

Hoofdstuk 3

Voortgang en verandering: de periode 1920-1966

Joost van Genabeek

1 Inleiding

Sinds de invoering van de Ongevallenwet 1901 had de claimbeoordeling een min of meer vaste vorm gekregen. De beoordelaars wisten hoe zij de meeste claims moesten beoordelen en konden bij twijfel terugvallen op de omvangrijke jurisprudentie die in de loop van de jaren was ontstaan. De invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en de wijziging van de Ongevallenwet in 1921 leidden ertoe dat deze geleidelijk tot stand gekomen werkwijze niet meer voldeed. Beoordelaars dienden voortaan rekening te houden met nieuwe criteria, die bovendien in een aantal opzichten fundamenteel afweken van de oude. Daarbij kregen zij te maken met een andere opzet van de uitvoeringsorganisatie. Naast de Rijksverzekeringsbank verkregen namelijk ook de Raden van Arbeid en de erkende fabrieksartsen een rol in de uitvoering van de claimbeoordeling.

In dit hoofdstuk gaan wij na welke veranderingen voortsproten uit de wijzigingen in de wetgeving. Hoe voerden beoordelaars de claimbeoordeling in deze periode uit? Hoe gingen zij om met de nieuwe criteria die voortkwamen uit de nieuwe en de gewijzigde wetgeving? Hoe keken zij aan tegen de organisatorische veranderingen ten aanzien van de claimbeoordeling? Wij richten ons op de periode vanaf de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en de gewijzigde Ongevallenwet in 1921 tot aan de vervanging van deze wetten door de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967. De tussenliggende periode, die de jaren 1920 tot en met 1966 bestrijkt, kunnen wij typeren als een fase van voortgang en verandering.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst komt in de navolgende paragraaf de Invaliditeitswet van 1919 aan de orde. Wij behandelen de totstandkoming van deze wet en de voor de claimbeoordeling relevante wetsbepalingen. Vervolgens brengen wij in paragraaf 3 de belangrijkste kenmerken van de Ongevallenwet van 1921 in kaart, alsmede de wijzigingen van deze wet in de daaropvolgende jaren. We gaan na welke oude criteria uit de Ongevallenwet 1901 bleven bestaan, en welke nieuwe criteria daaraan werden toegevoegd. In paragraaf 4 bespreken wij de organisatie van de uitvoering. Hoe werd de uitvoering georganiseerd, hoe keken betrokkenen daar tegen aan, en hoe verliep het proces van de claimbeoordeling? Paragrafen 5 en 6 gaan nader in op de wijze waarop claims in de praktijk werden beoordeeld volgens respectievelijk de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921. Op welke issues stuiten de beoordelaars en hoe gingen zij daarmee om? De zevende paragraaf verhaalt van de ontwikkeling van de claimbeoordeling als vak. In deze paragraaf staan wij stil bij de nieuwe methoden die ten behoeve van de claimbeoordeling werden ontwikkeld, de

verenigingen, de congressen en de tijdschriften, alsmede de wetenschappelijke beoefening van de verzekeringsgeneeskunde. Tot slot zullen wij in de conclusie (paragraaf 8) de belangrijkste ontwikkelingen in de claimbeoordeling in de periode 1920-1966 volgen en verklaren.

2 Invaliditeitswet 1919

2.1 Aanloop naar de Invaliditeitswet 1919

De Invaliditeitswet van 1919 verplichtte werknemers zich te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit en ouderdom. De voorgeschiedenis van deze wet gaat terug tot 1885. In dat jaar hield de voorzitter van de Algemene Nederlandsche Werkliedenvereniging, B.W. Held, een pleidooi in de Tweede Kamer voor het van staatswege ondersteunen van werknemers bij het deelnemen aan een particuliere pensioenregeling.¹ Hoewel zijn pleidooi niet meteen weerklink vond, vormde het wel het startsein voor een langdurig politiek debat over de noodzaak van een wettelijke ouderdomsvoorziening. Al snel tekenden zich bij dit debat twee kampen af.² Het ene kamp, samengesteld uit links-liberalen en sociaal-democraten, pleitte voor een door de overheid te bekostigen staatspensioen. Het andere kamp, bestaande uit antirevolutionairen, katholieken en conservatief liberalen, was voorstander van een verplichte ouderdoms- en invaliditeitsverzekering, waarvan de kosten voor het grootste deel zouden moeten worden gedragen door de deelnemers zelf.³ Later zou ook de CHU bij dit laatste kamp aansluiten.

Het laatste kamp trok aan het kortste eind. Nadat een voorstel voor een verplichte verzekering uit 1905 van de antirevolutionair Kuyper en een voorstel voor een ouderdomsverzekering met staatsbijdrage uit 1907 van de Vrijzinnig democraat Veegens op niets waren uitgelopen, leek Minister Talma in 1911 meer succes te hebben. Talma stelde een wettelijke werknemersverzekering voor die een uitkering zou garanderen zowel bij invaliditeit als bij ouderdom (70 jaar en ouder). Bovendien zouden nagelaten kinderen jonger dan 13 jaar recht krijgen op een wezenuitkering.

Talma koos principieel voor een werknemersverzekering en niet voor een staatspensioen. Door de industrialisatie en de daarmee gepaard gaande lossere arbeidsverhoudingen was het volgens hem de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat het rechtsbesef bij de burgers in stand bleef. De arbeidsovereenkomst tussen een werkgever en een werknemer beschouwde hij als de rechtsgrond voor de verplichte verzekering. De staat moest ervoor zorgen dat de sociale bescherming die vanouds als

1 *Handelingen der Staten Generaal*, Tweede Kamer, zittingsjaar 1885-1886, 47ste vergadering, 15 december 1885, 801.

2 Minister Lely had in 1901 nog een tussenvorm gepresenteerd. Dit voorstel ging uit van een verplichte verzekering tegen ouderdom en invaliditeit voor zowel werknemers beneden de inkomensgrens van fl 1.200 per jaar als niet-loontrekkenden beneden de aanslaggrens in de bedrijfsbelasting. Van het voorstel is niets terechtgekomen.

3 Hertogh, *Het Debat Staatspensioen 1870-1930*, 39-44; 47-52; Hertogh, 'Geene wet, maar de Heer!', 58-62.

vanzelfsprekend uit de arbeidsovereenkomst voortvloeiende, nu door de overheid werd gesanctioneerd. Deze sociale bescherming reikte volgens Talma verder dan de risico's die verbonden waren aan het uitoefenen van werkzaamheden binnen een bedrijf (het zogenaamde 'risque professionnel'). Als grondslag voor de nieuwe verzekering koos Talma dan ook bewust voor het algemene risico op invaliditeit, ook wel aangeduid met het sociale risico of 'risque social'.⁴ Hiermee week de werknemersverzekering af van de reeds bestaande Ongevallenwet, die uitging van het beginsel van het 'risque professionnel'.⁵

Volgens Talma diende de uitkering of rente van de verzekering te worden opgevat als uitgesteld loon. Het loon van de werknemer behoorde niet alleen toereikend te zijn om in normale tijden in de behoefte van hem en zijn gezin te voorzien, maar het moest ook tot zijn onderhoud kunnen strekken, wanneer hij door invaliditeit of ouderdom niet in staat was te werken. De bijdrage van de overheid kon naar de mening van Talma beperkt worden tot een tijdelijke subsidie om de oudere werknemers in de gelegenheid te stellen zich in de verzekering in te kopen.⁶

Hoewel het wetsvoorstel op massaal verzet stuitte, slaagde Talma er door voorzichtig manoeuvreren in om steun te krijgen van een meerderheid van de Tweede en Eerste Kamer. Op 5 juni 1913 verscheen de Invaliditeitswet in het staatsblad. Het zou echter tot 1919 duren alvorens de wet in werking zou treden; in een gewijzigde vorm. Deze vertraging was het gevolg van de poging van Talma's opvolger Treub om in 1916 alsnog een staatspensioen in te voeren. Nadat Treub's wetsvoorstel in 1918 in de Eerste Kamer was gestrand, haalde de kort daarop aangetreden katholieke Minister Aalberse het wetsvoorstel van Talma weer tevoorschijn. Aalberse bracht enkele wijzigingen in het wetsontwerp van Talma aan en diende het vervolgens in bij de Tweede Kamer. De belangrijkste veranderingen waren:

- verlaging van de pensioengerechtigde leeftijd van 70 naar 65 jaar;
- invoering van een weduwerente naast een wezenrente;
- de premies voor de invaliditeitsverzekering voor rekening brengen van de werkgevers;
- invoering van een vrijwillige ouderdomsverzekering voor kleine zelfstandigen.

