd.

Nederlandsch Instituut voor Praeventieve Geneeskunde

Met de oprichting van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (IPG) in 1929 in Leiden wordt de vraag naar periodieke keuringen wederom actueel. Het is de vraag of dit toeval is, of dat artsen verbonden aan levensverzekeringsmaatschappijen de oprichting van dit instituut hebben gestimuleerd omdat ze nul op het rekest kregen van hun directies. Het is in ieder geval opvallend dat dit Instituut kort na de oprichting het instellen van een bureau voor periodieke keuringen van gezonden overweegt en daartoe contact opneemt met levensverzekeringsdeskundigen.[92] De directeur van het instituut, de geneeskundige Bijl, tracht in een artikel in *De*

Levensverzekering in 1934 de maatschappijen te overtuigen mee te werken aan de oprichting van een bureau dat periodieke keuringen uitvoert. In het jaarverslag van het instituut over datzelfde jaar staat echter te lezen:

> 'Ook wat de verwezenlijking van dit plan betreft zijn de tijden niet gunstig.'[93]

In 1936 houdt Bijl een lezing voor de NVBL waarin hij uitvoerig uit de doeken doet welke ziekten en afwijkingen worden opgespoord bij periodiek onderzoek van schoolkinderen of arbeiders.[94] Verwijzend naar de ervaringen van Amerikaanse levensverzekeringsmaatschappijen stelt hij dat het zeer waarschijnlijk is dat periodiek onderzoek leidt tot levensverlenging, temeer daar er voor de reeds verzekerden, in tegenstelling tot de eerste keuring, geen reden is om iets te verzwijgen. Uit medisch-hygiënisch zowel als uit financieel-zakelijk oogpunt zou periodiek onderzoek volgens Bijl vruchten afwerpen. Waarom zouden maatschappijen in het buitenland anders dit onderzoek financieren? Een belangrijk argument van de tegenstanders van het periodiek onderzoek, namelijk dat de sterfte in Nederland al heel erg laag is in vergelijking tot andere landen, betekent volgens Bijl niet dat er helemaal geen sterftewinst meer te behalen valt. Vooral onder mensen van middelbare en oudere leeftijd kan een periodieke keuring nog wel degelijk levensverlenging betekenen, aldus Bijl. En is er bovendien niet alles aan gelegen de sterfte laag te houden? Maatschappijen zullen, zo voorspelt Bijl, middels de laag blijvende sterfte en door de sterkere band tussen verzekerden en maatschappijen de financiële voordelen ondervinden van de periodieke keuring. Het is niet verwonderlijk dat Bijl voorstander is van keuring door een speciaal insituut, waarbij hij natuurlijk vooral denkt aan zijn eigen Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

In de Algemeene Vergadering van de NVBL geeft het bestuur er blijk van weinig gevoelig te zijn voor de argumenten van Bijl.

> 'Het Bestuur begrijpt volkomen dat Dr. Bijl ijvert voor zijn Instituut en zooveel mogelijk verzekerden periodiek wil laten onderzoeken, maar het Bestuur is niettemin van meening, dat deze richting niet moet worden ingeslagen, want het vreest dat bij inschakeling van het instituut de zaak veel te duur zal worden.'[95]

Het eerder gebruikte argument tegen het periodiek onderzoek dat de resultaten niet tegen de kosten opwegen wordt herhaald, maar anderen wijzen erop dat inmiddels 56 tot 59% van de verzekerden van de H.A.V. Bank zich laat onderzoeken, en dat het publiek de mogelijkheid van gratis

periodiek onderzoek dus wel op prijs stelt. Op voorstel van het bestuur besluit de vergadering nogmaals tot het instellen van een commissie, en men neemt de voordracht van het bestuur over, dat reeds eerder had besloten geen medicus in de commissie te benoemen.[96] Omdat de commissie vervolgens alleen uit tegenstanders van het periodiek geneeskundig onderzoek dreigt te gaan bestaan, en omdat voorstanders in levensverzekeringskringen die geen arts zijn moeilijk te vinden zijn, wordt de commissie reeds in de volgende algemene vergadering weer opgeheven.[97] Het wekt geen verbazing dat men in de jaarlijkse *Mededeelingen* van het IPG van 1937 kan lezen:

> 'De reeds gedurende eenige jaren aangewende pogingen om door het instituut periodieke keuringen te doen verrichten, stuiten steeds op geldgebrek af. Ook de herhaalde pogingen om bij de Nederlandsche levensverzekeringsmaatschappijen belangstellen voor deze, in het buitenland veelvuldig toegepaste, keuringen te wekken, hebben niet tot een positief resultaat geleid.'[98]

Toch blijkt uit de schenkingen en jaarlijkse bijdragen van levensverzekeringsmaatschappijen aan het instituut, dat zelf over weinig financiële middelen beschikt, dat de levensverzekeringsmaatschappijen de algemene doelstelling van het instituut wel steunen. In het jaarverslag van 1931 staan zelfs 21 levensverzekeringsmaatschappijen die gezamenlijk meer dan *f* 3500 aan jaarlijkse bijdragen storten, terwijl een andere maatschappij voor dat jaar in ieder geval *f* 1000 heeft gestort.[99] In 1931 had men een begroting van *f* 6242. In 1932 is deze echter bijna verdubbeld tot *f* 12.401,35. Uit een commentaar uit *De Verzekeringsbode* op het instituut uit 1940 zou men kunnen afleiden dat deze steun na 1932 snel afneemt.

> '(...) maar de lust deze subsidie te verstrekken begon al spoedig te verflauwen, toen van practische resultaten weinig bleek.'[100]

De aanzienlijke bijdrage van levensverzekeringsmaatschappijen aan dit Instituut in zijn beginjaren maakt duidelijk dat de maatschappijen individuele preventie een goede zaak vinden. Het feit dat de steun aan het instituut tot de beginjaren beperkt blijft en zich niet uitstrekt tot de instelling van de periodieke keuring, maakt echter tevens duidelijk waar de grenzen liggen van het verzekeringsbelang bij preventie. Men ziet te weinig economische voordelen in periodiek onderzoek om zich sterk te maken voor de daadwerkelijke organisatie van deze vorm van individuele vroegopsporing en preventie. In de jaren dertig wordt ook meer principiële kritiek op het fenomeen keuringen geleverd, bijvoorbeeld door de

arts en hoogleraar Hijmans van der Bergh, die stelt dat keuringen niet slechts vooruitgang representeren, maar ook onbillijkheden en schade met zich meebrengen.[101] In de overwegingen van de levensverzekeringsmaatschappijen staat echter het financiële eigenbelang voorop.

Levensverzekeringsmaatschappijen stellen dat ze met groepen en gemiddelden werken, maar sporen mensen wel aan zo te handelen dat het de gezondheid op langere termijn ten goede komt. Aan de ontwikkeling van een infrastructuur van preventieve gezondheidszorg en individuele screening en begeleiding wensen zij echter niet bij te dragen. Natuurlijk juichen ze periodiek geneeskundig onderzoek van hun verzekerden toe met het oog op het algemeen belang, maar de financiële opbrengsten daarvan achten de directies te gering om zelf periodiek onderzoek mogelijk te maken. De economische doelstellingen van de bedrijfstak blijken grenzen te stellen aan haar feitelijke bijdrage aan de ontwikkeling van instrumenten van preventieve gezondheidszorg, die mensen volgens de medisch adviseurs in staat zouden stellen een rationeel beheer over hun eigen gezondheid te voeren. Voor medisch adviseurs zou institutionalisering van het periodiek geneeskundig onderzoek een middel vormen om spanningen tussen de identiteit van geneeskundige en die van adviseur te kanaliseren, maar de bedrijven beperken de taken van hun artsen tot wat dan in hun ogen als het bedrijfsbelang geldt. Sociale of ethische motieven maken daar in de jaren dertig geen natuurlijk deel meer van uit.

COMMERCIE, GENEESKUNDE EN RISICO'S

Medische selectie, de 'wetenschappelijke basis' van levensverzekering, vormt de kern van het onderscheid tussen grootschalige levensverzekeringmaatschappijen die ieder individu dat aan de contractuele eisen voldoet toelaten, en oudere, lokale verzekeringsvormen die in de behoefte aan voorzorg van specifieke groepen voorzien. Medische selectie betekent dat gemiddelde sterfte vertaald wordt in individuele sterftekansen, en dat gezondheid als een actuele lichamelijke gesteldheid wordt geherdefinieerd als een risico op de lange termijn. De verschuiving van een kortetermijn- naar een langere-termijn-perspectief gaat gepaard met het besef dat de toekomstige gezondheid zowel onzeker is als beheersbaar. Het verzekeringsbedrijf draagt de boodschap uit dat inzicht in de risico's die een vroegtijdige dood in de hand werken beperking van die risico's mogelijk maakt. Mensen worden aangespoord hun gezondheid serieus te nemen. Ze moeten een verantwoorde levensstijl voeren en niet schromen een arts te bezoeken. Afwijzing constitueert het lichaam enerzijds als een bron van onvermoede gevaren, als onbetrouwbaar en onvoorspelbaar. Oproepen om deze gevaren vroegtijdig in de kiem te smoren genereren echter

tegelijkertijd het idee dat het lichaam, althans ten dele, maakbaar is.

Het is karakteristiek voor deze bedrijfstak dat daarbij grote nadruk wordt gelegd op de individuele verantwoordelijkheid van mensen voor hun lichamelijk welzijn en levensduur. Statistieken met sterftepatronen van collectieven vormen weliswaar de wetenschappelijke basis van het levensverzekeringsbedrijf, maar deze moeten vertaald worden in de levensverwachting van individuen die polissen sluiten. Verlaging van sterftekansen middels collectieve maatregelen zoals hygiënisten die bepleiten achten verzekeraars waardevol, maar een actieve bijdrage daaraan leveren doen zij niet. In het wereldbeeld van levensverzekeringsmaatschappijen staat individuele verantwoordelijkheid voor verlenging van de levensduur centraal. Rationalisering van de zorg voor de gezondheid loopt in de verzekeringspraktijk via de weg van individualisering.

Risicoselectie, als de wetenschappelijke basis van de levensverzekering, vormt aanvankelijk een praktijk waarbinnen ecnomische en ethische doelstellingen zich harmonieus tot elkaar verhouden. Voor 1900 dient risicoselectie de economisch overlevingskansen van maatschappijen, de betrouwbaarheid van deze vorm van armoedebestrijding en de rechtvaardigheid van procedures. Als de bedrijfstak rond 1900 stevig maatschappelijk verankerd raakt en als degelijke vorm van armoedebestrijding bij het publiek bekend is, worden de dilemma's van risicoselectie meer zichtbaar en worden economische en ethische doelstellingen niet alleen als verschillend gedefinieerd, maar zelfs als tegengesteld. In het debat over de verzekering van minderwaardige levens en over het periodiek geneeskundig onderzoek blijken ze zelfs haaks op elkaar te staan. Tegelijkertijd blijkt dat de brug die de medische wetenschap vormt tussen commercie en moraal aan erosie onderhevig is.

Medisch adviseurs spelen in beide discussies een belangrijke rol. Hun rol symboliseert de differentiatie en groeiende spanning tussen economische belangen van de maatschappijen en het algemeen belang. Zij zijn degenen die verantwoordelijk zijn voor risicoselectie. Zij trachten door statistisch onderzoek een wetenschappelijke basis te creëeren voor de juistheid van risicobepalingen en voor versoepeling van de toelatingseisen tot de verzekering. Tevens bepleiten zij bevordering van preventie door verzekeringsmaatschappijen. Zij pogen de dilemma's van de rationalistische, individualistische praktijk van risicoselectie te verkleinen door risicoselectie statistisch te onderbouwen en door periodiek geneeskundig onderzoek aan te bieden aan verzekerden. Statistiek en periodiek geneeskundig onderzoek zouden geneeskundigen tevens mogelijkheden bieden om expertise op te bouwen over de relatie tussen gezondheid en levensduur.

De maatschappijen doen echter weinig moeite om statistisch onderzoek

en periodiek keuren te realiseren. Directies verwachten daarvan maar een beperkte winst, die in hun ogen nauwelijks opweegt tegen de kosten. Aan groeiende expertise van medisch adviseurs, waar directies eerst veel waarde hechtten, blijkt men uit financieel-economische bedrijfsmotieven steeds minder boodschap te hebben. Statistieken en herhaling van de medische keuring worden na 1900 steeds minder gezien als noodzakelijke voorwaarde voor commercieel gewin. Geneeskundigen, die worden aangesteld vanwege hun veronderstelde kennis en vaardigheden met betrekking tot risicoselectie, worden niet in de gelegenheid gesteld expertise te ontwikkelen over de levensduur van minderwaardige levens en over de wijze waarop preventief gezondheidsgedrag de levensduur beïnvloedt. Directies werken niet mee aan de opbouw van netwerken rond statistisch onderzoek en periodiek keuren. Medisch adviseurs worden gedwongen zich bij de bepaling van de levenduur van niet-helemaal-gezonden te verlaten op hun klinische ervaring, gezond verstand en buitenlandse bronnen, en worden gefrustreerd in hun behoefte preventief werkzaam te kunnen zijn.

De spanning die ontstaat tussen de koers die de directies van de maatschappijen varen en de wensen van hun medisch adviseurs laten het beeld van de mooie vriendschap tussen levensverzekeringsbedrijf en geneeskunde niet helemaal onaangetast. Als Siegenbeek van Heukelom in 1931 constateert dat het streven naar grondiger onderzoek van de medici en het streven naar vereenvoudiging van de maatschappijen tegenover elkaar staan, verbindt hij daaraan een waarschuwing voor de geneeskundigen.

> 'Zeker is het, dat het voor het publiek aangenaam is, maar ook zeker, dat het verlies beteekent voor de levensverzekeringsgeneeskunde, die zich als afzonderlijke tak van wetenschap, zoo voordelig begon te ontwikkelen. Het is echter niet te vergen van de levensverzekeringmaatschappijen, dat zij om die reden op deze stap zullen terugkomen – wèl is het een waarschuwing voor de geneeskundigen, om den boog niet te sterk te spannen en niet te veel te willen. Anders kon het wel eens blijken, dat de vriend te lastig werd gevonden.'[102]

Wie als medisch adviseur aan het levensverzekeringsbedrijf verbonden wil zijn, dient zijn specifieke medische interesse opzij te zetten. De culturele effecten van de betrokkenheid van de geneeskunde bij het verzekeringsbedrijf zijn groot: het leven van iedereen wordt in termen van risico's gedefinieerd. De macht van geneeskundigen in het levensverzekeringsbedrijf neemt echter gestaag af. Met de institutionalisering van medische selectie blijkt dat de veelgeprezen samenwerking tussen geneeskunde en levensverzekeringsbedrijf zich zo ontwikkelt dat de geneeskunde de commerciële belangen van de bedrijfstak dient, maar dat de bedrijfstak steeds

minder boodschap heeft aan de belangen van de geneeskunde, noch als statistische wetenschap, noch als preventief zorgsysteem. Dat de bedrijfstak wel als schatplichtig aan de medici wordt beschouwd blijkt uit een commentaar van Voute uit 1952 in een artikel over de verhoogde risico's. Hij stelt:

> 'In vele hoofden leeft het verlangen naar een gecoördineerde statistiek van het Nederlandse bedrijf. Mochten de plannen die hierover bestaan tot werkelijkheid rijpen dan zal het bedrijfsleven in de toekomst misschien eens iets kunnen terugbetalen aan de medische wetenschap; zij staat daarbij diep in het krijt.'[103]

De tanende macht van geneeskundigen in de levensverzekeringswereld laat sporen na in de verhouding tussen economie en ethiek.

Met de uitkristallisering van economische en ethische doelstellingen als tegengestelden en met de falende opbouw van netwerken voor statistisch onderzoek en periodiek keuren gaan economische belangen zwaarder wegen dan overwegingen van algemeen belang. De noodzaak tot wetenschappelijke en daarmee publieke rechtvaardiging van de wijze waarop risicoselectie tot stand komt wordt steeds minder gevoeld. Dit betekent dat de geneeskunde, die aanvankelijk als representant van een specifieke vorm van openbaarheid een brug vormde tussen privaat en algemeen belang, meer en meer het verlengstuk wordt van de maatschappijen. De falende institutionalisering van wetenschappelijk onderzoek en preventie binnen de context van het levensverzekeringsbedrijf ontneemt medisch adviseurs expertise en gezag. Met andere woorden, het ontneemt ze de machtsmiddelen om de ontwikkeling van de verhouding tussen bedrijfsbelang en algemeen belang in een andere richting te beïnvloeden. Hoewel zij nog steeds spreken in naam van de geneeskunde betekent het ontbreken van openbare controle, zoals die in de wetenschap in de twintigste eeuw gebruikelijk wordt, dat hun legitimatie voor hun specifiek medische bijdrage aan risicoselectie verdwijnt.

5 Verzekerd leven

In dit boek staat een specifieke variant van 'het medisch regime' centraal, namelijk de poortwachtersfunctie van artsen bij moderne verzorgingsarrangementen. Om inzicht te verschaffen in de wijze waarop deze poortwachtersfunctie tot stand is gekomen, is de betrokkenheid van artsen bij grootschalige, privaatrechtelijke levensverzekeringsmaatschappijen gereconstrueerd. Rond de eeuwwisseling, voor de instelling van sociale zekerheidswetgeving, nemen zij namelijk een groot deel van de collectieve bestrijding van risico's op vroegtijdig overlijden en ouderdom voor hun rekening. Commerciële verzekeringsmaatschappijen spelen rond 1900 een belangrijke rol bij de verzekering van elementaire levensbehoeften. Ook nadat in de twintigste eeuw diverse sociale verzekeringen tot stand zijn gekomen blijven deze particuliere verzekeringsmaatschappijen echter belangrijk. De meeste mensen die een huis willen kopen zijn aangewezen op een levensverzekering. En met de reorganisatie van de sociale zekerheid zoals die vanaf eind 1980 haar beslag krijgt, gaat een levensverzekering of een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor steeds meer mensen als een noodzakelijke aanvullende verzekering gelden. Ook tegenwoordig leveren particuliere verzekeringen een belangrijk aandeel in de voorziening van elementaire levensbehoeften.[1]

De historische reconstructie van de poortwachtersfunctie van artsen bij levensverzekeringsmaatschappijen betreft zowel de geneeskunde als de samenleving. Het uitgangspunt daarbij was om zo weinig mogelijk aannames over de geneeskunde, de samenleving en over hun onderlinge verhouding als impliciet gegeven in de analyse op te voeren, maar juist om inzicht te verschaffen in de gelijktijdige ontwikkeling van beide. Dat heeft erin geresulteerd dat dit boek niet alleen gaat over de totstandkoming van de poortwachtersrol tegen de achtergrond van een reeks stabiele 'sociale factoren', maar ook over de genese van afhankelijkheidsrelaties, medische expertise, medische technologie, risico's, ethische richtlijnen, gemedicaliseerde burgers en publieke lichamen.[2] De samenhangende ontwikkelingen op deze terreinen vormen als het ware de 'black box' van de levensstijl die van mensen gevraagd wordt in moderne verzorgingsstaten.

In dit boek heb ik getracht deze 'black box' te openen en zo inzicht te verschaffen in de betekenis van 'verzekerd leven', in de historische, culturele en materiële diepte-investeringen bij de gratie waarvan 'verzekerd leven' bestaat. Het is kenmerkend voor het handelingsrepertoire van burgers in moderne verzorgingsstaten dat men zich als vanzelfsprekend onderwerpt aan een onderzoek van de gezondheid ten behoeve van een verzekering. Men beschouwt het eveneens als normaal dat een arts dat onderzoek verricht, dat men zich daarbij van de kleren ontdoet, dat informatie over de gezondheid en levensstijl door verzekeringsinstellingen wordt opgeslagen en dat men over het verloop en de uitslag van een medische selectieprocedure weinig zeggenschap heeft. Dit handelingsrepertoire is echter niet altijd zo vanzelfsprekend geweest. Het is met de opkomst van grootschalige verzorgingsarrangementen vanzelfsprekend geworden.

In dit slothoofdstuk worden enkele thema's uit de voorafgaande hoofdstukken nogmaals kort geëxploreerd en zal ik ingaan op de vraag waarom de geneeskunde voor het levensverzekeringswezen een belangrijke rol is gaan spelen. Met enigszins speculatieve antwoorden op de vraag welke inzichten deze studie oplevert voor recente debatten over de plaats van de geneeskunde in de levensverzekeringswereld wordt dit boek afgesloten.

AUTONOMIE EN AFHANKELIJKHEID

Theoretische veronderstellingen over de professionele macht en autonomie van artsen zijn in dit onderzoek tussen haakjes gezet en vervangen door de vraag hoe afhankelijkheidsverhoudingen tussen levensverzekeringsmaatschappijen, verzekeringskandidaten en artsen zich in de decennia rond de eeuwwisseling ontwikkelen. Het moge duidelijk zijn dat de machtsverhoudingen die de levensverzekeringsfiguratie kenmerken niet eenvoudig herleid kunnen worden tot het machtstreven van één van de partijen. Het is moeilijk om in het proces van figuratievorming één centrale, sturende actor aan te wijzen. Ook de professionele autonomie van artsen kan niet als zodanig dienst doen. Zij kan geen verklaring vormen voor de positie van artsen in het netwerk. Zij is zelfs geen resultaat van de genese van deze figuratie. Het tegendeel is het geval. Voorzover het handelen van artsen in de tweede helft van de negentiende eeuw al gekenmerkt werd door professionele autonomie, heeft de ontwikkeling van de levensverzekeringspraktijk de autonomie van de daarbij betrokken artsen sterk ingeperkt.

Levensverzekeringsmaatschappijen hebben het initiatief in de vorming van deze figuratie. Zij zijn gebrand op hulp van de artsen aan hun bedrijf, omdat medische hulp levensverzekeringsmaatschappijen degelijk en be-

trouwbaar maakt in een tijd dat vele verzekeringsfondsen en spaarbanken zo'n slechte naam hebben, dat velen hun spaarcenten liever in een oude sok bewaren dan aan een verzekering besteden. De directies verwachten bovendien dat medische selectie van risico's reëel zal bijdragen aan de overlevingskansen van een maatschappij. De hulp van artsen voorkomt dat mensen met zeer hoge stervenskansen zich toch verzekeren, en dat de balans tussen premie-inkomsten en uitkering van verzekerde bedragen negatief omslaat. Ten slotte past medische selectie in de liberale, individualistische ideologie en organisatie van levensverzekeringsmaatschappijen. Zij sluiten contracten met individuen en claimen daarbij rechtvaardig te handelen, opdat geen mensen worden uitgesloten op niet-relevante gronden. Geneeskundigen vormen de garantie dat selectie plaatsvindt op ter zake doende individuele kenmerken.

Levensverzekeringsmaatschappijen nodigen artsen weliswaar uit om voor hen te komen werken, maar de genese van deze figuratie laat zien dat het gehoor geven aan die uitnodiging, waarbij zowel financiële motieven als inhoudelijke affiniteit een rol spelen, gepaard gaat met conflicten, problemen en dilemma's. Zo blijken sommige artsen zich te verzetten tegen de hulp van de medische beroepsgroep bij medische selectie voor verzekeringsmaatschappijen en er bestaat veel weerstand tegen de medische keuring onder verzekeringskandidaten. Ook blijken keuringsartsen aanvankelijk niet in staat onderscheid te maken tussen een patiënt en een verzekeringskandidaat en beschikken ze niet over de expertise die verzekeringsmaatschappijen van hen verwachten. Behandelend artsen tekenen protest aan tegen de schending van het beroepsgeheim die levensverzekeringsmaatschappijen van hen vragen en medisch adviseurs lopen maatschappijen soms voor de voeten met hun ambitie om statistisch onderzoek te doen naar de sterfte onder specifieke risico's. Deze barrières en conflicten laten zien dat geneeskundigen niet eenvoudig in het verzekeringsregime worden ingevoegd, en niet zonder meer de diensten leveren die van ze gevraagd worden. Het machtsoverwicht van de levensverzekeringsmaatschappijen laat onverlet dat artsen niet van hinderkracht gespeend zijn, ook al zijn zij zich soms van de reikwijdte en consequenties van die hinderkracht niet bewust en komt deze soms meer tot uitdrukking in meningsverschillen tussen artsen onderling, dan in conflicten tussen artsen en directies.

De hinderkracht van geneeskundigen dwingt de andere partijen tot nieuwe zetten, waardoor de figuratie en de verhoudingen daarbinnen veranderen. Bureaucratisering van de verhouding tussen maatschappijen en artsen, sociale en technische standaardisering van de medische keuring, de scheiding tussen behandelen en keuren, de gestage verschuiving van de grens van verzekerbare minderwaardigheid, de definitie van mensenlevens

in termen van risico's, de verzakelijking van relaties tussen artsen en patiënten zijn zaken die door geen van de partijen als zodanig werden voorzien of gepland. Hoe vanzelfsprekend wij nu de medewerking van artsen aan het levensverzekeringsbedrijf ook vinden, de genese van die binding is uitermate contingent.

In het licht van het contingente karakter van de vorming van de figuratie is het verwonderlijk dat artsen zo'n belangrijke rol gaan spelen bij selectie van risico's voor het levensverzekeringsbedrijf. Waarom hebben levensverzekeringsmaatschappijen artsen niet aan de kant gezet toen zij lastig werden, en waarom hebben artsen zich niet teruggetrokken uit dit zich ontwikkelende netwerk? Een mogelijk antwoord zou kunnen luiden dat elke binding die eenmaal tot stand is gekomen instandhouding en reproductie van die relatie bewerkstelligt. Afhankelijkheidsrelaties en interactiepatronen die reeds bestaan demonstreren immers per definitie dat het juist en redelijk is dat zij bestaan, en het vergt veel inzet om de normatieve kracht ervan te ontkrachten en de patronen te veranderen.[3] Het regelgeleid handelen dat door deze bindingen gegenereerd wordt krijgt een 'natuurlijk' karakter en het is moeilijk de continuïteit ervan te doorbreken. Een dergelijke verklaring voor de ontwikkeling van levensverzekeringsfiguratie is echter weinig specifiek en heeft geen oog voor de specifieke voordelen dit netwerk aan artsen en maatschappijen biedt.

Het beantwoorden van waarom-vragen past eigenlijk niet in een studie die zich op hoe-vragen richt vanuit de visie dat het principieel onjuist is om onderscheid te maken tussen het beschreven fenomeen en verklarende ontwikkelingen die zich 'buiten' of 'achter' dat fenomeen zouden bevinden. In het antwoord op de vraag waarom artsen en levensverzekeringsmaatschappijen met elkaar in zee zijn gegaan zal ik dan ook proberen niets te zeggen dat niet eerder in het boek aan de orde is geweest.

De maatschappijen hebben de medische wetenschap nodig om hun levensverzekeringspraktijk cultureel aanvaardbaar te maken en bij een breed publiek ingang te doen vinden. Artsen zijn de dragers van medisch-wetenschappelijke expertise. Ook als blijkt dat op het werk van artsen wel iets af te dingen valt, de uitvoering van keuringen laat te wensen over en er worden veel foutieve risico-inschattingen gemaakt, kunnen levensverzekeringsmaatschappijen moeilijk terug. Zij hebben artsen tenslotte zelf voor hun publiek als ultieme bron van betrouwbaarheid gepresenteerd. Voor artsen betekent het werk voor levensverzekeringsmaatschappijen in de eerste plaats een aardige bijverdienste. Bovendien kunnen zij de toenemende vraag van het publiek om verzekeringen moeilijk negeren. Consequent weigeren te keuren en doodsoorzaakverklaringen af te geven kan de lokale reputatie van een arts schaden. Toenemende verafhankelijking tussen mensen en groeiende noodzaak en behoefte om de risico's op

armoede gemeenschappelijk te delen, leiden dus tot een collusie van levensverzekeringsmaatschappijen, artsen en verzekeringskandidaten die noch artsen noch levensverzekeringsmaatschappijen veel kansen geeft zich uit het netwerk terug te trekken.

Terwijl noch artsen noch levensverzekeringsmaatschappijen veel mogelijkheden hebben de samenwerking te beëindigen, zijn levensverzekeringsmaatschappijen veel beter in staat om een stempel op de medische advisering te drukken dan artsen. Hun speelruimte neemt met de genese van de figuratie gestaag af. Zo resulteert de hinderkracht van keuringsartsen erin dat hun handelingsvrijheid tijdens de keuring met bureaucratische middelen wordt ingeperkt. Het zijn de vertegenwoordigers van de levensverzekeringsmaatschappijen die controleren of keuringsartsen hun werk wel goed doen. Na enig sputteren staan behandelend artsen toch informatie af over hun patiënten die de maatschappijen nodig hebben, zowel gegevens over de gezondheid als over de doodsoorzaak. De invloed van medisch adviseurs op de risicoselectie is groot, maar de condities waaronder zij hun invloed kunnen aanwenden hebben zij steeds minder in de hand. Medisch adviseurs ontberen het gezag om directies te overtuigen van het nut van de opbouw van statistieken en van periodiek preventief onderzoek, zaken waar zij zelf veel belang aan hechten. Met de genese van de figuratie slaat de machtsbalans tussen artsen en maatschappijen meer en meer door in het voordeel van de laatsten.

