

'Vergeet niet dat je arts bent' : Joodse artsen in Nederland 1940-1945

Citation for published version (APA):

van den Ende, H. L. (2015). 'Vergeet niet dat je arts bent' : Joodse artsen in Nederland 1940-1945. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Uitgeverij Boom. <https://doi.org/10.26481/dis.20150402he>

Document status and date:

Published: 01/01/2015

DOI:

[10.26481/dis.20150402he](https://doi.org/10.26481/dis.20150402he)

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.

SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Kon aan het imperatief ‘Vergeet niet dat je arts bent’ te allen tijde gehoor worden gegeven tijdens de Tweede Wereldoorlog? Met deze vraag begon dit boek. Na de ervaringen te hebben bestudeerd van 534 Joodse artsen in Nederland die onder het nazi-juk trachtten arts te blijven, kan het antwoord niet anders luiden dan: nee, niet te allen tijde. Er hebben zich, onder de krankzinnige, levensbedreigende omstandigheden van de Shoah, situaties voorgedaan waarbij het artsenberoep voor de beoefenaar zijn betekenis verloor. Heel vaak, onder de meeste omstandigheden en voor de meesten van de hier beschreven 534 Joodse artsen in het bezette Nederland, bleef het beroep echter wel van belang. Dat men arts was en daarbij behorende plichten en voorrechten had, was in vele situaties van grote betekenis.

SAMENVATTING

Voorafgaande aan de Duitse bezetting speelde het arts-zijn voor Nederlandse Joodse medici een zeer belangrijke rol: vóór al het andere was men arts. Het beroep was meer dan zomaar een baan: het was een roeping. Men stond in de traditie van de arts met de status van een bij uitstek deugdzaam, moreel hoogstaand en altruïstisch mens. De arts diende de zorgen van de schouders van de patiënt te nemen. Een paternalistische houding ten opzichte van de patiënt was dan ook volslagen normaal. Men diende zich als arts bevoogdend, zorgend en vaderlijk op te stellen, zo werd dit ingevuld. Collegialiteit was door dit ideaal eveneens vanzelfsprekend: men vormde gezamenlijk een elitair, boven het

lekenpubliek verheven genootschap. Of men Joods of niet-Joods, katholiek of protestant was, gold in de artsenstand in het verzuilde Nederland als minder relevant. In de eerste plaats was men collega. De Nederlandse Joodse artsen hadden zich in de decennia voor de Tweede Wereldoorlog een gelijkwaardige positie binnen de artsenstand verworven en niet zelden hadden ze zowel in medische kring als maatschappelijk carrière gemaakt. Met name in Amsterdam, waar zo'n 40 procent van de artsen Joods was, woonden en praktiseerden vele vooraanstaande Joodse medici. Maar ook in de algemene artsenstand en in de samenleving was sprake van verregaande emancipatie en integratie van de Joodse artsen, vergemakkelijkt door het feit dat de Joodse en de neoromantische niet-Joodse medische ethiek vrijwel naadloos op elkaar aansloten. Ook de Joodse medische ethiek, gesymboliseerd door het Ochtendgebed voor de arts van Maimonides, stond immers – kort samengevat – het ideaal van een paternalistisch altruïsme voor. In de gids *Medische ethiek* die door de beroepsvereniging NMG als leidraad werd gebruikt en mede met inbreng van Joodse medici tot stand was gekomen, kan men hetzelfde ideaal ontwaren. Dat de Joodse en de algemene medische 'zedenleer' zo goed bij elkaar pasten, maakte het ook voor bewust Joodse artsen makkelijk zich volledig thuis te voelen in de Nederlandse artsenstand. De volledige integratie van de Joodse artsen in de artsenstand betekende dan ook niet dat zij volledig geassimileerd moesten leven. Allerlei uitingen van verbondenheid met de Joodse achtergrond kwamen voor. Religie, traditie, zionisme en antisemitisme konden in positieve of negatieve zin het besef Joods te zijn beïnvloeden of bepalen. Ook een 'rasbewustzijn', een in deze tijd gebruikelijke term, kon een verbondenheid met het Jodendom ingeven. Over de definitie van het begrip 'ras' bestond in de Nederlandse medische wetenschap evenwel scepsis, zeker in verband met het Jodendom. Anders dan in Duitsland sloegen theorieën van rassenhygiëne en eugenetica nauwelijks aan onder de medici in de Lage Landen. Hoewel de Nederlandse artsen in meerderheid niets wilden weten van nationaalsocialistische medische wetenschap en ook protesteerden toen de Joodse artsen in Duitsland een beroepsverbod opgelegd kregen, had de opkomst van het nationaalsocialisme bij de oosterburen toch zijn weerslag op de Nederlandse artsenstand en de Nederlandse Joodse artsen. Antisemitisme en de angst daarvoor namen in de jaren na Hitlers Machtübernahme en de vluchtelingenstroom die de grens over kwam, toe. Joodse artsen werden hierdoor, ook in Nederland, al meer dan voorheen op hun eigen Jodendom gewezen. Vooropstond echter, tot 10 mei 1940, het arts-zijn.

De bezetting van Nederland door de Duitse troepen zette dit onmiddellijk op losse schroeven en leidde er al in de meidagen van 1940 toe dat sommigen huis, haard en verantwoordelijkheid ten opzichte van patiënten vaarwel zeiden en vluchtten of zelfs zelfmoord pleegden. Verhoudingsgewijs waren zelfs veel suïcideplegers in de eerste zelfmoordgolf in mei 1940 medisch geschoold. Bij deze elf artsen was, hoewel hun precieze gedachtegang onbekend zal blijven, waarschijnlijk de angst voor het nazibewind sterker dan de wens vast te houden aan het arts-zijn. Dat hiervoor ondanks het drastische karakter van de daad, veel begrip bestond, bleek uit de collegiale reacties. Kennelijk bestond er al een breed gedeelde consensus dat onder deze omstandigheden alles anders was.

De meeste Joodse artsen probeerden na mei 1940 wél hun beroep vast te houden en op ongeveer gelijke voet verder te gaan met de plichtsbetrachting zoals zij die hadden geïncorporeerd, ook al werden zij al snel beroofd van de status en daarmee van bepaalde voorrechten die zij als arts gewend waren te genieten. Binnen een jaar na het begin van de bezetting waren deze Joodse artsen namelijk al losgeweekt uit de Nederlandse artsenstand door zowel het ambtenarenverbod als het beroepsverbod. Nadat de ontheffing en vervolgens het ontslag van circa honderd ambtenaar-artsen begin 1941 doeltreffend was geëffectueerd, volgde per 1 mei 1941 het verbod voor alle Joodse artsen om niet-Joodse patiënten te behandelen. De gevolgen waren voelbaar op praktisch, financieel en moreel gebied. Om met Berthold Stokvis te spreken: de Joodse artsen werden hierdoor gedegradeerd tot ziekenverzorger. De Nederlandse artsenstand, hoe weinig behept met nazisymptieën ook, al waren er wel diverse voorbeelden van antisemitisme bij artsen, bleek bij dit al niet in staat de Joodse collegae binnenboord te houden. In het medisch establishment overheerste een gebrek aan daadkracht op dit punt, terwijl men juist wel duidelijk stelling nam tegen de opgelegde nazificering van de geneeskunde met de vorming van de artsenverzetsgroep Medisch Contact. Gevolg was dat de Joodse artsen moesten proberen verder te werken in een om hen heen gecreëerd isolement, alleen voor Joodse patiënten en zonder de vertrouwde collegiale context. Het oude houvast aan de gebruiken en handelwijzen van de medische stand was daardoor niet meer zo vanzelfsprekend als het ooit was.