Het wetsontwerp van Aalberse werd zonder horten en stoten door de Eerste en de Tweede Kamer aangenomen en trad op 3 december 1919 in werking.⁷

2.2 Kenmerken Invaliditeitswet 1919

Het hoofddoel van de Invaliditeitswet 1919 was om werknemers in geval van invaliditeit en ouderdom een uitkering te garanderen door hen te verplichten zich te verzekeren. Een belangrijk nevendoeel daarbij was het voorkomen en tegengaan van inva-

4 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 8-9.

5 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 3-4.

6 Zie Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 8-12.

7 Hertogh, 'Geene wet, maar de Heer!', 72-73.

liditeit door het nemen van maatregelen van sociaalhygiënische aard. Om die reden regelde de Invaliditeitswet naast rentes in geval van invaliditeit, ouderdom en overlijden, ook geneeskundige behandeling en verpleging voor werknemers die invalide dreigden te worden.

Wie was er verzekerd?

De Invaliditeitswet verzekerde alle werknemers tegen de gevolgen van ouderdom en invaliditeit. Het ging hierbij niet alleen om werknemers met een vast dienstverband. Ook losse werklieden en werknemers die niet in een onderneming werkzaam waren (zoals dienstboden) waren verplicht verzekerd. Juridisch was sprake van een werknemer in de zin van de wet als er sprake was van een arbeidsovereenkomst, aanneming van werk, het in loondienst uitvoeren van werkzaamheden, of het uitoefenen van een dienst.⁸ De Invaliditeitswet sloot evenwel een aantal groepen van deelname uit⁹:

- werknemers die meer dan f 1.200,- per jaar verdienden (in 1921 werd deze grens verhoogd naar f 3.000,- en in 1929 weer teruggebracht naar f 2.000,-);¹⁰
- werknemers jonger dan 13 jaar;
- werknemers die arbeid verrichtten en woonachtig waren buiten Nederland (schippers en schepelingen die regelmatig naar Nederland terugkeerden waren wel volgens de Invaliditeitswet verplicht verzekerd);
- personen in militaire dienst;
- werknemers die al via deelname aan een bedrijfspensioenfonds verplicht verzekerd waren tegen de gevolgen van ouderdom en invaliditeit, zoals ambtenaren en spoorwegbeambten;
- werknemers die reeds voor de inwerkingtreding van de wet invalide waren;
- vreemdelingen van wie het zo goed als zeker was dat zij geen belang hadden bij de verzekering, zoals rondtrekkende beroepsbeoefenaren en seizoensarbeiders.

Het was aan de Raden van Arbeid om te beslissen of een persoon verzekeringsplichtig was in gevolge de Invaliditeitswet 1919.

Kort na de invoering van de Invaliditeitswet bedroeg het aantal verzekerden ongeveer 1,6 miljoen, hetgeen neerkwam op bijna zestig procent van de beroepsbevolking.¹¹ In de loop van de jaren twintig nam dit percentage geleidelijk toe.

Waarvoor was men verzekerd?

De Invaliditeitswet gaf aan de verzekerde bij ouderdom en invaliditeit recht op een rente. Bovendien kwamen in het geval van overlijden van de verzekerde diens echtgenote en kinderen in aanmerking voor een weduwe- c.q. wezenrente. De opname van een ouderdomsverzekering in de Invaliditeitswet was gebaseerd op de veronderstel-

8 Groeneveld, Stenberg, *De Invaliditeitswet*, 12-16.

9 a.w., 16-20.

10 Het gemiddelde jaarinkomen in de nijverheid bedroeg in 1925 circa fl 1,350,- (CBS, Vijfennegentig jaren, 51 (kolom 66).

11 CBS, Vijfennegentig jaren, 44 (kolom 1); Van der Does, *De Economische Betekenis der Sociale Verzekering*, 226.

ling dat de verzekerde bij het behalen van een hoge leeftijd zijn arbeidskracht grotendeels had verloren. Bij mensen van 65 jaar en ouder werd derhalve zonder medisch bewijs aangenomen dat zij arbeidsongeschikt waren en daarmee in aanmerking kwamen voor een rente.¹²

Was de invaliditeit voor de 65-jarige leeftijd ontstaan, dan diende wel een medisch bewijs te worden geleverd. In artikel 72 van de Invaliditeitswet was een definitie van invaliditeit opgenomen, die ontleend was aan de Duitse 'Reichsversicherungsverordnung' (RVO) uit 1911.¹³ Volgens deze definitie was sprake van invaliditeit als de verzekerde niet in staat was arbeid te verrichten die met zijn krachten en bekwaamheden overeenkwam. Bewezen moest worden dat de verzekerde niet meer dan eenderde van het loon kon verwerven dat gezonde personen met dezelfde scholing en ervaring op dezelfde werkplaats verdienden.¹⁴ Hiermee was niet zozeer het vermogen om arbeid te verrichten het criterium voor invaliditeit (zoals in de Ongevallenwet), maar de mogelijkheid om inkomen te verwerven (de verdien capaciteit; in het Duits aangeduid met 'Erwerbsfähigkeit').

De wetgever had voor dit criterium gekozen om de zogenaamde beroepsinvaliditeit uit te sluiten. Een werknemer die door ziekte of gebreken zijn beroep niet langer kon uitoefenen, maar wel in staat was inkomen te verwerven uit andersoortige arbeid, had in principe geen recht op een invaliditeitsrente. Van hem werd verwacht dat hij een ander beroep ging uitoefenen. Dit andere beroep moest dan wel in enige mate overeenkomen met de opleiding en ontwikkeling van de verzekerde. Zo zou een monteur die niet meer in staat was zijn beroep uit te oefenen, maar bijvoorbeeld wel als tuinman aan de slag kon, toch recht hebben op een invaliditeitsrente.¹⁵ Opmerkelijk is dat de wetgever dit criterium niet nader invulde, en zodoende de uitvoering opscheepte met de vraag hoe aan het verschil tussen arbeidsvermogen en verdienvermogen vormgegeven moest worden.

De Invaliditeitswet maakte onderscheid tussen blijvende en tijdelijke invaliditeit (artikel 71). De verzekerde had per onmiddellijk recht op een rente als het zich liet aanzien dat hij voorgoed invalide zou blijven. Was blijvende invaliditeit niet vast te stellen, dan moest de invaliditeit een half jaar hebben geduurd voordat de verzekerde aanspraak maakte op een rente. Het recht op een invaliditeitsrente verviel als de verzekerde de invaliditeit opzettelijk had veroorzaakt, of als de invaliditeit in verband stond met het plegen van een misdaad.¹⁶

De vergoedingen

De Invaliditeitswet kende drie soorten vergoedingen toe: een ouderdoms- en invaliditeitsrente, een weduwe- en wezenrente, en geneeskundige behandeling.

12 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 23.

13 a.w., 26.

14 a.w., 25-26; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 81-82.

15 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 26.

16 a.w., 27; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 82.