Om deze ontwikkeling van de machtsrelaties in het netwerk te kunnen begrijpen is inzicht in de rol van de NMG van cruciaal belang. De gebrekkige machtspositie van keuringsartsen en medisch adviseurs weerspiegelt namelijk de desinteresse van de NMG voor medische advisering. De NMG heeft bewerkstelligd dat differentiatie plaatsvond tussen medische advisering en therapeutisch handelen, waarbij zij therapeutisch handelen tot kernactiviteit van de medische professie definieerde en medische advisering tot een zaak van ondergeschikt belang maakte. Dit was enerzijds constitutief voor de opbouw van het netwerk maar verklaart ook het resultaat van dat proces. Keuringsartsen en medisch adviseurs vonden in de NMG geen bondgenoot om zich in relatie tot de levensverzekeringsmaatschappijen als een sterke partij te kunnen laten gelden. Integendeel, de enige keer dat de NMG zich met het netwerk bemoeide was dat ter bescherming van de therapeutische rol van artsen en van de relatie tussen arts en patiënt. De ontwikkeling van de medische advisering – de vormgeving van de medische keuring, de relatie tussen keuringsarts en keuringskandidaat, en de praktijk van risicoselectie – heeft ze geheel en al overgelaten aan de levensverzekeringsmaatschappijen.

De hiërarchie die de NMG aanbrengt tussen therapeutisch handelen en medische advisering leidt er uiteindelijk toe dat de medische beroepsgroep

zeggenschap over de rol van medische expertise bij verzorgingsarrangementen goeddeels uit handen geeft. Dit patroon, ingezet bij de opkomst van medische advisering voor levensverzekeringsbedrijven, speelt ook bij de totstandkoming van andere verzorgingsarrangementen zoals de Ongevallenwet 1901 een rol. En hoewel met het werk van artsen ten behoeve van privaat- en publiekrechtelijke verzekeringen veel geld is gemoeid, staan medische adviestaken anno 1995 nog steeds laag in aanzien en genieten verzekeringsgeneeskundigen maar weinig status in de beroepsgroep. De eenzijdige gerichtheid van de NMG op therapeutisch handelen heeft er mede toe geleid dat artsen die bij levensverzekeringsmaatschappijen betrokken raken wel de toegangspoort tot dat verzorgingsarrangement mogen bewaken, maar dat het de maatschappijen zijn die bepalen wie zij wel en niet mogen toelaten.

MEDISCHE EXPERTISE EN COMMERCIE

De afnemende macht van artsen die betrokken zijn bij het levensverzekeringsbedrijf, de ontwikkeling van hun functie tot een dienstverlenende taak met relatief weinig handelingsvrijheid, hangt samen met verschuivingen in de plaats en betekenis van de medische wetenschap in de zich ontwikkelende figuratie. De reconstructie van de figuratie vanuit de invalshoek van achtereenvolgens keuringsartsen, behandelend artsen en medisch adviseurs laat zien dat de medische wetenschap een centrale positie in gaat nemen in het netwerk, en een belangrijk stempel drukt op de opbouw ervan. Tegelijkertijd maakt ze duidelijk dat de betekenis van medische expertise niet statisch is, maar verandert met de ontwikkeling van de figuratie.

De betrokkenheid van de medische wetenschap bij het levensverzekeringswezen heeft aanvankelijk een drievoudige betekenis. In de eerste plaats geeft wetenschappelijk verantwoorde selectie van kandidaten verzekeringsmaatschappijen een aureool van soliditeit en betrouwbaarheid. Dit biedt de gelegenheid om het afsluiten van een verzekering voor te stellen als een financieel verstandiger strategie om voorzorg te treffen dan de oude sok. In de tweede plaats draagt het levensverzekeringsbedrijf door haar wetenschappelijk gefundeerde soliditeit bij aan de sociale vooruitgang en de beschaving van grote groepen van de bevolking. Wetenschappelijk verantwoorde medische selectie vormt in de derde plaats een strategie om de verzekerde populatie niet te beperken tot een specifieke klasse, sekse, beroepsgroep of regio, zoals bij de oudere verzekeringsfondsen, maar om de populatie uit te breiden tot de gehele Nederlandse bevolking. Het enige selectiecriterium is het sterfterisico dat iemand belichaamt. Medische selectie op wetenschappelijke basis staat aanvanke-

lijk dus voor zowel het financieel betrouwbare als het sociale en het ethische karakter van deze bedrijfstak.

Vanwege deze betekenis van medische selectie versterkt medische expertise de binding tussen levensverzekeringsmaatschappijen en het publiek, en tussen maatschappijen en geneeskundigen. De medische wetenschap vormt de basis voor de sterke band tussen medisch adviseurs en levensverzekeringsmaatschappijen. Medisch-statistisch onderzoek is volgens deze adviseurs namelijk van groot belang voor de volksgezondheid en de sociale vooruitgang. De verwetenschappelijking van het medisch handelen vormt tevens het vehikel waarmee de betrouwbaarheid van de keuring wordt vormgegeven en keuringsartsen aan de maatschappijen worden gebonden. De betrouwbaarheid van de keuring is van groot belang voor zowel de soliditeit als de rechtvaardigheid van de toelating en uitsluiting van verzekeringskandidaten. Ten slotte vormt de medische wetenschap het argument om meningsverschillen over het beroepsgeheim te beslechten en de binding tussen behandelend artsen en maatschappijen tot stand te brengen. Opschorten van het beroepsgeheim maakt wetenschappelijk inzicht in de sterfte mogelijk, zodat wellicht meer mensen verzekerd kunnen worden en ook de rechtvaardigheid van selectieprocedures kan worden verbeterd. De wetenschappelijke basis van risicoselectie speelt dus niet louter een symbolische rol. Ze geeft vorm aan de bindingen die ontstaan en drukt haar stempel op de figuratie. Omgekeerd bewerkstelligt de vorming van deze figuratie de relevantie van medische expertise bij medische advisering en de vanzelfsprekendheid van de betrokkenheid van medici bij het verzekeringsbedrijf.

De reconstructie van deze figuratie laat echter ook zien hoe met de succesvolle vestiging van de bedrijfstak na de eeuwwisseling de plaats en betekenis van de medische wetenschap langzaam verschuiven. De pogingen van medisch adviseurs om meer wetenschappelijk inzicht te vergaren in specifieke gezondheidsrisico's – door middel van opbouw van statistieken en periodiek geneeskundig onderzoek – blijken stuk te lopen op de onwil van de maatschappijen. Zij hebben om te kunnen floreren geen behoefte aan nadere wetenschappelijke onderbouwing van sterfterisico's en willen niet veel geld en menskracht besteden aan statistisch onderzoek.

De afwijzende reacties van de directies op de voorstellen van de medisch adviseurs onthullen hoe het economische, sociale en ethische karakter van de maatschappijen, in plaats van elementen van één en dezelfde identiteit, langzaam maar zeker als verschillende identiteiten uitdifferentiëren. Meer statistisch onderzoek zou wellicht een betere basis zijn om de bepaling van mensen als risico's wetenschappelijk te rechtvaardigen, en zou de ethische identiteit van de bedrijfstak ten goede komen. Uit bedrijfseconomische overwegingen is dat echter niet aantrekkelijk omdat het de vraag is of de

kosten van dergelijk statistisch onderzoek tegen de baten opwegen en men in geval van twijfel een kandidaat zodanig inschat dat men zeker weet dat voldoende premie wordt betaald. De sociale doelstelling, beschaving en armoedebestrijding, gaat een minder grote rol spelen. De ontwikkeling van de bedrijfstak na 1900 maakt het mogelijk de grenzen van afwijzing en toelating langzaam maar zeker iets minder streng te trekken en minder mensen af te wijzen, terwijl tegelijkertijd steeds meer mensen overtuigd raken van het belang van adequate sociale verzekeringen. De uitkristallisering van verschillende identiteiten impliceert niet per definitie dat deze alle drie even belangrijk zijn. Het tegendeel blijkt zelfs het geval. Terwijl de sociale identiteit van levensverzekeringsmaatschappijen met de ontwikkeling van sociale zekerheid naar de achtergrond verdwijnt, komen de bedrijfseconomische en ethische identiteit meer en meer tegenover elkaar te staan. Het belang van wetenschappelijk verantwoorde risicobepalingen terwille van de rechtvaardigheid van afwijzing en toelating wordt ondergeschikt gemaakt aan commerciële motieven en afwegingen van kosten en baten. Anders gezegd: het algemeen belang van het publiek, van verzekerden en potentiële verzekerden, en het particuliere belang van de maatschappijen, die aanvankelijk niet als zodanig van elkaar te onderscheiden waren, worden nu als respectievelijk ethische overwegingen en commerciële afwegingen concurrenten van elkaar. Tijdens dit proces veranderen de plaats en betekenis van de medische wetenschap. Vormde die eerst de noemer waarop het economische, sociale en ethische karakter van de bedrijfstak zich als één identiteit konden presenteren, na de eeuwwisseling blijkt meer en meer dat zij deze rol niet meer vervult. Met de uitdifferentiatie van twee van deze drie identiteiten raakt het belang van de medische wetenschap meer verbonden met de ethische identiteit dan met de bedrijfseconomische. En met het feit dat de rechtvaardiging van risicobepalingen ondergeschikt raakt aan overwegingen van kosten en baten wordt ook de plaats van de medische wetenschap binnen de bedrijfstak gemarginaliseerd. In tegenstelling tot de verwachtingen van de medisch adviseurs blijkt het levensverzekeringsbedrijf geen institutioneel kader te vormen voor productie van medisch-statistische expertise.

De veranderende positie van de medische wetenschap in de bedrijfstak heeft verreikende consequenties voor het karakter van risicoselectie. Terwijl wetenschap aanvankelijk wordt verbonden met publieke rechtvaardiging van risicoselectie, worden na de eeuwwisseling binnen de levensverzekeringswereld weinig pogingen ondernomen de selectieprocedures, toelating en uitsluiting en premiestelling, te verantwoorden. De marginalisering van de medische wetenschap in de figuratie impliceert dat risicoselectie zich onttrekt aan professionele intern-wetenschappelijke controle en dus ook aan publieke controle en kritiek. Het is dan ook niet toevallig

dat terwijl het levensverzekeringswezen stelt twee wetenschappelijke fundamenten te hebben, de wiskunde en de geneeskunde, publieke controle van maar één fundament wordt geïnstitutionaliseerd. De crisis in de bedrijfstak in de jaren twintig leidt namelijk tot overheidstoezicht op de bedrijfstak door de in 1923 ingestelde Verzekeringskamer, maar deze richt zich primair op controle op de financiële toestand van de maatschappijen. Publieke controle op de medische kant van het bedrijf wordt niet geregeld.

Het feit dat het levensverzekeringsbedrijf zelf geen kader creëert voor productie van medische expertise, wil natuurlijk niet zeggen dat medische expertise niet langer een rol speelt in de bedrijfstak. Inzichten in sterftepatronen worden vergaard in het buitenland en ontleend aan de klinische geneeskunde. De marginalisering van medisch-statistisch onderzoek binnen de figuratie heeft dan ook weinig consequenties voor het voortbestaan van de functie van medisch adviseur. Die functie was al zodanig gestabiliseerd dat ze niet werd bedreigd. Het type expertise dat medisch adviseurs vertegenwoordigen verandert echter wel. Waren zij eerst de vertolkers van een hygiënistische visie op de relatie tussen welvaart en gezondheid en beoogden zij statistische inzichten in de sterfte van specifieke risicogroepen te produceren, na de eeuwwisseling worden medisch adviseurs de vertalers van elders geproduceerde inzichten over sterfte in commercieel verantwoorde individuele risico's.

Anders gezegd, aanvankelijk spelen medisch adviseurs een culturele rol.[4] Zij leveren nieuwe ideeën, bieden een nieuw perspectief en zetten thema's op de agenda, waardoor de meningsvorming in de bedrijfstak wordt beïnvloed en men problemen op een andere wijze gaat definiëren. Dit geldt bijvoorbeeld voor de manier waarop medisch adviseurs het probleem van de afgewezenen en de verzekerbaarheid van minderwaardige levens voor het voetlicht hebben gehaald. Langzaam maar zeker wordt hun rol echter meer een technische. Zij bieden geen nieuwe definities en interpretaties van problemen, maar leveren de middelen om door de maatschappijen geformuleerde problemen op te lossen. Zij conformeren zich aan de taak die hun is opgedragen en aan het perspectief van de opdrachtgever. De bedrijfseconomische identiteit van de maatschappijen vormt het kader waarbinnen zij hun vertaalwerk verrichten.

Als belichaming van de medische wetenschap representeren medisch adviseurs een vorm van openbaarheid die niet wordt waargemaakt. Juist omdat deze functie appeleert aan wetenschappelijke objectiviteit, openbaarheid en algemeen belang versluiert ze het gebrek aan openbaarheid van risicobepalingen. In de eerste decennia van de vorming van de figuratie vormen medisch adviseurs niet alleen een expliciet symbool van de betrouwbaarheid van de bedrijfstak, maar trachten zij tevens deze symbolische functie enige inhoud te geven. Gaandeweg wordt hun werk

meer en meer uitgehold en vormen zij uiteindelijk nog slechts de wetenschappelijke legitimatie van medische selectie van risico's. De machtsbalans tussen artsen en maatschappijen slaat dus niet alleen sociaal, maar ook cognitief door in het voordeel van de maatschappijen. Artsen fungeren weliswaar als poortwachters tot het levensverzekeringsbedrijf, maar anderen bepalen wie zij wel en niet mogen toelaten, en doen dat bovendien op grond van een bedrijfseconomisch perspectief op medische kennis.

RISICOCULTUUR EN PUBLIEK LICHAAM

De sociale en cognitieve onderschikking van artsen aan levensverzekeringsmaatschappijen binnen de figuratie laat onverlet dat medische selectie van risico's grote weerslag heeft op processen die veel verder reiken dan deze figuratie. Medische selectie van risico's draagt bij aan het ontstaan van een risicocultuur en aan de constructie van het lichaam als een publiek lichaam.

In de geschiedschrijving van de geneeskunde en gezondheidszorg, maar ook in vakgebieden als de medische sociologie, is het lichaam lange tijd geen thema geweest. Natuurlijk hebben zaken rond gezondheid en ziekte betrekking op lichamen, maar aan de betekenis van het lichaam werd maar weinig aandacht besteed.[5] Ze was als 'natuurlijk' en 'onveranderlijk' gegeven voorondersteld. De vraag hoe dat komt is niet eenvoudig te beantwoorden, maar de a-historische blik op het lichaam lijkt samen te hangen met een gangbare visie op de relatie tussen 'nature' en 'nurture', waarbij het biologische als statisch en het sociale als veranderlijk wordt gedefinieerd. Recentelijk, geïnspireerd door ontwikkelingen in vrouwenstudies en het wetenschapsonderzoek, heeft het idee dat het lichaam 'onveranderlijk' en 'gegeven' is echter plaatsgemaakt voor het idee dat wat geldt als een lichaam, als een vrouwen- of een mannenlichaam, als een natuurlijk of een gemaakt lichaam, historisch en cultureel varieert. Met name productie van medische kennis en technologie en ontwikkelingen van gezondheidszorgpraktijken hebben een stempel gedrukt op de productie van een specifiek lichaam en van specifieke lichaamsbeelden.[6] In het voetspoor van deze inzichten in de veranderlijkheid van het lichaam is het lichaam van onproblematische vooronderstelling tot object van onderzoek geworden. In mijn onderzoek vormde de vraag naar de betekenis van het lichaam geen centraal onderwerp. Desalniettemin bieden de verschillende hoofdstukken aanzetten om iets te zeggen over de relatie tussen de opkomst van een risicocultuur en de productie van lichamen als publieke lichamen.

Levensverzekeringsmaatschappijen zijn van meet af aan nauw verbonden met wetenschap. Zij introduceren een verzekeringspraktijk waarbij selectie niet plaatsvindt op basis van sociale kenmerken zoals beroep, sekse of

woonplaats, maar op grond van met wetenschappelijke middelen te berekenen sterfterisico's. Met de definitie van verzekeringskandidaten als risico's dragen levensverzekeringsmaatschappijen bij aan het ontstaan van een rationalistische, verwetenschappelijkte omgang met gezondheid en ziekte. Het succes van deze bedrijfstak brengt met zich mee dat brede lagen van de bevolking kennis maken met het idee dat gezondheid-op-de-langere-termijn en sterfte beheersbaar en voorspelbaar zijn.

Dit idee van de voorspelbaarheid van gezondheid en sterfte heeft grote gevolgen voor de wijze waarop mensen zekerheid en onzekerheid betekenis geven. Deze worden minder ontleend aan de actuele gezondheid, maar steeds meer ervaren in verhouding tot de mogelijke gezondheid op de lange termijn. De ervaring dat men door de verzekeringsmaatschappij als 'risico' wordt ingeschat brengt mensen expliciet in het ongewisse: zal ik wel of niet worden toegelaten, ga ik wel of niet vroeg dood?[7] De uitslag van de selectieprocedure gaat vervolgens als bron van zekerheid fungeren. Toelating wordt een teken van goede gezondheid en een normale ouderdom. Afwijzing daarentegen symboliseert dat de toekomst er slecht uitziet en dat men vroegtijdig zal sterven.

Het rationalistische perspectief op risico's genereert echter ook een activistische houding ten opzichte van gezondheid en ziekte. Het verschaft mensen zelf de middelen om zekerheid over hun levensduur te produceren en om de gedachte aan vroegtijdig sterven op afstand te houden. In plaats van gelaten de dood af te wachten worden mensen door de verzekeringsmaatschappijen opgeroepen er van alles aan te doen om de gezondheid en de eigen prognose te verbeteren. In het verlengde van het denken in termen van risico's ontwikkelt zich met andere woorden een preventief gezondheidsregime, waarbij het handelen in het hier nu verbonden wordt met de gezondheid op de langere termijn.

De consequentie van dit rationalistisch perspectief op gezondheidsrisico's en deze activistische moraal is dat de verantwoordelijkheid voor de levensduur sterk geïndividualiseerd wordt. De voorspellende kracht van de medische wetenschap wordt binnen de levensverzekeringspraktijk naadloos verbonden met individuele verantwoordelijkheid van mensen om op grond van die voorspelling zo te handelen dat hun levenskansen positief beïnvloed worden. Niet de wetenschap die de voorspelling mogelijk maakt, noch de maatschappij die de voorspelling eist, maar de individuele verzekeringskandidaat wordt impliciet verantwoordelijk gesteld voor zijn ongunstige levenskansen en voor het keren van die kansen.

Deze distributie van verantwoordelijkheden is een effect van de 'politics of knowledge' in een moderne risicocultuur.[8] Het wetenschapsonderzoek heeft laten zien dat risico's vaak als objectieve realiteiten worden beschouwd, dat wetenschap en technologie gezien worden als instituties die

bijdragen tot berekening en beheersing ervan, en dat individuele burgers verantwoordelijkheid krijgen toegeschreven voor de risico's die zij nemen. Het feit dat wetenschap en technologie constitutief zijn voor de genese van risico's, en niet zozeer risico's in kaart brengen en berekenen maar produceren, wordt door het objectiviteitsimago van wetenschap en de macht van de instituties waar zij mee is verbonden – bijvoorbeeld overheidsinstellingen en verzekeringsmaatschappijen – onzichtbaar gemaakt. De schijnbaar vanzelfsprekende logica en rationaliteit van de inhoudelijke bepaling van risico's en van de toedeling van verantwoordelijkheid voor de reductie van risico's, versluiert dat het hier gaat om een particuliere logica, die andere logica's verdringt en domineert.[9] Indien we deze inzichten uit het wetenschapsonderzoek toepassen op de risicocultuur zoals het levensverzekeringswezen die heeft bewerkstelligd, dan kunnen we concluderen dat de levensverzekeringspraktijk niet alleen heeft bijgedragen aan de constructie van specifieke gezondheidsrisico's en aan een geïndividualiseerde verdeling van verantwoordelijkheden voor de preventie van gezondheidsrisico's. Ze heeft tevens meegewerkt aan de versluiering van het politieke en normatieve karakter van wat geldt als een gezondheidsrisico en van de toedeling van verantwoordelijkheid voor het ontstaan en de bestrijding ervan.

De genese van grootschalige verzorgingsarrangementen en de poortwachtersfunctie van artsen heeft met zich meegebracht dat de coördinatie en controle van de afhankelijkheidsrelaties tussen burgers voor een goed deel uitgevochten worden op het lichaam van mensen. Het lichaam wordt een publiek lichaam. Bij de specifieke definitie van dit publieke lichaam in de levensverzekeringspraktijk spelen zowel economische en medische vocabulaires een rol. Het risicobegrip vormt het scharnier dat beide vocabulaires met elkaar verbindt. Om het privaatrechtelijke verzorgingsarrangement van levensverzekeringsmaatschappijen tot stand te brengen, wordt de waarde van een lichaam uitgedrukt in een taal die niet ontleend is aan de eigen ervaringen van mensen, maar aan de economie. De waarde van een lichaam wordt uitgedrukt als een verzekerbaar bedrag, in geld. In de levensverzekeringspraktijk is het lichaam kapitaal waard. In de tweede plaats wordt de waarde van het lichaam uitgedrukt in termen van sterfterisico's. Niet de concrete ervaring van het lichaam, van wat het kan, beleeft of voelt speelt een rol, maar de abstracte kans dat het lichaam op een zeker moment een dood lichaam is bepaalt zijn waarde. De bepaling van de premiehoogte vormt de vertaling van het medische en economische risico dat de verzekeringskandidaat vormt. In de premiehoogte komen beide vocabulaires – financiële risico's en sterftekansen – samen.

Het publieke karakter van het te verzekeren lichaam wordt bevestigd

door de praktische omgang met het lichaam bij medische keuringen. Daar vinden medische interventies aan het lichaam plaats, niet omdat daar een aanleiding toe is in de vorm van beleefde klachten, maar omdat de levensverzekeringsmaatschappijen die interventies eisen.[10] Rond de eeuwwisseling worden dan ook vele mensen medisch gekeurd die daarvoor nog nooit op die manier medisch onderzocht zijn. Lichamelijk onderzoek aan het blote lichaam, systematisch gebruik van medische instrumenten op het lichaam en urineren in de nabijheid van de keuringsarts definiëren het lichaam als een domein dat publiek toegankelijk is als de publieke zaak dat vraagt. Aansporingen tot periodieke medische keuringen en tot preventieve maatregelen ter bevordering van de gezondheid geven dit publieke lichaam een extra dimensie. Wat eerst als eis van een verzekeringsmaatschappij wordt gepresenteerd – een normaal en dus verzekerbaar lichaam – wordt geherdefinieerd als een kwestie van de vrije wil van verstandige mensen. Iedereen zou ernaar moeten streven haar of zijn gezondheid te bewaken en het leven te verlengen. De normen die het levensverzekeringsbedrijf introduceert met betrekking tot de omgang met het lichaam – preventie, beheersing, controle – worden bovendien versterkt door andere dragers van het medisch regime.[11] Deze normen worden vervolgens geïnternaliseerd en naleving van die normen wordt zelfs een middel tot presentatie van een moderne identiteit. Voldoen aan de eisen van 'het publieke lichaam' biedt paradoxaal genoeg kansen tot representatie van individualiteit en distinctie van anderen. Wie de preventieve gezondheidsmoraal goed naleeft kan zich doen gelden als een krachtige persoonlijkheid die door middel van een adequaat lichaamsbeheer het lot in eigen hand neemt.

Met de genese van een risicocultuur en een publiek lichaam worden de contouren duidelijk van de cultuur van de 'maakbaarheid van het lichaam' zoals die door diverse auteurs voor westerse samenlevingen is beschreven.[12] Sommige auteurs hebben betoogd dat het lichaam bij uitstek de plaats is geworden waar gevoelens van onzekerheid, van gebrekkige beheersbaarheid van het eigen leven en van de sociale verhoudingen worden geprojecteerd en vergeten.[13] Door deze algemene stelling te lezen tegen de achtergrond van de ontwikkeling van verzorgingsarrangementen zoals levensverzekeringspraktijken wordt ze historisch en empirisch gespecificeerd.

PLEIDOOI VOOR OPENBAARHEID

Vanuit de opvatting dat er geen recept bestaat voor de juiste wijze van geschiedschrijving, en dat geen enkele geschiedfilosofische stroming met een beroep op de 'aard van de geschiedenis' haar gelijk kan claimen, heeft

de Nederlandse geschiedfilosoof Ankersmit ervoor gepleit 'het interessante' voorrang te verlenen boven 'het juiste', het 'ware' of 'plausibele'.[14] Een interessant, vernieuwend en uitdagend perspectief levert soms meer inzicht op dan een uitermate gedetailleerde en verantwoorde analyse. In mijn interpretatie van de relatie tussen levensverzekeringsmaatschappijen en geneeskundigen rond de eeuwwisseling heb ik geprobeerd een ordening aan te brengen die aanspraak kan maken op het predikaat interessant, maar die niet dermate vergezocht is dat ze volstrekt onplausibel is. Vanuit het besef dat de historische realiteit niet als zodanig kenbaar is, heb ik getracht een samenhangend historisch verhaal te schetsen over de ontwikkeling van schijnbaar zeer verschillende zaken zoals keuring, beroepsgeheim en risicoselectie.

Het idee dat de geschiedenis geen intrinsieke orde of essentie heeft en dat geschiedschrijving een kwestie is van verhalen en construeren, heeft de traditionele vraag wat we van de geschiedenis kunnen leren in de historische wetenschappen enigszins naar de achtergrond verschoven. Relativisten benadrukken bijvoorbeeld de historische uniciteit of individualiteit van objecten, instituties en bewegingen, de discontinuïteit van de geschiedenis en de vrijheid van mensen hun leven betekenis te geven. De geschiedenis moet in en op zichzelf begrepen worden. Deze logica volgend gaat het niet aan de geschiedenis met hedendaagse normen te beoordelen en evenmin kan men uit de geschiedenis lessen putten voor het heden. Vanuit dit perspectief zou het niet passen om de vraag te stellen hoe mijn onderzoek zich verhoudt tot recente discussies over de verhouding tussen geneeskunde en levensverzekeringsmaatschappijen.

Het is echter niet onmogelijk geschiedschrijving op te vatten als het maken van een interessant en plausibel verhaal, en toch de vraag te stellen naar de manier waarop dat verhaal zich verhoudt tot andere verhalen die betrekking hebben op andere tijden. De geschiedenis is tenslotte niet in zichzelf continu of discontinu, het zijn de historici die continuïteit en discontinuïteit aanbrengen. Zo onderscheiden wetenschapshistorici, in navolging van Kuhn, periodes van 'normale wetenschap', die gekenmerkt worden door paradigmatische continuïteit, van periodes van revolutie die de overgang naar een geheel nieuw paradigma markeren, hoewel Kuhn de scherpte van de grens tussen continuïteit en discontinuïteit in later werk heeft gerelativeerd. En De Wilde heeft in zijn onderzoek van de opkomst van de sociologie in Duitsland en de Verenigde Staten laten zien hoe de historici van deze discipline door middel van constructie van continuïteit en discontinuïteit bijdragen aan de succesvolle vestiging ervan en aan de demarcatie ten opzichte van andere vakgebieden, leken, amateurs etc.[15] Vanuit de visie dat continuïteit en discontinuïteit niet het wezen van de geschiedenis uitmaken maar het product zijn van geschiedschrijving, zijn

er dan ook geen principiële theoretische bezwaren om uiteenlopende tijdvakken met elkaar te vergelijken. Hoewel ik geen onderzoek heb verricht naar recente ontwikkelingen in de verhouding tussen artsen en levensverzekeringsmaatschappijen, en er van een vergelijking tussen vroeger en nu geen sprake kan zijn, wil ik dit proefschrift besluiten met een blik op discussies in de jaren tachtig en negentig van de twintigste eeuw.

Zoals in de inleiding reeds werd betoogd, concentreert dit onderzoek zich op de periode tussen 1880 en 1920, omdat discussies over geneeskunde en levensverzekeringsmaatschappijen daarna veel minder frequent worden gevoerd. Rond 1920 is de relatie tussen artsen en verzekeraars min of meer gestabiliseerd, en behalve rond de periodieke keuring in de jaren dertig, is er nog amper sprake van publiek debat over de medische kant van het levensverzekeringsbedrijf.[16]

Nadat de niet-gezonden aanvankelijk niet in aanmerking komen voor een verzekering, blijken na de eeuwwisseling steeds meer niet-gezonden wel verzekerbaar, ondanks het feit dat statistieken van hun levensduur niet voorhanden zijn. In feite hebben de directies van levensverzekeringsmaatschappijen vanwege hun desinteresse in statistisch onderzoek zichzelf de statistische instrumenten ontzegd om tot een fijnmazige risicoclassificatie te komen. De maatschappijen zorgen er echter wel voor dat de risicoclassificatie en de tarieven commercieel verantwoord zijn. De bedrijfseconomische definitie van 'verantwoorde risico-inschatting' vervangt de statistische onderbouwing van risicobepalingen.

Wie de situatie aan het begin van deze eeuw vergelijkt met de situatie anno 1995, zal opmerken dat er niet zoveel veranderd is. Hoewel er vanaf de jaren zestig wel meer sterftestatistieken beschikbaar zijn gekomen, is ook tegenwoordig van veel gezondheidsklachten en ziekten onbekend hoe ze zich verhouden tot de levenskansen. Medisch adviseurs maken gebruik van een zeer gevarieerd scala van statistische bronnen: sterftetabellen van het CBS, de zogenaamde 'rating manuals' van internationale herverzekeringsmaatschappijen zoals Münchener Rück, Swiss Re en Mercantile & General, statistieken van ziekenhuizen en ziekenfondsen en klinisch-statistische gegevens zoals verzameld door Brackenridge en Elder (1976), *Medical selection of life risks*.[17] De nadelen die kleven aan de schatting van iemands levenskansen op grond van deze bronnen worden, net als aan het begin van deze eeuw, door een commerciële benadering van 'risico's' gecompenseerd.