Het Joodse geïsoleerde volksdeel stond vanaf februari 1941 onder leiding van de door de bezetter in het leven geroepen Joodsche Raad. Via dit orgaan wist de bezetter de Nederlandse Joden te laten gehoorzamen aan de steeds verder ingevoerde discriminerende maatregelen. Daarbij zorgde de bezetter dat de angst er goed in zat door enkele grootscheepse razzia's te houden waarbij Joodse burgers werden opgepakt en in gruwelkampen vermoord. Bij dergelijke

acties, bijvoorbeeld de Twentse razzia in september 1941, werden ook enkele artsen gearresteerd en weggevoerd. Deze vroeg gearresteerde artsen handelden volgens getuigenissen vaak nog geheel en al beantwoordend aan de plichten die zij als medici geïncorporeerd hadden. Zij leken daarbij soms ook nog te vertrouwen op een fatsoenlijke behandeling vanwege hun status als arts. Bij andere artsen sloeg de twijfel toe, wat ertoe leidde dat zij op hun beurt hun medische zorgplicht opzegden en op de vlucht sloegen. Dit werd in de meeste bekende gevallen vergemakkelijkt door het feit dat hun zorgplicht al tot een minimum gereduceerd was, aangezien hun het merendeel van hun (niet-Joodse) patiënten was afgepakt.

De meeste Joodse artsen bleven echter en zetten ook nu weer hun werkzaamheden zo goed en zo kwaad als het ging voort. Artsen en de Joodsche Raad poogden de normaliteit te behouden middels de voortgezette Joodse artsenkursus, bedoeld om vakinhoudelijk bij te blijven en zinnig medisch werk te blijven doen. Hoewel ogenschijnlijk normaal, was al het werk dat onder de vlag van de Joodsche Raad werd verricht, al besmet met een politieke lading: mocht men zijn medewerking verlenen aan dit door de bezetter opgelegde instituut? Was dat niet een teken van collaboratie, hoezeer men ook mocht proberen 'tegenwerkend mee te werken'? Deze vraag werd voor de medici extra pregnant ten tijde van de medische keuringen voor de werkkampen in Nederland, begin 1942. Het verrichten van deze keuringen zou ten dienste van de bedoelingen van de bezetter zijn en was daarmee politiek bezwaarlijk. Diverse artsen weigerden principieel iedere medewerking, soms na een slechte eerste indruk, zoals bij de artsen die de eerste keuringen in Amsterdam verrichtten, soms van meet af aan en in collectief verband, zoals bij de Groningse artsen.

Vele Joodse artsen gingen echter wel tot keuren over, en maakten daarmee een politieke keuze meer in de lijn van de Joodsche Raad, die vreesde dat overname door NSB-artsen dermate ernstige gevolgen zou hebben dat men het vuile werk dan maar beter zelf op kon knappen. De voorwaarde die de Joodse keuringsartsen zichzelf stelden, was dat zij deze keuringen op onorthodoxe wijze dienden uit te voeren. De plicht van objectiviteit die in de vooroorlogse medische ethiek vanzelfsprekend was geweest, was nu niet meer gewenst. Het principe van eerlijk keuren en naar waarheid medische verklaringen afgeven werd verlaten. Het werd de norm dat men zo veel mogelijk mensen probeerde af te keuren, zo niet op feitelijke gronden, dan wel op grond van verzonnen en geënceneerde diagnoses. Hoewel een enkeling toch vasthield aan de oorspronkelijke ethiek en weigerde valse verklaringen af te geven, ging de meerderheid van de artsen, net zoals de betrokken niet-Joodse collegae, over tot het verdraaien, aandikken of volledig verzinnen van diagnoses.

Met het verdraaien, aandikken of verzinnen van diagnoses, kortom, met het plegen van valsheid in geschrifte, ofwel medische sabotage, bleef men doorgaan nadat de grootschalige deportaties van de Nederlandse Joden in juli 1942 een aanvang hadden genomen. Het simuleren van ziekten met hulp van de medische stand werd niet alleen schriftelijk maar ook met geënceneerde ziekbedden uitgevoerd. De geneeskunde kon aldus de functie van ‘reddingsloep in de schipbreuk van de deportaties’ gaan vervullen en mensen – tijdelijk – van deportatie vrijwaren. Dit gold kennelijk voor de meeste artsen als van groter belang dan het handhaven van vooroorlogse medisch ethische normen. Vervalsing werd immers nu breed geaccepteerd en in Joodsche Raad-verband zelfs geïnstitutionaliseerd.

Het artsenberoep vervulde tegelijkertijd steeds meer de functie van reddingsmiddel voor de arts zelf. In het eerste halfjaar van de deportaties waren al ten minste 54 artsen gearresteerd. Een bewijs dat het arts-zijn geen absolute bescherming tegen deportatie bood. Het medisch beroep kón echter wel dienen als beschermingsmiddel, zoals voor de Joodsche Raad-artsen of voor de vrijwilligers voor Westerbork die door hun beroep een bevoorrechte positie bekleedden. Deze medici zetten hun beroep voort ten behoeve van anderen, zoals hun oude beroepspllicht hun ook voorschreef, maar hadden dan wel weer te maken met het politieke dilemma of zij via hun binding aan de Joodsche Raad – hoe indirect ook – mee zouden werken aan de vervolging. Ook in deze fase waren er diversen die een radicale uitvlucht uit de morele dilemma’s kozen, ofwel via een vluchtpoging naar een onbezet buitenland, ofwel in de dood. Suïcide kwam nu onder de artsen getalsmatig minder vaak voor dan tijdens de eerste zelfmoordgolf, maar beroepsmatig kwamen zij er zeker veelvuldig mee in aanraking. De vraag drong zich aan hen op of zij suïcidanten volgens vooroorlogs medisch ethisch principe moesten behandelen en moesten trachten te redden of dat zij er beter aan deden niet te interveniëren en hen te laten sterven. Het was een ingewikkeld dilemma, voor iedere individuele arts die ermee in aanraking kwam en bij iedere individuele casus opnieuw. Het Amsterdamsch Joodsch Psychiatrisch Gezelschap boog zich over deze thematiek en zette een studie op naar de geestelijke toestand van de Amsterdamse Joden onder de gegeven omstandigheden. De deelnemende psychiaters bemerkten dat hun vak als gevolg van de omstandigheden verregaande veranderingen had ondergaan. Zogenoemde ‘reactieve toestanden’ kwamen veel voor, terwijl anderen, die voorheen een zwak geestelijk gestel hadden gehad, plotseling zeer veerkrachtig bleken. Suïcide kwam nu voor bij geestelijk volkomen gezonde, stabiele en hoogstaande individuen. Andere suïcidepogingen bleken nu echter

evenwel juist niet bedoeld om daadwerkelijk te sterven, maar om opname in een ziekenhuis te bewerkstelligen, wat tijdelijk een veilige manier leek om van deportatie gevrijwaard te zijn.