A. Invaliditeits- en ouderdomsrente

De hoogte van de invaliditeits- en ouderdomsrente hing af van de betaalde premies en de duur van de verzekering. Bij de berekening van de rente maakte men onderscheid tussen de grondslag en de verhoging. De grondslag van de rente werd berekend door de betaalde premies te vermenigvuldigen met 260 en de uitkomst daarvan te delen door het aantal weken dat de verzekering had geduurd. De verhoging bedroeg 11,2 procent van het totale bedrag aan afgedragen premies met een minimum van twintig procent van de grondslag.¹⁷

Ter verduidelijking van deze systematiek volgt hier een voorbeeld. Voor een werknemer was gedurende tien jaar een premie afgedragen van zestig cent per week over vijftig weken per jaar. In dit geval was de grondslag $260 \times (10 \text{ jaar} \times 50 \text{ weken} \times 60 \text{ cent}) : (10 \text{ jaar} \times 52 \text{ weken}) = f 150,-$. Het totale bedrag aan premies bedroeg $f 300,-$ ($10 \text{ jaar} \times 50 \text{ weken} \times 60 \text{ cent}$). De verhoging kwam derhalve uit op 11,2 procent van $f 300,- = f 33,60$. De jaarlijkse rente bedroeg in dit geval $f 150,- + f 33,60 = f 183,60$.

De renteverstrekking kon pas aanvangen als de verzekerde over ten minste 150 kalenderweken premie had betaald. Hierdoor kon de eerste invaliditeitsrente pas op haar vroegst drie jaar na het begin van de premiebetaling worden uitgekeerd. De verzekerden kon deze betaalperiode of wachttijd verkorten, door op een vroeger tijdstip aan het totaal verschuldigde premiebedrag te voldoen.

De gevolgde berekeningssystematiek droeg het risico van voortijdige renteaanvragen in zich (het zogenaamde 'herunterkleben'). Oudere werknemers werden geprikkeld om zo vroeg mogelijk een invaliditeitsrente aan te vragen omdat een aanvraag op hogere leeftijd kon resulteren in een lagere rente. Naarmate de jaren vorderden nam immers het risico toe dat zij door ziekte en werkloosheid minder regelmatig premies zouden kunnen afdragen en bovendien door de dalende verdiensten in een lagere loonklasse terecht kwamen. Het 'herunterkleben' probeerde de wetgever tegen te gaan door de afgedragen premies gedurende de laatste vijf jaren voorafgaand aan de aanvraag van de rente niet mee te tellen in de berekening van de jaarrente.¹⁸

De invaliditeitsrente kon pas ingaan als de verzekerde geen aanspraak meer maakte op ziekingeld volgens de Ziektewet; een wet die pas in 1930 in werking zou treden. Cumulatie van een invaliditeitsrente en het ziekingeld was daarmee uitgesloten. Bovendien was het niet toegestaan dat een verzekerde tegelijkertijd een invaliditeitsrente en een ouderdomsrente ontving, aangezien de ene uitkeringsvorm een variant op de andere was. Daarentegen was het wel mogelijk dat een werknemer tegelijkertijd een invaliditeitsrente en een ongevalrente trok. De wetgever stond deze cumulatie toe, teneinde te voorkomen dat de uitvoering van beide wetten te complex zou worden.¹⁹

17 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 28-29; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 88.

18 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 29-30.

19 a.w. 27, 31, 34.

B. Weduwe- en wezenrente

Wezen tot 14 jaar maakten aanspraak op een wezenrente als de overleden vader of moeder verzekeringsplichtig was geweest. De wezenrente werd aan alle kinderen tezamen uitgekeerd en bedroeg 6/5 deel van de grondslag van de invaliditeitsrente die aan de vader of moeder zou zijn uitgekeerd als deze nog had geleefd. Als de wezenrente lager was dan f 26,- per jaar dan kon een afkoopsom worden uitgekeerd. De wezenrente werd niet uitgekeerd als van overheidswege voor de opvoeding van de kinderen werd gezorgd.²⁰

Een weduwe van een verzekeringsplichtige werknemer maakte aanspraak op een weduwerente als zij blijvend invalide was of als zij de leeftijd van 60 jaar had bereikt. De weduwerente werd op dezelfde manier berekend als de wezenrente (6/5 deel van de grondslag van de invaliditeitsrente die aan de echtgenoot zou zijn uitgekeerd als deze nog had geleefd).²¹

C. Geneeskundige behandeling

Indien er mogelijkheden waren om de invaliditeit door een doelmatige geneeskundige behandeling of verpleging te voorkomen, kon op grond van artikel 99 en 100 van de Invaliditeitswet geneeskundige behandeling en verpleging worden verleend op kosten van het invaliditeitsfonds. In principe mocht de verzekerde niet verplicht worden om daaraan mee te werken. Alleen als de geneeskundige behandeling of verpleging noodzakelijk werden geacht voor het herstel van bestaande invaliditeit, kon de verzekerde op grond van artikel 105 van de Invaliditeitswet tot medewerking worden gedwongen. Weigerde de verzekerde desondanks, dan riskeerde hij intrekking van de invaliditeitsrente (artikel 107). Om de gevolgen van een opname in een ziekenhuis of een verpleeginrichting voor de overige gezinsleden te verzachten, kon aan de kinderen en aan de echtgenote een tijdelijke geldelijke ondersteuning verleend worden ter hoogte van de weduwe- en wezenrente (artikel 101).²²

De financiering

De renten en vergoedingen werden betaald door premieheffing. De hoogte van de premie hing af van de loonklasse waarin de verzekerde was ingedeeld. De Invaliditeitswet onderscheidde vijf loonklassen. In onderstaande tabel 3.1 wordt aangegeven welk jaarinkomen bij de verschillende loonklassen hoorde en hoe hoog de premie per loonklasse was.

20 a.w., 34-37; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 92-94.

21 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 36-37; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 91-92.

22 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 31-32; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 95-96.

Tabel 3.1: *Loonklassen en bijbehorend jaarinkomen en premiebedrag in 1919*²³

Loonklassen	Jaarlijks inkomen van de verzekerde werknemer	Premie per week
I	minder dan f 240,-	25 cent
II	tussen de f 240,- en f 400,-	30 cent
III	tussen de f 400,- en f 600,-	50 cent
IV	tussen de f 600,- en f 900,-	50 cent
V	tussen de f 900,- en f 1.200,-*	60 cent

* De bovengrens werd in 1921 verhoogd van f 1.200,- naar f 3.000,- en in 1929 weer verlaagd naar f 2.000,-.

De werkgevers waren verplicht de premies van de verzekerde werknemers af te dragen. De Invaliditeitswet maakte het mogelijk dat de werkgever de premie in zegels of in geld betaalde. Bij de betaling in zegels plakte de werkgever tegelijk met de loonbetaling een zegel op de rentekaart, die de werknemer aan hem voorlegde. Betaling in geld geschiedde door de premie rechtstreeks aan de Raad van Arbeid af te dragen. De Raad van Arbeid zorgde er dan vervolgens voor, dat de zegels op de rentekaart van de verzekerde terecht kwamen.²⁴

Naast de premieheffing droeg de overheid bij aan de kosten van de Invaliditeitswet. De bijdragen van de overheid waren nodig om achterstanden in de premiebetaling te compenseren van werknemers die bij het van kracht worden van de Invaliditeitswet ouder waren dan 16 jaar. Uitgangspunt van de Invaliditeitswet was namelijk dat de premiebetaling op het 16de levensjaar van de verzekerde begon. Bij het van kracht worden van de Invaliditeitswet waren echter de meeste verzekeringsplichtige werknemers ouder dan 16 jaar, waardoor zij te weinig premie hadden betaald om voor een volledige rente in aanmerking te komen. Omdat deze werknemers niet in staat werden geacht deze achterstanden in de premiebetaling zelf op te brengen, had de overheid ervoor gekozen om bij te springen. Buiten de compensatie van achtergebleven premiebetalingen, nam de overheid ook de volledige uitvoeringskosten van de Invaliditeitswet voor haar rekening.²⁵

De uitvoering

De uitvoering van de Invaliditeitswet 1919 was neergelegd bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. De Rijksverzekeringsbank was in 1902 opgericht om de Ongevallenwet 1901 uit te voeren (zie hoofdstuk 2). De Raden van Arbeid waren regionale uitvoeringsorganen die in 1913 door Minister Talma wettelijk waren geregeld in de Radenwet (staatsblad no. 203). Zij waren samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, en stonden onder leiding van een onafhankelijke, door de

23 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 40-42. De loonklassen werden voor het eerst vastgesteld bij Koninklijk Besluit van 21 november 1919 (staatsblad. no. 761).

24 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 43-46.