Gedurende de twintigste eeuw zijn de belangrijkste risicocategorieën steeds gelijk gebleven: mensen werden en worden ingedeeld als risico op grond van leeftijd, geslacht en gezondheid. Wat een 'commercieel verantwoorde risicobepaling' is, hoeveel men extra betaalt voor het feit dat men rookt of een hoge bloeddruk heeft, dat een ouder is overleden aan kanker

of een hartinfarct, is tegenwoordig – net als vroeger – het geheim van de maatschappij in kwestie.[18] Dit betekent dat het gedurende de hele twintigste eeuw onduidelijk is in welke mate er feitelijk sprake is van solidariteit (subsidiërende solidariteit waarbij kleine risico's meebetalen voor grote risico's) of van classificatie van specifieke gezondheidsrisico's (kanssolidariteit waarbij iedereen binnen een groep dezelfde stervenskans krijgt toebedeeld). Evenmin is duidelijk hoe de relatie ligt tussen premie en risico.

Dat levensverzekeraars onderscheid maken tussen leeftijdsgroepen en tussen sekse wordt zelden als problematisch gezien. Het onderscheiden van groepen met verschillende sterftekansen op grond van (potentiële) gezondheidsverschillen stuit echter op veel meer bezwaren. Het zijn dan ook met name ontwikkelingen in medische technologie waarmee dergelijke verschillen opgespoord kunnen worden, die de aanleiding vormen tot debatten over geneeskunde en levensverzekeringsmaatschappijen in de jaren tachtig en negentig. Introductie van medische technologie om ziekten te 'voorspellen' kan immers resulteren in zeer gedetailleerde risicoclassificatie, en leiden tot uitsluiting van steeds meer mensen van een verzekering. Met name aidsdiagnostiek en genetische diagnostiek brengen de spanning aan het licht tussen de mogelijkheid tot verdergaande risicodifferentiatie ten koste van subsidiërende solidariteit tussen mensen met een verschillende gezondheid.

De introductie van de HIV-test in de jaren tachtig, waarmee besmetting met het HIV-virus gediagnosticeerd kan worden en de waarschijnlijkheid van het overlijden aan aids voorspeld kan worden, roept de vraag op of aspirant-verzekerden aan een dergelijke test blootgesteld mogen worden. De proportionaliteit van deze test staat dus ter discussie. Weegt het belang van de verzekeraar op tegen het belang van de verzekerde, die door de uitslag van de test grote psychische schade kan oplopen, daar geen geneesmiddel voor aids beschikbaar is?[19] De discussie over aidsdiagnostiek wordt echter vooral gedomineerd door de vraag in hoeverre risicoselectie tot discriminatie leidt van specifieke risicogroepen. Vanwege het maatschappelijk belang van non-discriminatie besluit men in 1985 om iedereen bij verzekeringen boven *f* 200.000 een HIV-test af te nemen, terwijl bij verzekeringen van een kleiner bedrag een HIV-test alleen is toegestaan op grond van 'objectief medische criteria': indien de verzekeringskandidaat opgeeft voor anale gonorroe behandeld te zijn, een bloedtransfusie te hebben gehad in het buitenland, of besmette naalden heeft gebruikt.[20] Er zal niet gevraagd worden naar risicoverhogend gedrag zoals wisselende seksuele contacten of intraveneus druggebruik. Als het gaat om de inschatting van mogelijke hart- en vaatziekten vraagt men wél naar risicoverhogend gedrag als roken. Hoewel het debat rond aidsdiagnostiek heeft

geresulteerd in richtlijnen waarmee velen kunnen leven, maakt het een kernprobleem van de levensverzekeringspraktijk duidelijk, namelijk de vaststelling van de grens tussen discriminatie en risicodifferentiatie.

Nog in veel sterkere mate dan de HIV-test genereren ontwikkelingen in het erfelijkheidsonderzoek problemen. In de jaren tachtig is men gestart met een internationaal onderzoek om de menselijke genen in kaart te brengen, het zogenaamde Human Genome Project. In het verlengde van dit onderzoek wordt duidelijk dat vele ziekten een genetische achtergrond hebben en erfelijk zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor taaislijmziekte en de ziekte van Huntington, die het gevolg zijn van een afwijking aan één enkel gen. Ook verricht men veel onderzoek naar de genen die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor erfelijke vormen van borst- en darmkanker. Op dit moment zijn er voor ongeveer veertig erfelijke afwijkingen tests beschikbaar om ze op te sporen, en zo het ontstaan van ziekten te voorspellen.[21] Hoewel sommige artsen en onderzoekers de voorspellende kracht van de genetica relativeren, creëert dit type technologie vele maatschappelijke problemen, onder meer met betrekking tot het afsluiten van een verzekering.

Voorspellend genetisch onderzoek ten behoeve van een medische keuring confronteert mensen met keuzemogelijkheden, informatie, zorgen, onzekerheden en verantwoordelijkheden die ze soms misschien wel willen benutten, maar soms ook niet willen hebben. Kennis van (mogelijke) genetische afwijkingen grijpt diep in het leven van mensen in.[22] Genetische tests ten behoeve van keuringen zullen bovendien resulteren in vergaande risicodifferentiatie, veel mensen een kans om zich te verzekeren ontnemen of tot grote premieverschillen leiden. Verzekeraars hebben daarentegen belang bij inzicht in erfelijke ziekten om asymmetrie in informatie tussen verzekeraar en verzekerde, en zelfselectie van verzekeringskandidaten tegen te gaan. Gebruik van genetische tests staat voor hen in het teken van bedrijfseconomisch verantwoorde bedrijfsvoering en versteviging van de concurrentiepositie.

In het licht van deze dilemma's zijn de vragen of genetische technologie een standaardonderdeel van keuringen kan worden en of informatie over erfelijke ziekten een basis mag vormen voor uitsluiting van een verzekering, thema geworden van een publiek debat. Ook de vraag of de overheid een rol heeft in het opstellen van wettelijke regels omtrent het gebruik van genetische kennis en technologie of dat regulering aan de bedrijfstak zelf kan worden overgelaten, vormt onderwerp van discussie. Verzekeraars treden daarbij in gesprek met ethici, consumentenorganisaties, patiëntenverenigingen en politieke partijen.

Of de verzekeringswereld de uitslag van een dergelijk debat afwacht is echter de vraag. In 1990 is afgesproken dat verzekeringsmaatschappijen

geen gebruik zullen maken van genetisch voorspellend onderzoek bij een levensverzekering onder de *f* 200.000 en een arbeidsongeschiktheidsverzekering onder de *f* 60.000. Ook zullen ze niet naar de uitslag van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek vragen. In 1995 is die afspraak met vijf jaar verlengd. Desalniettemin wordt uit diverse bronnen duidelijk dat verzekeraars via de familieanamnese wel degelijk informatie over erfelijke aandoeningen krijgen, en op grond daarvan ook mensen uitsluiten.[23] Volgens verzekeraars gaat het daarbij alleen om de ziekte van Huntington en myotone dystrofie, dus om een verwaarloosbaar percentage van de aanvragen, namelijk 0,5%.[24] Volgens patiëntenverenigingen en het Breed Platform Verzekeringen worden veel meer aanvragen afgewezen, is het acceptatiebeleid willekeurig en worden voor ziekten zoals diabetes exorbitant hoge premies gevraagd.[25] Volgens sommigen worden ook mensen op grond van borstkanker of neurologische aandoeningen afgewezen.[26]

Wat opvalt in het debat is dat er weinig bekend is over de praktijk van risicoselectie en dat diverse partijen daarover zeer verschillende uitspraken doen. Op grond van het historisch onderzoek in dit boek is dat niet zo verrassend. Daaruit bleek immers reeds hoe, met de sociale en cognitieve onderschikking van medici aan de maatschappijen, de behoefte aan publieke rechtvaardiging van medische selectieprocedures na 1900 gestaag minder werd. Het is dit historisch gegroeide gebrek aan openbaarheid van het risicoselectiebeleid dat ertoe leidt dat de omvang van het probleem van de afgewezenen, de verhouding tussen risico-inschatting en premiestelling, en de willekeur in acceptatie en uitsluiting aan het oog onttrokken worden. Terwijl steeds meer mensen aangewezen zijn op particuliere verzekeringen, zijn er vrijwel geen instrumenten om te beoordelen of ze al dan niet rechtvaardig behandeld worden.

Het publieke debat over de rol van voorspellende medische kennis en technologie bij privaatrechtelijke verzekeringsmaatschappijen zoals dat tot op heden is gevoerd, zou ermee gediend zijn indien meer inzicht bestond in de feitelijke praktijk van risicoselectie en premievaststelling door verzekeraars. Een publiek debat kan een belangrijk middel zijn voor democratische besluitvorming over maatschappelijke problemen in een 'technologische cultuur'.[27] Dat vereist echter wel dat relevante informatie voor alle partijen toegankelijk is en niet is voorbehouden aan machtigen, de maatschappijen in dit geval. Alleen op grond van inzicht in de manier waarop gezondheid feitelijk als risico wordt gedefinieerd, kan immers een zinvolle discussie gevoerd worden over de richtlijnen en codes omtrent het gebruik van genetische kennis en technologie in een verzekeringscontext. En hoe deze richtlijnen er ook uit zullen zien, alleen indien de selectieprocedures van het verzekeringsbedrijf inzichtelijk zijn, kan gecontroleerd worden of de maatschappijen zich houden aan de regels van het

spel. Het maken van afspraken en het formuleren van ethische of juridische uitgangspunten is immers een farce indien op geen enkele wijze getoetst kan worden of ze in de praktijk worden nageleefd.

Toen het levensverzekeringsbedrijf zich vestigde werden medische kennis en technologie gezien als een bijdrage aan de gezondheid van mensen, en vormde de aanstelling van medisch adviseurs een ingrediënt van de openbare rechtvaardiging van haar selectiebeleid. De geneeskunde was een instrument om publiek vertrouwen te winnen. Aan het einde van de twintigste eeuw wordt gebruik van medische kennis en technologie in de verzekeringscontext echter als problematisch beschouwd en wordt het duistere werk van medisch adviseurs door mensen buiten de bedrijfstak met argwaan bekeken. De rol van de geneeskunde in het levensverzekeringsbedrijf is een bron van zorg geworden. Deze omslag in de waardering voor de geneeskunde klemt des te meer nu het privaatrechtelijke verzekeringsbedrijf, net als rond de eeuwwisseling toen van sociale zekerheid nog geen sprake was, als elementaire verzorgingsinstelling weer van grotere maatschappelijke betekenis wordt. In het licht van de afhankelijkheid van veel mensen van commerciële verzekeringsinstellingen dient de publieke rechtvaardiging van het gebruik van medische technologie en van risicoselectieprocedures meer serieus genomen te worden. Het wordt kortom tijd dat, naast de openbare controle van de financieel-economische kant van het levensverzekeringsbedrijf door de Verzekeringskamer, ook de medische kant van deze bedrijfstak systematisch aan publieke controle wordt onderworpen.

Noten

INLEIDING

1 A. Labisch (1989), 'Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozess der Zivilisation', in A. Labisch en R. Spree (red.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel.* Bonn: Psychiatrie Verlag, p. 15-36.

2 Uit de cijfers blijkt dat een substantieel deel van de afgestudeerde artsen werkt in de adviserende sector. Op 1 januari 1990 zijn er 6388 geregistreerde huisartsen, 12.689 geregistreerde specialisten, 2181 geregistreerde sociaal geneeskundigen en 16.479 overige artsen. Binnen de laatste categorie vallen zowel de specialisten in opleiding als diverse artsen die adviserende werkzaamheden verrichten maar (nog) niet als sociaal geneeskundige geregistreerd staan. Met name bij de verzekeringsgeneeskunde zou sprake zijn van onderrapportage, in die zin dat er in 1989 474 artsen geregistreerd staan, terwijl er naar schatting 1100 als zodanig werkzaam zijn. Het gaat daarbij overigens vooral om artsen die werkzaam zijn bij de uitvoering van sociale verzekeringen. Zie *Beroepskrachtplanning gezondheidszorg 1991*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1990/1991, 22097, nr. 1-2, p. 39-56.
Uit een recenter onderzoek van het NIPG-TNO blijkt dat één op de vier artsen niet in de curatieve sector werkt. Deze sector laat bovendien een zeer gedifferentieerd beroepsbeeld zien. Verzekeringsartsen, onderzoekers, bedrijfsartsen, consultatiebureau-artsen, jeugdartsen, adviserend geneeskundigen, afdelingsmanagers, directeuren en docenten maken het grootste deel ervan uit. Verslavingsartsen, inspecteurs en keuringsartsen vormen maar een gering percentage van de niet-curatieve sector. Uit: S.A. van den Berg, A.H.M. Kerkhoff (1994), 'Artsen in niet-curatieve functies en beroepen', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 7, p. 385-391.
In de *Almanak van Levensverzekering* 1990 worden 66 artsen genoemd die als geneeskundig adviseur aan een Nederlands of buitenlands levensverzekeringsbedrijf in Nederland of een spaarkas verbonden zijn. Acht van hen worden expliciet als internist genoemd, terwijl één

adviseur als verzekeringsgeneeskundige wordt opgevoerd.

3 A. de Swaan (1983), *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Bert Bakker, p. 211-219. Deborah Stone heeft met name gewezen op de rol van de medische professie bij de verdeling en herverdeling van inkomen en welvaart. D.A. Stone (1979), 'Diagnosis and the dole: the function of illness in American distributive politics', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, nr. 3, p. 507-521. D.A. Stone (1979), 'Physicians as gatekeepers: illness certification as a rationing device', *Public Policy*, nr. 2, p. 227-254.

4 E. Freidson (1988), *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, p. xv. T.J. Johnson (1973), 'The professions', in G. Hurd, *Human societies*. Londen: Routledge & Kegan Paul, p. 120-135.

5 Zie bijvoorbeeld: A.L. Mok (1973), *Beroepen in actie. Bijdrage tot de beroepensociologie*. Meppel: Boom.

6 Het sociologisch onderzoek naar professionele beroepen is lange tijd sterk functionalistisch georiënteerd geweest, waarbij de bijzondere voorrechten van professionele beroepen zoals artsen en juristen (autonomie en zelfcontrole, hoge inkomens, beroepsgeheim) als de vanzelfsprekende keerzijde worden beschouwd van de bijzondere expertise die deze beroepen bieden. Binnen het functionalistisch kader van Parsons wordt professionele autonomie verbonden met een altruïstische, dienstverlenende instelling ten opzichte van het publiek. Autonomie wordt positief geëvalueerd, omdat ze de integratie van de samenleving, de totstandkoming van morele consensus, zou bevorderen. Freidson en anderen daarentegen stellen dat de professionele autonomie een onderdeel vormt van de ideologie van de medische beroepsgroep die haar machtsstreven verhult. Volgens Freidson doet de medische professie steeds minder wat het publiek vraagt en steeds meer wat zij zelf belangrijk acht, en hij pleit dan ook voor inperking van de autonomie. Zie E. Freidson (1988), *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, en ook R. Schepers (1985), 'De professietheorie op nieuwe wegen', *Tijdschrift voor Sociologie*, nr. 3, p. 285-310. Deze kritiek op de professionaliseringstheorie werd geradicaliseerd door auteurs als Foucault, Zola en Illich. Zij kritiseerden de macht van de geneeskunde zoals die tot uitdrukking komt in normalisering en medicalisering van problemen. Problemen die eigenlijk geen biomedische oplossing behoeven, worden door de geneeskunde naar zich toe getrokken en als medische problemen in een medische taal gedefinieerd. De kritiek van de laatste 20 jaar op het idee van de maatschappelijke functionaliteit van medische macht heeft veel weerklank gevonden, bijvoorbeeld in een vakgebied als de

medische sociologie, maar ook in vele patiëntenorganisaties en in de vrouwengezondheidszorg. Voor een overzicht van de theorieën over medicalisering en normalisering, zie A. Mol en P. van Lieshout (1989), *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985.* Nijmegen: SUN.

7 C. Huerkamp (1985), Der Aufstieg der Artze im 19. Jahrhundert. *Vom gelehrten Stand zum Professionellen Experten: Das Beispiel Preusens.* Gottingen: Vandenhieck und Ruprecht. C.E. McClelland (1991), *The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era.* Cambridge: Cambridge University Press.

8 Zie F.W. Hafferty en J.B. McKinlay (red.) (1993), *The changing medical profession. An international perspective.* New York: Oxford University Press.

9 Men formuleert zelfs vaak een causale samenhang tussen de ontwikkelingen in de biomedische wetenschap en de professionalisering van het beroep. S.E.D. Shortt (1983), 'Physicians, science, and status. Issues in the professionalization of anglo-american medicine in the nineteenth century', *Medical History*, 27, p. 55.

10 P. Starr (1982), *The social transformation of american medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry.* New York: Basic Books, Inc., p. 9.

11 Rita Schepers (1989), *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw.* Amsterdam: Rodopi.

12 A. de Swaan (1983), *De mens is de mens een zorg.* Amsterdam: Bert Bakker, p. 217. A. de Swaan (1989), *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd.* Amsterdam: Bert Bakker, p. 243-249.

13 A. Mooij (1993), *Geslachtsziekten en besmettingsangt. Een historisch-sociologische studie 1850-1990.* Amsterdam: Boom.

14 G. van Vegchel (1991), *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw.* Amsterdam: Het Spinhuis.

15 J.B. Jaspers (1985), *Het medisch circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980).* Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema. H. van der Velden (1993), *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roorda-*

huizum en Amsterdam). Amsterdam: Stichting Beheer IISG.

16 Wachelder schetst de veranderingen in de medische opleiding in de negentiende eeuw bijvoorbeeld niet primair als een resultaat van de inspanningen van artsen, maar als een effect van de modernisering van universiteiten, een proces dat ook in andere disciplines zoals rechtsgeleerdheid haar sporen achterlaat. J. Wachelder (1992), *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteiten in de 19e eeuw.* Hilversum: Verloren.

17 Harbers heeft vanuit dit perspectief laten zien welke bindingen bestaan tussen de onderwijssociologie enerzijds en onderwijsbeleid en onderwijspolitiek anderzijds. Een grote afstand tussen wetenschappelijk onderzoek en politieke praktijk betekent geenszins, zo blijkt uit zijn studie, dat er geen bindingen tussen beide bestaan, maar wijst erop dat de bindingen dieper verankerd en minder zichtbaar zijn. H. Harbers (1986), *Sociale wetenschappen en hun speelruimte.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

18 Voor een schets van de relatie tussen wetenschap en praktijk in de geschiedschrijving van de geneeskunde, zie K.Horstman (1989), 'De geschiedenis van de medische praktijk. Tussen sociale geschiedenis en historische sociologie', *NTvG*, 133, nr. 15, p. 781-784. Twee mooie voorbeelden van historisch onderzoek naar de gang van medisch wetenschappelijke kennisclaims in de medische praktijk zijn W.H. Schneider (1983), 'Change and social setting in the application of the discovery of blood groups', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 57, nr. 4, p. 545-562, en P. Spain Ward (1981), 'The American reception of salvarsan', *Journal of the History of Medicine*, jrg. 36, p. 44-62.

19 J.K. van der Korst (1988), *Om lijf en leden. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960.* Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, p. 251.

20 J.V. Pickstone (red.) (1992), *Medical innovations in historical perspective. Science, technology and medicine.* Modern History Series. Basingstoke: MacMillan, p. 1.

21 Dit is onder andere verwoord door G. de Vries. Hij betoogt dat De Swaan het ontstaan van verzorgingsarrangementen op het gebied van gezondheid en ziekte reduceert tot een strijd van elites over beheer en bekostiging en dat de rol van ideeën, kennis en technieken in dat proces wordt verwaarloosd. Zij worden impliciet, vanuit een eenvoudig vooruitgangsgeloof, als gegeven aangenomen. G. de Vries (1990), 'De cholera en het tekort van de sociologie. Kanttekeningen bij A. de Swaan, "Zorg en de staat"', *Kennis en Methode*, jrg. 14, nr. 3, p. 250-259.

22 Deze programmatische artikelen zijn: N. Elias (1971) 'Sociology of knowledge: new perspectives (I and II)', *Sociology*, 5, p. 149-168 en

355-370. N. Elias (1982) 'Scientific establishments', in N. Elias en R. Whitley (red.), *Scientific establishments and hierachies. Sociology of the sciences yearbook*, dl. VI. Dordrecht: Reidel, p. 3-69. N. Elias (1974), 'The sciences: towards a theory', in Richard Whitley (red.), *Social processes of scientific development*. Londen: Routledge & Kegan Paul, p. 21-42. N. Elias (1972), 'On science', *Economy and Society*, jrg. 1, nr. 2, 117-133.

23 Het werk van Kuhn waar in dit verband het meest naar verwezen wordt is: T.S. Kuhn (1970; oorspr. 1962), *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

24 Overzichten van de achtergronden van de opkomst van het wetenschapsonderzoek en van de diverse 'stromingen' in dit vakgebied: L. Boon en G. de Vries (red.) (1989), *Wetenschapstheorie. De empirische wending*. Groningen: Wolters- Noordhoff. S. Woolgar (1988), *Science. The very idea*. Londen: Tavistock Publications. Voor een introductie in recente controverses, zie A. Pickering (red.) (1992), *Science as practice and culture*. Chicago: University of Chicago Press.

25 B. Latour (1987), *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.

26 Terwijl Latour in *Science in action* (1987) suggereert dat de opbouw van deze netwerken verklaard kan worden door het strategisch, 'machiavellistisch' handelen van actoren, neemt hij hier in *The pasteurization of France* (1988) afstand van. Onder verwijzing naar *Oorlog en vrede* van Tolstoj vergelijkt Latour wetenschap met oorlog. De verhalen over het verloop van een veldslag c.q. wetenschappelijk onderzoek, waarin de uitslag wordt gepresenteerd als het resultaat van planning en strategisch handelen, zijn volgens hem reconstructies achteraf, die met terugwerkende kracht verantwoordelijkheden toedelen voor succes en verlies. Over het idee dat Pasteur zijn succes zorgvuldig zou hebben beraamd zegt Latour: 'Following Tolstoy's advice, we can say that such an account has to be false. We do not know what happened, but we can be sure that a multitude of people took part in the work (...)' B. Latour (1988), *The pasteurization of France*. Londen: Harvard University Press, p. 5. Het idee dat de ontwikkeling van netwerken goeddeels ongepland verloopt vertoont verwantschap met de ideeën van Elias over het ongeplande karakter van de genese van figuraties. Als het erom gaat door wie of wat die netwerken gevormd worden lopen de ideeën van Latour en Elias veel meer uiteen. Bij Elias worden figuraties gevormd door ketens van afhankelijkheidsrelaties tussen mensen, terwijl de actoren in de netwerken van Latour zowel menselijke als niet-menselijke actoren zijn. Voor de verhouding tussen mensen en dingen, subject en object, zie B. Latour (1994), *Wij zijn*

nooit modern geweest. Pleidooi voor een symmetrische antropologie. Amsterdam: Van Gennep.

27 Voor een voorbeeld van dergelijke translaties, zie B. Latour (1988), *The pasteurization of France.* Cambridge: Harvard University Press.

28 H. Kragh (1987), *An introduction to the historiography of science.* Cambridge: Cambridge University Press.

29 De meest geciteerde auteur in dit verband is waarschijnlijk T. McKeown (1976), *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis.* Londen: Nuffield Provincial Hospital Trust. Zie ook J. Goudsblom (1987), 'Openbare gezondheidszorg en het civilisatieproces', in J. Goudsblom, *De sociologie van Norbert Elias. Weerklank en kritiek. De civilisatietheorie.* Amsterdam: Meulenhoff Informatief, p. 183-210.

30 Deze anti-Whiggish stijl van geschiedschrijving van geneeskundige zaken is in Nederland als vak vrijwel niet ontwikkeld. Voorbeelden zijn E.S. Houwaart (1991), *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890.* Groningen: Historische Uitgeverij Groningen. B. Pasveer (1992), *Shadows of knowledgde. Making a representing practice in medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis 1895-1930.* Dissertatie Amsterdam. N. Oudshoorn (1991), *The making of the hormonal body. A contextual history of the study of sex hormones 1923-1940.* Dissertatie Amsterdam. Voor een schets van de opkomst van de anti-Whiggish professionele historische stijl in de geschiedschrijving van de geneeskunde in Amerika, zie K. Horstman (1988), 'Dilemma's van professionele geschiedschrijving. Geïllustreerd aan de geschiedenis van geslachtsziekten', *Kennis en Methode*, 1988, 1, p. 73-85.

31 Een voorbeeld van de contextualistische benadering van de geneeskunde is: P. Wright en A. Treacher (red.) (1982), *The problem of medical knowledgde. Examining the social construction of medicine.* Edinburgh: Edinburgh University Press. Met name in de medische sociologie verschijnen veel studies over de constructie van ziekte, waarbij de maatschappelijke context als verklaring wordt gebruikt voor het ontstaan van een specifiek ziektebeeld.

32 B. Latour (1988), *The pasteurization of France.* Cambridge: Harvard University Press. B. Pasveer (1992), *Shadows of knowledge. Making a representing practice in medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis 1895-1930.* Amsterdam.

33 Voor een analyse van de herkomst en betekenissen van de term 'modernisering' in de sociologie, zie M. van Bottenburg (1990), 'Hoe recent is modern? Over de herkomst van "modern", "moderniteit" en "modernisering" en het gebruik ervan in de sociologie', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, nr. 1, p. 101-118.

34 H. van der Loo en W. van Rijen (1990), *Paradoxen van modernisering.* Muiderberg: Coutinho.

35 N. Luhmann (1991), *Soziologie des Risikos.* Berlijn: De Gruyter. U. Beck (1992), *Risk society. Towards a new modernity.* Londen: Sage. A. Giddens (1990), *The consequences of modernity.* Cambridge: Polity Press. J.C.M. Wachelder (1992), *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteiten in de negentiende eeuw.* Hilversum: Verloren. M.M. Wambach (red.) (1983), *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

36 R.J.S. Schwitters (1991), *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspektief.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

37 Voor bijdragen aan dit debat J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt (1978), *De stagnerende verzorgingsstaat.* Meppel: Boom. C.J.M. Schuyt (1991), *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat.* Leiden: Stenfert Kroese.

38 A.L. Mijnssen (1990), 'Acquired immune deficiency syndrome (AIDS); levensverzekeraar wat moet je ermee?' *Het Levensverzekeringsarchief,* p. 44.

1 MEDISCHE ADVISERING VOOR DE LEVENSVERZEKERING

1 J.P. Schilling (1898), 'De waarde van het medisch onderzoek met betrekking tot de levensverzekering en nog wat', *Jaarboekje,* p. 180.

2 A. de Swaan (1989), *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd.* Amsterdam: Bert Bakker, p. 150-155.

3 I. Schöffer (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 en Brussel: Samson, p. 179-194. B.P.A. Gales en J.L.J.M. van Gerwen (1988), *Sporen van leven en schade. Een geschiedenis en bronnenoverzicht van het Nederlandse verzekeringswezen.* Amsterdam: NEHA. De snelle groei na 1880 hangt onder andere samen met de ontbinding van de KB's van 1830 en 1833 die het staatstoezicht op de levensverzekeringsbranche regelden, maar die sterk beperkend werkten. Tussen 1880 en 1921 werkte deze bedrijfstak zonder overheidstoezicht. Onder de levensverzekeringsmaatschappijen treffen we vooral maatschappijen aan die winst uitkeren op aandelen, maar ook onderlinges die niet op winst uit zijn en deze

eventueel uitkeren aan de verzekerden.

4 Zie A. de Swaan (1989), *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd.* Amsterdam: Bert Bakker, p. 156-157.
De groei van deze bedrijfstak blijkt niet alleen uit de oprichting van vele nieuwe bedrijven, maar ook uit de verkoop van polissen en de groei van het personeelsbestand. Zo steeg bijvoorbeeld de verkoop van polissen door de Algemeene Friesche Levensverzekering-Maatschappij van 92.446 in 1870 naar 271.842 in 1913. De agenten c.q. hoofdagenten in dienst van deze maatschappij steeg navenant van 181 in 1870 naar 607 in 1913. Zie 'Kort historisch overzicht van het 127-jarig bestaan van de Algemeene Friesche Levensverzekering-Maatschappij', p. 7 en 19. Archief Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het leven en tegen invaliditeit. Aegon, Den Haag.
Deze groei zet min of meer gestaag door tot ze in 1914 stokt. Na 1916 neemt de groei weer toe. In 1920 breekt echter een crisis uit in de verzekeringsbranche, die resulteert in faillissementen, reorganisaties en overnames. Het aantal bedrijven loopt terug van 90 in 1920 tot 63 in 1925. De crisis is aanleiding voor de overheid om het toezicht op deze bedrijfstak wettelijk te regelen door een Wet op het Levensverzekeringsbedrijf in 1922, die de instelling van de Verzekeringskamer in 1923 met zich meebrengt. Na 1923 herstelt de bedrijfstak zich.
Als verklaring voor deze crisis noemen Gales en Van Gerwen onder meer de monetaire problemen die de Eerste Wereldoorlog met zich meebracht. Door de koersverlagingen waren veel beleggingen sterk in waarde gedaald. Bovendien waren vele bedrijven al voor 1914 zwak, juist als gevolg van de enorme groei. Door de scherpe concurrentie waren de winstmarges klein, terwijl ze niet gecompenseerd konden worden door hogere prijzen omdat bij het product levensverzekering de prijzen van de bestaande polissen vastliggen. B.P.A. Gales en J.L.J.M. van Gerwen (1988), *Sporen van leven en schade. Een geschiedenis en bronnenoverzicht van het Nederlandse verzekeringswezen.* Amsterdam: NEHA, p. 85-92.