Net zoals ziek zijn een andere klank had gekregen in het licht van de dreiging van deportatie, kreeg opname in een ziekenhuis ook een totaal andere betekenis dan in vredestijd. Het was plotseling zeer wenselijk om ziek te zijn en nóg wenselijker om in een ziekenhuis te liggen. Daarmee kon men immers, net als in de door andere auteurs beschreven ziekenhuizen in Berlijn en Parijs, aan deportatie ontkomen. De opnameaantallen van de verschillende Joodse ziekenhuizen stegen dan ook aanzienlijk in de maanden na juli 1942. De ziekenhuizen en de leiding en artsen daar maakten dit mogelijk, niet geheel zonder risico. Pseudopatiënten en pseudopersoneel vonden een veilig heenkomen in ziekenhuizen. In die ziekenhuizen namen artsen ook de nodige risico's in hun streven patiënten te ziek voor deportatie – ofwel 'transportunfähig' – te maken. Enkelen gingen hierin verder dan de sabotagemiddelen die inmiddels al gemeengoed waren geworden: de attesten en ensceneringen. Zij besloten nog meer van de oude ethiek te herzien door nu daadwerkelijk in gezonde lichamen te gaan snijden, waarbij ze van het aloude principe *primum-non-nocere* (allereerst niet schaden) weinig heel lieten. De medische sabotage ging aldus wederom een stapje verder. Men handelde echter nog altijd in het belang van de individuele patiënt, een vertrouwd medisch ethisch beginsel. In plaats van een deontologische ethiek was men hier alleen naar een meer teleologische benadering van de medische ethiek overgegaan. De normen werden weliswaar overschreden, maar de overkoepelende waarden van het medische vak werden nog wel in het oog gehouden. Dit was zeer zeker niet het geval bij een patiënt, een verrader, die bewust niet juist behandeld werd, met fatale gevolgen. Hier overheerste het politieke belang de medische ethiek. Of dit vaker dan één keer is voorgekomen, is niet bekend. De geneesheren-directeur van diverse Joodse ziekenhuizen leken zich daarentegen juist wel aan de aloude medisch ethische beginselen te blijven houden op de cruciale momenten waarop zij voor de keuze stonden voor hun eigen veiligheid te kiezen of bij hun patiënten te blijven. Zij volgden daarmee het voorbeeld van Jacques Lobstein, geneesheer-directeur van Het Apeldoornsche Bosch, dat op 21 januari 1943 als eerste grote Joodse medische instelling op brute wijze werd leeggehaald.

De ontruiming van het Apeldoornsche Bosch vormde een cesuur: nu was geen enkel Joods ziekenhuis en geen enkele Joodse zieke meer veilig, zo was de overtuiging. Bovendien vermoedde men van de deportatie nu al helemaal

weinig goeds. Nu ook volstrekt ongeschikte arbeidskrachten naar de zogenaamde Arbeitseinsatz waren verslept, ging men ervan uit dat deze 'wel van kant gemaakt' zouden worden. Onder deze omstandigheden nog meewerken aan een verachtelijke nazipraktijk als de sterilisaties van gemengd gehuwden, hoe tegenwerkend dan ook, werd door veel artsen als onacceptabel gezien en ook collectief door het Medisch Contact afgewezen. De omvang en de ernst van de ramp die zich voltrok, werd immers steeds duidelijker zichtbaar. Dit betekende ook dat niet alleen de patiënten of pseudopatiënten hun strohalm kwijtraakten, maar dat ook de artsen zelf almaar meer doordrongen van hun eigen kwetsbaarheid raakten. Het artsenberoep zou geen bescherming meer bieden, geen voorrecht meer inhouden en net als alle andere uitzonderingscategorieën ofwel Sperren als zeepbellen uiteenspatten. Het net sloot zich in het voorjaar van 1943 steeds meer om de artsen. Hun praktische en financiële mogelijkheden werden hun telkens meer ontnomen en bij velen nam ook de mentale veerkracht af. Meer dan gemiddeld konden zij zich, door hun onderlinge contacten en informatiestromen, inmiddels een beeld vormen van de interneringskampen Westerbork en Vught, en dat bevorderde voor velen hun zoektocht naar een veiliger alternatief. Barneveld, ofwel de lijsten van Frederiks en Van Dam, was dan ook bijzonder populair onder de artsen. 125 Joodse medici poogden via deze weg voorlopig deportatie naar Westerbork te voorkomen. Hoofdinspecteur van gezondheid Banning, die ijverig had meegewerkt aan het ontslag van de ambtenaar-artsen en de instelling van het beroepsverbod, toonde zich nu van een andere kant en stelde alles in het werk om zo veel mogelijk Joodse artsen in Barneveld te krijgen. Bij 44 van hen had dat tot resultaat dat zij tot 29 september onder protectie van de Barneveldse enclave konden blijven. Ook hier, en in het kleine Barneveldse ziekenhuisje, werden zij echter nog met de plichten die hun beroep met zich meebracht geconfronteerd. Een ouderwetse arts als Maurits Muller, die de zorgplicht als tweede natuur meedroeg, projecteerde deze nu op zijn familie, voor wie hij niet-aflatende pogingen deed ook hen naar Barneveld te halen. Hij was opgelucht dat hij bij zijn dood die verantwoordelijkheid eindelijk niet meer hoefde te dragen. Slechts een paar weken later werd ook Barneveld ontruimd en werden de bewoners naar Westerbork overgebracht.

Op 29 september 1943 was Nederland weliswaar officieel 'judenrein' verklaard, maar er leefden nog kleine aantallen legale en illegale Joden in het land. Ten minste 21 Joodse artsen bijvoorbeeld waren geariseerd via de zogenoemde Calmeyer-procedure. De artsen hebben hiertoe procentueel gezien meer toegang gehad dan de Joodse groep in zijn algemeen. Op de Portugezenlijst stonden

ook enkele Joodse artsen; echter, deze lijst zou in februari 1944 alsnog 'platzen'. Gemengd gehuwde Joden konden legaal tot het eind van de oorlog in hun eigen leefomgeving blijven, al vormden zij een kwetsbare groep. Bijna honderd Joodse artsen vielen in deze categorie, eveneens een verhoudingsgewijs hoog percentage. Een enkele Joodse arts had een dermate belangrijke functie bekleed dat deze afdoende bescherming bood. Zij leefden en werkten door aan hun wetenschappelijke arbeid, in een desolaat Mokum, in afwachting van de bevrijding.

De overige niet-gedeporteerden zaten ondergedoken, soms bij patiënten, soms bij niet-Joodse collegae. Onderduiken was een allerminst aantrekkelijk alternatief voor deportatie: men ging evenzeer een ongewisse toekomst tegemoet, vol angst en afhankelijkheid van anderen, geestelijke afstomping en verveling. Toch gingen relatief veel artsen hier uiteindelijk toe over. Het geschatte percentage van de artsen die onderdoken is 28 procent, afgezet tegen 17 procent van de totale Joodse populatie is dit een groot deel. Enkele artsen konden toch nog iets met hun artsenberoep doen. Zij werkten ofwel incognito, ofwel konden op hun onderduikadres iets met hun medische kennis betekenen. Dit leverde echter wederom gevaarlijke situaties op en soms een moreel conflict. Moest men bijvoorbeeld Duitse soldaten of collaborateurs behandelen? Men deed het vaak wel. Tegelijkertijd zagen diverse artsen kans zich in het georganiseerde verzet te mengen.