25 a.w., 38-39.

koningin benoemde voorzitter.²⁶ Kort na de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet in 1919 waren er 39 Raden van Arbeid actief. In de loop van de jaren is dit aantal teruggebracht tot 24.²⁷

De taakstelling van de Raden van Arbeid bij de uitvoering van de Invaliditeitswet had betrekking op het inschrijven van verzekeringplichtige werknemers, het uitreiken van rentekaarten, het controleren van de premiebetalingen en het uitoefenen van toezicht op de rentetrekken. De raden bereidden de besluiten over toekenning van rentes voor, door de claims te onderzoeken en daar waar nodig opdracht te geven voor geneeskundig onderzoek. Daarnaast hadden zij de bevoegdheid bij gesignaleerde overtredingen te korten op de rentes, of deze in te trekken, of boetes op te leggen aan werknemers en werkgevers. De reden om deze taken bij de Raden van Arbeid te leggen (en niet bij de Rijksverzekeringsbank) was dat zij dicht bij de verzekerden stonden en bijgevolg goed in staat waren om deze activiteiten uit te voeren.²⁸

De Rijksverzekeringsbank nam, op grond van de verslaglegging en rapportages van de Raden van Arbeid de uiteindelijke beslissing over de toekenning van de rente. Hiermee was de Rijksverzekeringsbank de facto verantwoordelijk voor de claimbeoordeling. Daarnaast droeg de Rijksverzekeringsbank zorg voor de verstrekking van de rentes via de postkantoren. Zij was bevoegd om op voorstel van de Raden van Arbeid genees- of heelkundige behandeling toe te kennen en de opname in een ziekenhuis, sanatorium of verpleeginrichting te regelen. Ten slotte was de Rijksverzekeringsbank risicodragend van de Invaliditeitswet 1919, hetgeen betekende dat zij het beheer voerde over het Invaliditeitsfonds en het Ouderdomsfonds.²⁹ Deze twee fondsen zijn in 1936 tot één gezamenlijk fonds samengevoegd.³⁰

Verzekerden konden tegen beslissingen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank in beroep gaan bij de Raden van Beroep. Het kon bij voorbeeld gaan om beslissingen over de verzekeringplicht, de premieheffing, het toekennen en intrekken van rentes en het vereffenen van de rentekaart. Tegen uitspraken van de Raden van Beroep kon beroep worden aangetekend bij de Centrale Raad van Beroep.³¹ Voor meer informatie over de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep verwijzen wij naar hoofdstuk 2.

3 De Ongevallenwet 1921

In 1921 bracht Minister Aalberse een omvangrijke wijziging van de Ongevallenwet tot stand. Directe aanleiding was de invoering van de Radenwet en de Invaliditeitswet in

26 a.w., 51-54.

27 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 82.

28 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 55-56.

29 a.w., 56-58; Voor de uitvoering door de Rijksverzekeringsbank, zie: Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank, 1901-1941*, 82-106.

30 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 151.

31 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 58.

1919 en de aangekondigde invoering van de Ziektewet (die uiteindelijk pas in 1929 geëffectueerd zou worden). De Radenwet maakte het mogelijk om een oude wens in vervulling te laten gaan: het gedeeltelijk decentraliseren van de uitvoering van de Ongevallenwet naar de Raden van Arbeid. De verwachting was dat de Raden van Arbeid de aangifte, het onderzoek naar het ongeval, en de vaststelling van de schadeloosstelling beter en sneller konden verzorgen dan de Rijksverzekeringsbank. De aanstaande invoering van de Ziektewet gaf bovendien aanleiding om de tijdelijke overbruggingsuitkering op grond van de Ongevallenwet 1901 in verband te brengen met het wettelijke ziekengeld. De meeste werknemers zouden immers in de eerste maanden na het ongeval aanspraak gaan maken op ofwel ziekengeld ingevolge de Ziektewet, ofwel een tijdelijke overbruggingsuitkering ingevolge de Ongevallenwet 1921. Een meer indirecte aanleiding voor de wetswijziging was gelegen in de behoefte die in de loop van de jaren was ontstaan om de sterk uitgedijde jurisprudentie en de grote veranderingen van de uitvoeringspraktijk in wetgeving vast te leggen (zie ook hoofdstuk 2).

De wijziging van de Ongevallenwet trad op 1 oktober 1921 in werking. Door de vele veranderingen werd besloten om van de Ongevallenwet 1901 een nieuwe tekst te maken, die in het vervolg zou worden aangehaald als Ongevallenwet 1921. De belangrijkste wijzigingen hadden betrekking op wie verzekerd was, waarvoor men verzekerd was, de vergoedingen en de wijze waarop de verzekering diende te worden uitgevoerd. We gaan op elk van deze aspecten nader in en zullen daarbij ook de latere wetswijzigingen in ogenschouw nemen.

3.1 *Wie was er verzekerd?*

De Ongevallenwet 1901 bepaalde dat alle werknemers van verzekeringsplichtige bedrijven wettelijk verzekerd waren tegen de gevolgen van een bedrijfsongeval. De verzekeringsplicht gold voor bepaalde, met name genoemde bedrijven en bedrijfstakken, waarbinnen werknemers een bovengemiddeld risico op een bedrijfsongeval liepen. Met het van kracht worden van de Ongevallenwet 1921 werd de verzekeringsplicht uitgebreid tot in principe alle bedrijven (artikel 11). Een uitzondering gold voor de bedrijven in de zeevaart, die met de Zeeongevallenwet van 1919 reeds verzekeringsplichtig waren geworden, en de bedrijven in de landbouw, veehouderij, tuinbouw en bosbouw, die met de Land- en Tuinbouwongevallenwet van 1922 verzekeringsplichtig zouden worden. Wegens deze uitzonderingen werd de Ongevallenwet van 1921 ook wel betiteld als de Industriële Ongevallenwet.

Bovendien gold de verzekeringsplicht voor personen die werkzaamheden verrichten buiten een onderneming om, in opdracht van een natuurlijk persoon of rechtspersoon (artikel 4). In een Algemene Maatregel van Bestuur kon de wetgever verzekeringsplichtige werkzaamheden aanwijzen. De bedoeling van deze bepaling was het onder de wet brengen van risicovolle werkzaamheden van enige omvang, die niet in een verzekeringsplichtig bedrijf werden verricht. Uitgangspunt daarbij was dat

deze werkzaamheden grote gelijkenis vertoonden met de werkzaamheden die binnen verzekeringsplichtige bedrijven plaats vonden. De wetgever vond het onredelijk dat werknemers buiten de ongevallenverzekering zouden vallen als zij bijvoorbeeld door een fabrikant of door een particulier werden aangetrokken voor het in eigen beheer bouwen van een fabrieksgebouw of een woonhuis. Zouden deze werkzaamheden namelijk worden uitgevoerd door een bouwbedrijf, dan waren werknemers automatisch verzekerd ingevolge artikel 11 van de Ongevallenwet 1921.³²

Naast het aanwijzen van verzekeringsplichtige bedrijven en activiteiten gaf de Ongevallenwet 1921 een ruimere omschrijving van de verzekerde. In de Ongevallenwet 1901 konden alleen werknemers in loondienst en volontairs en leerlingen die leergeld ontvingen verzekerd zijn. Met het van kracht worden van de Ongevallenwet van 1921 werd de definitie van verzekerde uitgebreid tot personen jonger dan 21 jaar en personen die van derden fooien en andere uitkeringen in geld ontvingen voor werkzaamheden die zij ten behoeve van een werkgever verrichtten. In 1928 kwamen daar ook de kleine zelfstandigen bij, die economisch gelijkgesteld konden worden met werknemers in loondienst (ook wel de kleine aannemertjes genoemd). Een jaar later volgden de werklieden die bij wijze van werkverschaffing tewerkgesteld waren. Ten slotte werden in 1941 alle zelfstandigen die op provisie werkten (zoals zelfstandige krantenbezorgers, loonslachters en venters) aan de lijst toegevoegd. Voorwaarde was wel dat zij het werk tegen beloning persoonlijk verrichtten en derhalve geen personeel in dienst hadden. Door al deze wijzingen werden sinds 1921 steeds meer werknemers en klein zelfstandigen verzekerd in het kader van de Ongevallenwet (zie schema 3.1).