5 J. van Schevichaven (1905), *Van leven en sterven. Het verleden en heden der levensverzekering.* Utrecht: Gebr. Van der Post, p. 79-82.

6 'Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het leven en tegen invaliditeit', overdruk uit het *Jaarboek van de Handelsvereeniging 'Rotterdam'*, 1913, p. 1. Den Haag, Archief Aegon.

7 Th. van Tijn (1978), 'Het algemeen karakter van het tijdvak 1875-1895', in *Algemene geschiedenis der Nederlanden*, dl. 13. Haarlem, p. 77-89. H. Knippenberg en B. de Pater (1988), *De eenwording van Nederland. Schaalvergroting en integratie sinds 1800.* Nijmegen: SUN, hfdst. 4.

8 L.F. van Loo (1992), *Arm in Nederland 1815-1990*. Amsterdam: Boom, p. 31.

9 Ibidem, p. 61.

10 In de tweede helft van de negentiende eeuw nemen de spaartegoeden bij spaarbanken sterk toe: van 3,8 miljoen in 1850 naar 11,1 miljoen in 1870, 40,4 miljoen in 1881, 82,8 miljoen in 1890 en 164,6 miljoen in 1900. Het aantal spaarrekeningen nam toe van 257.383 in 1881 tot 1.188.821 in 1900. Onder de spaarders nemen met name de zgn. kleine spaarders in de nieuwe middenklasse sterk toe. N. Wilterdink (1984), *Vermogensverhoudingen in Nederland. Ontwikkelingen sinds de negentiende eeuw*. Amsterdam: Synopsis, p. 88.

11 Er is diverse keren op gewezen dat de termen beschavingsproces en beschavingsoffensief op gespannen voet met elkaar staan, omdat ze resp. het onbedoelde en het doelgerichte accentueren. A. de Regt (1984), *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid. Ontwikkelingen in Nederland 1870-1940*. Meppel: Boom, p. 136-142. H. Franke (1988), 'Opvoeding als doelbewuste civilisering', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, nr. 1, p. 108-126. Mijn onderzoek beoogt niet bij te dragen aan de discussie over deze spanning. Het volstaat om op te merken dat het onmiskenbaar het geval is dat tal van doelbewuste interventies (etiquetteboekjes zijn daarvan een voorbeeld), succesvol zijn geweest in die zin dat ze 'beschaafd gedrag' hebben bevorderd. Het doelbewuste karakter van dergelijke interventiepogingen sluit echter niet uit dat deze interventiepogingen geïnterpreteerd kunnen worden als een uiting van een proces dat zich achter de rug van de betrokkenen om voltrekt. In het geval van de armoedebestrijders geldt bijvoorbeeld dat de weliswaar doelbewuste poging om mensen soberheid, spaarzin en fatsoen te leren mede leidde tot de ontwikkeling van een moderne, rationele levensstijl, op een manier die men niet had voorzien.

12 'Nieuws over de verzekering. Waarheden uit onzen tijd', *Het Nieuws van den Dag* (Novelle verschenen van 13 juli 1895 tot 1 januari 1904) 4-4-1898.

13 P. J. Hollman (1886), *Levensverzekering, een ieders pligt!*, Alkmaar: Herms Coster & Zoon, p. 7.

14 Wm. de Bruijn (1904), *Zijn eer gered. Oorspronkelijk treurspel in 4 bedrijven*. Rotterdam: Uitgave *De Voorzorg*.

15 Ook door anderen wordt aan levensverzekeringsmaatschappijen een belangrijke morele en sociale functie toegekend. In een boekje van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen worden grootschalige, moderne verzekeringsbedrijven behandeld en aangeprezen. 'Gelijk voor den man van fortuin de zekerheid, dat zijn testamentaire beschikkingen bij den notaris veilig geborgen zijn, een zekere kalmte teweegbrengt,

zoo voor den gewonen burger, voor den onbemiddelde, de assurantie. En niet alleen dat zij ons blijmoedig maakt, zij maakt ons ook onafhankelijk. Het geeft een zeker gevoel van eigenwaarde, te weten dat men voor de zijnen behoorlijk zorg gedragen heeft voor leven en voor sterven beide.' (p. 13.) De auteur zou het zelfs wenselijk achten dat levensverzekering voor grote groepen mensen een verplichting werd (p. 17) en pleit voor uitbreiding van de assurantie onder de lagere klassen (p. 20). 'Uitbreiding van het assurantiewezen naar alle zijden worde dus de leus. Naar alle zijden. Maar vooral naar beneden.' (p. 26.) H.U. Meyboom (1889/1890), *Het verzekeringswezen* (2e druk). Uitgave van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen.

16 Een levensverzekering betaalt het verzekerd bedrag uit bij overlijden. De veel verkochte gemengde levensverzekering betaalt het verzekerd bedrag uit bij overlijden binnen x jaren, of bij leven indien men na x jaren nog in leven is. Op deze wijze fungeert de levensverzekering als een extraatje voor de oudedag. Een lijfrente is een verzekering die na x jaren premiebetaling maandelijks een vast bedrag uitkeert tot men overlijdt. Een lijfrente is een particuliere pensioenvoorziening. Terwijl de winst op de levensverzekering schuilt in het overlijden op late leeftijd (uitkeringsbedrag ligt vast, hoe kort of lang de premie ook wordt betaald) schuilt de winst bij de lijfrentepolis juist in een vroeg overlijden (premiebetaling ligt vast, uit te keren rente is flexibel, afhankelijk van het tijdstip van overlijden van de lijfrentenier).

17 Zie K. Horstman, 'Verstandige en onverstandige vrouwen', in M. Stavenuiter, K. Bijsterveld en S. Jansens (red.) (1995), *Lange levens, stille getuigen.* Serie Tipje van de sluier. Zutphen: Walburg Pers, p. 73-87. Zie ook K. Horstman, 'Commercie en emancipatie. Sporen van de eerste feministische golf in het levensverzekeringsbedrijf', in M. Bosch e.a. (red.) (1994), *Feminisme en verbeelding. Jaarboek voor vrouwengeschiedenis 14.* Amsterdam: Stichting Beheer IISG, p. 107-125.

18 J. van Schevichaven (1905) p. 6 en 43.

19 Het verzekerde bedrag, de uitkering bij overlijden, is namelijk afgesproken en ligt dus vast.

20 R. de Waard, directeur van de levensverzekeringsmaatschappij Het Noorden, schat de winst op ondersterfte op 20% van de totale winst. R. de Waard (1913), *Aanteekeningen over levensverzekering.* Groningen: Scholtens & Zoon, p. 43.

21 J. van Schevichaven (1905), p. 165.

22 B. Gales (1986), hfdst. 1.

23 B. Gales en J. van Gerwen (1988), p. 15.

24 J. van Schevichaven (1905), p. 164.

25 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare Agenten* (1882) nr. 20, z.p.
26 F.M. Cowan (1894), 'Het medisch advies en de cijfers', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, vol. 1, nr. 2, p. 125. Ook De Waard benadrukt de grote waarde van de geneeskunde voor het verzekeringsbedrijf: '(...) toch erkennen wij dankbaar en uit het diepst van het gemoed dat de levensverzekering niet geworden was, wat zij is, zonder het medisch toezicht.' R. de Waard (1913), p. 43.
27 Bericht, *De Verzekeringsbode* (1901), p. 38.
28 A.E. Rahusen (1897), 'Een dreigend gevaar', *Jaarboekje*.
29 Jb. van Geuns (1897), 'De medische wetenschap de meest gevaarlijke vijand der levensverzekering?', *NTvG*, nr. 13, p. 492-494.
30 Ibidem, p. 496.
31 J.P. Schilling (1898), 'De waarde van het medisch onderzoek met betrekking tot de levensverzekering en nog wat', *Jaarboekje*, p. 181.
32 Ibidem, p. 184.
33 Ibidem, p. 184.
34 Zie bijvoorbeeld F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering', *Voordrachten 1906-1909*, dl. I, p. 68.
35 A.E. Rahusen (1902), 'Het geneeskundig onderzoek en het doel der levensverzekering', *Jaarboekje*, p. 217.
36 P. van Geer (1904), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 217.
37 K.F. Wenckebach (1904), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek, een algemeen belang', *Geneeskundige Bladen*, vol. 11, afl. 3, p. 57.
38 Van Geer reageert nogal cynisch op Wenkebachs stelling dat geneeskundigen de lijdende mensheid dienen te helpen, en niet uit zijn op winst. '(...) wanneer ik bedenk hoe mijne medische collega's – althans zij die consultieve praktijk uitoefenen – in het kohier der plaatselijke belasting boven aan staan, slechts zeer in de verte gevolgd door hen, die zich aan abstracte studie wijden, dan geloof ik toch dat het beter is op die zelfverloochende liefde niet te veel nadruk te leggen.' *Wekelijksche Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente* (1904), nr. 1158. In nr. 1159 (1904) wordt dit ondersteund met de mededeling dat de Algemeene gedurende 23 jaar *f* 548.304,69 heeft betaald aan de 'medische dienst'.
39 H. Onnen (1903), 'Niet verzekerbare levens', *Jaarboekje*, p. 243.
40 In 1915 waren 39 maatschappijen lid van deze vereniging. Zie Archief Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente, GA Amsterdam, nr. 2946. De leden van deze vereniging spreken met elkaar af eenmaal per maand opgave te doen van de afgewezen

kandidaten aan de directie van de vereniging, die dan vervolgens zorgdraagt voor de verspreiding van deze informatie naar de andere leden. Vanaf het eerste jaar zijn zestien maatschappijen aangesloten bij deze vereniging. Uit een onderzoek van Onnen blijkt dat de vereniging eigenlijk overbodig is. De eerste vijf jaren komt er over 1852 afwijzingen informatie binnen, doch deze hebben betrekking op 1777 personen. Slechts een klein deel probeert dus na een afwijzing alsnog een verzekering te bemachtigen bij een andere maatschappij.

41 Anoniem (1901), 'Berichten', *Verzekeringsbode*, p. 38.

42 Anoniem (1902), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek', *De Voorzorg*, jrg. 4, p. 93.

43 Anoniem (1903), *De Voorzorg*, jrg. 5, p. 346.

44 Anoniem (1899), *Mentor*, jrg. 4, p. 1042.

45 Anoniem (1905). 'De Wereldpolis zonder geneeskundig onderzoek der Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatij op het leven en tegen invaliditeit', *Mentor*, p. 2693-2695. Ook het feit dat de redactie van *Mentor* Wenckebach op de voorpagina ruimte biedt om door middel van een ingezonden brief te reageren op een commentaar van De Geer op Wenckebach in het mededelingenblad voor agenten van de Algemeene wijst in de richting van een nuancering van haar eerdere visie.

46 P. van Geer (1904), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 221-230.

47 Ibidem.

48 Brief van de directie van de Eerste Levensverzekering Maatschappij zonder Geneeskundig Onderzoek aan de aandeelhouders, 4 februari 1905. *Oud archief Algemeen Noord Brabantsch Werkliedenfonds*, Doos 1. Aegon, Den Haag

49 Brief van aandeelhouders aan andere aandeelhouders, begin februari 1905. *Oud archief Algemeen Noord Brabantsch Werkliedenfonds*, Doos 1. Aegon, Den Haag.

50 Anoniem (1904/1905), 'De Eerste Levensverzekering Maatschappij zonder Geneeskundig Onderzoek in liquidatie', *De Voorzorg*. jrg. 6, p. 241.

51 Ch. Bles (1905/1906), 'Zijn alle levens verzekerbaar?', *De Voorzorg*, jrg. 7, p. 41.

52 In een populair boekje over levensverzekering dat in 1906 verschijnt stelt Van Schevichaven dan ook: 'Wel doet men in den laatsten tijd veel moeite om middelen uit te denken, ten einde te geraken tot afschaffing van dat onderzoek. Men heeft er b.v. op bedacht dat in de eerste jaaren van het bestaan eener verzekering, de Maatschappij nog niet tot uitkeering verplicht is, als de verzekerde komt te sterven. Deze

zaken zijn echter nog zóó in wording en zóó onzeker, dat zij in een boekje als deze nog niet thuis behooren.' J. van Schevichaven (1906), *Zaaien en oogsten. Het bedrijf der levensverzekering-maatschappijen populair verklaard aan het Nederlandsche publiek.* Utrecht: Gebr. Van der Post, p. 20-21.

53 In de Vereeniging ter Wederkeerige Mededeeling van niet verzekerbare levens wordt gediscussieerd over de toelating van maatschappijen van levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek. De EN wordt met algemene stemmen verzocht uit de vereniging te stappen. De concurrentiepositie van de EN zou door de lidmaatschap van de vereniging namelijk oneigenlijk versterkt worden, omdat afgewezenen voor haar potentiële klanten zijn. Het probleem is echter dat ook andere maatschappijen vaak één goedkoop verzekeringstarief hebben waarvoor geen geneeskundig onderzoek vereist is, bijvoorbeeld bij verzekerde bedragen onder de 200/300 gulden. In de vereniging lost men dit probleem op door een grens te trekken tussen maatschappijen met een dergelijk enkel goedkoop tarief zonder medische keuring, maar waarbij het grootste deel van de portefeuille verzekeringen betreft mét een geneeskundige keuring, en maatschappijen die van de verzekering zonder geneeskundig onderzoek 'een bedrijf' maken. De laatsten horen in de vereniging niet thuis. Met de constructie van dit onderscheid wordt bevestigd dat medische selectie voor de levensverzekering de normale zaak is. Archief Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente, GA Amsterdam, nr. 2946.

54 Rond 1920 wordt door enkele maatschappijen de zgn. tusschenverzekering ontwikkeld, een uitbreiding van de volksverzekering naar grotere bedragen. Bijvoorbeeld verzekeringen van 1000 gulden zonder geneeskundig onderzoek, maar met een wachttijd van 5 jaar. Vanaf 1926 wordt wederom levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek geïntroduceerd, voor verzekerde bedragen tot ongeveer 5000 gulden. Verzekeringskandidaten moeten wel uitgebreide vragenlijsten invullen die door de medisch adviseur beoordeeld worden. J.C. Olij (1934), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek', *Zonneschijn*, p. 494-498.

55 Vanaf 1830 vielen de levensverzekeringsmaatschappijen onder overheidscontrole vanwege de bescherming van verzekerden. Diverse KB's regelden dat alleen door de overheid goedgekeurde maatschappijen mochten worden opgericht. Het ging daarbij om goedkeuring van de gekozen sterftetafels en de rekenrente, de verwachte rente op de beleggingen. Indien deze niet veilig zouden worden gekozen, te lage sterfte en te hoge rente, zou de premie te laag worden vastgesteld en de maatschappij in financiële problemen raken. De overheid benoem-

de Rijksadviseurs om deze controle uit te voeren, eerst R. Lobatto, later R. Stamkart.
Deze vorm van overheidscontrole werd meer en meer een bron van ergenis in de verzekeringswereld. Ze dwong maatschappijen tot hogere tarieven dan volgens de maatschappijen nodig was, en ze verzwakte daardoor de concurrentiepositie van de Nederlandse maatschappijen ten opzichte van de buitenlandse, die niet aan die controle gebonden waren. Bovendien vonden liberale geluiden in de verzekeringswereld dat de bedrijfstak zelf moest zorgen voor interne controlemechanismen, o.a. door openbaarheid van jaarverslagen, steeds meer gehoor. Middels een proefproces verklaarde de Hoge Raad in april 1880 de KB's niet bindend. Vanaf dat moment bestond geen verplichting meer tot controle op de actuariële grondslag. Inmiddels was de overtuiging dat een veilige actuariële basis van levensbelang was voor de levensverzekeringsbranche wel diep ingesleten. B.P.A. Gales (1986), *Werken aan zekerheid. Een terugblik over de schouder van Aegon op twee eeuwen verzekeringsgeschiedenis.* p. 16-22.

56 'Het jubileum van de Nillmij 1859-1934' (1935), overdruk uit *Indische Gids*, p. 13.

57 *Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levens-Verzekeringen 1807-1907* (1907), p. 91. W. Brinton (1864), *Over het geneeskundig onderzoek bij de levensverzekering.* Zeist: J.W. Eversz, p. 63.

58 W. Brinton (1864), p. 64.

59 C. Huerkamp (1989), 'Arzte und Patienten', in A. Labisch en R. Spree, p. 67.

60 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), *Geneeskundig handboek voor levensverzekering ten gebruike van geneesheeren en beambten van maatschappijen van levensverzekering.* Haarlem: De Erven F. Bohn, p. 24-25.

61 F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering. Voordracht Nederlandsche Verzekeringsbond 28 sept. 1905', in *Voordrachten 1906-1909*, dl. I, p. 67-82.

62 *Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levens-Verzekeringen 1807-1907* (1907), p. 95.

63 P. Juffermans (1982), *Staat en gezondheidszorg in Nederland.* Nijmegen: SUN, p. 116. J.K. van der Korst (1988). M.J. van Lieburg (1983), 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865)', *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 96, p. 433-453.

64 Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 3356.

65 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan haar Agenten* (1881), nr. 19. Een andere veelgenoemde vorm van weerstand teggen de levensverzeke-

ring kwam uit godsdienstige kring, waar men de tegenslagen in het leven als goddelijke voorziening interpreteerde en maatregelen van voorzorg als in strijd met de leer. Levensverzekeringsmaatschappijen zetten in hun reclame zelfs dominees in om deze visie te nuanceren of te ontkrachten. Als je pardoes in het water raakt verbiedt God immers ook niet te gaan zwemmen, en als je huis in brand staat verbiedt God evenmin te gaan blussen.

66 P.J. Hollman (1886), p. 6.

67 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1888), nr. 301.

68 Veritas (1900), 'Aan den Agent eener Levensverzekering-Maatschappij, wiens Candidaat-Verzekerde om gezondheidsredenen niet wordt aangenomen', *Mentor*, p. 1483.

69 Anoniem (1896), 'Het geneeskundig onderzoek', *Mentor*, p. 5.

70 F.M. Cowan (1897), 'Het geneeskundig attest voor de levensverzekering', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, p. 37.

71 H.L.V.E. Salomon (1890), *Handleiding voor heeren vertegenwoordigers van Levens-Verzekering-Maatschappijen, Steenwijk*, p. 43. Voor andere voorbeelden van pogingen het publiek te overtuigen van de voordelen van de medische keuring, zie Anoniem (1898/1899), 'De ware reden', *Verzekering*, jrg. 4, nr. 4. Anoniem (1895/1896), 'Gezondheidskeuring', *Verzekering*, jrg. 1, nr. 9.

72 J. Noordman (1989), *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*. Nijmegen: SUN.

73 Ch. Bles (1916/1917), 'Geneeskundig onderzoek vóór het huwelijk of... Verzekering', *De Verzekeringsbode*, p. 254-256, 269-271, p. 277-278. Anoniem (1915), 'Een polis geeischt bij elk huwelijksaanzoek', *Mentor*, p. 9787-9789. H.L. van der Klei (1926), *15 Opstellen over levensverzekering*, Amsterdam, p. 53-56.

74 L. Kronen (1916/1917), 'De eischen der toekomst', *De Verzekeringsbode*, jrg. 36, p. 116.

75 In hun handboek voor het levensverzekeringsbedrijf uit 1924 stellen Grooten en Dorsman: 'Het geneeskundig onderzoek heeft voor den verzekerings-candidaat dikwijls iets afschrikwekkends en belemmert in elk geval een vlotte afsluiting van verzekeringen.' (p. 19.) Zij stellen tevens dat deze weerzin ertoe heeft geleid dat maatschappijen het verzekerd bedrag waarbij een uitgebreide gezondheidsverklaring toereikend is hebben opgehoogd tot 1000 en soms zelfs 2000 gulden. J. Grooten en C. Dorsman (1924), *Levensverzekering. De Nederlandsche private levensverzekering-onderneming en haar bedrijf*. Wassenaar: NV Uitgevers-maatschappij v/h G. Delwel, p. 19.

76 NIPO (1955), Rapport (zonder titel), p. 13-14.

77 *Vijf vragen op levensverzekeringgebied* (1954), uitg. van Onderling Levensverzekering-Genootschap 'De "Olveh" van 1879', 's-Gravenhage, p. 3.

78 M. Foucault (1986), *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik.* Nijmegen: SUN. C. Gallagher en T. Laqueur (red.) (1987), *The making of the modern body. Sexuality and society in nineteenth century.* Berkeley: University of California Press. T. Laqueur (1992), *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud.* Cambridge: Harvard University Press. Barbara Duden (1991), *The woman beneath the skin. A doctor's patients in eighteenth-century Germany.* Cambridge: Harvard University Press. C. Shilling (1993), *The body and social theory.* Londen: Sage.

79 Uit het werk van Elias blijkt dat dit proces van toenemende openbaarheid rond het lichaam een gecompliceerd proces is. Toenemende openbaarheid rond het lichaam, zoals dat bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in de medicalisering van het lichaam en het uitbesteden van de verzorging van doden aan professionals en commerciële instellingen, brengt namelijk tegelijkertijd privatisering van het lichaam met zich mee. Ondanks de interventies in en aan het lichaam door 'vreemden' wordt het lichaam namelijk steeds meer als iets individueels, als iets eigens en intiems beleefd. De stoelgang is bijvoorbeeld steeds meer geprivatiseerd en inbreuk daarop gaat gepaard met gêne en schaamte. Het idee dat privatisering en toename van openbaarheid twee kanten van dezelfde medaille zijn heeft grote plausibiliteit, maar precies, systematisch historisch onderzoek naar de samenhang tussen beide processen ontbreekt.

80 C. Huerkamp (1985), p. 155-160.

81 J.J.L.J. Schram (1964), 'Militaire keuringen 150 jaar geleden en nu', *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*, p. 368-371.

82 *Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levensverzekeringen 1807-1907* (1907), p. 105-107.

83 Ibidem, p. 106.

84 In tegenstelling tot professiesociologen die stellen dat medische ethiek fungeert als bescherming van de patiënt tegen de macht van de medici, betoogt Waddington dat spanningen en conflicten tussen medici onderling de aanleiding vormen voor de formulering van regels met betrekking tot het gedrag van artsen tegenover elkaar. Vanwege de onderlinge concurrentie en het gebrekkig cultureel gezag van de geneeskunde liepen deze spanningen in de negentiende eeuw erg hoog op. I. Waddington (1975), 'The development of medical ethics: a sociological analysis', *Medical History*, 19, 36-51.

85 Ook in het handboek van Brinton (1864) neemt de medisch adviseur nog geen prominente plaats in. De enige passage waarin een dergelijk persoon genoemd wordt luidt: '(...) dat hunne beslissing [van de keuringsarts, KH] gewoonlijk wordt overwogen door het Bestuur der Maatschappij, zoowel als door een anderen geneeskundigen raadsman (...)' W. Brinton (1864), p. 88.

86 Cijfers uit: *Almanak van Levensverzekering*, jrg. 1893/1920. Voor een terugblik op het beroep van medisch adviseur, zie E. Kits van Waveren (1988), 'Het medisch adviseurschap levensverzekeringen, overpeinzingen, reminiscenties en suggesties', *Het Verzekeringsarchief*, jrg. 65, p. 215-223.

87 *Ter herinnering aan het 50-jarig bestaan der Levensverzekeringsmaatschappij Piëtas, gevestigd te Utrecht, 1861-1911* (1911), Utrecht: Piëtas. Ook de maatschappij Dordrecht maakt tussen 1881 en 1895 jaarlijks melding van de toenemende werkzaamheden van de medisch adviseur: *Verslagen aandeelhoudersvergaderingen Dordrecht 1880-1900*. Archief Aegon, Den Haag.

88 J. van Schevichaven (1905), p. 171. J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 15.

89 *Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdvijftigjarig bestaan van de Hollandsche Societeit van Levensverzekringen NV* (1959), Amsterdam, p. 270.

90 J. Grooten en C. Dorsman (1924), p. 230.

91 H. van der Velden (1993), p. 237.

92 Anoniem (1918), 'In memoriam Dr. J. Coert', *Jaarboekje*, p. 212.

93 Jb. van Geuns (1902), 'Tweede internationaal congres van geneesheeren verbonden aan levensverzekering-maatschappijen', *Jaarboekje*, p. 240.

94 Jb. van Geuns (1892), *NTvG*, I, p. 166.

95 Voor inzicht in de beweging van de hygiënisten: E.S. Houwaart (1991).

96 Voor inzicht in de bemoeienis van de hygiënisten met statistiek: E.S. Houwaart (1991).

97 Het reglement van deze internationale vereniging is te vinden in: *Jaarboekje uitgegeven door de Vereeniging voor Levensverzekering*, Amsterdam, 1902, p. 253-254. Bij aanvang bestaat dit Nederlandse comité uit de volgende medisch adviseurs: J. Zeeman (Amsterdam, De Nederland), K. Snellen (Zeist, Kosmos), T. Lycklama a Nijeholt (Nationale), C.F.J. Blooker (Amsterdam, Nederlandsche Verzekeringsbank), F.M. Cowan (Den Haag, De Dordrecht), D.L. van Wely (Den Haag, Eigen Hulp), J. Coert (Den Haag, Eerste Nederlandsche), J. Wertheim Salomonson (Amsterdam, Amsterdamsche II),

J.L. Rümke (Leiden, 's-Gravenhage), L.C. van der Meulen (Amsterdam, Victoria), H. Klinkert (Rotterdam, Eerste Rotterdamsche) en Jb. van Geuns (Amsterdam, Algemeene Maatschappij).

98 *Almanak van Levensverzekering* (1908), p. 92.

99 Brief 6 februari 1902, Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 3007.

100 Jb. van Geuns (1902), 'Tweede internationaal congres van geneesheeren verbonden aan levensverzekering-maatschappijen', *Jaarboekje*, p. 239.

101 Voor de organisatie van het congres in Amsterdam werd *f* 750 bijgedragen door het ministerie van Binnenlandse Zaken, op een totale begroting van *f* 8600. Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 3007.

102 De doelstelling van deze vereniging is de levensverzekering te 'beschermen' tegen de sterk opkomende tak van schadeverzekeringen.

103 Notulen bestuursvergadering NVBL, 28 november 1923, p. 3.

104 Notulen bestuursvergadering NVBL, 23 januari 1924, p. 5.

105 Anoniem (1864), 'De Maatschappij van Levensverzekering en de geneeskundigen', *Schat der Gezondheid: tijdschrift voor alle standen tot bevordering van volkswelvaart, door verspreiding van eenvoudige beginselen van gezondheidsleer*, nr. 2, p. 273.

106 W. Brinton (1864), p. 9-10.

107 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 17.

108 J. van Schevichaven (1905), p. 169.

109 Ibidem.

110 O. Pinxit (1906/1907), 'Geneeskundigen, belast met het onderzoek van Candidaten voor Levensverzekering', *De Voorzorg*, jrg. 8, p. 185.

111 Ibidem, p. 186. Zie ook ingez. brief in *Mentor* (1901), jrg. 6, p. 1537; J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 12.

112 Zie adressenboeken van geneesheren verbonden aan deze maatschappij in: Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 2907 en 2908. Adreslijst doktoren verbonden aan de Hollandsche Societeit: Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 2981.

113 De Algemeene Maatschappij, Dordrecht, Eerste Rotterdamsche, Eigen Hulp, Nationale, Nederland, Utrechtse. Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 2986.

114 Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 2907, 2908.

115 Ch. Bles (1918), 'Organisatie van den geneeskundigen buitendienst in het levensverzekeringsbedrijf', *De Verzekeringsbode*, p. 403.

116 Ibidem, p. 403. Zie ook 'Onze geneeskundige dienst', *Mededeelingen van de levensverzekering maatschappij Utrecht* (1928), nr. 274, december.

117 De vraag hoeveel medische keuringen verricht worden rond de eeuwwisseling kan niet precies beantwoord worden omdat gegevens daartoe ontbreken. Bij de Algemeene Maatschappij schommelt het totaal aantal lopende verzekeringen met een geneeskundig onderzoek tussen 1900 en 1910 rond de achtduizend; Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 3143. Per jaar worden er in die periode tussen de 400 en 600 nieuwe contracten gesloten, waarbij vermoedelijk sprake is van een geneeskundige keuring. Het aantal keuringen ligt dus hoger, gezien het feit dat ook een aanzienlijk percentage kandidaten geweigerd wordt na keuring. Nu is de Algemeene een grote maatschappij, en dit aantal keuringen kan niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar de andere maatschappijen. Toch lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in Nederland per jaar enkele duizenden mensen een geneeskundige keuring ondergaan. Melding van afgekeurde kandidaten bij de herverzekeringsmaatschappij De Hoop – tussen 1905 en 1912 achtenvijftighonderd – wijst eveneens in die richting.