Uit de bronnen blijkt dat in elk geval 253 Joodse artsen werden gedeporteerd. Dat is relatief weinig in vergelijking met de algemene Nederlandse Joodse bevolking. En ook de gedeporteerde Joodse artsen waren over het geheel genomen beter af dan de niet-artsen: 1 op de 3 overleefde de kampen, in tegenstelling tot de 1 op de 22 van de totale groep gedeporteerden. Arts-zijn had alleen al daarom zeer zeker betekenis tot in de kampen. Maar ook voor anderen kon men nog weleens iets doen als arts. In Amersfoort ging dit moeilijk, vanwege de bar slechte medische voorzieningen en de onmogelijkheid als gevangene dit te beïnvloeden. Toch zijn van Amersfoort twee voorbeelden overgeleverd van artsen die nog iets voor zichzelf (E.A. Cohen) of anderen (H. de la Parra) hebben kunnen betekenen middels hun beroep. In Vught bestonden er al meer mogelijkheden iets met het medische beroep te doen, hier met name in het belang van andere gevangenen. Men trachtte en kreeg de gelegenheid de medische toestand er (iets) te verbeteren. In Westerbork ten slotte was het medisch peil veel hoger. Er was hier zelfs, na een aanloopfase, sprake van een goed geoutilleerd en groot ziekenhuis. Ogenscheinlijk normale medische zorg werd hier geboden. Artsen trachtten ook medisch gezien de

normaliteit hier te bewaren door patiënten te voorzien van de beste zorg die zij konden bieden. De ‘Medicina Westerborkiana’ hield echter ook in dat men met de directe dreiging van de deportaties andere normen ging hanteren dan ooit voor mogelijk gehouden. Ook hier was sprake van medische sabotage, maar op het redden van één gevangene volgde onmiddellijk transport van een andere. De keuze wie wel en wie niet geholpen moest worden, was ondoenlijk en het nettoresultaat was uiteraard hetzelfde. Sommige artsen zijn, niet geheel onmenselijk, gezwicht voor de verleiding van de macht om in elk geval de eigen familie en vrienden te trachten te redden. Andere artsen concludeerden dat zij zich van het kiezen van levens boven andere verre moesten proberen te houden en beseften dat ze machteloos stonden. Iéts konden zij nog wel doen: het naar vermogen helpen van patiënten. De normaliteit trachten te bewaren, medisch goede zorg leveren en een beetje menselijke aandacht schenken: dat hield het moreel nog enigszins hoog. Even gloorde er ook weer hoop toen er een transportstop werd gehouden wegens een epidemie. Tijdens deze rustige periode verrichtten artsen in Westerbork wetenschappelijk werk door te experimenteren met het nieuwe medicijn penicilline. Op 8 februari 1944 werd echter met een grootschalig ziekentransport de droom van de transportstop ruw verstoord. Het ‘Schicksal im Osten’ gingen de artsen, die de barbarij van het nationaalsocialisme via hun patiënten zo intens hadden meeleefd, met bovengemiddeld accurate vermoedens en daarom met grote huiver tegemoet.

CONCLUSIES

Alles overziend valt allereerst op hoezeer de Nederlandse Joodse artsen er tijdens de bezetting alleen voor stonden. Ieder voor zich moesten zij hun handelen vormgeven onder de moeilijkste omstandigheden denkbaar. Zij stonden goeddeels buiten het Medisch Contact en er bestond geen Joodse tegenhanger van deze contactgroep. Er bestond grote inter-individuele variatie in handelingen, zo bleek dan ook. In schril contrast met de collegiale sfeer van voor de bezetting – zo duidelijk anders dan het protectionisme in de Franse artsenstand en de discriminatie onder artsen in het Duitsland van de jaren dertig – stond het isolement van de Joodse groep ten opzichte van de niet-Joodse artsenstand. Gezien de grote waarde die oorspronkelijk aan collegialiteit werd gehecht, is het tempo waarmee de bezetter dit isolement in de Nederlandse artsenstand kon bewerkstelligen ontluisterend. De indruk die achterblijft is er een van eenzaamheid, machteloosheid en wanhoop. Het is een indruk die past

bij wat al bekend is van deze geschiedenis, maar die toch door de persoonlijke voorbeelden hard aankomt.

Ondanks de eenzaamheid en de inter-individuele verschillen kunnen er toch ook generaliserende conclusies getrokken worden. Het is gerechtvaardigd te stellen dat de Joodse artsen als groep een relatief bevoorrechte positie bekleedden. Met nadruk: relatief, maar toch ook duidelijk: bevoorrecht. Medici konden hun beroep inzetten voor het redden van eigen huis en haard. Meer dan gemiddeld hadden zij toegang tot 'Sperren', de juiste contacten in elitekringen, Barneveld en onderduikadressen. Aan de relatief hoge overlevingscijfers van de artsen is te zien dat het medisch beroep, zoals artsen als Elie Cohen en Ellis Hertzberger na de oorlog getuigden, inderdaad een duidelijk voordeel boven Joden in andere beroepsgroepen inhield. Maar ook in vergelijking met de Joodse artsen in Frankrijk en Duitsland blijken de Nederlandse Joodse artsen bevoorrecht te zijn geweest. Zij konden immers door blijven werken in hun eigen beroep, al was het dan slechts voor Joodse patiënten. De status verbonden aan het artsenberoep raakten zij daardoor niet geheel kwijt, terwijl dat voor de meeste Joodse artsen in de twee andere landen wel gebeurde. Met de status die zij nog tot op zekere hoogte behielden konden de Nederlandse Joodse artsen ook blijven vasthouden aan het principe van 'noblesse oblige', dat ze gewend waren te huldigen. Zowel naar hun eigen geweten als naar buiten toe gaf het beroep hun daarmee plichten die anderen niet hadden. Zij trachtten hun beroep daarom over het algemeen op de vertrouwde paternalistisch altruïstische wijze te blijven uitvoeren, zij het vaak op een totaal andere manier praktisch ingevuld. In de nieuwe manieren van het inzetten van het medisch beroep en het daarbij vervormen van de vertrouwde medische ethiek vallen verschillende gradaties te ontwaren.

Er waren artsen die hun aloude artsenplichten ongeacht de omstandigheden bleven huldigen en geheel en al handelden in de geest van de vertrouwde medische ethiek. Zij behielden de normaliteit op medisch-ethisch gebied en deden hierin geen concessies. Dit bracht henzelf echter niet zelden in levensgevaar en is ook daarom, parallel aan de collegae in het getto van Warschau, heroïsch te noemen. Zo waren er de geneesheren-directeur die weigerden hun patiënten en personeel aan hun lot over te laten. Artsen die meegedeporteerd wilden worden met hun patiënten, stelden zich dermate verantwoordelijk op dat zij het belang van hun patiënten lieten prevaleren boven hun eigen belang. Zelfs in de kampen kon dat voorkomen, zoals bij de artsen die medicijnen voor patiënten stalen. Deze handelingen van zelfopoffering vallen dan ook onder de definitie van Joods verzet, ofwel 'Amidah'. Ook in de Nederlandse historio-

grafie, waar tegenwoordig van ‘helden’ gesproken mag worden, zouden dezen in die categorie vallen. Immers, zij tartten het kwaad, niet in hun eigen belang, maar ‘om niet’, omdat zij dat handelen ‘gewoon’ vonden.²

Ook artsen die de medische wetenschap vooruit trachtten te helpen en daarmee eveneens vasthielden aan een traditionele invulling van het artseneroep, kunnen gecategoriseerd worden als bewakers van de normaliteit. Men denke hierbij aan de voortgezette Joodse artsencursus, de psychiaters van het Amsterdamsch Joodsch Psychiatrisch Gezelschap, Juda Groen met zijn ontwikkeling van de psychosomatiek en de artsen die in Westerbork zo goed mogelijke medische zorg leverden of proeven deden met penicilline. Ook zij hielden met de normaliteit zoveel mogelijk het moreel hoog. Men zou dit, parallel aan voorgaande en aan hetgeen over de gettoartsen in Warschau is gesteld, eveneens een heroïsche of constructieve manier van het inzetten van het artseneroep kunnen noemen. Bauer omschreef dit werk als ‘the work of doctors, nurses, and educators to consciously maintain health and moral fiber to enable individual and group survival’.³ Aan deze werkzaamheden waren ook meestal geen politieke haken en ogen verbonden. Hun werkzaamheden brachten hen echter – anders dan de eerder genoemde voorbeelden – niet direct zelf in levensgevaar en waren daarom – zo men wil – minder uitgesproken heroïsch te noemen.

