

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

EMPIRISME IN DE THERAPIE.

Voor bezwaren al of niet gegrond, vaak ook in het *N. T. v. G.* (o.a. bladz. 1588 en bladz. 1591, dezen jaargang) geuit, over het aanbevelen van onvoldoend gefundeerde geneesmethodes, mogen de volgende theoretische algemeene beschouwingen in overweging worden genomen.

Daar KANT zegt, dat onze kennis bestaat uit een synthese van rationalisme en empirisme, uit datgene wat onze verstandelijke gedachtenconstructies opleveren, en uit dat wat de waarneming leert, is het misschien niet van belang ontbloot, deze gebieden van ons kenvermogen ieder afzonderlijk nader te bezien.

De vraag of het rationalisme of het empirisme primair zou zijn, is een oud filosofisch strijdpunt, doch algemeen (KANT, SCHOPENHAUER, BECHER, ERWIN STRAUSS) wordt toch wel aangenomen, dat voor de physica, chemie, astronomie, biologie, en ook voor de geneeskundige therapie onze kennis wordt ontleend aan de ratio en aan de empirie (voor de therapie bestaande uit een opgave van volgens een bepaalde geneesmethode behandelde reeks patiënten), beide.

Het eerste gebied onzer kennis nu, onze theoretische gedachtenconstructies, is in het algemeen door een langdurige wetenschappelijke opleiding en door veel ervaring op geneeskundig gebied voldoende zeker, hierin komen niet zoovele vergissingen voor. Dit kan echter van het empirische gedeelte der medisch-therapeutische kennis niet worden gezegd; een goed doorgevoerd empirisme zou namelijk reeds alle onwerkzame medicamenten moeten doen uitvallen. Wij hebben er nog vele, dus het empirisme heeft gedeeltelijk gefaald.

Het empirisme nu heeft daarom niet voldaan, omdat de voorwaarden, waaraan het heeft te voldoen bij mijn weten nergens geformuleerd zijn. Welke eischen kan men aan de waarneming stellen? Een middel moet o.a. voldoende zijn onderzocht.

Reeds dadelijk is het duidelijk, dat men in sommige situaties het aantal genezingen, dat aangevoerd moet worden om een therapeuticum te kunnen aanbevelen, kan bepalen. Stel voor men heeft te doen met een ziekte met een mortaliteit van 100 pCt. (pernicieuse anaemie komt hier dicht bij). *Eén enkel* goed vastgesteld genezingsgeval geeft dan reeds het recht een middel aan te bevelen.

Bij een zeker percentage mortaliteit zal men in zijn bewijsmateriaal minimaal zooveel gevallen moeten aanhalen, als het minimum aantal gevallen, waarop de statistiek is gebaseerd, bedraagt. De letale gevallen kunnen namelijk onregelmatig verspreid liggen, men kan dus niet zeggen bij 20 pCt. letaliteit op 5 gevallen geen sterfgeval of op 10 gevallen *een* sterfgeval, mijn middel is goed; neen, het aantal van de statistiek is noodig. Iets dergelijks geldt ook voor morbiditeit, ziekte duur enz., doch hier worden de verhoudingen veel ingewikkelder. Ik meen, dat het gemiddelde van een ziektebeloop, zoo mogelijk in cijfers uitgedrukt, moet worden opgesteld en daarnaast dat van overeenkomstige reeksen van behandelde patiënten, en dat dan kritisch moet worden vergeleken.

Daar in de pathologie veel ordening bestaat zou deze voor het empirische gedeelte van de therapie theoretisch ook moeten kunnen gevonden worden. Misschien zijn er regels op te stellen, waaraan bij aanbeveling van een nieuwe geneesmethode de gewoonlijk aangehaalde waarnemingen aan patiënten (ook wat het aantal betreft) minimaal behooren te voldoen, om op deze wijze aan een op dit gebied meermalen heerschende onvolledigheid zooveel mogelijk tegemoet te komen.

Amsterdam.

A. DEN HERDER.

DE ATTESTEN IN DE „ONDERLINGE”.

Het rondschrjven van het Bestuur der Onderlinge Verzekeringsmaatschappij van Geneeskundigen ter verdediging van zijn opvatting, dat verklaringen, in te

leveren door den zieken collega en eventueel af te geven door den behandelenden collega bepaald gewenscht zijn, geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen.