118 H. van der Velden (1993), p. 57.

119 Circulaire Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij nr. 1536, november 1896. Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij, GA Leeuwarden, inventarisnr. 44.

120 *Mededeelingen van de 'Utrecht' aan hare agenten* (1903), nr. 5, 3 augustus.

121 A.F.L. Merx (1962). *Vijftig jaar Levensverzekering-Maatschappij ERK 1901-1959*, Nijmegen, p. 134-135.

122 Op.cit. Jb. van Geuns (1899), 'Het afgeven van verklaringen betreffende de oorzaak van het overlijden hunner patiënten door de geneeskundigen', *Jaarboekje* (overdruk), p. 5.

123 'De maatschappijen van levensverzekering en de geneeskundigen (Voorloopig verslag NMG)' (1864), *Schat der Gezondheid*, nr. 2, p. 273.

124 'NMG-Rapport' (1898), *NTvG*, I, p. 489.

125 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 18.

126 'De maatschappijen van levensverzekering en de geneeskundigen (Voorloopig verslag NMG)' (1864), *Schat der Gezondheid*, nr. 2, p. 271.

127 P. Langerhuizen (1863), 'De Maatschappij van Levensverzekering en de geneeskundigen', *Schat der Gezondheid*, p. 345.

128 Brief van de commissarissen aan de directie, 11 juni 1868. Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij, GA Leeuwarden, inventarisnr. 63.

129 Brief 18 juni 1868. Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij. GA Leeuwarden, inventarisnr. 63.

130 Brief van de directie aan de commissarissen, 26 januari 1869. Het gaat

om een bedrag van *f* 2075,53 over de jaren 1863-1868. Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij. GA Leeuwarden, inventarisnr. 63.

131 *Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levens-verzekeringen 1807-1907* (1907), p. 117.

132 'Instructie en aanstelling voor Heeren Geneeskundigen bij de Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij, gevestigd te Leeuwarden'. 1897. Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij. GA Leeuwarden, inventarisnr. 75.

133 Archief Algemeene Maatschappij. GA Amsterdam, nr. 3225 en 2908.

134 *Mededeelingen van de Directie der Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente* (1894), nr. 622.

135 Archief Algemeene Maatschappij, GA Amsterdam, nr. 2908.

136 Nederlandsch Indische Levensverzekering- en Lijfrente Maatschappij, *Gedenkboek 1859-1901* (1909). Amsterdam, p. 59.

137 J.E. Alberts (1901), 'De internationale Vereeniging van medische experts bij Verzekeringsmaatschappijen', *Mentor*, p. 1719.

138 J.M. van Hoogstraten (1904), 'Levensverzekering en geneeskundigen', *Zonneschijn*, jrg. 14, p. 183.

139 *Mededeelingen van de Directie der Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente* (1894), nr. 622.

140 Bijvoorbeeld de Algemeene Friesche Levensverzekering Maatschappij. In een brief aan haar hoofdagenten en agenten van juli 1911 stelt zij: 'Wy hebben de eer U mede te deelen, dat in den loop van deze maand nieuwe geneeskundige attesten zullen worden ingevoerd, overeenkomstig de modellen, welke de Nederlandsche Maatschappy tot Bevordering der Geneeskunst ter algemeene invoering in overweging heeft gegeven, terwyl eveneens het honorarium overeenkomstig het advies van genoemde Maatschappy is vastgesteld.' Directie Archief Algemeene Friesche Levensverzekeringmaatschappij, GA Leeuwarden, inventarisnr. 44.

141 'Het verkorte keuringsformulier bij levensverzekering maatschappijen' (1908/1909), *De Verzekeringsbode*, p. 276.

142 In veel handboeken worden discussies en conflicten gememoreerd over de scheiding tussen behandeling en controle, tussen behandeling en keuring, vanuit de veronderstelling dat de betekenis van behandelen en controleren vooraf aan die discussies gegeven is. Het idee dat het daarbij principieel tegengestelde zaken zijn, die met verschillende belangen verbonden zijn, wordt als evident beschouwd. Conflicten rond behandeling en controle worden als een soort groeistuipjes gezien die het proces van de professionele regulering van deze belangentegenstelling noodzakelijkerwijs begeleiden. Zie bijvoorbeeld

A.Th.L.M. Mertens (1978), 'Verzekeringsgeneeskunde', in W.F. Tordoir, *Sociale geneeskunde in de praktijk*, Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, p. 113-147. P. Muntendam (1964), 'De bijdrage van de huisarts aan de volksgezondheid', in *Bloemlezing uit publicaties van prof.dr. P. Muntendam. Uitgegeven ter gelegenheid van zijn aftreden als directeur-generaal van de volksgezondheid op 30 september 1964*, p. 61-78. H. Doeleman (1972), 'Verzekeringsgeneeskunde', in R.J. van Zonneveld (red.), *Sociale geneeskunde. Een algemene inleiding*, p. 389-423. A. Querido (1972), 'De sociale plaats van de arts', in R.J. van Zonneveld, *Sociale geneeskunde. Een algemene inleiding*, p. 465-469. P.A. Voute e.a. (1969), *Keuringen*. Leiden. Deze visie is niet onjuist, maar laat te weinig zien dat het niet vanzelfsprekend was om behandelen en keuren te definiëren als het dienen van tegengestelde belangen. Dat is eerder resultaat dan uitgangspunt van de historische ontwikkeling.

2 DE KEURING VOOR DE LEVENSVERZEKERING

1 R. de Waard (1913), *Aanteekeningen over levensverzekering*, Groningen: Scholtens en Zoon, p. 42.

2 Voor een vergelijkbare analyse over de co-evolutie van een ziektebeeld en sociale relaties, zie K. Figlio (1982), 'How does Illness mediate social relations? Workmen's compensation and medico-legal practice 1890-1940', in P. Wright en A. Treacher (red.), *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of knowledge*. Edinburgh, Edinburgh University Press, p. 174-223.

3 Hoewel moderne wetenschappelijke methodologische regels vaak gebruikt worden als methode om wetenschappelijke kennis van subjectieve invloeden te zuiveren en zo van universele waarde te maken, hebben deze regels zelf geen universeel karakter. Ze komen tot stand met de ontwikkeling van specifieke historische en sociale contexten, en specifieke maatschappelijke verhoudingen. Voor een analyse van de lokaliteit en historiciteit van methodologische regels, zie Trudy Dehue (1990), *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985*. Amsterdam: Van Gennep.

4 Voor een analyse van de verschillende fasen in de ontwikkeling van methodologische regels rond experimenten met mensen in de geneeskunde in Nederland, zie K. Horstman en G. de Vries (1989), 'Experimenten met mensen. De constitutie van een medisch-wetenschappelijke praktijk en een ethisch probleem (Nederland, 1870-1915)', *Kennis en Methode*, jrg. 8, nr. 1, p. 62-83.

5 J.E. Alberts (1901), 'De internationale vereniging van medische ex-

perts', *Mentor*, p. 1719. Zie ook J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 1.

6 J. van Schevichaven (1905), p. 165.

7 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 9.

8 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 23.

9 Debatten onder medici over de vraag of de geneeskunde een kunst of een kunde is, een 'art' of een 'science', getuigen ervan dat, ondanks de verwetenschappelijking van de geneeskunde, ook in de twintigste eeuw nog steeds veel artsen een individualistische therapeutische stijl verkiezen. John S. Haller (1984), '"The artful science". Medicine's self-image in the 1890's', *Clio Medica*, nr. 3/4, p. 231-250

10 J.H. Warner (1986), *The therapeutic perspective. Medical practice, knowledge and identity in America 1820-1885*. Cambridge: Harvard University Press. Warner beschrijft hoe dit 'specificity-principle' een vehicle vormt voor zowel continuïteit als verandering in de ontwikkeling van de therapeutische praktijk in Amerika van empirisch en geval-georiënteerd naar rationeel, universalistisch. Pernick beschrijft hoe het ontstaan van algemene regels voor de toepassing van anesthesie gepaard gaat met een ideologie waarin veel nadruk wordt gelegd op de geïndividualiseerde toepassing. M. Pernick (1985), *A calculus of suffering. Pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*. New York: Columbia University Press.

11 Evident ongezonde mensen proberen vaak niet eens een levensverzekering af te sluiten omdat zij reeds verwachten afgewezen te worden.

12 H.P. (1903), 'Het derde internationaal congres van levensverzekeringsartsen', *Zonneschijn*, jrg. 13, p. 223.

13 J.E. Alberts (1901), 'De Internationale Vereeniging van Medische Experts bij Verzekeringsmaatschappijen', *Mentor*, jrg. 6, p. 1719.

14 Jb. van Geuns (1902), 'Tweede internationaal congres van geneesheeren verbonden aan levensverzekering-maatschappijen', *Jaarboekje*, p. 235.

15 Anoniem (1915), 'Levensverzekering geneeskunde', *De Verzekeringsbode*, jrg. 35, p. 163.

16 J. van Schevichaven (1905), p. 165-166.

17 F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering', in *Voordrachten 1906-1909*, dl. I. In de handboeken van Brinton en van Pollock en Chisholm vinden we vergelijkbare indelingen. Ook zij wijzen erop dat behalve de actuele gezondheidssituatie, de persoonlijke ziektegeschiedenis, de familiegeschiedenis en de levenswijze relevant zijn voor het inzicht in de levenskansen van de kandidaat.

18 J.E. Alberts (1901), 'De Internationale Vereeniging van Medische Experts bij Verzekeringsmaatschappijen', *Mentor*, jrg. 6, p. 1719.

19 De opkomst van medische keuringen maakt echter niet alleen duidelijk welke expertise artsen ontberen, maar ook hoe de medewerking van de patiënt, de ziekte en de tijd in de therapeutische praktijk de onproblematische achtergrond vormen, de black box, in het licht waarvan therapeutische expertise als expertise geldt.

20 W. Brinton (1864), *Over het geneeskundig onderzoek bij de levensverzekering.* Zeist: J.W. Eversz. J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), *Geneeskundig handboek voor levensverzekering ten gebruike van geneeskundigen en beambten van maatschappijen van levensverzekering.* Haarlem: De Erven F. Bohn. Ook wordt veel verwezen naar het Engelse handboek van C.L. Greene (1901), *The medical examination for life insurance and its associated clinical methods with chapters on the insurance of substandard lives and accident insurance.* Londen: Rebman.

21 W. Nolen, A.A. Hijmans van den Bergh en J. Siegenbeek van Heukelom (1916), *Levensverzekering-geneeskunde. Een leidraad voor artsen en voor studenten in de geneeskunde.* Groningen: J.B. Wolters. (2e druk 1918; 3e druk 1924).

22 R. Porter (red.) (1992), *The popularization of medicine 1650-1850.* Londen: Routledge, p. 1-16.

23 A. de Swaan (1983), 'Over de sociogenese van de psychoanalytische setting', in *De mens is de mens een zorg.* Amsterdam: Meulenhoff, p. 51-80.

24 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1894), nr. 622.

25 J.M. van Hoogstraten (1904), 'Levensverzekering en de geneeskundigen', *Zonneschijn*, jrg. 14, p. 183.

26 W. Brinton (1864), p. 11.

27 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 19.

28 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 19.

29 H.N. Schuitema (1916), 'Het geneeskundig onderzoek', *De Voorzorg*, jrg. 18, p. 172.

30 F.M. Cowan (1897), 'Het geneeskundig attest voor de levensverzekering', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, vol. 2, p. 42. F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering', in *Voordrachten 1906-1909*, dl. I, p. 69.

31 H.J. Coert (1918), 'Het geneeskundig formulier', *Jaarboekje*, p. 251-252.

32 Zie bijvoorbeeld C.J. van Mervennée en Th. Smeding (1939), *Medische sportkeuring. Leidraad voor artsen.* Amsterdam.

33 C. Huerkamp (1989), p. 65. C. Huerkamp (1985), p. 159.

34 Niet elke kamer in de artsenwoning is overigens even geschikt. De spreekkamer dient bij voorkeur laaggelegen te zijn, niet gehorig en

licht. 'Het komt voor, dat de doctor op een bovenkamer ontvangt en de kandidaat bij hem buiten adem en hijgende aankomt en zijn hart in dien toestand onderzocht wordt. Dit is natuurlijk een slechte inrichting.' J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 19.

35 C. Huerkamp (1985), p. 159.

36 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 18.

37 Zie ook A.B. Davis (1981), 'Life insurance and the physicial exmination: a chapter in the rise of American medical technology', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 55, p. 392-406.

38 *Gedenkboek ter gelegenheid vaan het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levens-Verzekeringen 1807-1907* (1907), p. 117.

39 Ch. Bles (1909), 'Enkele opmerkingen over het geneeskundig onderzoek voor levensverzekeringen', in *Voordrachten, 1906-1909*, dl. I, p. 27.

40 F.M. Cowan (1897), 'De waarde van het geneeskundig onderzoek, in het bizonder van dat der urine, voor de levensverzekering', in *Bijdragen voor Levensverzekering*, II. Amsterdam, p. 506.

41 Ibidem, p. 508.

42 W. Brinton (1864), p. 64.

43 W. Brinton (1864), p. 53.

44 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 85.

45 C.H.A. van der Myle (1896), 'Nierontsteking en het onderzoek der urine', *Mentor*, jrg. 1, p. 59. F.C.J. Scheurleer (1903), 'Wenken voor het geneeskundig onderzoek', *Zonneschijn*, jrg. 13, p. 291. W. Nolen, A.A. Hijmans van den Bergh, J. Siegenbeek van Heukelom (1916), p. 275. F.M. Cowan (1897), 'De waarde van het geneeskundig onderzoek, in het bizonder van dat der urine, voor de levensverzekering', in *Bijdragen voor Levensverzekering. Bundel van voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1892-1896*, dl. II, Vereeniging van Levensverzekering, p. 511-516.

46 J. van Schevichaven (1905), p. 168.

47 S.J. Reiser (1988), *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 128.

48 Dr. Stephan (1894), 'Functioneele albuminurie', *NTvG*, nr. 13, II, p. 567-591. H. Zeehuisen (1895), 'Over de frequentie en beteekenis der zoogenaamde "physiologische albuminurie"', *NTvG*, II, p. 1025-1036. A.J. Hoorweg (1895), 'Intermitteerende albuminurie', *NTvG*, II, p. 787-794.

49 H. Zeehuisen (1890), 'Onderzoek naar de betrouwbaarheid der Fehling'sche en Nijlander'sche proeven', *NTvG*, II, p. 462.

50 Van der Weyde (1897), Wetenschappelijke Medeedelingen, *NTvG*, p. 294.

51 M.J. van Lieburg (1986), 'De ontwikkeling van het klinisch-diagnos-

tisch laboratorium in Nederland omstreeks 1925', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek*, jrg. 9, nr. 4, p. 278-318.

52 S.J. Reiser (1988), p. 135.

53 B.J. Stokvis (1885), 'Over het gebruik van kippeneieren door lijders aan albuminurie', *NTvG*, nr. 7, p. 162.

54 Op.cit. Van Lieburg (1986), p. 316.

55 Dr. Stephan (1894), 'Functioneele albuminurie', *NTvG*, II, p. 573.

56 Ibidem, p. 580.

57 Ibidem, p. 591.

58 H. Onnen (1903), 'Niet verzekerbare levens', *Jaarboekje*, p. 253.

59 F.C.J. Scheurleer (1903), 'Wenken voor het geneeskundig onderzoek', *Zonneschijn*, jrg. 13, p. 291.

60 A.E. de Perrot (1895), 'De agenten eener levensverzekering-maatschappij en het geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 149-150.

61 H. Onnen (1903), 'Niet verzekerbare levens', *Jaarboekje* p. 251.

62 Dit geldt ook voor de Amerikaanse situatie. Davis heeft erop gewezen dat Amerikaanse verzekeringsmaatschappijen rond de eeuwwisseling nogal sceptisch waren over de diagnostische en prognostische prestaties van de keuringsartsen. A.B. Davis (1981) p. 397.

63 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 75.

64 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1882), nr. 65.

65 F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering', in *Voordrachten 1906-1909*, dl. I, p. 71-72.

66 A.E. de Perrot (1895), 'De agenten eener levensverzekering-maatschappij en het geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 150.

67 P. de Vries (1898), 'Iets over het onderzoek op eiwit bij levensverzekering', *Archief voor verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*. p. 75. C.H.A. van der Myle (1896), 'Verzekering en het onderzoek der urine', *Mentor*, p. 95.

68 P. de Vries (1898), 'Iets over het onderzoek op eiwit bij levensverzekering', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, p. 75.

69 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 65.

70 W.E. Bijker, J. Law (red.) (1992), *Shaping technology/building society. Studies in sociotechnical change*. Cambridge: MIT Press, p. 3.

71 H.J. Coert (1918), 'Het geneeskundig formulier', *Jaarboekje*, p. 249.

72 J.K.A. Wertheim Salomonson (1900), 'Het congres van levensverzekeringsartsen te Brussel', *Jaarboekje*, p. 211. Omdat het wenselijk

wordt geacht dat de keuringen van verschillende maatschappijen enigszins vergelijkbaar zijn, zowel met het oog op de beeldvorming van de keuring bij het publiek, als met het oog op de statistische verwerking van gegevens, wordt op dit congres een commissie ingesteld die zich zal buigen over het ontwerpen van een universeel formulier.

73 J. Wachelder (1992), p. 92-95.

74 B.L. Craig (1991), 'The role of records and of recordkeeping in the development of the modern hospital in London, England, and Ontario, Canada, c.1890-c.1940', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 65, nr. 3, p. 376-395. Warner suggereert dat de patiëntinformatie in het ziekenhuis in Massachusetts toeneemt met de uitbreiding van medische kwalitatieve onderzoekstechnieken, en dat kwantificering van diagnostische technieken en uitbreiding van het aantal patiënten na 1870 leidt tot meer gecomprimeerde statussen. In het ziekenhuis van Cincinnati maakt de narratieve beschrijving van de patiënt en diens ziekte in de jaren na 1860 plaats voor gestandaardiseerde vormen. J.H. Warner (1986), p. 107-114. Over formalisering en bureaucratisering van patiëntengegevens in de negentiende eeuw, zie ook W.F. Bynum (1994), *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 209.

75 Bovendien kost de deze vorm van administratie tijd die men niet gewend is voor dit soort zaken in te ruimen. De mogelijkheid dat artsen vergeten het rapport in te vullen wordt door de verzekeringsmaatschappijen echter effectief kortgesloten. Het rapport vormt de basis voor de beloning, een uitgebreid rapport leidt tot een een grotere beloning dan een zgn. klein rapport, hetgeen enige garantie biedt dat artsen dit formulier ook inderdaad invullen en opsturen.

76 C.H.A. Myle (1896), 'Nierontsteking en het onderzoek der urine', *Mentor*, jrg. 1, p. 95.

77 J. van Schevichaven (1905), p. 171.

78 J.E. Pollock en J. Chisholm (1899), p. 12-13. A.E. de Perrot (1895), 'De agenten eener levensverzekering-Maatschappij en het geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 146-149.

79 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 65.

80 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1882), nr. 20.

81 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 65.

82 A.E. de Perrot (1895), 'De agenten eener levensverzekering-maatschappij en het geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 149.

83 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 65.
84 Een argument dat in het contact met artsen vaak genoemd wordt om deze ertoe over te halen doodsoorzaakverklaringen af te geven over hun patiënten is de waarde ervan voor de opbouw van de statistiek.
85 J. van Schevichaven (1905), p. 182.
86 H. Onnen (1903), 'Niet verzekerbare levens', *Jaarboekje*, p. 247.
87 A.B. Davis (1981), p. 403.
88 M. Foucault (1989), *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis.* Groningen: Historische Uitgeverij Groningen. Zie ook D. Willems (1989), 'Michel Foucault over wetenschap en macht', in L. Boon en G. de Vries (red.), *Wetenschapstheorie. De empirische wending.* Groningen: Wolters-Noordhoff, p. 85-96.
89 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1894), nr. 622.
90 J.M. van Hoogstraten (1904), 'Levensverzekering en de geneeskundigen', *Zonneschijn*, jrg. 14, p. 183.
91 F.M. Cowan (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering', *Voordrachten 1906-1909*, dl. I, p. 82.
92 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1894), nr. 626.
93 A.E. de Perrot (1895), 'De agenten eener levensverzekering-maatschappij en het geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 146.
94 Ibidem, p. 146. *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1883), nr. 65.

3 OPENBAARHEID EN GEHEIM

1 G. Simmel (1968), *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung.* Berlijn, p. 256.
2 E. O/yen (1982), 'The social functions of confidentiality', *Current Sociology*, jrg. 30, nr. 2, p. 6.
3 Zie bijvoorbeeld I. Waddington (1975), 'The development of medical ethics. A sociological analysis', *Medical History*, 19, p. 36-50. D. von Engelhardt (1989), 'Entwicklung der ärztlichen Ethik im 19. Jahrhundert. Medizinische Motivation und gesellschaftliche Legitimation', in A. Labisch en R. Spree (red.). D.J. Rothman (1991), *Strangers at the bedside. A history of how law and bio-ethics transformed medical decision making.* New York: Basic Books. M. Trappenburg (1993), *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland.* Zwolle: Tjeenk Wil-

link. Hoewel Trappenburg zich beperkt tot analyse van argumenten, laat zij wel zien hoe debatten over medisch-ethische kwesties, zoals bijvoorbeeld transplantatie en genetische screening, historisch zijn voorgestructureerd.

4 M.S. Pernick (1983), 'Childhood death and medical ethics: an historical perspective on truth-telling in pediatrics', *Progress in Clinical and Biological Research*, jrg. 139, p. 173-188.

5 Zie ook L.B. McCullough (1985), 'Virtues, etiquette, and anglo-american medical ethics in the eighteenth and nineteenth centuries', in E. Shelp (red.), *Virtue and medicine*, Dordrecht: Reidel, p. 81-92.

6 J.A. Beckford (1982), 'The ideologies of privacy', *Current Sociology*, jrg. 30, nr. 2, p. 46. S. Bok (1983), *Secrets. On the ethics of concealment and revelation.* New York: Pantheon Books, p. 119.

7 A.C.M. Beukers (1915), *Het beroepsgeheim van den geneesheer.* 's-Gravenhage: Ten Hagen, p. 98.

8 A. Aletrino (1889), *Eenige beschouwingen over den beroepseed der artsen.* Amsterdam: F.S. van Staden, p. 55.

9 H. Pinkhof (1903), 'Boekaankondiging', *NTvG*, II, p. 167.

10 Voor een overzicht van verschillende visies op geheimen, zie S. van der Geest (1994), 'Het geheim. Antropologische en medisch-antropologische opmerkingen', *Medische Antropologie* jrg. 6, nr. 1, p. 132-155. Voor een uitgebreide beschouwing over geheimen, zie S. Bok (1983).

11 *NTvG*, 1864, p. 470.

12 De tekst van de eed die artsen vanaf 1865 bij het ontvangen van hun artsendiploma afleggen luidt: 'Ik zweer (beloof), dat ik de genees-, heel- en verlos- (artsenij-, bereid-, verlos-) kunst, volgens de daarop wettelijk vastgestelde bepalingen, naar mijn beste weten en vermogen zal uitoefenen, en dat ik aan niemand zal openbaren wat in die uitoefening als geheim mij is toevertrouwd, of ter mijner kennis is gekomen, tenzij mijne verklaring als getuige of deskundige door de rechter gevorderd of ik anderzins tot het geven van mededeeling door de wet verplicht worde, Zoo waarlijk helpe mij God almachtig! (Dat beloof ik).' *Staatsblad*, 1 juni 1865, nr. 59. De eed staat dus wel toe informatie over patiënten verschaffen op grond van andere wettelijke regels, zoals bijvoorbeeld de wettelijke verplichting tot aangifte van besmettelijke ziekten, of op grond van een oproep van de rechtbank om als getuige op te treden. Als de Wet op het Hooger Onderwijs in 1878 tot stand komt worden kleine wijzigingen in de tekst aangebracht, die de strekking van de eed echter niet veranderen. De schending van het beroepsgeheim is tevens bij wet strafbaar gesteld. 'Hij die opzettelijk eenig geheim hetwelk hij, uit hoofde van zijn hetzij tegenwoordig hetzij vroeger ambt of beroep, verplicht is te bewaren,

bekend maakt, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste 6 maanden of een geldboete van ten hoogste 600 gulden.' *Wetboek van Strafrecht*, art. 272.

13 'De maatschappijen van levensverzekering en de geneeskundigen (Voorloopig verslag NMG)', *Schat der Gezondheid*, 1863, p. 272. Voor de verhouding tussen arts en patiënt, zie *Schat der Gezondheid*, 1864, p. 42-53.

14 'De maatschappijen van levensverzekering en de geneeskundigen (Voorloopig verslag NMG)', *Schat der Gezondheid*, 1863, p. 271.

15 C. v. H. (1863), 'De geneeskundigen en de maatschappijen van levensverzekering', *Schat der Gezondheid*, p. 362-363.

16 Diverse NMG-afdelingen spreken in de jaren tachtig en negentig ook nog steeds ook over de gezondheidsverklaringen. De aanhoudende vraag van levensverzekeringsmaatschappijen om gezondheidsverklaringen en doodsoorzaakverklaringen over patiënten leidt er bijvoorbeeld toe dat de Geneeskundige Kring te Amsterdam in 1888 met 21 stemmen voor en 1 tegen besluit dat artsen volgens het NMG-besluit van 1864 dienen te handelen. In een circulaire zal dit aan de diverse levensverzekeringsmaatschappijen, hoofdagenten en aan zich nieuw vestigende artsen meegedeeld worden. Ook in andere afdelingen en in de algemene vergadering van de NMG wordt het besluit van 1864 herhaald. Dat beide typen verklaringen – van gezondheid en van doodsoorzaak – besproken worden laat onverlet dat de meeste aandacht na de jaren tachtig uitgaat naar de doodsoorzaakverklaringen.

17 Zij worden soms nog wel gevraagd aanvullende inlichtingen te geven over de gezondheid van een patiënt, maar wordt niet als een groot probleem gezien. Zie ook hfdst. 1 en 2.

18 A.J. van der Weyde (1903), 'Het medisch geheim', *NTvG*, I, p. 567.

19 J. van Schevichaven (1896), *Van leven en sterven. Het verleden en heden der levensverzekering*. Utrecht: Gebr. Van der Post, p. 184.

20 T. Wijlacker (1904), 'Levensverzekering en zelfmoord', in *Bijdragen over levensverzekering. Bundel van voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1897-1904, uitgegeven door de Vereeniging voor Levensverzekering*. Amsterdam: P.N. van Kampen & Zoon, p. 163.

21 A.A.G. Guye (1891), 'Het beroepsgeheim der geneeskundigen en de levensverzekering', *NTvG*, II, p. 123.

22 Dr. Lux (1891), *De geneeskundige verklaring omtrent de oorzaak van het overlijden bij de levensverzekering in Frankrijk*, vertaling aangeboden aan H.H. geneeskundigen door de Nationale Levensverzekering-Bank, Rotterdam.

23 J. Siegenbeek van Heukelom (1891), 'De huisdoctor en de levensverzekering', *NTvG*, II, p. 346.

24 Ibidem, p. 353.
25 J. Siegenbeek van Heukelom (1891), 'Waarom zweren wij een eed?', *NTvG*, I, p. 745.
26 Ibidem, p. 746.
27 Jb. van Geuns (1892), 'De verhouding van den praktizeerdenden geneesheer tegenover de levensverzekeringmaatschappijen', *NTvG*, I, p. 164.
28 *NTvG*, 1905, I, p. 51.
29 *NTvG*, 1892, I, p. 174. Zie ook Jb. van Geuns (1899), 'Het afgeven van verklaringen betreffende de oorzaak van het overlijden hunner patiënten door de geneeskundigen', *Jaarboekje*, p. 1-31.
30 'Rapport der commissie welke onderzoek doet naar de regelen, die de behandelende arts te volgen heeft bij het afgeven van attesten omtrent ziekte of overlijden zijner patiënten', *NTvG*, I, 1898, p. 489.
31 Ibidem, p. 491.
32 Ibidem, p. 491.
33 Ibidem, p. 491.
34 Ibidem, p. 493.
35 H. Pinkhof (1901), 'Ingezonden reactie', *NTvG*, II, p. 617.
36 H. Pinkhof (1901), 'Ingezonden reactie', *NTvG*, I, p. 1128.
37 E. van Dieren (1901), 'Ingezonden reactie. Door verkeerde wets-interpretatie tot bemoeilijking van het verzekeringbedrijf', *NTvG*, II, p. 612-613.
38 Ibidem, p. 613.
39 Ibidem, p. 615.
40 H. Pinkhof (1901), 'Ingezonden reactie', *NTvG*, I, p. 1127.
41 E. van Dieren (1901), 'Ingezonden reactie. Door verkeerde wets-interpretatie tot bemoeilijking van het verzekeringsbedrijf', *NTvG*, II, p. 615.
42 Binnen het kader van dit onderzoek is geen aandacht besteed aan de situering van beide stromingen binnen de NMG. Uit het werk van Festen kunnen we echter wel enige extra informatie verkrijgen over Pinkhof. Volgens Festen behoort Pinkhof tot de jonge generatie artsen die vindt dat de NMG niet alleen op de wetenschap georiënteerd moet zijn en zich niet te deftig moet voelen om de materiële en politieke belangen van artsen te verdedigen. Op deze manier zou volgens Pinkhof voorkomen kunnen worden dat zich naast de NMG een aparte vakorganisatie van geneeskundigen zou ontwikkelen. Hij achtte een grotere eensgezindheid onder de leden over te maken afspraken aanbevelenswaardig, en was een voorstander van 'bindende besluiten'. H. Festen (1974), *Honderdvijfentwintig jaar geneeskunst en maatschappij*.