Persoonlijk gevaar was wel verbonden aan de opstelling van de Groningse artsen die in het geval van de keuringen voor de werkkampen principieel hun medewerking weigerden. Deze opstelling is zowel medisch ethisch als politiek onverzettelijk te noemen, maar de uitwerking ervan was dermate ongunstig dat men achteraf betwijfelde of dit de juiste keuze was geweest. Dit voorbeeld bewijst dat behoud van de normaliteit niet altijd tot de beste uitkomst leidde en verklaart waarom er voor vele artsen een acceptatie ontstond ten opzichte van aanpassing van de medische ethiek naar een meer teleologische benadering. Medisch-ethische beginselen, uitgangspunten oftewel deugden, werden voor velen ondergeschikt aan het uiteindelijke beoogde einddoel, het resultaat van een handelwijze. Artsen gingen de omstandigheden meewegen in hun beslissingen, zowel politieke als medisch-ethische. Bijvoorbeeld de artsen die voor de Joodsche Raad gingen werken, konden daarmee hun beroep vaak weer op de traditionele manier voortzetten. Op die manier trachtten ook zij de medische normaliteit te bewaren, zij het door het doen van een aanzienlijk geachte politieke concessie. De artsen die het pad van medische sabotage gingen bewandelen, door ofwel valse verklaringen af te geven ofwel door patiënten zieker te laten lijken dan ze waren, deden daarentegen geen politieke concessie,

maar zeker wel een medisch-ethische. Zij kneedden de medische ethiek waarin zij waren opgeleid tot een nieuwe, onder de gegeven omstandigheden meer bruikbare ethiek. Concrete normen uit de vertrouwde ethiek vervaagden, terwijl zij daarbij wel de waarde van het individuele belang van de patiënt in het oog hielden. Er was hiermee wel sprake van een verschuiving van een deontologische naar een meer teleologische benadering, maar niet van werken in het belang van de staat, zoals bij het perverse 'utilitarisme' van de nazi-artsen. Of men alle vormen van medische sabotage vervolgens als 'Amidah' mag beschouwen, is discutabel. Immers, in het geval van een 'healing-killing-paradox', zoals ook de Nederlandse Joodse artsen die tegenkwamen, bijvoorbeeld in het geval van abortus of hulp bij suicide, kan men moeilijk aanvoeren dat er sprake was van 'sanctification of life'.

Hoever men ging in de aanpassing van de ethiek, varieerde per arts. Waar kan worden gesteld dat het uitschrijven van valse attesten door zo goed als iedere arts geaccepteerd werd, was dat allerminst het geval voor het meewerken aan de sterilisaties. Zelfs het maken van valse sterielverklaringen, in feite niet zo heel anders dan het uitschrijven van een vals attest met andere inhoud, werd slechts door enkele artsen als oirbaar beschouwd. En bijvoorbeeld over het snijden in gezonde lichamen was meer onderling verschil van mening dan over het ensceneren van een ziekbed. De individuele verschillen daargelaten, lijkt een algemeen gedeelde grens te zijn geweest het verrichten van sterilisatieoperaties, waartoe dan ook slechts twee Joodse artsen overgingen. Ook zijn in Nederland geen gevallen bekend zoals de operaties in Warschau om mensen een minder geprononceerd 'Joods' uiterlijk te geven. Een andere grens was het verkrijgen van geldelijk gewin door medische sabotage, waarvan eveneens slechts twee voorbeelden overgeleverd zijn. Ook de beschreven medische moord in het NIZ kan medisch ethisch op geen enkele manier gebillijkt worden. Dit was medisch handelen in primair politiek belang. Goedbeschouwd was dit eveneens het geval, hoewel van een veel onschuldiger orde, bij het voor militaire dienst ongeschikt maken van Duitse soldaten op basis van een valse oogheelkundige diagnose. Met deze voorbeelden worden de dilemma's van de Joodse artsen extra pregnant voelbaar, want invoelbaar is het zeker dat men politieke vijanden liever niet wilde behandelen. Los van de medische ethiek zou men dit onder 'Amidah' kunnen scharen, maar het lijkt erop dat veruit de meeste artsen deze grens niet overschreden. Voor hen woog het arts-zijn zwaarder dan het politieke belang.

Hoezeer de meeste artsen ook vast trachtten te houden aan dat arts-zijn en dat op zo goed mogelijke manier, met of zonder aanpassing van de gebruikelijke handelwijzen en normen, vorm probeerden te geven, het werd hun gedurende de vervolging waarvan ook zij het slachtoffer waren, telkens moeilijker gemaakt. Omdat ook hun alles werd afgenomen, bereikten velen op een zeker moment het punt waarbij zij voelden dat zij het arts-zijn moesten loslaten, meestal om nog te pogen het eigen leven en dat van hun meest nabijten te redden. In termen van medisch-ethisch legitiem handelen was dit loslaten van artsenplichten echter het meest extreem en ongewenst wat men als arts kon doen. Als men vluchtte of onderdook, moest men bereid zijn die drempel over te gaan. Wanneer de verschillende artsen zover kwamen varieerde sterk. Er waren successievelijk kleine aantallen artsen die alles vaarwel zeiden en voor hun eigen veiligheid kozen, totdat in het voorjaar van 1943 de meeste artsen het water echt tot aan de lippen stond en zij in groten getale deze stap zetten. Desalniettemin, de artsen die onderdoken of vluchtten lieten dan wel hun patiënten en verantwoordelijkheden als arts in hun vaste omgeving los (NB: voor zover die nog aanwezig waren), maar konden zich tijdens vlucht of onderduik wel weer als arts inzetten. Daarvan zijn legio voorbeelden. Echt het beroep loslaten deden dus ook zij vaak niet. Dat gold natuurlijk wel voor de artsen die suïcide pleegden. Zij waren het die de toekomst zó duister inschatten dat geen enkele ethische richtlijn meer geldig leek. Alle voorheen gehanteerde ethiek had haar waarde verloren onder de gegeven omstandigheden. Zij braken volledig en radicaal met de medische ethiek waar zij jaren naar geleefd hadden, en dat soms zelfs al in het allereerste stadium van de bezetting. En wie kon en kan hun ongelijk geven? ‘Onder de gegeven omstandigheden’ is hier het sleutelbegrip: de omstandigheden waren van dien aard dat een dergelijke radicale breuk met alles wat voorheen vanzelfsprekend was, invoelbaar wordt. Zo komt de empathie die in het begin genoemd werd hier weer terug. De bronnen die zijn gebruikt, de egodocumenten en oral history, maken inleving mogelijk. Waarschijnlijk hebben Stokvis, Koster en de andere auteurs van de dagboeken en memoires hun gevoelsleven ook met dat doel op papier gezet. Deze bronnen zijn goedbeschouwd apologetische geschriften met een didactische inslag. Ze zijn vermoedelijk geschreven om uit te leggen waarom de schrijvers bepaalde keuzen maakten en om ons als lezers erover na te laten denken wat wij zouden doen.