1. „In verband met een moeilijkheid bij een uitkeering wegens invaliditeit voorgekomen, welke moeilijkheid haar oorsprong vond in de weigering door den behandelenden arts, een verklaring van invaliditeit af te geven....”

Zoo begint het Bestuur.

M.i. wijst het op een bepaald afkeurenswaardigen toestand, dat het bestaan van zulke moeilijkheden kan afhangen van het al of niet inleveren van attesten door den *behandelenden* dokter.

2. De verhouding tusschen behandelenden arts A. en behandelenden arts B. kan natuurlijk *wel* vertroebeld worden door attestquaesties. Even goed als de inhoud van het attest vertroebeld kan worden door die verhouding. Men bedenke, dat ook medici ziek kunnen zijn tengevolge van potatorium, en zoo voort. En dat B. voor zijn financieele belangen een attest kan wenschen, dat A. eigenlijk niet uit volle overtuiging kan geven. Men stelle zich verder maar eens voor, dat A. een specialist is, die geregeld patiënten door huisarts B. krijgt toegezonden. Zoo zijn er meer intercollegiale verhoudingen denkbaar!

Degene, van wien een attest verwacht wordt, moet *geheel vrij* zijn in zijn conclusies.

3. M.i. is een behoorlijk geregelde contrôle ook voor een onderlinge verzekering van geneeskundigen geboden. Indien — gelijk het Bestuur betoogt — zulks nadeelig uitkomt voor collegae, die zich *niet houden* aan het reglement, moeten die maar de dupe van hun slordigheid worden. Is inderdaad het reglement te streng of te formalistisch voor *de meerderheid* der verzekerden, dan kan daarin op vele manieren door reglementswijziging worden voorzien.

Het betrachten van „soepelheid” door een commissaris bij reglementsovertreding (zoodat men zegt „dat loopt wel bij de Onderlinge”) lijkt mij bij een onderlinge verzekeringsmaatschappij wel de slechtste manier van beheer. Waar is op deze wijze de grens en waar blijft de objectieve billijkheid tegenover allen?

4. Het referendum is niet juist geformuleerd. De Onderlinge kan niemand verbieden, een attest af te geven. Wat wel kan is, dat de Onderlinge geen *beslissingen* neemt op grond van een attest van den behandelenden arts. Of een neutrale arts, wiens verklaring van kracht is, voorlichting krijgt — met medeweten van den patiënt — van den behandelenden arts, is een geheel andere quaestie. Maar deze voorlichting moet in het verzekeringsstelsel iets facultatiefs zijn, zooals in het algemeen attesten, die de verzekerde zelf inlevert.

Arnhem, 6 Mei 1937.

J. G. SCHNITZLER.

MIDDENSTANDSZIEKTEVERZEKERING.

Met dank aan collega SAUER voor de aandacht, die hij aan ons ontwerp voor een Middenstandsziekteverzekering blijkbaar gewijd heeft, veroorloof ik mij toch een bedenking tegen zijn onhoffelijk advies aan de afdelingen om dit ontwerp nu maar categorisch af te wijzen. We hebben ons beschikbaar gesteld om het in de afdelingen toe te lichten. Een uitnodiging om dit ook in Dordrecht te doen en daar dan onze verdediging aan te hooren, had mijns inziens juister geweest.

Over het technische gedeelte zal mr. HAGE in het volgende nummer van dit *Tijdschrift* de noodige toelichting geven.

In het algemeen dunkt mij, dat ons ontwerp toch vrijwel voldoet aan de eischen, die ook collega SAUER stelt.

Het voornaamste verschil met andere soortgelijke verzekeringen is wel, dat bij de onze de meeste aandacht gegeven is aan het effenen van de hoogere en hooge toppen, die ten slotte toch alleen drukkend zijn, en aan de omstandigheid, dat bij een ziekteverzekering iedereen moet krijgen wat hem toekomt. En dit geldt nu wel niet in de eerste plaats, maar toch ook voor den behandelenden medicus. Bij de bestaande partieele verzekeringen is het gewoonlijk de arts, die de dupe wordt, in zooverre, dat de arts vaak moet derven wat de verzekering niet vergoedt.

Een uitvoeriger uiteenzetting over de principieele vragen zal ik me nu maar