43 S.J. Halbertsma (1904), 'Ingezonden reactie', *NTvG*, II, p. 998. Hij stelt bijvoorbeeld dat bij een patiënt die sterft aan syfilis aan de lever 'een aandoening aan de lever' als correcte opgaaf van de doodsoorzaak geldt. En zelfs zelfmoord is geen probleem, nu de ontwikkelingen in de psychiatrie in toenemende mate inzicht verschaffen in de medische oorzaken van zelfmoord. De patiënt overlijdt dan bijvoorbeeld aan melancholia, in plaats van aan zelfmoord.

44 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1891), nr. 483.

45 H. Pinkhof (1909), 'Lues der gehuwde vrouw', *NTvG*, I, p. 61.

46 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1903), nr. 1093.

47 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1901), nr. 1011.

48 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente* (1904), nr. 1181. Het betreft hier ongeveer een vijfde van het totale ledenbestand.

49 J. Coert (1906), 'De levensverzekeringen het beroepsgeheim van den geneesheer', *Jaarboekje*, p. 279.

50 DIXI (1908), 'De tuberculose en de levensverzekeringmaatschappijen', in *Feuilleton*, dl. II, 1908, p. 69.

51 J. van der Hoop (1910), 'De doodsoorzaak en de geneeskundigen', *Zonneschijn*, p. 133-137.

52 G.W. Bruinsma (1904), *Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland*, jrg. 11, nr. 22, p. 264.

53 Briefwisseling tussen C. de Man, Haver Droeze en T.M. Cowan (1903), *NTvG*, I, p. 1105.

54 H. Pinkhof (1907), 'Dwangmaatregelen tegenover een arts', *NTvG*, II, p. 1706.

55 'Beroepsbelangen' (1903), *NTvG*, I, p. 633.

56 *Mededeelingen van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1904), nr. 1175.

57 Houtepen en Widdershoven hebben geconstateerd dat zich in de ontwikkeling van gezondheidsethische kwesties een omslag heeft voltrokken van een expliciet normatieve benadering, waarbij ethici standpunten innemen over wat juist is en wat niet, naar een procedurele benadering. Dit houdt in dat ethici steeds vaker een beroep doen op wettelijke of bureaucratische procedures en regels om een ethisch dilemma 'op te lossen'. Het voorstel van de levensverzekeringsmaatschappijen kan gezien worden als een vroege, en niet geslaagde, poging tot 'proceduralisering'. R. Houtepen en G. Widdershoven (1994), 'Proceduralisme in de gezondheidsethiek. Inleiding op het

thema', *Gezondheid. Theorie in Praktijk*, nr. 2, p. 2-5.

58 'Namen der 40 maatschappijen', *De Voorzorg*, (1904/1905), p. 86.

59 P. Muntendam (1904), 'De voorgestelde wetsontwerpen tot wijziging der geneeskundige wetten', *NTvG*, II, p. 261-263.

60 C. van Tussenbroek (1904), 'Onze beroepseed en de voorgestelde wetswijziging', *NTvG*, II, p. 465.

61 Ibidem, p. 463.

62 Ibidem, p. 463.

63 H. Pinkhof (1908), 'Dwangmaatregel tegenover een arts', *NTvG*, I, p. 43.

64 C. van Tussenbroek (1900), 'Het verschooningsrecht der geneeskundigen', *NTvG*, II, p. 576-579.

65 A. Stärcke (1908), 'De abortus criminalis en het geneeskundig beroepsgeheim', *NTvG*, I, 1279.

66 Voor meer informatie over het leven en werk van Van Tussenbroek, zie M. Bosch (1994), *Het geslacht van de wetenschap. Vrouwen en hoger onderwijs in Nederland 1878-1948*. Amsterdam: SUA.

67 E. van Dieren (1904), 'Over afgifte van attesten over doodsoorzaken', *Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland*, jrg. 11, nr. 22, p. 271.

68 'Wijziging geneeskundige wetten' (1905), *NTvG*, I, p. 760-764.

69 Ook in de Nederlandsche Juristen-Vereeniging is het medisch beroepsgeheim onderwerp van discussie. *NTvG*, 1905, I, p. 1601-1602.

70 J.N.J.E. Thijssen (1890), *Het geheim van den medicus*. Leiden: S.C. van Doesburgh, p. 95.

71 M.C. de Vries van Heijst (1891), *Nog iets over het geneeskundig geheim meer in het bijzonder in verband met de levensverzekering*. Leiden: P. Somerwill, p. 3.

72 J.N.J.E. Thijssen (1890), p. 77, 97.

73 M.C. de Vries van Heijst (1891), p. 1-2.

74 J.N.J.E. Thijssen (1890), p. 82-83.

75 M.C. de Vries van Heijst (1891), p. 123.

76 J. van Schevichaven (1909), 'Beschouwingen naar aanleiding van den tegenwoordigen toestand van het bedrijf der levensverzekering in Nederland', in *Voordrachten*, dl. I, (1906-1909), p. 21.

77 J. Coert (1906), 'De levensverzekering en het beroepsgeheim van den geneesheer', *Jaarboekje*, p. 275.

78 *Mededeeling van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente* (1904), nr. 1175.

79 M.C. de Vries van Heijst (1891), p. 92.

80 'Het geheim van den geneesheer', *De Voorzorg*, 1907, p. 212.

81 'Wijziging geneeskundige wetten' (1905), *NTvG*, I, p. 761.

82 C. Winkler (1894), 'Enkele opmerkingen over zelfmoord', *Archief voor Verzekeringswetenschap*, p. 61-62.
83 T. Wijlacker (1904), 'Levensverzekering en zelfmoord', in *Bijdragen over levensverzekering*, dl. III, Amsterdam, p. 166.
84 DIXI (1909), 'Zelfmoord en levensverzekering', in *Feuilleton*, dl. III, p. 8.
85 Ibidem, p. 14.
86 'Rapport der commissie van onderzoek naar de verhouding der geneeskundigen ten opzichte der levensverzekeringsmaatschappijen, benoemd door het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, ingevolge besluit der Algemeene Vergadering van 2 juli 1907 te Utrecht' (1909), *NTvG*, I, p. 1222.
87 Ibidem, p. 1228.
88 Bij 145 informatie gevraagd, bij 105 gekregen.
89 'Rapport der commissie van onderzoek naar de verhouding der geneeskundigen ten opzichte der levensverzekeringsmaatschappijen, benoemd door het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, ingevolge besluit der Algemeene Vergadering van 2 juli 1907 te Utrecht' (1909), *NTvG*, I, p. 1226.
90 Ibidem, p. 1226.
91 Ibidem, p. 1227.
92 Ibidem, p. 1232.
93 Ibidem, p. 1235.
94 J. Leydesdorff (1909), 'Afgeven van een verklaring van doodsoorzaak', *NTvG*, p. 2064-2065.
95 L.C. van der Meulen (1909), 'Afgeven van een verklaring van doodsoorzaak', *NTvG*, I, p. 2148
96 'Een overzicht en nabetrachting naar aanleiding van het onderzoek naar de wenschelijkheid van een nieuw compromis tusschen medici en levensverzekeraars', *Mentor*, 1911, nr. 2, p. 6022.
97 De toenemende relevantie van het argument van kennisverwerving in vergelijking tot therapeutisch nut blijkt ook uit het verloop van discussies over de uitvoering van experimentele behandelingen bij mensen aan het begin van de twintigste eeuw. Zie K. Horstman en G. de Vries (1989).
98 'Ingrepen in de behandeling van de huisarts komen regelmatig voor', in *Jaarverslag Rijks Verzekerings Bank* (1909) p. 46.
99 'Rapport van de commissie, ingesteld door het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, krachtens besluit van de zestigste Algemeene Vergadering te Leeuwarden, in zake de onderlinge verhouding tusschen verzekerings-maatschappijen, behandelend geneesheer en controlerend geneeskundige',

NTvG, 1911, I, p. 1813

100 Zie bijvoorbeeld de verslagen van de beroepszaken in het *Centraal Orgaan voor de Ongevallenverzekering*, dat in 1904 voor het eerst verschijnt.

101 H. Festen (1974), *Honderdvijfentwintig jaar geneeskunst en maatschappij*, p. 219-224. De Afdelings Raden van Toezicht worden in 1907 alweer opgeheven, maar de CCB zal jaren functioneren. Hoewel het primair de bedoeling is van de CCB om het maatschappelijk functioneren van artsen collegiaal te toetsen, en niet het inhoudelijke medische werk, is de oprichting ervan wel een teken van toenemende collegiale bemoeienis.

102 Vergelijkbare concurrentie tussen het therapeutische en het wetenschappelijke perspectief zien we in het Nederlandse debat over experimenten met mensen. K. Horstman en G. de Vries (1989).

103 E.S. Houwaart (1991).

104 K. Horstman (1992), 'De scheiding van behandeling en controle. Van een ethisch principe en een verzekeringsgeneeskundige praktijk', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 10, nr. 3, p. 6-7.

4 GEZONDE EN ONGEZONDE RISICO'S

1 H. Pinkhof (1901), 'Het 2e congres van artsen der verzekeringsmaatschappijen', *Zonneschijn*, jrg. 11, p. 331.

2 N. Luhmann (1991), *Soziologie des Risikos*. Berlijn: De Gruyter, p. 55.

3 Over de verwetenschappelijking en rationalisering van de omgang met risico's, zie U. Beck (1992), *Risk society. Towards a new modernity*. Londen: Sage Publications. G. Gigerenzer e.a. (1989), *The empire of change. How probability changed everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press. I. Hacking (1990), *The taming of change*. Cambridge: Cambridge University Press. R.J.S. Schwitters (1991), *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspektief*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

4 Dit proces van democratisering is ook zichtbaar als het gaat om de toegang tot het hoger onderwijs. Wachelder heeft beschreven hoe in de negentiende eeuw in Europa een standgewijze onderwijsorganisatie plaatsmaakt voor een onderwijsorganisatie die gericht is op prestatiedoorstroming. Dat houdt in dat het idee dat hoger onderwijs 'vorming' betekent voor studenten uit de hogere sociale klassen wier maatschappelijke bestemming reeds vooraf vastligt, plaatsmaakt voor onderwijs als 'opleiding' dat de maatschappelijke positie van een student kan verbeteren. Middels individuele prestaties wordt het

mogelijk te stijgen op de maatschappelijke ladder. Zie J. Wachelder (1992).

5 Voor de rol van wiskunde en statistiek bij de berekening van de premies, zie I.H. Stamhuis (1989), 'Cijfers en aequaties' en 'Kennis der staatskrachten', in *Statistiek in Nederland in de 19e eeuw*. Amsterdam: Rodopi. G. Gigerenzer e.a. (1989), p. 19-26, 255-257.

6 J. van Schevichaven (1905), p. 166.

7 H. Onnen (1903), 'Niet verzekerbare levens', *Jaarboekje*, p. 247. Dit percentage heeft betrekking op de afwijzingen bij de Olveh.

8 *Verzekering*, jrg. 11, 1905/1906, nr. 19. Van Geuns constateert in de jaren tachtig bij de verzekeringsmaatschappij Kosmos nog afwijzingspercentages van 26 en 27%. In de jaren negentig schommelt dit ook bij deze maatschappij rond de 15%. Jb. van Geuns (1897), 'De medische wetenschap de meest gevaarlijke vijand der levensverzekering?', *NTvG*, nr. 13, p. 494.

9 *Wekelijksche Mededeeling van de Directie van de Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten* (1913), nr. 1636.

10 *De Voorzorg*, 1902/1903, p. 276.

11 J.M. van Hoogstraten (1903), *Welvaart door voorzorg. Eene handleiding voor wie levensverzekering begrijpen en verklaren wil.* Amsterdam: W. Gosler & Co, p. 47. J. van Schevichaven (1906), *Zaaien en oogsten. Het bedrijf der levensverzekering-maatschappijen populair verklaard aan het Nederlandsche publiek.* Utrecht: Gebr. Van der Post, p. 99.

12 'Een en ander over gezondheidskeuring', *Verzekering*, jrg. 3, (1897/1898), nr. 17.

13 J. van Schevichaven (1905), p. 175.

14 Ibidem, p. 175.

15 P. van Geer (1904), 'Levensverzekering zonder geneeskundig onderzoek', *Jaarboekje*, p. 219.

16 J. van Schevichaven (1905), p. 176.

17 'Een en ander over gezondheidskeuring', *Verzekering*, jrg. 3, (1897/1898), nr. 17.

18 H.L.V.E. Salomon (1890), *Handleiding voor heeren vertegenwoordigers van Levens-Verzekering-Maatschappijen.* Steenwijk: G. Hovens Gréve, p. 43.

19 H.L. van der Klei (1926), p. 55.

20 'De overdrijving ter zake minderwaardige risico's', *Mentor*, (1901), p. 1599; ook in (1914), p. 9621.

21 *Verzekering*, jrg. 3, (1897/1898), nr. 17.

22 A. van Heijst (1993), *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein.* Kampen: Kok/Agora. C. Shilling (1993), *The body and social theory.* Londen: Sage. Z. Baumann (1992), *Mortality, immortality*

& other life strategies. Cambridge: Polity Press. P.A. Mellor en C. Shilling (1993), 'Modernity, self-identity and the sequestration of death', *Sociology*, jrg. 27, nr. 3, p. 411-431.

23 A. Labisch (1986), 'Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene. Soziale Disziplinierung durch Arzte und Medizin', in C. Sachsse en F. Tennsteds (red.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitiek.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, p. 265-285.

24 E.S. Houwaart (1991).

25 J. van Schevichaven (1905), p. 47.

26 J. van Schevichaven (1905), p. 163.

27 Coronel (1892), 'De beteekenis der hygiene voor de levensverzekering II', *Zonneschijn*, p. 69. Zie ook A.S. Reesema (1891), 'Levensverzekering en hygiene', *Jaarboekje*, p. 72-73, voor een pleidooi voor terugdringing van de sterfte door hygiënische maatregelen door maatschappijen. 'Onze Maatschappijen zouden op twee wijzen daarvoor kunnen arbeiden. In de eerste plaats door het onderzoek dat hare geneesheeren uitbrengen over de voorstellers van verzekeringen, dienstbaar te maken aan het welzijn van die personen. (...) In de tweede plaats zouden onze Maatschappijen het nemen van gezondheidsmaatregelen in steden en dorpen kunnen bevorderen of steunen, wellicht het aanbouwen van gezonde woningen zelven kunnen ter hand nemen (...) Onze Maatschappijen hebben zich tot nu toe niet in de aangegeven richting bewogen, maar het is de vraag of zij, met hare machtige kapitalen, èn in haar eigen èn in het openbaar belang zich daarvan ook in het vervolg zullen hebben te onthouden.'

28 W.P. Ruysch (1897), 'Hygiëne en levensverzekering in onderling verband', in *Bijdragen over levensverzekering*, dl. II, Amsterdam, p. 379.

29 Ibidem, p. 352.

30 Ibidem, p. 378.

31 DIXI (1908), 'De tuberculose en de levensverzekeringsmaatschappijen', in *Feuilleton*, dl. II, p. 65.

32 Ibidem, p. 69.

33 J. Siegenbeek van Heukelom (1920), 'Periodieke keuringen bij levensverzekering', *Het Verzekerings Archief*, p. 65.

34 R. van Daalen (1990), 'Tot behoud van gezondheid. Leefregels en een sociaal programma op wetenschappelijke basis', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jrg. 17, nr. 1, p. 53-55.

35 D. Armstrong (1993), 'Public health spaces and the fabrication of identity', *Sociology*, jrg. 27, nr. 3, p. 393-410.

36 J. Goudsblom (1977), 'Civilisatie, besmettingsangt en hygiëne'. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jrg. 4, nr. 3, p. 271-300.

37 P. Starr (1982), p. 180-197. J. Lewis (1992), 'The medical journals and the politics of public health 1918-90', in W.F. Bynum, S. Lock en R. Porter (red.), *Medical journals and medical knowlegde. Historical essays.* Londen: Routledge, p. 207-227. E. Fee en D.Porter (1992), 'Public health, preventive medicine and professionalization: England and America in the nineteenth century', in A. Wear (red.), *Medicine in society. Historical essays.* Cambridge: Cambridge University Press, p. 249-275.

38 P. Starr (1982), p. 189.

39 In Nederland zien we eenzelfde uitkomst in de strijd over taakafbakening tussen behandelend artsen en schoolartsen. Het werk van de schoolarts wordt als aanvullend beschouwd ten opzichte van de taak van de huisarts. De schoolarts wordt als het ware een extra verwijssysteem naar de huisarts. G. Pastink (1994), *Mannen en vrouwen, kloek van geest en vaardig van lichaam. Sekseverschillen in de schoolartsgeneeskunde 1900-1930.* Doctoraalscriptie Faculteit Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

40 A. Labisch (1985), 'Die soziale Konstruktion der "Gesundheit" und des "Homo Hygienicus". Zur Soziogenese eines soziales Gutes', *Oesterreichischen Gesellschaft für Soziologie*, jrg. 10, nr. 3/4, p. 60-81.

41 'Vragen voor den medische adviseur', *De Voorzorg*, jrg. 15, (1913), p. 29-30.

42 'Derde internationaal congres van geneesheeren verbonden aan levensverzekering-maatschappijen', *Jaarboekje*, (1904), p. 247.

43 Zie bijvoorbeeld 'Levensduur van minderwaardige risico's', *Mentor*, jrg. 6, (1901), p. 1597-1599. Zie ook: S. Lykles (1912), 'Over de verzekering van minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 269-274. Lykles concludeert: 'Het is echter wel enigszins aannemelijk, dat de geneeskundige eerder te voorzichtig dan roekeloos in het aannemen van dubieuze risico's is.' (p. 274).

44 P. den Carpentier Wildervanck (1909), 'De toepassing van extra-premieën', in *Voordrachten*, dl. 2, (1906-1909), p. 44.

45 Op een internationaal congres voor verzekeringswetenschap te Berlijn wordt afgesproken dat er een internationaal comité gevormd wordt om onderzoek te doen naar de wijze waarop een wetenschappelijke basis voor de verzekering van minderwaardige levens verkregen kan worden. De Vereeniging van Wiskundig Adviseurs besluit daarop in 1906 dat de heer Moll als Nederlandse afgevaardigde tot dat comité zal toetreden. M.C. Paraira (1904), 'Statistiek van minderwaardige levens', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, vol. 9, p. 326-330.

46 J. van Schevichaven (1905), p. 44.

47 F. van Reenen (1897), 'Eener gedachtenwisseling omtrent de gevallen, waarin de verzekeraar goed zal doen eene extra-premie te heffen en tot welk bedrag', in *Bijdragen over levensverzekering II*, Amsterdam, p. 398.

48 H.J. Coert (1920), 'Leeftijdverhooging of premieopslag?', *Jaarboekje*, p. 242-252.

49 Dr. Van Wely (1916), 'Het vraagstuk der minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 303.

50 A.E. Rahusen (1906), 'Verzekering van minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 233.

51 Jb. van Geuns (1902), 'Tweede internationaal congres van geneesheeren verbonden aan levensverzekering-maatschappijen', *Jaarboekje*, p. 246.

52 N.P. (1906), 'Het vierde internationale congres van verzekerings-geneeskundigen', *Zonneschijn*, jrg. 16, p. 347.

53 Van Wely (1916), 'Het vraagstuk der minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 305.

54 *De Voorzorg*, (1906/1907), p. 76.

55 DIXI (1908), 'Over levensverzekering en geneeskunde', *Nieuwe Rotterdamsche Courant*, 9 oktober 1906, gebundeld in *Feuilleton*, dl. I, p. 61.

56 S. Lykles (1912), 'Over de verzekering van minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 283.

57 M.C. Paraira (1904), 'Statistiek van minderwaardige levens', *Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken*, vol. 9, p. 330.

58 P. den Carpentier Wildervanck (1909), 'De toepassing van extra-premieën', in *Voordrachten*, dl. 2, p. 44.

59 De zeven oprichtingsmaatschappijen – De Algemeene, De Dordrecht, Eerste Nederlandsche, Eigen hulp, Kosmos, Nederland, Eerste Rotterdamsche – zijn aandeelhouders van De Hoop. Het gehele personeel bestaat uit drie mensen. Mr. J.L. Nierstrasz R. Hzn., van wie het idee oorspronkelijk afkomstig was, wordt benoemd tot directeur, dr. A. Bonebakker is medisch adviseur en mej. Wuijster wordt als wiskundig adviseur aangesteld. De Hoop werkt zonder agenten en inspecteurs. Een buitendienst is niet nodig omdat kandidaten die bij de reguliere maatschappijen zijn afgewezen direct naar haar worden doorverwezen. Meer dan veertig maatschappijen sturen min of meer regelmatig afgewezen kandidaten naar De Hoop. Zie 'Levensverzekering-Maatschappij De Hoop', *Verzekering*, jrg. 11, (1905/1906), nr. 19. Zie ook Mr. J.L. Nierstrasz (1924), 'Een en ander over de werkwijze en de ervaringen van de levensverzekeringmaatschappij "De Hoop"', *Het Verzekeringsarchief*, jrg. 5, nr. 1/2. J.M. van Hoogstraten (1917),

'Minderwaardige levens', *De Verzekeringsbode*, p. 187.

60 J.M. van Hoogstraten (1917), 'Minderwaardige levens', *De Verzekeringsbode*, p. 187.

61 *Het Verzekeringsblad voor Nederland en België*, (1914-1915), p. 70.

62 Toen een vergelijkbare Duitse maatschappij, Die Hilfe (opgericht 1916) in 1923 werd opgeheven bood ze De Hoop aan haar verzekeringsgeneeskundige systeem over te nemen. Dit bestond uit een classificatie van minderwaardigheidsfactoren van 80 pagina's. Volgens de directie was dit een wel erg minutieuze opdeling die in de praktijk vooral onhandig was, en men besloot het aanbod tot overname naast zich neer te leggen. J.L. Nierstrasz (1924), 'Een en ander over de werkwijze en de ervaringen van de levensverzekeringmaatschappij "De Hoop"', *Het Verzekeringsarchief*, jrg. 5, nr. 1/2, p. 2.

63 J.M. van Hoogstraten (1917), 'Minderwaardige levens', *De Verzekeringsbode*, p. 187.

64 J.L. Nierstrasz (1924), 'Een en ander over de werkwijze en de ervaringen van de levensverzekering-maatschappij "De Hoop"', *Het Verzekeringsarchief*, jrg. 5, nr. 1/2, p. 4.

65 'De verzekering van minderwaardige risico's', *De Verzekeringsbode*, (1912), p. 227.

66 *Het Verzekeringsblad voor Nederland en België*, (1915-1916), p. 7-8.

67 J.L. Nierstrasz (1924), 'Een en ander over de werkwijze en de ervaringen van de levensverzekering-maatschappij "De Hoop"', *Het Verzekeringsarchief*, jrg. 5, nr. 1/2, p. 7.

68 'Minderwaardige risico's', *De Voorzorg*, jrg. 21, (1919), p. 82.

69 Het werkplan voor dit bureau is gemaakt door een commissie van dr. H.J. Coert, dr. D.L. van Wely, dr. A. Bonebakker en mej. Wuijster, en als adviseur van de commissie fungeert de directeur van het Centraal Bureau voor de Statistiek, mr. H.W. Methorst. De kosten van dit bureau worden gedragen door de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen en door De Hoop.

70 Dr. Van Wely (1916), 'Het vraagstuk der minderwaardige levens', *Jaarboekje*, p. 306.

71 Ibidem, p. 311.

72 'Jaarverslag Vereeniging voor Levensverzekering', *Jaarboekje*, (1916), p. 200.

73 H.J. Coert (1937), 'Mededeelingen van het bureau voor de statistiek van minderwaardige levens', *De Levensverzekering*, jrg. 14, p. 199-252.

74 J. van Overbeeke (1970), 'Medisch-statistische onderzoekingen voor het levensverzekeringsbedrijf', *Het Verzekerings Archief*, jrg. 47, p. 190-210.

75 Ibidem, p. 191.

76 H.J. Coert (1932), 'Het bureau voor de statistiek van minderwaardige levens', *De Verzekeringsbode*, jrg. 51, nr. 11, p. 86.

77 J. Siegenbeek van Heukelom (1920), *De beoordeling der levenskansen in het levensverzekeringbedrijf*. Rotterdam: Nijgh & Van Ditmar, p. 72,

78 J.L. Nierstrasz (1924), 'Een en ander over de werkwijze en de ervaringen vaan de levensverzekering-maatschappij "De Hoop"', *Het Verzekerings Archief*, jrg. 5, nr. 1/2, p. 2.

79 J. Siegenbeek van Heukelom (1920), *De beoordeling der levenskansen in het levensverzekeringbedrijf*. Rotterdam: Nijgh & Van Ditmar.

80 P. Starr (1982), p. 193.

81 S.J. Reiser (1978), 'The emergence of the concept of screening for disease', *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, jrg. 56, nr. 4, p. 407.

82 A.H. van der Weerd (1916), 'Periodieke onderzoekingen van oogenschijnlijk gezonde personen', *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde*, p. 414-421.

83 M.H. Tromp (1933), 'Periodiek medische keuringen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, september, p. 175.

84 J. Siegenbeek van Heukelom (1916), 'Levensverzekering en levensverlenging', *NTvG*, I, p. 918-920. Ch. Bles (1916/1917), 'Periodieke onderzoekingen van oogenschijnlijk gezonde personen', *De Verzekeringsbode*, jrg. 36, p. 163-165. A.H. van der Weerd (1916), 'Periodieke onderzoekingen van oogenschijnlijk gezonde personen', *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde*, p. 414-421.

85 J. Siegenbeek van Heukelom (1924), 'Periodiek keuren van reeds verzekerde personen', *De Levensverzekering*, jrg. 1, aanhangsel.

86 Commissie ingesteld op 9 oktober 1924. Als leden van de commissie werden benoemd dr. A. Bonebakker, geneeskundig adviseur van De Hoop, dr. H.J. Coert, geneeskundig adviseur van de Eerste Nederlandsche Verzekering Maatschappij op het leven en tegen invaliditeit en van de Levensverzekering Maatschappij De Nederlanden van 1845, dr. J. Siegenbeek van Heukelom, geneeskundig adviseur van de Nationale Levensverzekering Bank (voorzitter), mr. G.J. Henny, directeur van de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij 's-Gravenhage en W.F. Viëtor, directeur van de Nationale Levensverzekering Bank.

87 'Rapport commissie periodieke keuringen, *De Levensverzekering*, jrg. 4, (1927), speciaal nr.

88 Ibidem, p. 9.

89 Notulen bestuursvergadering NVBL, 5 oktober 1926, p. 3. Archief NVBL, 1923-1940.

90 Notulen algemene ledenvergadering NVBL, 30 november 1926. Archief NVBL, 1923-1940.

91 Notulen algemene ledenvergadering NVBL, 23 december 1926. Archief NVBL, 1923-1940.

92 *Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*, 1930, p. 5.

93 *Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*, 1934, z.p.

94 J.P. Bijl (1936), 'Periodiek geneeskundig onderzoek. Lezing gehouden voor de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen op 9 september 1936', *De Levensverzekering*, jrg. 13, p. 180-198.

95 Notulen algemene vergadering NVBL, 16 oktober 1936, p. 7. Archief NVBL, 1923-1940.

96 Notulen bestuursvergadering NVBL, 16 oktober 1936, p. 2. Archief NVBL, 1923-1940.

97 Notulen algemene vergadering NVBL, 26 februari 1937, p. 4. Archief NVBL, 1923-1940.

98 *Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*, 1937, p. 7.

99 'Overzicht van de geldmiddelen', *Jaarverslag Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*, 1931, z.p.

100 'Geneeskunde en hygiene', *De Verzekeringsbode*, jrg. 59, (1940), nr. 46, z.p.

101 A.A. Hijmans van den Bergh (1932), 'Balans der geneeskunde', *NTvG*, 76, III, nr. 37, p. 4333-4342.

102 J. Siegenbeek van Heukelom (1931), 'Geneeskunde en levensverzekering', *De Verzekeringsbode*, jrg. 50, nr. 3, p. 17.

103 P.A. Voute (1953), 'Verhoogd risico in 1952', *Het Verzekerings Archief*, jrg. 30, p. 93.

5 VERZEKERD LEVEN

1 A. Soeteman (1988), 'Erfelijkheidsonderzoek en verzekering: wat mag de verzekeraar?' *Verzekeringsarchief*, p. 193-201. Volgens Soeteman zouden levensverzekeringen voor een 'normaal' bedrag als een elementaire levensbehoefte gezien kunnen worden, en dit geldt zeker indien een dergelijke verzekering voorwaarde is om een huis te kunnen kopen. Ook Mijnssen noemt een levensverzekering voor het kopen van een huis, gezien de structuur van de Nederlandse woningmarkt en het tekort aan huurwoningen, een elementaire levensbehoefte. A.L.

Mijnssen (1990), 'Acquired immune deficiency syndrome (AIDS); levensverzekeraar wat moet je ermee?', p. 44.