Schema 3.1: *Uitbreiding kring van verzekerden*

Wetten	Verzekerden
Ongevallenwet 1901	Werknemers in loondienst Volontairs Leerlingen
Ongevallenwet 1921	Personen jonger dan 21 jaar Personen die ten behoeve van een werkgever werkten en daarvoor door derden betaald kregen in de vorm van fooien of andere uitkeringen
Wijziging per 1 september 1928	Kleine aannemertjes
Wijziging per 1 maart 1929	Werklieden in de werkverschaffing
Wijziging per 1 januari 1941	Zelfstandigen die op provisie werkten zoals krantenbezorgers, loonslachters en venters

32 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 46-50; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 28,

Voorzover werkgevers niet verplicht verzekerd waren, konden zij zich vanaf 1921 wel vrijwillig verzekeren tegen de gevolgen van een ongeval. De Ongevallenwet 1921 bevatte namelijk in hoofdstuk IX (artikel 87) een vrijwillige ongevallenverzekering voor werkgevers.³³ De Memorie van Toelichting vermeldde daarover 'dat veel werkgevers hetzelfde werk doen als hun werklieden en derhalve aan hetzelfde bedrijfsgevaar bloot staan en economisch in denzelfden, soms in minder gunstigen toestand verkeert dan hun werklieden, zoodat het wenselijk is, hun de verzekering tegen bedrijfsgevaar gemakkelijk te maken'.³⁴ Aanvankelijk konden in principe alle werkgevers deelnemen aan de vrijwillige verzekering. Met ingang van 1 oktober 1928 beperkte de wetgever de doelgroep van de vrijwillige verzekering tot de werkgevers die een verzekeringsplichtig bedrijf uitoefenden en derhalve bij de Rijksverzekeringsbank stonden ingeschreven. Ook de echtgenoot of echtgenote van een werkgever kreeg de mogelijkheid een vrijwillige ongevallenverzekering bij de Rijksverzekeringsbank af te sluiten, mits deze ook in het verzekeringsplichtige bedrijf werkzaam waren.³⁵

3.2 *Waarvoor was men verzekerd?*

De Ongevallenwet 1921 verzekerde tegen de gevolgen van een ongeval. Net zoals in het geval van de Ongevallenwet 1901 ontbrak ook in de Ongevallenwet van 1921 een definitie of omschrijving van het begrip ongeval. Om de uitvoerders en de rechtspraak toch enig houvast te bieden, stelde de wetgever in beide wetten criteria op voor het bepalen van een ongeval.

De criteria van de Ongevallenwet 1901 ondergingen met de Ongevallenwet van 1921 een grondige wijziging. Nieuw was dat een ongeval niet zozeer in verband moest staan met de uitoefening van het bedrijf (zoals onder de Ongevallenwet van 1901 het geval was), maar met de dienstbetrekking. Hierdoor hoefde er geen plaatselijk verband meer aangetoond worden. Een verzekerde kon derhalve aanspraak maken op schadeloosstelling als het ongeval op de weg van huis naar het werk of omgekeerd had plaatsgevonden.

Een meer fundamentele wijziging die de Ongevallenwet 1921 met zich meebracht, had betrekking op het arbeidsongeschiktheids criterium. De Ongevallenwet 1901 bepaalde in artikel 22 dat een werknemer arbeidsongeschikt was als hij (geheel of gedeeltelijk) niet in staat was arbeid te verrichten, die overeenkwam met zijn krachten en met zijn bekwaamheden. Deze bepaling werd in de praktijk zodanig ruim geïnterpreteerd dat het kunnen verrichten van allerlei soorten van werkzaamheden grond kon zijn om arbeidsgeschikt verklaard te worden. Met de Ongevallenwet 1921 kwam bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid de nadruk te liggen op het kunnen verrichten van meer passende arbeid. Naast dat arbeid overeen moest komen met de krachten en bekwaamheden van de getroffenene, moest deze nu tevens aansluiten op

33 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 190-193.

34 Geciteerd uit: Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 39.

35 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 38-40.

de opleiding en het vroegere beroep, alsook in de buurt van het oude werk uitgevoerd kunnen worden (artikel 18, lid 1).³⁶ Daar kwam bij dat de beoordelaar rekening moest houden met de verminderde kans op het vinden van een baan als gevolg van het ongeval (het zogenaamde arbeidsmarkt criterium van artikel 18, lid 2).³⁷ Een werknemer die feitelijk geschikt was om te werken, maar ten gevolge van een ongeval geen werkgever kon vinden die hem in dienst wilde nemen, was arbeidsongeschikt volgens de wet. Deze nieuwe criteria betekenden een aanzienlijke verruiming van de mogelijkheden om voor een rente in aanmerking te komen.

Het criterium uit de Ongevallenwet 1901, dat er gesproken kon worden van een ongeval als er een noodlottige gebeurtenis had plaatsgevonden die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden, kwam in de Ongevallenwet van 1921 aanvankelijk ongewijzigd terug. Het gevolg was dat beroepsziektes ook na 1921 buiten de Ongevallenwet bleven. De wetgever vond dit criterium op den duur te beperkt en besloot ook op dit punt enkele ingrijpende veranderingen door te voeren.

Het begon ermee dat de wetgever in 1928 besloot om de lichamelijke letsels die niet zozeer plotseling, maar wel in een betrekkelijk korte tijd waren ontstaan, zoals ontstekingen in een peeschede, bevriezing, hitteberoerte en bevanging door de warmte, formeel als een ongeval in de zin van de Ongevallenwet aan te merken. Hiermee werd een al langer bestaande praktijk geformaliseerd (zie ook hoofdstuk 2). Nog in hetzelfde jaar besloot de wetgever bovendien om een viertal beroepsziektes in de Ongevallenwet op te nemen, te weten lood- en kwikvergiftiging, miltvuur en mijnwormziekte.

Deze lijst zou tien jaar later (in 1938) worden aangevuld met de beroepsziektes silicose, vergiftiging door fosfor en arsenicum, benzol, halogeenderivaten van aliphatische koolwaterstoffen, pathologische aandoeningen door radium en X-stralen, huidkanker, bakkersecezem en aandoeningen door chroomverbindingen. De opname van deze beroepsziektes in de Ongevallenwet 1921 was het gevolg van de ratificering door Nederland van het ontwerpverdrag betreffende schadeloosstelling voor beroepsziekten, dat in 1925 was aangenomen tijdens de 7e ILO conferentie in Genève.

In 1938 leidde de oorlogsdreiging tot discussie over de vraag of de gevolgen van de oorlog niet buiten de ongevallenwet dienden te worden gehouden. In 1939 werd een wet van die strekking aangenomen en moest er een aparte regeling worden getroffen. De commissie Donner die zich daarover boog, kwam met een voorstel voor een andere wettelijke basis.³⁸ Minister Van den Tempel verwerkte het voorstel van de commissie Donner in een wetsvoorstel dat hij op 29 april 1940 bij de Tweede Kamer indiende. Door het uitbreken van de oorlog een maand later kon de Tweede Kamer het

36 Artikel 18 van de Ongevallenwet 1921 bepaalde namelijk dat een verzekerde arbeidsongeschikt was *als hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die hem, met het oog op zijn opleiding en vroegere beroep, in redelijkheid kan worden opgedragen ter plaatse waar hij arbeid het laatst had verricht of op een naburige soortgelijke plaats.*

37 Het arbeidsmarkt criterium was door de motie-Sannes (SDAP) toegevoegd aan artikel 18 van de Ongevallenwet 1921.

38 Zie Baron Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940 II*, 717-719.

wetsvoorstel echter niet in behandeling nemen. Wel werd tijdens de bezetting een speciaal fonds opgericht voor de gevolgen van oorlogshandelingen die niet onder de Ongevallenwet 1921 vielen. De bezetter breidde overigens de lijst van beroepsziekten uit met aandoeningen door mangaanverbindingen en vergiftiging door koolmonoxide. Na de oorlog waren hiermee 15 beroepsziekten verzekerd door de Ongevallenwet, alsmede alle ongevallen en letsels die in betrekkelijke korte tijd waren ontstaan.