GESCHIEDENIS ALS MORELE LES

Chelouche claimde al dat het lesgeven over de geneeskunde van de Holocaust voor medisch studenten van nu een 'curriculum enhancing' effect kan hebben.⁴ Zij, en met haar andere medisch historici wereldwijd, zien net als Stokvis en de andere dagboekschrijvers dat de geschiedenis als morele les kan dienen. Als dat zo is, welke lering valt er dan te trekken uit dit boek?

Allereerst is voor de medici van nu een relevant onderdeel het paternalistisch altruïsme alhier beschreven. In de 534 levensverhalen van Joodse artsen tijdens de Tweede Wereldoorlog in Nederland troffen we ondanks de eigen levensbedreiging nogal wat blijken van medemenselijkheid en een bevoogdende houding. Zorgen voor de patiënten was de ultieme artsenplicht en bleef dat voor veel artsen ook onder de meest extreme omstandigheden. Het artsenbezoek bevorderde altruïsme, zo lijkt het. Zelfs wanneer men verstoken leek van mogelijkheden om altruïstisch te zijn omdat men het eigen vege lijf moest zien te redden, toonden artsen zorg voor een ander. Grodin en zijn medewerkers ontwaarden dit verschijnsel ook en zien daarin het belang van hun studie:

Grodin, a psychiatrist and a bioethicist, says the project goes beyond bearing witness, venturing deep into the moral belly of the beast, where self-preservation and altruism wrestle [...] Rachele Rubin: They felt a responsibility because of their profession, that's what I found interesting, says Rubin. For others it was just out of the goodness of their hearts, but the reason these people gave that care was because they were doctors. That set them apart.⁵

Bioloog Frans de Waal heeft in zijn onderzoek bij primaten aangetoond dat altruïsme een biologische eigenschap is, in weerwil van het potentiële evolutionaire nadeel ervan. Loet Micheels ondervond dat als arts in Auschwitz aan den lijve:

Ik kwam tot de conclusie dat het in wezen was: ieder voor zich – met belangrijke uitzonderingen. [...] Toch is ook het omgekeerde waar; onder welke omstandigheden ook, menselijke eigenschappen als medeleven en altruïsme kunnen niet volledig worden uitgewist.⁶

Maar hoever strekt die medemenselijke zorg voor de ander dan? De Waal gebruikte de metafoer van de drijvende piramide.⁷ Op de top van de 'altruïsme-piramide' staat men zelf, daar direct onder bevinden zich de meest nabije dier-

baren, daaronder de andere familieleden, vervolgens vrienden, kennissen en de rest van de wereldbevolking. Altruïsme strekt zich naar gelang de opwaartse druk van het water, oftewel de welstand waarin men zelf verkeert, uit tot alleen het bovenste topje, of helemaal tot de bodem. In het geval van de Joodse vervolgingen in het bezette Nederland waren de middelen tot het bieden van altruïsme steeds schaarser. Ook Presser en Herzberg hebben, in verband met de geschiedenis van de Joodsche Raad, het menselijke fenomeen besproken dat bij schaarste de eerste zorg automatisch gaat naar de meest nabij, en pas daarna naar familie, vrienden, kennissen en onbekenden. In die volgorde. Het is een universeel verschijnsel in tijden van catastrofe, zo stelt ook Evelien Gans, in navolging van Sem Dresden.⁸ Voor artsen was er echter nog een andere laag: de laag van de patiënten. Waar deze laag zich in de piramide bevond, zal per arts verschillend zijn geweest. Echter, de bevoogdende, paternalistische artsencultuur zal hebben gestimuleerd dat deze laag op aanzienlijke hoogte in de piramide zat, voor sommigen zelfs helemaal op de top.

Waar paternalisme in de nationaalsocialistische geneeskunde een zeer negatieve uitwerking had – want het betekende daar dat artsen alles met hun patiënten konden doen –, kon het dus ook juist een positief, altruïsme bevorderend effect hebben. Afhankelijk van welke definitie men hanteert zou het gedrag van de nazi-artsen niet eens meer paternalistisch genoemd kunnen worden. Immers, vaderlijk was dat allerminst. Bij artsen die medische experimenten uitvoerden die ernstige schade toebrachten aan de proefpersonen was sprake van een goedbeschouwd geperverteerd paternalisme: het belang van de patiënt werd totaal overruled door wat de arts wilde. De paradigmaverschuiving van paternalisme naar autonomie voor de patiënt, die in de medische ethiek gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw plaatsvond, was mede ingegeven door de wens nooit meer tot een ontsporing te komen zoals de nazi-artsen die hadden getoond. Paternalisme als zodanig heeft dan ook een zeer negatieve connotatie gekregen, waarmee een pleidooi voor een bepaalde mate van paternalisme direct in een kwaad daglicht kan worden geplaatst.⁹ Dat het paternalistisch altruïsme uit de neoromantische traditie en het Ochtendgebed voor de arts van Maimonides daarmee óók in de vergetelheid raakten, is een ongewenst bijeffect. Bewustzijn hiervan zou een ‘curriculum enhancing’ effect van dit boek kunnen zijn. Uiteraard zijn autonomie en ‘informed consent’ voor patiënten van onschatbare waarde, maar een te eenzijdige focus hierop zou kunnen leiden tot onverschilligheid.¹⁰ Dit terwijl het artsen bij uitstek gegeven is zich te bekommeren om de zieke, afhankelijke medemens: op vaderlijke, of steeds vaker, moederlijke wijze.

Breder gezien is de lering die uit dit boek getrokken kan worden, dat ethiek verregaand vervormd kan worden door de omstandigheden. In elk geval voor de medische ethiek is dat ook hier, net als bij Chelouche, gebleken. Uiteraard kan uniformiteit in de medische ethiek nagestreefd worden, zodat alle artsen wereldwijd zich in principe aan dezelfde basisregels houden. Dit is een goed en noodzakelijk streven en helpt zeker om een barrière tegen algemeen als immoreel beschouwd handelen op te werpen, zo blijkt ook uit deze casestudy. Maar men dient de realiteitszin te behouden dat als de omstandigheden veranderen, de ethiek meeverandert. Van schuiven met wat praktische, heel concrete, minder belangrijke normen tot het overboord gooien van basale waarden: het kan en het gebeurt als de omstandigheden er aanleiding toe geven. Het besef van de pluriformiteit van ethiek noopt mij er ook toe mijn eigen verteltrant met een kritisch oog te beschouwen. Immers, ook mijn ethiek is ge- of vervormd door mijn tijd, cultuur, omgeving, kortom mijn omstandigheden. Bovendien heb ik onder mijn omstandigheden makkelijk praten: 'No moral judgement whatsoever is possible from conditions of safety on the behaviour of human beings in conditions of danger,' zo zei de Britse politieke filosoof Isaiah Berlin al terecht.¹¹ Vanuit de leunstoel veroordelen van handelingen van mensen in levensgevaar is ongepast. Maar laten we de uitnodiging van Stokvis, Koster en de andere getuigen wel aannemen en de discussie over ethiek blijven voeren.

SUMMARY

During the Second World War, did Dutch Jewish doctors manage to live up to the imperative 'remember you are a doctor'? This book starts with that question. After having studied the experiences of 534 Dutch Jewish physicians who lived and worked under German occupation, the answer is: no, they could not under all circumstances. Under the extreme circumstances of the Shoah, situations in which a doctor's profession lost its meaning did occur. However, for most of these 534 doctors, their duty to their profession remained an important guiding principle in their lives. Duties and privileges remained linked to their profession, though the nature of the individual doctor's duties and privileges could differ widely. For the first time in the historiography this study gives insight into the people the doctors were, their group and individual characteristics and their experiences and actions under exceptional circumstances.