2 Het type sociologie dat sociale fenomenen beschrijft en verklaart door ze te 'ontbinden in factoren', een vrij dominante sociologische stijl, is door Elias gekritiseerd. Volgens Elias is dat een vorm van complexiteitsreductie die niet bijdraagt aan het begrip van deze verschijnselen, omdat ze zich geen rekenschap geeft van de samenhang tussen deze 'factoren' of 'variabelen'. De relatie tussen de elementen wordt in dit type sociologie zelden nader inhoudelijk gespecificeerd. In de tweede plaats leidt deze sociologische stijl volgens hem tot toestandsreductie. De ontbonden factoren worden vastgezet en bewegingsloos gemaakt. Doordat sociale fenomenen op deze manier van hun proceskarakter ontdaan worden, levert deze onderzoeksstrategie weinig inzicht op in de betreffende sociale verschijnselen. De sociologische stijl die 'ontbindt in factoren' resulteert volgens Elias in reïficatie van de sociale werkelijkheid. N. Elias (1971), *Wat is sociologie.* Utrecht: Het Spectrum. Ook als men het niet eens is met de realistische teneur in de kritiek van Elias is zijn commentaar relevant voor een groot deel van het onderzoek naar gezondheid en gezondheidszorg. Wellicht hangt dit samen met de praktische, beleidsgerichte oriëntatie van veel onderzoek. Dat type onderzoek stimuleert een snelle opdeling in rijtjes variabelen, en vormt een rem op de brede blik en gedegen analyse.

3 Voor een filosofische beschouwing van de werking van dit type normativiteit in menselijk handelen, zie J.F. Glastra van Loon (1956), *Norm en handeling. Bijdrage tot de kentheoretische fundering van de sociale wetenschappen.* Haarlem: De Erven Bohn. Voor recentere artikelen over dit thema, zie J.F. Glastra van Loon (1980), *De eenheid van het handelen. Opstellen over recht en filosofie.* Meppel: Boom. Glastra van Loon betoogt dat normen niet aan het handelen voorafgaan, maar in het handelen geconstrueerd worden. Handelen, dat hij niet opvat als een mentale of gedragsmatige activiteit maar als een vorm van lichamelijk regelgeleid handelen, is geen reactie op een externe norm. Handelingen produceren normen doordat ze de betekenis, legitimiteit en vanzelfsprekendheid ervan demonstreren. Ook in het werk van de rechtssocioloog Schuyt vinden we dergelijke constructivistische noties over wetten, regels en beleid. Zie C.J.M. Schuyt (1983), *Tussen macht en moraal. Over de plaats van het recht in verzorgingsstaat en democratie.* Alphen a/d Rijn en Brussel: Samson. Een sociaal-psychologisch getinte interpretatie van dit type normativiteit treffen we aan in het onderzoek van Komter naar de 'macht der vanzelfsprekendheid' in sekseverhoudingen. A. Komter (1985), *De*

macht van de vanzelfsprekendheid. Relaties tussen vrouwen en mannen. Den Haag: VUGA.

4 Het onderscheid tussen een culturele en technische rol van wetenschap is geïntroduceerd door G. de Vries (1985), *De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapfilosofie.* Groningen: Wolters-Noordhoff. Het onderscheid heeft een ideaaltypisch karakter, en het is niet uitgesloten dat een culturele en technische rol naast elkaar kunnen bestaan. Het onderscheid is voor een goed begrip van de veranderende plaats van medisch adviseurs en van medische expertise echter zeer verhelderend.

5 B.S. Turner (1992), *Regulating bodies. Essays in medical sociology.* Londen: Routledge. Met name hfdst. 1, 'The body question: recent developments in social theory', p. 31-66, en hfdst. 5, 'The body and medical sociology', p. 151-174. C. Shilling (1993), *The body and social theory.* Londen: Sage. P. Falk (1994), *The consuming body.* Londen: Sage.

6 Auteurs die ertoe hebben bijgedragen 'het lichaam' tot onderzoeksobject te maken zijn o.a.: M. Foucault (1986), *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik.* Nijmegen: SUN. N. Elias (1980), *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und Psychogenetische Untersuchungen,* dl. 2, 'Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation'. Frankfurt am Main: Suhrkamp. E. Martin (1987), *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction.* Boston: Beacon Press. C. Gallagher en T. Laqueur (1987), *The making of the modern body. Sexuality and society in the nineteenth century.* Berkeley: University of California Press. D.J. Haraway (1991), *Simians, cyborgs, and women. The reinvention of nature.* Londen: Free Association Books. S. Hirschauer (1991), 'The manufacture of bodies in surgery', *Social Studies of Science,* jrg. 21, p. 279-319. B. Duden (1991), *The woman beneath the skin. A doctor's patients in eighteenth-century Germany.* Cambridge: Harvard University Press. N. Oudshoorn (1991), T*he making of the hormonal body. A contextual history of the study of sex hormones 1923-1940.* Dissertatie, Amsterdam. Voor Nederlandstalige beschouwingen over de conceptualisering van de relatie natuur/cultuur ofwel het biologische/het sociale, zie A. Mol (1988), 'Baarmoeders, pigment en pyramiden. Over de vraag of antiracisten en feministen er goed aan doen "de biologie" haar plaats te wijzen', *Tijdschrift voor Vrouwenstudies,* jrg. 9, nr. 3, p. 276-290. K. Horstman (1990), 'Biologische constructies en sociale feiten. Obstakels in het onderzoek naar gezondheidsproblemen van vrouwen', *Kennis en Methode,* nr. 1, p. 84-103. R. de Wilde en A. Mol (red.) (1991), 'Op de grens. Onderzoek naar het scheiden van natuur en cultuur.'

Themanr. *Kennis en Methode.* Meppel: Boom.

7 De onzekerheid die levensverzekeringsmaatschappijen rond de eeuwwisseling genereren is vergelijkbaar met de onzekerheid die het bestaan van sommige recente, voorspellende, diagnostische technieken met zich meebrengt. Het bestaan ervan genereert onzekerheid omdat men zich gaat afvragen of men zich aan een dergelijke test wil onderwerpen, en de afwegingen over dat besluit maken de onzekerheid over de eventuele uitslag alsmaar sterker, en genereren als het ware behoefte om de test wel te ondergaan en zo in ieder geval zekerheid te verkrijgen. Met name bij ernstige en ongeneeslijke ziekten doen deze vragen zich voor. Zo kan de diagnose van hoge bloeddruk in verband worden gebracht met de mogelijkheid van een hartinfarct, hersen- of maagbloedingen, een HIV-test wordt gerelateerd aan het ontstaan van aids later, genetische screening kan uitsluitsel geven over de aanwezigheid van een gen voor borstkanker, de ziekte van Huntington of myotone dystrofie. Suzanne Weusten (1995), 'De beslissing is aan u. De dilemma's van voorspellend genetisch onderzoek', *Intermediair,* nr. 7, p. 18-21. Voor onderzoek naar de gevolgen van de onzekerheid die met een vruchtwaterpunctie gepaard gaat, zie B. Rothman (1986), *The tentative pregnancy. Prenatal diagnosis and the future of motherhood.* New York: Viking.

8 U. Beck (1992), *Risk society. Towards a new modernity.* Londen: Sage.

9 Uit cultureel-antropologisch onderzoek naar risicoperceptie en uit controversestudies in het wetenschapsonderzoek blijkt niet alleen dat er variatie bestaat in de definitie van risico's, maar ook dat er geen wetenschappelijke, objectieve maatstaf is om te besluiten welke groep gelijk heeft. Het gelijk van een specifieke benadering van risico's wordt meestal met andere middelen, zoals politieke of institutionele macht, behaald. Zie bijvoorbeeld D. Nelkin (1985), *The language of risk.* Londen.

10 Tegenwoordig zijn er regels die medische interventies die al te belastend zijn, of die zelf risico's met zich meebrengen, zoals biopsies of cytoscopie, verbieden. De lichamelijke integriteit van keurlingen, en de verhouding tussen doel en middelen zijn hier in het geding. H.J.J. Leenen (1991), *Handboek gezondheidsrecht.* Alphen a/d Rijn: Samson/Tjeenk Willink, p. 165-167. Rond de eeuwwisseling bestonden dergelijke regels niet. Dat röntgentechnologie niet routinematig werd gebruikt bij keuringen had bijvoorbeeld niets te maken met het idee dat dit belastend zou kunnen zijn, en ook de schade die het urineonderzoek voor de verzekeringskandidaat zou kunnen opleveren – de mogelijkheid van ongeneeslijke diabetes – vormde geen argument dit onderzoek niet uit te voeren.

11 Bijvoorbeeld andere instellingen voor preventieve gezondheidszorg zoals consultatiebureaus, schoolartsen, populaire gezondheidsliteratuur, propaganda van commerciële bedrijven zoals producenten van zuigelingenvoeding, campagnes ter bestrijding van tuberculose en andere besmettelijke ziekten, huisartsen, kookleraressen.

12 A. van Heijst (1993), *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein.* Kampen: Kok/Agora. M. Jacobus, E. Fox Keller en S. Shutleworth (red.) (1990), *Body/Politics. Women and discourses of science.* New York: Routledge.

13 Z. Bauman (1992), *Mortality, immortality and other life strategies.* Cambridge: Polity Press. A. van Heijst (1993).

14 F.R. Ankersmit (1990), *De navel van de geschiedenis. Over interpretatie, representatie en historische realiteit.* Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, p. 41.

15 R. de Wilde (1992), *Discipline en legende. De identiteit van de sociologie in Duitsland en de Verenigde Staten 1870-1930.* Amsterdam: Van Gennep.

16 Deze relatieve stilte duurt voort tot in de jaren tachtig. Voorzover er in de jaren vijftig, zestig en zeventig sprake is van discussie over geneeskunde en verzorgingsarrangementen heeft dit vooral betrekking op de sociale verzekeringen. Het is overigens opvallend dat deze discussies zich voltrekken tegen de achtergrond van het gegeven dát artsen fungeren als poortwachter in de verzorgingsstaat, en dat – commentaar op de uitoefening van die taak ten spijt – die rol als zodanig nooit betwist wordt. Zie A. Meershoek (1993), 'Falende poortwachters met een goed geweten?', *Gezondheid*, 1, p. 156-173.

17 Gegevens ontleend aan: P. van der Ven (1989), 'Tussen markt en solidariteit', *Intermediair*, jrg. 25, nr. 44, p. 15-21. E. Bosch (1993), 'Levensverzekeringsgeneeskunde: overlijdensrisicoverzekering', *NTvG*, 137, nr. 45, p. 2306-2310.

18 Volgens Bosch berekent men oversterfte in stappen van 25% (normale sterfte is 100%, extra risico levert 125%, 150%, 175% sterfte op die recht evenredig tot uitdrukking komt in de premie). Bij een oversterfte van 400 tot 500% nadert men de grens van het verzekerbare en gaat men over tot afwijzing. Bosch, p. 2308.

19 A.L. Mijnssen (1990), 'Acquired immune deficiency syndrome (AIDS); levensverzekeraar wat moet je ermee?', *Verzekeringsarchief*, jrg. 67, p. 29-49.

20 E. Bosch (1993), 'Levensverzekeringsgeneeskunde: overlijdensrisicoverzekering', *NTvG*, 137, nr. 45, p. 2307. (2306-2310)

21 F. Biesboer (1994), 'Genetici aan het woord', *Zeno*, nr. 5, p. 21.

22 Suzanne Weusten (1995), 'De beslissing is aan u. Dilemma's van

voorspellend genetisch onderzoek', *Intermediair*, jrg. 31, nr. 7, p. 20-21.

23 Bart Siebelink (1995), *Keuren op erfelijke gezondheidsrisico's. Wetgeving of zelfregulering*. Den Haag: Rathenau Instituut, Maatschappelijk debat voorspellend genetisch onderzoek. Verslagen van de workshops; werkdocument 43, p. 1-8. Marcel aan de Brugh (1994), 'Geen waarborgen tegen genetische discriminatie'. *Zeno*, nr. 5, p. 30-33. Aart Brouwer (1995), 'De genetische revolutie'. *Groene Amsterdammer*, 8, februari, p. 12-13.

24 Siebelink (1995), p. 4.

25 Ibidem, p. 7.

26 Brouwer (1995), p. 13.

27 W.E. Bijker (1995), *Democratisering van de technologische cultuur*, Maastricht.

Bronnen

PERIODIEKEN EN ARCHIEVEN

Verwijzingen naar artikelen, verslagen en berichten afkomstig uit deze periodieken c.q. archieven zijn te vinden in de noten. Zij zijn niet opgenomen in de literatuurlijst. De jaartallen hebben betrekking op de jaargangen die systematisch geraadpleegd zijn.

Periodieken

Archief voor de verzekerings-wetenschap en aanverwante vakken. Uitgave van de Vereeniging van wiskundig adviseurs bij Nederlandsche Maatschappijen voor Levensverzekering, Den Haag (1894-1919). Voortgezet als *Het Verzekerings Archief.*

De Levensverzekering. Officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging tot Bevordering van het Levensverzekeringswezen, Baarn (1924-1938).

De Verzekeringsbode. Algemeen weekblad voor verzekering (vanaf 1908 *Officieel orgaan van de Vereeniging voor Levensverzekering*), Rotterdam (1901/1902-1940).

De Voorzorg. Populair orgaan voor levensverzekering (later *Weekblad voor verzekering, philantropie, hygiëne, enz.*), Rotterdam (1902/1903-1939).

Geneeskundige Bladen uit Kliniek en Laboratorium voor de Praktijk, Haarlem (1904-1920).

Het Verzekerings Archief. Orgaan van de Vereeniging voor Verzekeringswetenschap, Den Haag (1920-1994).

Het Verzekeringsblad voor Nederland en België (1911-1920).

Jaarboekje uitgegeven door de Vereeniging voor Levensverzekering, Amsterdam (1890-1922).

Katholiek Sociaal Weekblad (1902-1920).

Mededeelingen van de Directie der Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente aan hare agenten, Rotterdam (1881-1919).

Mededeelingen van de Levensverzekering Maatschappij Utrecht, Utrecht (1903-1939).

Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland gewijd aan de practische genees-, heel- en verloskunde, Amsterdam (1894/1895-1925).

Mentor. Populair orgaan voor verzekering en aanverwante vakken voor Nederland, België en Nederlandsch-Indie, Amsterdam (1896-1940).

Militair Geneeskundig Tijdschrift (1896-1918).

Nederlandsche Almanak voor Levensverzekering, Amsterdam (1893-1920).

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1857-1940).

Rooms Katholiek Artsenblad (1926-1940).

Sociaal Weekblad (1887-1911).

Sociale Voorzorg, Amsterdam (1919-1924).

Verzekering. Propaganda- en vakblad voor levensverzekering en wat daarmee in verband staat, Amsterdam (1895-1918).

Vox Medicorum. Orgaan tot het behartigen van de belangen der geneesheeren in Nederland en zijne Kolonieën en van allen, die tot de geneeskunde in betrekking staan, Utrecht (1901-1916).

Vragen des Tijds (1875-1930).

Zonneschijn. Geïllustreerd populair maandblad ten dienste van allen die verzekeren, die bij het verzekeringswezen betrokken zijn en die zich willen, kunnen en moeten verzekeren, Amsterdam (later Hilversum) (1891-1934). De ondertitel van dit tijdschrift is enkele keren gewijzigd. Vele jaren luidde de ondertitel: *Populair maandblad voor verzekering, hygiëne, staathuishoudkunde, credietwezen.*

Archieven

Archief Algemeen Noord-Brabants Werklieden Fonds, Aegon, Den Haag.

Archief Algemeene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente, Gemeente Archief Amsterdam.

Archief Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het leven en tegen invaliditeit, Aegon, Den Haag.

Archief Hollandsche Societeit van Levensverzekeringen, Gemeente Archief Amsterdam.

Archief Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Algemeen Rijksarchief, Den Haag.

Archief Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen, Nederlandse Bond van Verzekeraars, Den Haag.

Directie-archief Algemeen Friesche Levensverzekeringsmaatschappij, Gemeente Archief Leeuwarden.

LITERATUUR

Aletrino, A. (1889), *Eenige beschouwingen over den beroepseed der artsen*, Amsterdam, F.S. van Staden.

Ankersmit, F.R. (1990), *De navel van de geschiedenis. Over interpretatie, representatie en historische realiteit*, Groningen, Historische Uitgeverij Groningen.

Armstrong, D. (1993), 'Public health spaces and the fabrication of identity', *Sociology*, jrg. 27, nr. 3, p. 393-410.

Baumann, Z. (1992), *Mortality, immortality and other life strategies*, Cambridge, Polity Press.

Beck, U. (1992), *Risk society. Towards a new modernity*, Londen, Sage Publications.

Beckford, J.A. (1982), 'The ideologies of privacy', *Current Sociology*, jrg. 30, nr. 2, p. 42-56.

Berg, S.A. van den en A.H.M. Kerkhoff (1994), 'Artsen in niet-curatieve functies en beroepen', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 7, p. 385-391.

Beroepskrachtplanning Gezondheidszorg (1991), *Tweede Kamer vergaderjaar 1990-1991*, 22097, nr. 1 en 2.

Beukers, A.C.M. (1915), *Het beroepsgeheim van den geneesheer*, 's-Gravenhage, Drukkerij Ten Hagen.
Biesboer, F. (1994), 'Genetici aan het woord', *Zeno*, nr. 5, p. 21.
Bijker, W.E. (1995), *Democratisering van de technologische cultuur*, Maastricht.
Bijker, W.E. en J. Law (red.) (1992), *Shaping technology/building society. Studies in sociotechnical change*, Cambridge, MIT Press.
Bok, S. (1983), *Secrets. On the ethics of concealment and revelation*, New York, Pantheon Books.
Boon, L. en G. de Vries (red.) (1989), *Wetenschapstheorie. De empirische wending*, Groningen, Wolters-Noordhoff.
Bosch, E. (1993), 'Levensverzekeringsgeneeskunde: overlijdensrisicoverzekering', *NTvG*, 137, nr. 45, p. 2306-2310.
Bosch, M. (1994), *Het geslacht van de wetenschap. Vrouwen en hoger onderwijs in Nederland 1878-1948*, Amsterdam, SUA.
Bottenburg, M. van (1990), 'Hoe recent is modern? Over de herkomst van "modern", "moderniteit" en "modernisering" en het gebruik ervan in de sociologie', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, nr. 1, p. 101-118.
Brinton, W. (1864), *Over het geneeskundig onderzoek bij de levensverzekering*, Zeist, J.W. Eversz.
Brouwer, A. (1995), 'De genetische revolutie', *Groene Amsterdammer*, p. 12-13.
Brugh, M. aan de (1994) 'Geen waarborgen tegen genetische discriminatie', *Zeno*, p. 30-33.
Bruijn, Wm. de (1904), *Zijn eer gered. Oorspronkelijk treurspel in 4 bedrijven*, Rotterdam, uitgave *De Voorzorg*.
Bynum, W.F. (1994), *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press.
Carpentier Wildervanck, P. den (1906-1909), 'De toepassing van extrapremieën', *Voordrachten gehouden voor den Nederlandsche Verzekeringsbond 1906-1909*, dl. 2, 's-Gravenhage, p. 41-46.
Cowan, F.M. (1895), 'De waarde van het geneeskundig onderzoek, in het bizonder van dat der urine, voor de levensverzekering', in *Bijdragen voor levensverzekering. Bundel voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1892-1896*, (1897), dl. 2, Amsterdam, Vereeniging van Levensverzekering, p. 503-517.
Cowan, F.M. (1909), 'De geneesheer en de levensverzekering. Voordracht Nederlandsche Verzekeringsbond 28 september 1905', *Voordrachten gehouden voor den Nederlandsche Verzekeringsbond 1906-1909*, dl. 1, 's-Gravenhage, p. 67-82.
Craig, B.L. (1991), 'The role of records and of recordkeeping in the development of the modern hospital in London, England, and Ontario,

Canada, c.1890-c.1940', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 65, nr. 3, p. 376-395.
Crawford, R. (1987), 'Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness', in N.D. Weinstein (red.), *Taking care. Understanding and encouraging self-protective behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 95-113.
C.v.H. (1863), 'De geneeskundigen en de maatschappijen van levensverzekering', *Schat der Gezondheid*, p. 361-367.
Daalen, R. van (1990), 'Tot behoud van de gezondheid. Leefregels en een sociaal programma op wetenschappelijke basis', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jrg. 17, nr. 1, p. 47-73.
Davis, A.B. (1981), 'Life insurance and the physicial examination: a chapter in the rise of American medical technology', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 55, p. 392-406.
Dehue, T. (1990), *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985*, Amsterdam, Van Gennep.
'De Maatschappij van Levensverzekering en de geneeskundigen (Voorlopig verslag NMG)' (1863), *Schat der Gezondheid. Tijdschrift voor alle standen tot bevordering van volkswelvaart, door verspreiding van eenvoudige beginselen van gezondheidsleer*, p. 270-273.
DIXI, 'Ephemeriden: bijeenverzamelde opstellen over levensverzekering', in *Feuilleton Nieuwe Rotterdamsche Courant 1908-1926*, 7 dln.
Doeleman, H. (1972), 'Verzekeringsgeneeskunde', in R.J. van Zonneveld (red.), *Sociale geneeskunde. Een algemene inleiding*, Utrecht, A. Oosthoek's Uitgevers Maatschappij, p. 389-423.
Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt (1978), *De stagnerende verzorgingsstaat*, Meppel, Boom.
Duden, B. (1991), *The woman beneath the skin. A doctor's patients in eighteenth-century Germany*, Cambridge, Harvard University Press.
Elias, N. (1971a), *Wat is sociologie*, Utrecht, Het Spectrum.
Elias, N. (1971b), 'Sociology of knowledge: new perspectives (I)', *Sociology*, 5, p. 149-168; 'Sociology of knowledge: new perspectives (II)', *Sociology*, 5, p. 355-370.
Elias, N. (1972), 'On science', *Economy and Society*, jrg. 1, nr. 2, p. 117-133.
Elias, N. (1974), 'The sciences: towards a theory', in R. Whitley (red.), *Social processes of scientific development*, Londen, Routledge & Kegan Paul, p. 21-41.
Elias, N. (1980a, oorspr. uitg. 1939), *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. dl. 2, 'Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation', Frankfurt, Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
Elias, N. (1980b, oorspr. uitg. 1939), *Über den Prozess der Zivilisation.*

Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, Frankfurt, Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Elias, N. (1982), 'Scientific establishments', in N. Elias en R. Whitley (red.), *Scientific establishments and hierarchies. Sociology of the sciences yearbook*, Dordrecht, Reidel, p. 3-70.

Elias, N. (1983, oorspr. uitg. 1969), *Die höfische Gesellschaft. Untersuchungen zur Soziologie der Koningstums und der höfische Aristokratie*, Frankfurt, Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Engelhardt, D. von (1989), 'Entwicklung der ärtzlichen Ethik im 19. Jahrhundert. Medizinische Motivation und gesellschaftliche Legitimation', in A. Labisch en R. Spree (red.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn, Psychiatrie Verlag.

Falk, P. (1994), *The consuming body*, Londen, Sage.

Fee, E. en D. Porter, (1992), 'Public health, preventive medicine and professionalization. England and America in the nineteenth century', in A. Wear (red.), *Medicine in society. Historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 249-275.

Festen, H. (1974), *Honderdvijfentwintig jaar geneeskunst en maatschappij.*

Figlio, K. (1982), 'How does illness mediate social relations? Workmen's compensation and medico-legal practice 1890-1940', in P. Wright en A. Treacher (red.), *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of knowledge*, Edinburgh, Edinburgh University Press, p. 174-223.

Foucault, M. (1986), *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*, Nijmegen, SUN.

Foucault, M. (1989), *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Groningen, Historische Uitgeverij Groningen.

Franke, H. (1988), 'Opvoeding als doelbewuste civilisering', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, nr. 1, p. 108-126.

Freidson, E. (1988), *Professions of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

Gales, B.P.A. (1986), *Werken aan zekerheid. Een terugblik over de schouder van Aegon op twee eeuwen verzekeringsgeschiedenis*, 's-Gravenhage, Aegon Verzekeringen.

Gales, B.P.A. en J.L.J.M. van Gerwen (1988), *Sporen van leven en schade. Een geschiedenis en bronnenoverzicht van het Nederlandse verzekeringswezen*, Amsterdam, NEHA.

Gallagher, C. en T. Laqueur (red.) (1987), *The making of the modern body. Sexuality and society in the nineteenth century*, Berkeley, University of California Press.

Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan der Hollandsche Societeit van Levensverzekeringen 1807-1907 (1907), Haarlem, Joh. Enschedé en Zonen.

Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdvijftigjarig bestaan van de Hollandsche Societeit van Levensverzekeringen NV (1959), Amsterdam.

Geest, S. van der (1994), 'Het geheim. Antropologische en medisch-antropologische opmerkingen', *Medische Antropologie*, jrg. 6, nr. 1, p. 132-155.

Giddens, A. (1990), *The consequences of modernity*, Cambridge, Polity Press.

Gigerenzer, G. e.a. (1989), *The empire of change. How probability changed everyday life*, Cambridge, Cambridge University Press.

Glastra van Loon, J.F. (1956), *Norm en handeling. Bijdrage tot de kentheoretische fundering van de sociale wetenschappen*, Haarlem, De Erven Bohn.

Glastra van Loon, J.F. (1980), *De eenheid van het handelen. Opstellen over recht en filosofie*, Meppel, Boom.

Goudsblom, J. (1977), 'Civilisatie, besmettingsangst en hygiëne. Beschouwingen over een aspect van het Europese civilisatieproces', *AST*, jrg. 4, nr. 3, p. 271-300.

Goudsblom, J. (1987), 'Openbare gezondheidszorg en het civilisatieproces', in J. Goudsblom, *De sociologie van Norbert Elias*, Amsterdam, Meulenhoff Informatief, p. 183-210.

Greene, M.D. (1901), *The medical examination for life insurance and its associated clinical methods with chapters on the insurance of substandard lives and accident insurance*, Londen, Rebman.

Grooten, J. en C. Dorsman (1924), *Levensverzekering. De Nederlandsche private levensverzekeringonderneming en haar bedrijf*, Wassenaar, Uitgevers-maatschappij v/h G. Dewel.

Hacking, I. (1990), *The taming of change*, Cambridge, Cambridge University Press.

Hafferty, F.W. en J.B. McKinlay (red.) (1993), *The changing medical profession. An international perspective*, New York, Oxford University Press.

Haller, J.S. (1984), '"The artful science". Medicine's self-image in the 1890's', *Clio Medica*, nr. 3/4, p. 231-250.

Haraway, D.J. (1991), *Simians, cyborgs and women. The intervention of nature*, Londen, Free Association Books.

Harbers, H. (1986), *Sociale wetenschappen en hun speelruimte*, Groningen, Wolters-Noordhoff.

Heijst, A. van (1993), *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*, Kampen, Kok/Agora.

'Het jubileum van de Nillmij 1859-1934' (1935), overdruk uit *Indische Gids*.

Hirschauer, S. (1991), 'The manufacture of bodies in surgery', *Social Studies of Science*, jrg. 21, p. 279-319.

Hollman, P.J. (1986), *Levensverzekering, een ieders pligt!*, Alkmaar, Herms Coster & Zoon.

Hoogstraten, J.M. van (1903), *Welvaart door voorzorg. Eene handleiding voor wie levensverzekering begrijpen en verklaren wil*, Amsterdam, W. Gosler & Co.

Hoop, J. van der (1930), 'De ontwikkeling van het vereenigingsleven in de levensverzekering in Nederland', in *De ontwikkeling van de levensverzekering in Nederland gedurende de laatste 25 jaar*, Rotterdam, Drukkerij M. Wyt, p. 160-166.

Horstman, K. (1988), 'Dilemma's van professionele geschiedschrijving. Geïllustreerd aan de geschiedenis van geslachtsziekten', *Kennis en Methode*, jrg. 12, nr. 1, p. 73-85.

Horstman, K. (1989), 'De geschiedenis van de medische praktijk; tussen sociale geschiedenis en historische sociologie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 133, nr. 15, p. 781-784.

Horstman, K. (1990), 'Biologische constructies en sociale feiten. Obstakels in het onderzoek naar gezondheidsproblemen van vrouwen', *Kennis en Methode*, nr. 1, p. 84-103.

Horstman, K. (1992), 'De scheiding van behandeling en controle. Van een ethisch principe en een verzekeringsgeneeskundige praktijk', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 10, nr. 3.

Horstman, K. (1994), 'Commercie en emancipatie. Sporen van de eerste feministische golf in het levensverzekeringenbedrijf', in M. Bosch e.a. (red.), *Feminisme en verbeelding. Jaarboek voor vrouwengeschiedenis 14*, Amsterdam, Stichting Beheer JJSG, p. 107-125.

Horstman, K. (1995), 'Verstandige en onverstandige vrouwen', in M. Stavenuiter, K. Bijsterveld en S. Jansens (red.), *Lange levens, stille getuigen*, serie Tipje van de sluier, Zutphen, Walburg Pers, p. 73-87.

Horstman, K. en G. de Vries (1989), 'Experimenten met mensen. De constitutie van een medisch-wetenschappelijke praktijk en een ethisch probleem', *Kennis en Methode*, jrg. 8, nr. 1, p. 62-83.

Houtepen, R. en G. Widdershoven (1994), 'Proceduralisme in de gezondheidsetiek. Inleiding op het thema', *Gezondheid. Theorie in Praktijk*, nr. 2, p. 2-5.

Houwaart, E.S. (1991), *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*, Groningen, Historische Uitgeverij Groningen.