3.3 *De vergoedingen*

Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld, kende de Ongevallenwet vier soorten vergoedingen toe: medische behandeling, een tijdelijke overbruggingsuitkering, een ongevallenrente en een uitkering aan nagelaten betrekkingen. Met de invoering van de Ongevallenwet 1921 bleven deze vier vergoedingen ongewijzigd in stand.

Daarnaast kwam er in 1921 een nieuwe vergoeding bij: de onkostenvergoeding van opleiding (artikel 25). Het doel van deze vergoeding was dat een getroffene van een ongeval in de gelegenheid werd gesteld om zijn overgebleven bekwaamheden zodanig aan te wenden, dat hij inkomen uit arbeid kon vergaren. Voorwaarde voor de onkostenvergoeding was dan ook dat de opleiding of scholing bijdroegen aan verhoging van de arbeidsgeschiktheid. Had de getroffene tengevolge van de opleiding of scholing nieuwe vaardigheden verkregen waardoor zijn arbeidsgeschiktheid was toegenomen, dan kon de Rijksverzekeringsbank besluiten om op grond van artikel 75 de rente te herzien. De opleiding of scholing vond overigens plaats op basis van vrijwilligheid. De Rijksverzekeringsbank kon de verzekerde niet dwingen zich tot een ander beroep te laten opleiden. Het gevolg was dat de verzekerde de opleiding te alle tijde mocht beëindigen.³⁹

Een belangrijke verandering van de uitkeringshoogte vond plaats in 1930. Naar aanleiding van de inwerkingtreding van de Ziektewet op 1 maart 1930 besloot de wetgever om per 16 augustus 1930 de tijdelijke overbruggingsuitkering uit de Ongevallenwet te verhogen van zeventig naar tachtig procent van het dagloon. Aanvankelijk had de wetgever overwogen om de tijdelijke overbruggingsuitkering in te trekken zodra de Ziektewet in werking zou treden. De tijdelijke overbruggingsuitkering zou namelijk niet meer nodig zijn als de werknemer gedurende de eerste weken na het ongeval aanspraak maakte op ziekgeld ingevolge Ziektewet. Uiteindelijk werd besloten om de tijdelijke overbruggingsuitkering toch te handhaven en de en de uitkeringshoogte ervan te harmoniseren met die van het wettelijke ziekgeld.⁴⁰ De overbruggingsuitkering bracht namelijk geen extra kosten met zich mee omdat een combinatie met ziekgeld niet mogelijk was.

39 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 102-103; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 32.

40 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 34.

Net zoals bij de Invaliditeitswet 1919 was ook de uitvoering van de Ongevallenwet 1921 neergelegd bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. Artikel 111 van de Ongevallenwet 1921 bepaalde dat de Regering bij algemene maatregel van bestuur taken kon aanwijzen die de Raden van Arbeid moesten uitvoeren.⁴¹ Ook ten aanzien van de Ongevallenwet was de Regering van mening dat de Raden van Arbeid bepaalde taken beter en sneller konden uitvoeren dan de Rijksverzekeringsbank, omdat deze geacht werden meer vertrouwd te zijn met lokale omstandigheden.

Met het zogenaamde Decentralisatiebesluit van 15 juli 1922 kregen de Raden van Arbeid de volgende uitvoeringstaken toebedeeld:

- vaststellen en invorderen van premies;
- inzamelen van ongevalaangiften en loonlijsten;
- onderzoek verrichten naar de ongevallen aan de hand van de gedane ongevalaangiften;
- voorbereiden van de besluiten van de verzekeringsbank over de verzekeringsplicht en de indeling van de ondernemingen in gevarenklassen;
- uitoefenen van toezicht op de naleving van de Ongevallenwet.

De Rijksverzekeringsbank op haar beurt kreeg tot taak de claims te beoordelen, de premies en de schadeloosstellingen vast te stellen, en besluiten te nemen over de verzekeringsplicht en de indeling van ondernemingen in gevarenklassen. Deze verdeling van taken maakte het nodig om ook de medische uitvoering van de Ongevallenwet op te splitsen. De agenten in de buitendienst en een aantal controlerend geneeskundigen gingen bij de Raden van Arbeid aan de slag. De speciaal agenten en enkele overgebleven controlerend geneeskundigen bleven in dienst bij de Rijksverzekeringsbank.

Het dragen van het eigen risico door werkgevers of door onderlinge risico verenigingen bleef in de Ongevallenwet van 1921 onverminderd van kracht (artikel 54). Het eigen risico dragen had alleen betrekking op de premiebetaling en de uitkerings- en renteverstrekking. De claimbeoordeling en de medische behandeling bleven tot de invoering van de WAO in 1967 primair een verantwoordelijkheid van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.⁴²

Toch ontstonden er voor werkgevers nieuwe mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de claimbeoordeling en de medische uitvoering van de Ongevallenwet 1921. Met de wetswijziging van 19 november 1928 kregen fabrieksartsen de wettelijke bevoegdheid om tijdelijke uitkeringen aan werknemers van de onderneming vast te stellen en toe te kennen en de medische behandeling te verzorgen. Het ging om een omzichtig bereikt compromis, op basis van eerdere ervaringen. Reeds geruime

41 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 204-206; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 35-36.

42 Bij de voorbereiding van Organisatiewet Sociale Verzekeringen van 1952 (OSV 1952) was het aanvankelijk de bedoeling om de volledige uitvoering van Ongevallenwet en Invaliditeitswet over te hevelen naar de bedrijfsverenigingen. Dit is uiteindelijk niet doorgegaan. Zie: Noordam, 'Sociale verzekeringen 1950-2000', 817-818.

tijd waren namelijk aan sommige grote ondernemingen verbandkamers verbonden, waarin verbandmeesters of bezoldigde geneeskundigen voor de eerste hulp en de medische behandeling zorgden van zieke en arbeidsongeschikte werknemers. Tevens verstrekten de werkgevers van deze bedrijven vaak over de eerste dagen na het ongeval een tijdelijke overbruggingsuitkering. Invloedrijke medici als Korteweg hadden gewezen op de voordelen van het aanstellen van fabrieksartsen binnen bedrijven. Fabrieksartsen zouden langdurige arbeidsongeschiktheid in een groot aantal gevallen kunnen voorkomen en bovendien goede resultaten boeken met revalidatie en reïntegratie.⁴³ Door deze praktijk bleef echter de ongevalaangifte nogal eens achterwege, zelfs als het ongeval een langer durende arbeidsongeschiktheid tot gevolg had. Deze toestand werd als onbevredigend ervaren.

De in 1926 aangetreden Minister J.R. Slotemaker de Bruïne besloot een commissie in te stellen onder voorzitterschap van de katholieke voorman W.H. Nolens. Deze 'Commissie Nolens' kreeg de opdracht om over dit onderwerp advies uit te brengen aan de minister. In haar eindrapport adviseerde de commissie om het mogelijk te maken dat medische diensten van bedrijven onder bepaalde voorwaarden en met toestemming van de Rijksverzekeringsbank een gedeelte van de medische uitvoering van de Ongevallenwet verzorgden. Minister Slotemaker de Bruïne nam het advies van de Commissie Nolens over in een ontwerp-Fabrieksartsenwet, dat vervolgens in 1928 door het parlement werd aangenomen. De nieuwe wet had tot gevolg dat ondernemingen met een erkende geneeskundige dienst alleen aangifte van het ongeval hoefden te doen als het een dodelijke afloop had, een arbeidsongeschiktheid van langer dan zes weken tot gevolg had, of als het letsel niet door een erkende fabrieksarts was behandeld. In alle andere kortdurende gevallen van arbeidsongeschiktheid konden zij aangifte, behandeling en uitkeringsverstrekking zelf uitvoeren.⁴⁴

Een nog verdergaande privatisering van de uitvoeringsorganisatie kwam reeds in 1923 tot stand, met de inwerkingtreding van de Land- en Tuinbouwongevallenwet. Werkgevers in de land-, tuin- en bosbouw kregen toen de mogelijkheid om de volledige uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekering (inclusief de claimbeoordeling, de toekenning van uitkeringen en rentes en de medische behandeling) over te hevelen naar nieuw op te richten bedrijfsverenigingen.⁴⁵ Deze bedrijfsverenigingen waren rechtstreekse voortzettingen van de particuliere onderlinge ongevallenverzekeraars in de land- en tuinbouw, die al sinds 1909 actief waren.⁴⁶ Nieuw aan de bedrijfsverenigingen was dat zij een paritair, uit werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers, samengesteld bestuur hadden. Verreweg de meeste werkgevers in de land-, tuin- en bosbouw sloten zich bij de bedrijfsverenigingen aan. De rol van de Rijksverzekeringsbank in de uitvoering van de Land- en Tuinbouwongevallenwet

43 Korteweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 597-614. Zie ook Korteweg, 'De ongevallenpercentages van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage', 301-317.