SUMMARY

Before the German occupation being a doctor was of utmost importance to all Dutch medical practitioners. The medical profession was more than just a job: it was considered a calling. Being a doctor was to follow a noble tradition of virtuous and altruistic behaviour. Doctors were expected to ease the sorrows and burdens of their patients. Inherent to this was an element of paternalism. Furthermore, collegiality was seen as a natural characteristic of the

doctor's profession. As a group, physicians formed an elite, distinguished society. Whether a doctor was Jewish or non-Jewish, Catholic or Protestant, was considered of secondary importance. During the decades before the Second World War, Jewish physicians had gained a position of equality in the Dutch medical world. And outside that medical world, in general Dutch society, they could make a career and be quite successful. This was especially the case in Amsterdam, where approximately forty percent of doctors were Jewish. In the rest of the Netherlands Jewish physicians made up about 8 percent of all Dutch doctors and were well integrated into society.

The integration of Jewish physicians into general Dutch medical culture was not problematic because of the matching moral convictions of Jewish medical ethics on the one hand and non-Jewish 'neo-romantic' medical ethics on the other. Indeed, Jewish medical ethics, symbolised by Maimonides' Morning Prayer for the Physician, expressed the ideal of a doctor's typical paternalistic altruism, just as was stated by the professional Ethical Guidebook, published by the Dutch Medical Association (NMG). This consistency of Jewish and non-Jewish ethics made it possible for Jewish physicians to feel completely at ease in the world of Dutch medicine. The integration of Jewish colleagues in the Dutch medical world did not necessarily mean that they also lived fully assimilated. Various expressions of being bound to the Jewish background were possible. Religion, tradition, Zionism and anti-Semitism could each play a role in defining one's 'Jewishness'. Also 'racial awareness', then common terminology, could make them feel Jewish. However, in Dutch science there was doubt about the definition of 'race', especially in relation to the Jews. In the Netherlands, unlike in Germany, theories of racial hygiene and eugenics gained little popularity. But despite the fact that the great majority of the Dutch doctors rejected Nazi medicine and protested against discrimination of Jewish physicians in Germany, the rise of Nazi power in Germany still had its effects on Dutch medicine and Dutch Jewish physicians. Anti-Semitism and the fear of anti-Semitism grew in the thirties, after Hitler came to power in 1933 with the resulting influx of German Jewish refugees into Holland. This made the Dutch Jewish physicians inescapably aware of their own Jewish background. But still, before May 10th 1940, first and foremost they were (ordinary Dutch) doctors.

The German occupation of the Netherlands changed everything. Medical ethics were suddenly interpreted completely differently in various situations than ever before, sometimes in a manner which seemed bizarre from a pre-war point of view. After the Dutch defeat in May 1940, there were some panic-stricken Jewish doctors who fled or committed suicide, abandoning hearth

and home, their practices and their responsibilities towards their patients. Their fear overruled their professional duties and privileges. A relatively large percentage of the Jews who committed suicide in those early war days appear to have been doctors. Explanations could be that these eleven doctors had easy access to lethal medication and had often been in contact with German Jewish refugees, who had informed them thoroughly about the appalling situation of the Jews under Nazi rule. That might have made their fear even greater than that of others. Even though their measure was drastic and was in no way according to normal professional ethics, there was a lot of sympathy for these eleven colleagues. It seems that there was a general consensus amongst doctors that the old rules didn't apply anymore. Nevertheless, most of the Jewish doctors did try to continue to live according to the professional standards they had internalised, even though they were soon robbed of their status as ordinary Dutch doctors by the subsequent discriminating measures which were taken against them. In the first year of the occupation they were excluded from Dutch medicine by a prohibition for Jews to work in the civil service and because they were forbidden to treat non-Jewish patients. The effects were obvious: practically, financially and morally. To cite Jewish psychiatrist Berthold Stokvis: the Jewish doctors were degraded to 'patient attendants'. At the same time, the Dutch medical profession as a whole -notwithstanding their average anti-Nazi sentiments and lack (but not complete absence) of anti-Semitism-appeared incapable of keeping their Jewish colleagues on board. The medical establishment showed indecisiveness in the case of the exclusion of the Jewish colleagues, while at the same time the imposed nazification of Dutch medicine was fought tooth and nail and a medical resistance movement called 'Medisch Contact' was formed. Jewish doctors were, for safety reasons, advised not to participate in the resistance activities. This resulted in isolation of the Jewish doctors, who could only work for Jewish patients without the collegial support they had been used to. This meant that professional habits and traditional demeanours they had once taken for granted now were not as solid anymore. They were on their own. They lived in a sort of Jewish 'state within a state', albeit one without any real sovereignty.

In February 1941 the Jewish Council was appointed by the German authorities to lead the excluded Jewish community. Via this institution the occupying powers could indirectly make the Jews obey the anti-Jewish measures. Moreover, the Nazi rulers made sure that great fear existed among the Dutch Jews, by arresting many of them at random at an early stage of the occupation. These Jews were sent to death camps such as Mauthausen and Buchenwald, where they quickly perished. Death notices reached their families and the rest of the

terrified Jewish community. Jewish doctors were captured in these early raids, for example the one in Twente in September 1941. According to testimonies of these arrests they often responded in a traditional doctor's manner: with a feeling of responsibility towards patients and with a certain trust that they – since they were doctors- would be treated with respect. At the same time, others were more suspicious and saw enough reason now to leave everything behind, including their doctor's obligation and relative privilege. For many of them leaving their practices behind had become easier, because they had already lost their gentile patients, who had made up the majority of their work. However, most doctors stayed on their positions and continued their work. They tried to preserve normality by, for example, initiating a medical course for Jewish physicians. This attempt at preserving normality can in itself be viewed as a form of resistance. The Jewish Council facilitated this, and other, attempts to proceed with life as normally as possible. However, normality under the flag of the Jewish Council was not entirely straightforward. Everything performed in name of the Jewish Council was charged with political implications: was it acceptable to work for an institution created by the occupying authorities? Wouldn't that be collaboration, even if one tried to -as the Jewish Council called it- 'cooperate whilst opposing'? That question became extra poignant for the Jewish doctors in the beginning of 1942, when they were asked to perform medical examinations for Jewish labour camps in the North and East of the Netherlands. These examinations would benefit the occupier's purpose and were therefore politically fraught. Examples are known of doctors who refused to perform them. Some of them individually, after having had bad experiences during examinations in Amsterdam, others collectively, like a group of Jewish doctors in Groningen. Many others did perform the examinations, but found ways to legitimise their behaviour. They left their pre-war medical ethical obligation of objectivity and started to sabotage the examinations. They aimed to help as many patients as possible, if needed with all sorts of fake diagnoses and feigned diseases. Even though a couple of doctors were known to object to this and to stick to their pre-war medical ethical standards, the large majority of the doctors turned to this – under normal circumstances bizarre – practice. And they kept doing this when the Dutch Jewish population entered the next stage of the German occupation, mid 1942: large scale deportation. Doctors became even more creative in this phase, arranging fake sick beds and fine-tuning their false medical declarations to show their patients were too ill to be deported. Practicing medicine suddenly became a means of helping people escape from the feared deportations. This goal was of the utmost importance to the medical practitioners and led to them setting aside previously unquestioned medical

ethical principles. One can address this as a more teleological (valuing the result, the goal of an act) than deontological (valuing the act itself) approach to medical ethics.