Huerkamp, C. (1985), *Der Aufstieg der Artze im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preusens*, Gottingen, Vandenhieck und Ruprecht.

Huerkamp, C. (1989), 'Artze und Patienten', in A. Labisch en R. Spree (red.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn, Psychiatrie Verlag, p. 57-73.

Jaarverslag Rijksverzekerings Bank (1909).
Jacobus, M., E. Fox Keller en S. Shuttleworth (red.) (1990), *Body/politics. Women and discourses of science*, New York, Routledge.
Jaspers, J. (1985), *Het medisch circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)*, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.
Johnson, T.J. (1973), 'The professions', in G. Hurd, *Human societies. An introduction to sociology*, Londen, Routledge & Kegan Paul, p. 120-135.
Juffermans, P. (1982), *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen, SUN.
Klei, H.L. van der (1926), '15 Opstellen over levensverzekering', Amsterdam.
Knippenberg, H. en B. de Pater (1988), *De eenwording van Nederland. Schaalvergroting en integratie sinds 1800*, Nijmegen, SUN.
Komter, A. (1985), *De macht van de vanzelfsprekendheid. Relaties tussen vrouwen en mannen*, Den Haag, VUGA.
Korst, J.K. van der (1988), *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960*, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.
Kragh, H. (1987), *An introduction to the historiography of science*, Cambridge, Cambridge University Press.
Kuhn, T.S. (1970, oorspr. uitg. 1962), *The structure of scientific revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.
Labisch, A. (1985), 'Die soziale Konstruktion der "Gesundheit" und des "Homo Hygienicus". Zur Soziogenese eines sozialen Gutes', *Oesterreichischen Gesellschaft fur Soziologie*, jrg. 10, nr. 3/4, p. 60-81.
Labisch, A. (1986), 'Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene. Soziale Disziplinierung durch Arzte und Medizin', in C. Sachsse en F. Tennsteds (red.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beitrage zu einer historische Theorie der Sozialpolitiek*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, p. 265-285.
Labisch, A. (1989a), 'Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozess der Zivilisation', in A. Labisch en R. Spree (red.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn, Psychiatrie Verlag, p. 15-36.
Labisch, A. en R. Spree (red.) (1989b), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn, Psychiatrie Verlag.
Langerhuizen, P. (1864), 'De maatschappijen van levensverzekering en de geneeskundigen', in *Schat der Gezondheid. Tijdschrift voor alle standen tot bevordering van volkswelvaart, door verspreiding van eenvoudige beginselen van gezondheidsleer*, p. 343-347.
Laqueur, T. (1992), *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press.

Latour, B. (1987), *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*, Milton Keynes, Open University Press.
Latour, B. (1988), *The pasteurization of France*, Cambridge, Harvard University Press.
Latour, B. (1994), *Wij zijn nooit modern geweest. Pleidooi voor een symmetrische antropologie*, Amsterdam, Van Gennep.
Leenen, H.J.J. (1991), *Handboek gezondheidsrecht*, Alphen a/d Rijn, Samson/Tjeenk Willink.
Lewis, J. (1992), 'The medical journals and the politics of public health 1918-1990', in W.F. Bynum, S. Lock en R. Porter (red.), *Medical journals and medical knowledge. Historical essays*, Londen, Routledge, p. 207-227.
Lieburg, M.J. van (1983), 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865)', *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 96, p. 433-453.
Lieburg, M.J. van (1986), 'De ontwikkeling van het klinisch-diagnostisch laboratorium in Nederland tot omstreeks 1925', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek*, jrg. 9, nr. 4, p. 278-318.
Loo, L.F. van (1992), *Arm in Nederland 1815-1990*, Amsterdam, Boom.
Loo, H. van der en W. van Rijen (1990), *Paradoxen van modernisering*, Muiderberg, Coutinho.
Luhmann, N. (1991), *Soziologie des Risikos*, Berlijn, De Gruyter.
Lux (1891), *De geneeskundige verklaring omtrent de oorzaak van het overlijden bij de levensverzekering in Frankrijk*, vertaling aangeboden aan H.H. geneeskundigen door de Nationale Levensverzekering-Bank, Rotterdam.
Martin, E. (1987), *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*, Boston, Beacon Press.
Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (1930).
Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (1934).
Mededeelingen uit het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (1936).
McClelland, C.E. (1991), *The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era*, Cambridge, Cambridge University Press.
McCullough, L.B. (1985), 'Virtues, etiquette, and Anglo-American medical ethics in the eighteenth and nineteenth centuries', in E. Shelp (red.), *Virtue and medicine*, Dordrecht, Reidel, p. 81-92.
McKeown, T. (1976), *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis*, Londen, The Nuffield Provincial Hospital Trust.
Meershoek, A. (1993), 'Falende poortwachters met een goed geweten?' *Gezondheid*, 1, p. 156-173.
Mellor, P.A. en C. Shilling (1993), 'Modernity, self-identity and the sequestration of death', *Sociology*, jrg. 27, nr. 3, p. 411-431.

Mertens, A.Th.L.M. (1978), 'Verzekeringsgeneeskunde', in W.F. Tordoir (red.), *Sociale geneeskunde in de praktijk*, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, p. 113-147.

Mervennée, C.J. van en Th. Smeding (1939), *Medische sportkeuring. Leidraad voor artsen*, Amsterdam.

Merx, A.F.L. (1962), *Vijftig jaar Levensverzekering-Maatschappij ERK 1901-1959*, Nijmegen.

Meyboom, H.U. (1889-1990), *Het verzekeringswezen*, Maatschappij tot Nut van 't Algemeen (2e druk).

Mijnssen, A.L. (1990), 'Acquired immune deficiency syndrome (AIDS); levensverzekeraar wat moet je ermee?', *Het Verzekeringsarchief*, p. 29-49.

Mok, A.L. (1973), *Beroepen in actie. Bijdrage tot een beroepensociologie*, Meppel, Boom.

Mol, A. (1988), 'Baarmoeders, pigment en pyramiden. Over de vraag of anti-racisten en feministen er goed aan doen "de biologie" haar plaats te wijzen', *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, jrg. 9, nr. 3, p. 276-290.

Mol, A. en P. van Lieshout (1989), *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985*, Nijmegen, SUN.

Mooij, A. (1993), *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1990*, Amsterdam, Boom.

Muntendam, P. (1964), 'De bijdrage van de huisarts aan de volksgezondheid', in *Bloemlezing uit publicaties van prof.dr. P. Muntendam*, uitg. ter gelegenheid van zijn aftreden als directeur-generaal van de volksgezondheid op 30 september 1964.

Nederlandsch Indische Levensvezekering en Lijfrente Maatschappij (1909), *Gedenkboek 1859-1901*, Amsterdam.

Nelkin, D. (1985), *The language of risk*, Londen.

'Nieuws over de verzekering. Waarheden uit onzen tijd', novelle, *Nieuws van den Dag*, 13 juli 1895/1 januari 1904.

NIPO (1955), *Rapport i.o.v. Nederlandsche Vereniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen naar de meningen en gevoelens met betrekking tot de levensverzekering.*

Nolen, W., A.A. Hijmans van den Bergh en J. Siegenbeek van Heukelom (1916), *Levensverzekering-geneeskunde. Een leidraad voor artsen en voor studenten in de geneeskunde*, Groningen, J.B. Wolters (2e druk 1918; 3e druk 1924).

Noordman, J. (1989), *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*, Nijmegen, SUN.

Olveh (1954), *Vijf vragen op levensverzekeringsgebied*, 's-Gravenhage.

Oudshoorn, N. (1991), *The making of the hormonal body. A contextual*

history of the study of sex hormones 1923-1940, dissertatie, Universiteit van Amsterdam.

'Overzicht van de geldmiddelen', *Jaarverslag Instituut Praeventieve Geneeskunde Leiden* (1931), z.p.

O/yen, E. (1982), 'The social functions of confidentiality', *Current Sociology*, jrg. 30, nr. 2, p. 1-42.

Pastink, G. (1994), *Mannen en vrouwen, kloek van geest en vaardig van lichaam. Sekseverschillen in de schoolartsgeneeskunde 1900-1930*, doctoraalscriptie Faculteit Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Pasveer, B. (1992), *Shadows of knowledge. Making a representing practice in medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis 1895-1930*, dissertatie Universiteit van Amsterdam.

Paxton, F.S. (1993), 'Signa mortifera. Death and prognostication in early medieval monastic medicine', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 67, p. 631-650.

Pernick, M.S. (1983), 'Childhood death and medical ethics. An historical perspective on truth-telling in pediatrics', *Progress in Clinical and Biological Research*, jrg. 139, p. 173-188.

Pernick, M.S. (1985), *A calculus of suffering. Pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*, New York, Columbia University Press.

Pickering, A. (red.) (1992), *Science as practice and culture*, Chicago, University of Chicago Press.

Pickstone, J.V. (red.) (1992), 'Medical innovations in historical perspective', *Science, Technology and Medicine*. Modern History Series, Basingstoke, MacMillan.

Pollock, J.E. en J. Chisholm (1899), *Geneeskundig handboek voor levensverzekering ten gebruike van geneesheeren en beambten van maatschappijen van levensverzekering*, Haarlem, Erven F. Bohn (oorspr. Engelse uitg. 1897; vert. 4e druk).

Porter, R. (1992), *The popularization of medicine 1650-1850*, Londen, Routledge.

Querido, A. (1972), 'De sociale plaats van de arts', in R.J. van Zonneveld, *Sociale geneeskunde. Een algemene inleiding*, p. 465-469.

Reenen, F. van (1897), 'Eener gedachtenwisseling omtrent de gevallen, waarin de verzekeraar goed zal doen eene extra-premie te heffen en tot welk bedrag', in *Bijdragen over levensverzekering. Bundel voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1892-1896*, dl. 2, Amsterdam, Vereeniging van Levensverzekering, p. 395-428.

Regt, A. de (1984), *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid. Ontwikkelingen in Nederland 1870-1940*, Meppel, Boom.

Reiser, S.J. (1978), 'The emergence of the concept of screening for disease', *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, jrg. 56, nr. 4, p. 403-425.

Reiser, S.J. (1988), *Medicine and the reign of technology*, Cambridge, Cambridge University Press.

Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh (1989), *Changing the public health*, Chichester, John Wiley & Sons.

Rothman, B. (1986), *The tentative pregnancy. Prenatal diagnosis and the future of motherhood*, New York, Viking.

Rothman, D.J. (1991), *Strangers at the bedside. A history of how law and bio-ethics transformed medical decision making*, New York, Basic Books.

Ruysch, W.P. (1897), 'Hygiëne en levensverzekering in onderling verband', in *Bijdragen over levensverzekering. Bundel voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1892-1896*, dl. 2, Amsterdam, Vereeniging van Levensverzekering, p. 351-379.

Salomon, H.L.V.E. (1890), *Handleiding voor heeren vertegenwoordigers van Levens-Verzekering-Maatschappijen*, Steenwijk, G. Hovens Gréve.

Schat der Gezondheid (1864), nr. 2, p. 42-53.

Schepers, R. (1985), 'De professietheorie op nieuwe wegen', *Tijdschrift voor Sociologie*, nr. 3, p. 285-310.

Schepers, R. (1989), *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw*, Amsterdam, Rodopi.

Schevichaven, J. van (1896), *Van leven en sterven. Het verleden en heden der levensverzekering*, Utrecht, Gebr. Van der Post (1e druk).

Schevichaven, J. van (1905), *Van leven en sterven. Het verleden en heden der levensverzekering*, Utrecht, Gebr. Van der Post (2e druk).

Schevichaven, J. van (1906), *Zaaien en oogsten. Het bedrijf der levensverzekering-maatschappijen populair verklaard aan het Nederlandsche publiek*, Utrecht, Gebr. Van der Post.

Schevichaven, J. van (1906-1909), 'Beschouwingen naar aanleiding van den tegenwoordigen toestand van het bedrijf der levensverzekering in Nederland', in *Voordrachten*, dl. 1.

Schneider, W.H. (1983), 'Change and social setting in the application of the discovery of blood groups', *Bulletin of the History of Medicine*, jrg. 57, nr. 4, p. 545-562.

Schöffer, 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 en Brussel, Samson, p. 179-194.

Schram, J.J.L.J. (1964), 'Militaire keuringen 150 jaar geleden en nu,

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift, p. 368-371.
Schuyt, C.J.M. (1983), *Tussen macht en moraal. Over de plaats van het recht in verzorgingsstaat en democratie*, Alphen a/d Rijn en Brussel, Samson.
Schuyt, C.J.M. (1991), *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*, Leiden, Stenfert Kroese.
Schwitters, R.J.S. (1991), *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspektief*, Groningen, Wolters-Noordhoff.
Shilling, C. (1993), *The body and social theory*, Londen, Sage.
Shortt, S.E.D. (1983), 'Physicians, science, and status. Issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century', *Medical History*, jrg. 27, p. 51-68.
Siebelink, B. (1995) *Keuren op erfelijke gezondheidsrisico's. Wetgeving of zelfregulering*. Rathenau Instituut, Maatschappelijk debat voorspellend genetisch onderzoek. Verslagen van de workshops, werkdocument 43, p. 1-8, Den Haag.
Siegenbeek van Heukelom, J. (1920), *De beoordeling der levenskansen in het levensverzekeringbedrijf*, Rotterdam, Nijgh & Van Ditmar.
Simmel, G. (1968), *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Berlijn.
Spain Ward, P. (1981), 'The American reception of salvarsan', *Journal of the History of Medicine*, jrg. 36, p. 44-62.
Stamhuis, I.H. (1989), 'Cijfers en aequaties' en 'Kennis der staatskrachten', in *Statistiek in Nederland in de 19e eeuw*, Amsterdam, Rodopi.
Starr, P. (1982), *The social transformation of American medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books.
Stone, D.A. (1979a), 'Physicians as gatekeepers: illness certification as a rationing device', *Public Policy*, nr. 2, p. 227-254.
Stone, D.A. (1979b), 'Diagnosis and the dole: the function of illness in American distributive politics', *Policy and Law*, nr. 3, p. 507-521.
Swaan, A. de (1983), *De mens is de mens een zorg*, Amsterdam, Bert Bakker.
Swaan, A. de (1989), *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*, Amsterdam, Bert Bakker.
Ter herinnering aan het 50-jarig bestaan der Levensverzekeringsmaatschappij Piëtas, gevestigd te Utrecht, 1861-1911 (1911), Utrecht.
Thijssen, J.N.J.E. (1890), *Het geheim van den medicus*, Leiden, S.C. van Doesburgh.
Tijn, Th. van (1978a), 'Het algemeen karakter van het tijdvak 1875-1895', in Th. van Tijn, *Algemene geschiedenis der Nederlanden*, dl. 13, Haarlem, p. 77-100.

Tijn, Th. van (1978b), 'De sociale bewegingen van 1888 tot ca. 1895', in Th. van Tijn, *Algemene geschiedenis der Nederlanden*, dl. 13, Haarlem, p. 296-326.

Trappenburg, M. (1993), *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Zwolle, Tjeenk Willink.

Tromp, M.H. (1933), 'Periodiek medische keuringen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, p. 175.

Turner, B.S. (1992), *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, Londen, Routledge.

Vegchel, G. van (1991), *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw*, Amsterdam, Het Spinhuis.

Velden, H. van der (1993), *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam)*, Amsterdam, Stichting Beheer IISG.

Ven, P. van der (1989), 'Tussen markt en solidariteit', *Intermediair*, jrg. 25, nr. 44, p. 15-21.

'Verslagen van de beroepszaken' (vanaf 1904), *Centraal Orgaan voor de Ongevallenverzekering*.

Verzekering (1905/1906), jrg. 11, nr. 19.

Vijf vragen op levensverzekeringgebied (1954), 's-Gravenhage, uitg. van Onderling Levensverzekering-Genootschap 'De "Olveh" van 1879'.

Voute, P.A. e.a. (1969), *Keuringen*, Leiden, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgevers Maatschappij.

Vries, G. de (1985), *De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie*, Groningen, Wolters-Noordhoff.

Vries, G. de (1990), 'De cholera en het tekort van de sociologie. Kanttekeningen bij A. de Swaan, "Zorg en de staat"', *Kennis en Methode*, jrg. 14, nr. 3, p. 250-259.

Vries van Heijst, M.C. de (1891), *Nog iets over het geneeskundig geheim meer in het bijzonder in het verband met de levensverzekering*, Leiden, P. Somerwill.

Waard, R. de (1913), *Aanteekeningen over levensverzekering*, Groningen, Scholtens & Zoon.

Wachelder, J.C.M. (1992), *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteiten in de negentiende eeuw*, Hilversum, Verloren.

Waddington, I. (1975), 'The development of medical ethics – a sociological analysis', *Medical History*, jrg. 19, p. 36-50.

Wambach, M.M. (red.) (1983), *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*, Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Warner, J.H. (1986), *The therapeutic perspective. Medical practice, knowledge and identity in America 1820-1885*, Cambridge, Harvard University Press.

Weerd, A.H. van der (1916), 'Periodieke onderzoekingen van oogenschijnlijk gezonde personen', *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde*, p. 414-421.

Weusten, S. (1995), 'De beslissing is aan u. De dilemma's van voorspellend genetisch onderzoek', *Intermediair*, jrg. 31, nr. 7, p. 18-21.

Wilde, R. de (1992), *Discipline en legende. De identiteit van de sociologie in Duitsland en de Verenigde Staten 1870-1930*, Amsterdam, Van Gennep.

Wilde, R. de en A. Mol (red.) (1991), 'Op de grens. Onderzoek naar het scheiden van natuur en cultuur', themanr. *Kennis en Methode*, Meppel, Boom.

Willems, D. (1989), 'Michel Foucault over wetenschap en macht', in L. Boon en G. de Vries (red.), *Wetenschapstheorie. De empirische wending*, Groningen, Wolters-Noordhoff, p. 85-96.

Wilterdink, N. (1984), *Vermogensverhoudingen in Nederland. Ontwikkelingen sinds de negentiende eeuw*, Amsterdam, Synopsis.

Wijlacker, T. (1904), 'Levensverzekering en zelfmoord', in *Bijdragen over levensverzekering. Bundel voordrachten en andere geschriften uit de jaren 1897-1904*, dl. 3, Amsterdam, Vereeniging voor Levensverzekering, p. 163-169.

Woolgar, Steven (1988), *Science. The very idea*, Londen, Tavistock Publications.

Wright, P. en A. Treacher (red.) (1982), *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

Summary

INSURED LIVES. PHYSICIANS AND LIFE INSURANCE COMPANIES 1880-1920

With the growth of modern wellfare states since the end of the nineteenth century physicians functioned as gatekeepers with respect to private and social insurances. In addition to their therapeutic work they started giving 'medical advice' to third parties like life insurance companies and social insurance institutions. This book discusses the question of how physicians became involved in welfare arrangements. I answer this question by focussing on the involvement of physicians in life insurance companies in the Netherlands (1880-1920). The main reason for choosing this case is that around 1900 large scale social insurance, although heavily debated, had not yet developed and commercial life insurance companies dealt with a realitively large part of the 'risks'. Moreover, commercial insurance business played a major role in developing manners and morals which have become a necessary condition for a modern, large-scale, bureaucratic organization of risk management.

In the introduction I explain why my analysis of the development of the gatekeeping function of the medical profession differs from most studies by medical historians or profession sociologists. Medical historians and professionsociologists usually explain the development of the gatekeeping function by referring to the progress of medical science, the professional monopoly of medicine or the needs of society at the end of the 19th century respectively. It implies that 'medical expertise', 'medical power' and 'the needs of society' are treated as static, given entities. How different these kind of explanations may seem, they share the fact that they are not thoroughly historical, in other words they are not constructivist enough. The theoretical scheme of 'explanation and explanans' implicitly introduces a distinction between things which are stable and things that change. When medical power, medical expertise or the need of society are used as 'an explanation' and are seen as fixed categories, the interesting question about their genesis is overlooked. For a radical hisorical and constructivist

analysis it makes more sense not to make anything static beforehand.

Inspired by the work of Norbert Elias and Bruno Latour I will make the development of medical expertise, medical power and a modern risk society not 'an explanation' but an object of study. In other words, instead of using medicine or society as static background scenes to explain the rise of the gate keeping function, I will demonstrate that the development of this functions went together with the co-evolution of medicine and society. I will show how a network developed of life insurance companies, medical advisers, examination physicians, agents, insurance candidates and how power relations in this network stabilized. I will also show how, together with this process, standards for medical expertise came into being, how medical technology with respect to physicial examination became reliable, how the human body became a public body, how health was defined as a risk and how risk management became more and more bureaucratic.

In chapter 1 I describe the first phase of growth of the network of life insurance companies, medical advisers, medical examiners, insurance candidates and the Dutch Society of Medicine at the end of the 19th century. It will become clear that in this phase life insurance companies claimed to be more trustworthy then the small, local insurance funds because of their scientific methods to select risks and to determine the premium to be paid. The contribution of medical science to life insurance made it possible for this business to unite their economic, social and ethical identity. Because of the scientific base of risk selection the companies could claim to be economically succesfull, to contribute effectively to the fight against poverty and to guarantee that selection was based on objective standards and not on social prejudice like social class, gender etcetera. So medical science served the commercial, the social as well as the ethical goals of the companies, which could not be distinguished sharply at that time. The following chapters will show that after 1900 commercial and ethical goals not only became differentiated, they also opposites.

In the first phase of growth of the network a distinction was made between the therapeutical work of physicians and medical advising, between patients and clients. Moreover, therapeutics and advising became related one to another in a hierarchical sense. Because the Dutch Society of Medicine appeared to be far more interested in therapeutics than in advising, they - unintendedly - minimized their influence on the introduction of medical examination and medical selection. So, in the network before 1900 life insurance companies were the most powerful party.

In the following three chapters I choose three different angles and three different themes to describe the building of this network. In chapter 2 I

discuss the integration of the medical examiner in the network in relation to the development of the medical examination. In my analysis I stress that the development of medical examination should not be seen as a simple process of diffusion of medical knowledge and medical skills from a therapeutic context to an insurance context. Instead of the diffusion of expertise I focus on the production of expertise.

Although physicians were asked to examine insurance candidates they were lacking the expertise and the skills to do so according to the standards of the companies and their medical advisers. Examination physicians were criticized for their poor work and insurance companies took the initiative in developing standards for medical examination. They stressed that a physical examination of an insurance candidate, which the doctor had never seen before, is far more complicated than an examination of a patient of his own, because physicians lacked the help of the candidate (who is supposed to lie about his health to get an insurance), the time (he does not know anything of the history of the candidate) and the disease (he cannot wait until some symptoms will develop in one direction or an other, but has to decide on that very moment). To compensate for this difficulty insurance companies introduced etiquette rules and standards for using medical technology to get reliable examination results. Moreover, the introduction of the examination form and the development of burocratic ties between the head office and the examination room more or less guaranteed that examination physicians would act according to those standards. The bureaucratization of the network meant that the position of examination physicians became even less powerfull then before. They got the instruments to gain more control over the examination candidates. At the same time, however, they were disciplined by the life insurance companies and their medical advisers to perform as they were prescribed.

Chapter 3 deals with the position of the general practitioner in the network in relation to debates about medical secrecy. In my analysis I underline that medical ethical rules should not be understood as rules which are more or less inherent to the medical profession to protect patients from the power of medicine. This view disregards the conflicts within the medical profession about medical secrecy, the cultural processes that changed the meanings of secrecy and publicity, and the fact that medical secrecy also protected physicians by conceiling their lack of expertise. In my analysis I focuss on ethical rules from a more radical constructivist perspective.

Although in the network a distinction had been developed between medical advising and therapeutics, life insurance companies also needed the help of the general practitioner. Insurance companies said they needed

a certificate to state the cause of an insured person's death. These certificates served to control the quality of the physicical examination, to exclude fraude like committing suicide just after buying an insurance contract and to provide statistical insight into the causes of death of insured people. Only general practitioners were entitled to sign these certificates. The quest for death certificates generated heavy debates in the Dutch Society of Medicine and between this society and insurance companies for more then twenty years. In 1910 the debate was more or less stabilized. A compromise was reached, the so-called 'Tilburg peace treaty'. This compromise meant that general practitioners were allowed to inform insurance companies about the diagnosis of the disease which caused death after the insured sum of money was paid to the family. The central argument by which this compromise was reached was the scientific value of statistics. On the one hand the stabilization of this debate reflects the fact that the distinction between therapeutics and advising was not that sharp and that general practitioners were introduced to the life insurance network. On the other hand it underlines the importance of medical science in the network, for the consensus about the scientific value of statistics was the base for the compromise.

In chapter 4 the position of the medical adviser is analyzed in relation to the development of medical selection procedures and the construction of risks. I illustrate how procedures of medical selection were not an answer to the needs of society but contributed to the development of a risk culture. More specific, it will become obvious that life insurance practice, although reckoning with population statistics, contributed to the development of a vocabularly of risk as an individualistic risk.

Medical advisers in a way were the embodiment of risk selection: they determined if a candidate could be accepted or should be refused. They were heavily committed to fair selection procedures which they identified with scientific procedures, and that is why they were interested in the 'risks' that people represent and took initiatives to organize statistical research. They argued for the insurancability of the so-called 'unworhty lives' and proposed the accumulation of statistics of the causes of death of refused candidates as well as the implementation of periodical medical examination to get insights in the development of health risks. Debates on the insurancability of 'unworthy lives' or the periodical physicial examination in the period between 1910 and 1935, however, illustrate that proposals of medical advisers were turned down by the companies because these were too expensive.

Now that life insurance business was firmly settled the commercial and ethical goals of the companies became differentiated. The idea that companies should guarantee fairness in selection procedures and in the

determination of premium hight and that therefore medical knowledge or 'risks' was necessary, was considered less important than the commercial drive to make profit and reduce costs. At the end of the nineteenth century medical science was the base of fairness. Yet forty years later being fair was not that important any more and the need for statistical insights into risks was compensated by a profitable guess of the premiums to be paid.

With the differentiation of commerce and ethics the value of medical science was diminishing. That is to say, life insurance and medicine were strongly interwoven, but the meaning of medicine in the network changed. Instead of playing a substantial role medicine became an ideological legitimation for the selection policy of the companies. So, although really committed to statistical scientific research on risks medical advisers became less and less important in the insurance network. Together with the subordination of ethical motives to economical goals medical advisers had to put aside their own ideas about risk selection and they simply had to carry out the selection within the economic frame of life insurance companies.

In the last chapter I conclude that the analysis of the development of the life insurance network shows that the structure of the network cannot be explained by medical power, medical expertise and the needs of society. The changing roles of examination physicians, general practitioners and medical advisers in the network demonstrate that the power of medicine is diminishing and that life insurance companies set the standards for medical expertise. And 'society' was not a static background scene either. On the contrary. This large-scale welfare institution contributed to the development of a modern risk society and to the construction of a public body.

Finally I speculatively compare the development of the network around 1900 with the present role of medicine in life insurance. Because of the possibilities of medical technology like HIV diagnosis and genetic diagnostics, medicine, instead of a symbol of public trustworthyness and fairness, nowadays has become a symbol of danger and discrimination. However, the political debate about risk selection for private insurance is difficult because of the secrecy of medical selection procedures. My analysis reveals how this secrecy is historically linked with the refusal to develop a statistical body of knowledge. With regard to the reorganization of social insurance and the dependency of a growing number of people on private insurance institutions I argue for public control on medical selection just as there is public control on the financial base of private insurance.

Curriculum vitae

Klasien Horstman is geboren op 27 februari 1959 te Emmen. Na het behalen van het vwo-diploma in 1977 heeft zij één jaar filosofie gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen. In 1978 maakte zij de overstap naar sociologie, waarin zij in 1986 afstudeerde. In 1984/1985 behaalde zij de eerstegraads onderwijsbevoegdheid maatschappijleer en de tweedegraads onderwijsbevoegdheid algemene economie, en van september 1985 tot eind 1986 doceerde zij die vakken op de meao/mds te Emmen. In januari 1987 werd zij aio bij de vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de faculteit Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg. Sinds 1989 is zij daar werkzaam als universitair docent op het gebied van vrouwenstudies, wetenschapsonderzoek en historische sociologie.

In de moderne verzorgingsstaat is het vanzelfsprekend geworden dat artsen fungeren als poortwachters van levensverzekeringsmaatschappijen. In dit boek onderzoekt Klasien Horstman hoe deze poortwachtersfunctie aan het einde van de vorige eeuw tot stand kwam en hoe zij zich verder ontwikkelde.

De medische wetenschap verschafte de levensverzekeringsmaatschappijen aanvankelijk een aureool van betrouwbaarheid waarmee zij hun positie wisten te verstevigen. Maar naarmate de maatschappijen in de samenleving verankerd raakten, werd er getornd aan de invloed van de artsen. Zij bewaken nog wel de poort, maar uiteindelijk bepaalt de directie van de verzekeringsmaatschappij wie wel of niet wordt toegelaten.

In een helder betoog, geïllustreerd met vele voorbeelden uit de praktijk, toont Horstman aan dat het historisch gegroeide gebrek aan openheid omtrent de selectie van risico's een belemmering vormt voor de totstandkoming van een maatschappelijke discussie. Nieuwe medische ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van erfelijkheidsonderzoek, vragen immers om duidelijke richtlijnen die een publieke controle op het beleid van de verzekeringsmaatschappijen mogelijk moeten maken.

ISBN 90-6222-315-X

9 789062 223152