44 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 36-37.

45 Noordam, 'Sociale verzekeringen 1890-1950', 589-590.

46 Het betrof de *Tuinbouw Onderlinge en de Centrale Landbouw Onderlinge* uit 1909. Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 266.

bleef hierdoor hoofdzakelijk beperkt tot het uitoefenen van controle op de bedrijfsverenigingen.⁴⁷

4 De organisatie van de uitvoering

In veel opzichten stond de organisatie van de uitvoering er met de totstandkoming van de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 veel beter voor, dan twintig jaar eerder, toen de Ongevallenwet 1901 ingevoerd moest worden. Stond medisch adviseur Kooperberg in 1902 voor de omvangrijke opdracht om de medische uitvoering in korte tijd van de grond af op te bouwen; zijn opvolger Van Eden had in de jaren 1919-1921 de beschikking over een uitgebreide uitvoeringsorganisatie met ervaren agenten en controlerend geneeskundigen. Moest Kooperberg in 1902 en 1903 een groot aantal geneeskundigen bereid vinden om zich in te schrijven in het medische register van de Rijksverzekeringsbank, zijn opvolger Van Eden kon zich in 1919 en 1921 beperken tot het aanpassen aan de nieuwe wet- en regelgeving van de bestaande contracten met geneeskundigen.

Niettemin vergden ook de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 gedeeltelijk een nieuwe uitvoeringsorganisatie. Zo moest de Rijksverzekeringsbank de claimbeoordeling en de medische behandeling samen met de Raden van Arbeid uitvoeren en bracht de Fabrieksartsenwet van 1928 een andere toewijzing met zich mee van de tijdelijke overbruggingsuitkering en een andere organisatie van de medische behandeling. De rol van de Rijksverzekeringsbank bij de claimbeoordeling verschoof in deze jaren geleidelijk van het zelf doen, naar het controleren van anderen (de Raden van Arbeid en de Fabrieksartsen).

In deze paragraaf bekijken wij hoe personen die betrokken waren bij de medische uitvoering tegen deze veranderingen aankeken en ermee omgingen. Vervolgens gaan wij nader in op de gevolgen die de nieuwe organisatie van de medische uitvoering had voor het proces van claimbeoordeling. De uitvoering van twee wetten door twee uitvoeringsorganen vergde namelijk een totaal andere volgorde van activiteiten en een andere taakverdeling tussen uitvoerenden.

4.1 *Afstemming Rijksverzekeringsbank en Raden van Arbeid*

De gezamenlijke uitvoering van de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 door de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid had de nodige voeten in de aarde. De 39 Raden van Arbeid moesten al op de korte termijn beschikking krijgen over ervaren agenten en controlerend geneeskundigen die de medische controle en de voorbereidende onderzoeken konden uitvoeren. Omdat tegelijkertijd een overschot aan personeel bij de Rijksverzekeringsbank dreigde te ontstaan, lag het voor de hand

47 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 245-246.

dat personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank naar de Raden van Arbeid overstapten. In 1923 gingen maar liefst 213 personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank over naar de Raden van Arbeid, waarvan 96 van de Binnendienst en 117 van de buitendienst. Van de agenten bleven alleen de 14 speciale agenten voor het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid werkzaam bij de Rijksverzekeringsbank. De overgang van personeel naar de Raden van Arbeid werd vergemakkelijkt doordat met de invoering van het Decentralisatiebesluit de arbeidsvoorwaarden van de medewerkers van de Raden van Arbeid werden gelijkgesteld aan die van de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank.⁴⁸

Desondanks verliep de verdeling van de ambtenaren over de 39 Raden van Arbeid bepaald niet vlekkeloos. De meeste ambtenaren bleken een voorkeur te hebben voor de functies bij de Raden van Arbeid die in de grotere plaatsen waren gevestigd. Het gevolg was dat een aantal Raden van Arbeid in kleinere plaatsen met een tekort aan personeel kwam te zitten. Door middel van promoties probeerde de voorzitter van de Rijksverzekeringsbank Van Duyl personeelstekorten bij bepaalde raden op te lossen. Het duurde echter jaren voordat de ernstigste personeelsproblemen bij bepaalde Raden van Arbeid waren opgelost.⁴⁹

Naast de overheveling van personeel vergde de gezamenlijke uitvoering van de Invaliditeitswet en Ongevallenwet een goede afstemming tussen de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank. De Raden van Arbeid moesten immers het toekennen van uitkeringen en rentes door de Rijksverzekeringsbank voorbereiden. De wetgever had in een goede afstemming tussen beide organen proberen te voorzien met de oprichting van de Verzekeringsraad.⁵⁰ Deze instelling was geregeld in de Radenwet van 1913 (staatsblad no. 203) en had als belangrijkste taak het controleren en aansturen van de Raden van Arbeid. De Verzekeringsraad bestond uit bezoldigde leden, benoemd door de Kroon, en onbezoldigde leden die de werkgevers en werknemers vertegenwoordigden. Volgens de Radenwet waren de Raden van Arbeid verplicht om de begroting ter goedkeuring voor te leggen aan de Verzekeringsraad. Bovendien waren de Raden verplicht aanwijzingen van de Verzekeringsraad op te volgen, teneinde al te grote verschillen in de uitvoering van de Invaliditeitswet en Ongevallenwet 1921 te voorkomen. De wetgever vreesde namelijk dat zonder centrale controle en aansturing de 39 Raden van Arbeid de Invaliditeitswet en Ongevallenwet op 39 verschillende manieren zouden uitvoeren.⁵¹

In de loop van de jaren ontwikkelde de Verzekeringsraad zich steeds meer tot verlengstuk van de Rijksverzekeringsbank. Zo oefende de Rijksverzekeringsbank via de Verzekeringsraad steeds nadrukkelijker invloed uit op de uitvoering van de sociale ver-

48 Keulemans, 'De praktijk bij de Raden van Arbeid sedert begin 1920', 135-136; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 238-239.

49 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 239.

50 Aanvankelijk waren er twee territoriale verzekeringsraden ingesteld. In 1923 werden deze tot één landelijke verzekeringsraad samengevoegd.

51 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 53.

zekerings door de Raden van Arbeid.⁵² In 1934 formaliseerde de regering deze praktijk door de Verzekeringsraad op te heffen en alle controlerende taken over te hevelen naar de Rijksverzekeringsbank.⁵³ Sindsdien verzorgde de Rijksverzekeringsbank de controle en aansturing van de Raden van Arbeid. Zo dienden de Raden van Arbeid te opereren volgens de 'Handleiding voor de Ongevallenwet' die de Rijksverzekeringsbank had opgesteld.

Als we kijken naar de omvang van deze hervorming van de uitvoeringsorganisatie is het opmerkelijk dat problemen in de afstemming tussen de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid na 1923 nagenoeg zijn uitgebleven. Achteraf kunnen we concluderen dat de voorspoedig verlopen hervorming niet zozeer de verdienste was van de Verzekeringsraad. Daarvoor was zijn rol te klein. Veeleer heeft de overheveling van ervaren personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank naar de Raden van Arbeid bijgedragen aan een goede samenwerking tussen de twee organen. De overgeplaatste ambtenaren voorzagen de Raden van Arbeid van de nodige kennis en ervaring om de uitvoerende taken naar behoren te volbrengen. Zij waren bij uitstek in staat om werkzaamheden af te stemmen met hun vroegere collega's bij de Rijksverzekeringsbank. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat de meeste overgeplaatste ambtenaren de hogere functies bij de Raden van Arbeid bekleedden.