Medicine could provide Jewish patients with an escape from the deportations, but also started to become a form of protection for the doctors themselves. In the first six months of the deportations at least 54 Jewish doctors were arrested, which proves that being a doctor was no guarantee of being safe. But, being a doctor did serve as a method to be safer than average. Doctors working for the Jewish Council or as volunteers in transit camp Westerbork did enjoy a certain protection. For this protection they did have to make the political concession of working for the Jewish Council, but on the other hand it also gave them the opportunity to help others as true doctors. Physicians who were puzzled by this tangle of moral problems tried to escape abroad (in total 43 doctors fled the country) or in death: by committing suicide. There was a second wave of suicides in this period. At least five Jewish doctors were victims of suicide after the deportations started, but those who stayed behind were also confronted with the issue of suicides. The issue of suicide led to another medical ethical dilemma: should doctors try and save these people if they could, as their old professional conviction would have been, or should they leave these people alone because suicide was preferable to a worse fate in one of the concentration camps? Every Jewish doctor faced with this dilemma must have had an internal struggle. The Amsterdam Jewish Psychiatric Society looked deeper into the matter and concluded that circumstances had changed the way suicide should be dealt with. In this extreme situation, suicide was an understandable reaction often performed by mentally competent and healthy individuals and families. Not everybody who attempted to commit suicide really wanted to die though. Some of these attempts were directed at gaining admission to one of the hospitals. Where being ill had already become desirable because of its protective value, being admitted to hospital was considered to be even more attractive as a safer strategy yet.

The Germans had promised they would not deport hospital patients. As a result, hospitals became, instead of being places where you would rather not be, extremely popular. The numbers of people admitted to the Jewish hospitals rose enormously in the second half of 1942. Pseudo-patients and pseudo-personnel were taken in, not without risk to the hospital staff. The directors of the hospitals, in particular, put themselves at risk with this generosity. Medical specialists in the hospitals added another type of medical sabotage by performing fake operations on healthy 'patients'. Again, the original medical ethics – the principle 'first do no harm' – was set aside for a higher goal: mak-

ing people unfit for deportation. Again: a shift from a deontological medical ethical approach to a teleological one. However, where the concrete norms of the old ethics were overruled by circumstantial pressures, the overarching value of working in the interest of the individual patient was held utmost. The directors of the hospitals acted according to what they saw as their duty as leading physicians of their institutions. They had incorporated their medical obligation to take care of their patients so profoundly, that they didn't leave them until the bitter end: the round-ups in the hospitals. Jacques Lobstein, director of the first Jewish hospital to be violently emptied by the Germans, mental institution 'Het Apeldoornsche Bosch', set the example. Like him, also the other directors stayed, rather heroically, 'as captains on their sinking ships'.

The raid in 'het Apeldoornsche Bosch', January 21st 1943, formed a watershed: from that moment onwards people were convinced that even the sick and the hospital patients would not be safe anymore. Moreover, this gave a terrifying insight in the purpose of deportation. Whereas beforehand one could have believed Nazi propaganda that deportation meant being sent to a labour camp in Eastern Europe, now that frail and sick people were being deported this explanation was less credible. The belief that these obviously unfit 'labourers' would be murdered became widespread. Under these circumstances, the large majority of the doctors, Jewish and non-Jewish, decided that they could not take part in a new issue occurring mid 1943: the sterilisations of Jews in a 'mixed marriage'. Even though some physicians did see a beneficial role for medical sabotage, most doctors decided to stay far away from any involvement whatsoever. Meanwhile, the extent of the disaster that was taking place became more and more evident. Not only had the patients and pseudo-patients lost their last refuge in medicine, the doctors themselves also felt increasingly vulnerable. It became apparent that all so called 'Sperres', categories of exception, would be dismantled in the end, also the 'Sperré' of being a doctor. Doctors had lost most of their Jewish patients now, and with them their practical, financial and mental resources to remain proper doctors. They too were arrested on an ever increasing scale. Since they were fairly well informed through their contacts with colleagues and patients they might have felt the threat even more than others. Anyhow, it is clear that they were also in a better position than others to find ways to escape and they pursued legal means of escape at first and later resorted to illegal means. At least 125 Jewish doctors applied for the 'Barneveld-list', the list of protégés created by two government functionaries. Head inspector of health, C. Banning, who had previously cooperated in excluding the Jewish doctors from their collegial embedding, now showed a different attitude and did his utmost to save as many Jewish doctors as possi-

ble. It worked out for forty-four of them. These physicians were placed in an abandoned castle in rural Barneveld and lived a relatively peaceful and quiet life until this last bastion was raided on September 29, 1943 and its inhabitants were sent to transit camp Westerbork.

On this day the Netherlands was officially declared 'Judenrein', free of Jews. It meant that no Jew could live in freedom in the Netherlands. Nevertheless, there were some exceptions and among those exceptions were some doctors. At least 21 Jewish doctors were officially declared non-Jewish by the Calmeyer-procedure, named after the responsible German official. This is a relatively large number. There were also 19 doctors in the group of originally Portuguese Jews who enjoyed protection until February 1944. Nearly 100 Jewish doctors, a relatively large number too, were protected by their mixed marriage, but their position was a vulnerable one. Very rarely a Jewish doctor was considered to be so important to medical science that he was spared from deportation by the German authorities. These individuals lived in a desolate Amsterdam, longing for the Allied liberation. All others who were not already deported were living in hiding, sometimes with gentile patients or colleagues. Going into hiding was not an attractive proposition though; it meant an insecure future, an existence characterised by fear of discovery, dependence on others, intellectual isolation and boredom. Yet, a relatively large estimated percentage of 28% of Jewish doctors eventually went into hiding. Even then, some of them were able to continue to find meaning in their medical profession by treating patients incognito, reading medical literature or teaching others. Some doctors were involved in resistance movements.

Doctors seem to have been relatively good at finding some form of protection, since 'only' 253 of the 534 Jewish physicians were eventually deported; some after resistance or periods in hiding, some while obeying the German orders and some because they were convinced they should use their medical skills in the interest of the other detainees in the camps. Indeed, in terms of taking care of others, doctors could still do something with their profession in the concentration camps. In the Dutch camps of Amersfoort and Vught this was possible, but was much more difficult than in Westerbork, where there was excellent medical care. Doctors there tried to maintain a sort of normality in their extensive hospital barracks and outpatient clinics. Even so, the so called 'Medicina Westerborkiana' could not be entirely normal. There was the constant threat of further deportation to the East that again led to situations that were bizarre from a medical ethical viewpoint. Medical sabotage in all its varieties was performed here to save individuals from the deportation train. The direct result, however, was that someone else had to go in their place since the

overall number of deportees had to remain the same. Doctors were therefore placed in a position of choosing between people. It was not easy for the doctors to deal with that kind of 'power'. Some decided to stay far removed from making choices like that. Others understandably yielded to the temptation to rescue their friends, family members and loved ones. One way to remain upright mentally and ethically was by maintaining normality, for example doing medical scientific research. The camp of Westerbork, bizarrely, was one of the few places in Holland where medical scientists experimented with the newly found drug penicillin. With the hospital transport of February 8 1944 however, most of the infrastructure and staff of the 'Medicina Westerborkiana' disappeared. The doctors faced their fate in the East with great fear, although doctors who were deported had somewhat better chances of survival than the average Dutch Jew. One in three deported doctors survived the concentration camps, as opposed to one in twenty-two in general. So, also for that reason, being a doctor could still be very meaningful, even in the camps.

In conclusion, one could say that this period of history illustrates the fact that medical ethics are malleable by circumstances, sometimes leading to (on the face of it) bizarre practices, but in the interests of altruistic and moral behaviour. This attempt to behave according to medical ethical principles under extreme and very difficult circumstances is inspiring to current generations of medical practitioners.