Ondanks de betrekkelijk soepele overgang in de organisatie bleef het thema van de organisatie van de uitvoering op de politieke agenda staan. Achtereenvolgende kabinetten poogden de uitvoering eenvoudiger en goedkoper te maken, overigens zonder dat de plannen veel verder kwamen dan de tekentafel.⁵⁴ Na de Tweede Wereldoorlog verschoof de richting van het beleid geleidelijk van aanpassing van de bestaande regels en de uitvoeringsorganisatie naar de invoering van geheel nieuw stelsel. Deze ommezwaai in het beleid behandelen we in het volgende hoofdstuk.

4.2 *Decentralisatie van de medische uitvoering*

De Fabrieksartsenwet van 1928 maakte het mogelijk dat fabrieksartsen de tijdelijke uitkeringen vaststelden en de medische behandeling verzorgden. De overheveling van wettelijke bevoegdheden naar de fabrieksartsen stuitte op opmerkelijk weinig weerstand van de geneeskundige beroepsgroep. Deze coulante houding was opmerkelijk, aangezien de oprichting in 1926 van de Geneeskundige Dienst voor het mijnwezen (het zogenaamde Mijnartsen-instituut) op fel verzet had gestuit van de medische beroepsgroep. Huisartsen in de mijnstreek waren toen in het geweer gekomen tegen het Mijnartsen-instituut, omdat het de vrije artsen keuze zou beperken.⁵⁵

52 Zie Keulemans, 'De praktijk bij de Raden van Arbeid sedert begin 1920', 132-139.

53 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 36.

54 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 27-34.

55 Zie: 'Adres van het Hoofdbestuur van de NMG aan den Minister van arbeid, Handel en nijverheid', 1058. In het NTVG werd overigens ook voor het Mijnartsen-Instituut gepleit. Zie Platte, 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', 2074-2076; Snoeck Henkemans, 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', 2076.

Dat de reacties op plannen voor een Fabrieksartsenwet betrekkelijk mild waren, had waarschijnlijk te maken met de aanpak die de Commissie Nolens bij de voorbereiding van de wet had gevolgd. Binnen de commissie waren de medische beroepsgroep en de Rijksverzekeringsbank goed vertegenwoordigd.⁵⁶ Bovendien gaf de commissie de nodige ruimte om van buitenaf commentaar te leveren op discussies en voorstellen. In het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank werd uitgebreid verslag gedaan van de beraadslagingen binnen de commissie Nolens.⁵⁷ Ieder die betrokken was bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1921 kon op de hoogte zijn van de knelpunten en zijn mening daarover kenbaar maken.

De meeste discussie vond dan ook binnen de Commissie Nolens plaats. Zo waren enkele leden van de commissie bezorgd dat de erkende fabrieksarts de vrije artsenukeuze te zeer zou beperken. Door een ongeval getroffen werknemers hadden weliswaar in principe de mogelijkheid om na de eerste hulp een geneeskundige te kiezen. Maar in de praktijk zouden de meeste getroffen in behandeling blijven van de fabrieksarts. Enkele leden van de Commissie stelden daarom voor in de wet de verplichting op te nemen dat de getroffene na de eerste hulp werd doorverwezen naar de huisarts. Van deze verplichting zou alleen afgeweken kunnen worden als de getroffene uitdrukkelijk te kennen gaf onder behandeling van de fabrieksarts te willen blijven. De meerderheid van de commissie argumenteerde echter dat enige beperking van de vrije artsenukeuze reeds in het bestaande stelsel aanwezig was. De regeling over de fabrieksarts had niet ten doel dit probleem op te lossen. Om die reden werd het voorstel verworpen en buiten het advies gehouden.⁵⁸

Een ander probleem was dat de fabrieksarts niet onafhankelijk zou zijn omdat hij ofwel in dienst was, ofwel honorarium ontving van de werkgever. Hoe kon een werknemer vertrouwen stellen in een geneeskundige die financieel afhankelijk was van de werkgever? Zou de fabrieksarts hierdoor niet vooral oog hebben voor de belangen van de werkgever? Enkele geneeskundigen dienden bij de commissie bezwaarschriften in, waarin zij hun bezorgdheid uitten over de in hun ogen toegenomen kans dat fabrieksartsen onder druk van de werkgever te snel verwonde werknemers aan het werk zouden zetten. Een onafhankelijke positie van de fabrieksarts tegenover de werkgevers moest volgens hen in de nieuwe wet gewaarborgd worden.⁵⁹

Enkele leden van de Commissie Nolens stelden daarop voor werknemers medezeggenschap te geven bij de aanstelling van een fabrieksarts. De benoeming en bezoldiging van de fabrieksarts zou dan in handen komen van een orgaan dat onafhankelijk was van de werkgever. De meerderheid van de commissie achtte dit voorstel evenwel onuitvoerbaar. Na uitvoerige discussie vond de commissie uiteindelijk de oplossing

56 In de commissie Nolens zaten twee huisartsen waarvan één uit Limburg. Voor de Rijksverzekeringsbank maakten de medisch adviseur Van Eden en de voorzitter van de Raad van Bestuur Noest deel uit van de Commissie. Zie: Nolens, Stenberg, *Verslag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 3-4.

57 Zie: Schütte, 'Het instituut van den Fabrieksarts', 59-64; Feenstra, 'Het verslag der Commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut Fabrieksarts', 186-190; Feenstra, 'Het rapport van de Commissie Nolens', 222-223.

58 Nolens, Stenberg, *Verslag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 25.

59 Feenstra, 'Het verslag der Commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut Fabrieksarts', 186.

in het stellen van nieuwe voorwaarden. Werkgevers moesten ervoor zorgen dat de fabrieksarts door de Rijksverzekeringsbank werd erkend. Om deze erkenning te verkrijgen diende de fabrieksarts onder andere de onafhankelijke leiding te hebben over de geneeskundige dienst van de onderneming en moest hij tijdens werktijden onafgebroken op het terrein van de onderneming aanwezig zijn. Deze voorwaarden voor erkenning gaven volgens de commissie voldoende waarborgen voor de onafhankelijkheid van de fabrieksarts tegenover de werkgever.⁶⁰

Veel aandacht besteedde de Commissie Nolens aan de vraag of de verplichting tot aangifte van een ongeval voor werkgevers in alle gevallen moest worden gehandhaafd (conform artikel 66, 2de lid van de Ongevallenwet 1921), of dat daarvan bij aanwezigheid van een erkende fabrieksarts kon worden afgeweken. De commissie stelde vast dat veel werkgevers al langere tijd geen aangifte deden van ongevallen met kortdurende letsels. Op grond van deze wijdverbreide praktijk kwam de commissie tot de conclusie dat de aangifte van een ongeval niet noodzakelijk was als de fabrieksarts met een redelijke zekerheid kon vaststellen dat de arbeidsongeschiktheid van korte duur was. Een voorwaarde was wel dat de fabrieksarts een register van alle voorkomende ongevallen zou bijhouden. De vrijstelling van aangifte diende alleen te gelden voor de gevallen waarvan ook de verdere medische behandeling aan de fabrieksarts zou worden toevertrouwd. Bovendien zou de werkgever verplicht zijn zorg te dragen voor de tijdelijke overbruggingsuitkering. Dit alles diende plaats te vinden onder toezicht en onder verantwoordelijkheid van de Rijksverzekeringsbank. Omdat de werkgevers de lasten van zowel de medische behandeling als de tijdelijke overbruggingsuitkering zouden dragen, achtte de commissie het redelijk dat voor hen een premiereductie werd doorgevoerd.⁶¹

Zoals eerder aangegeven werden de voorstellen van de Commissie Nolens vrijwel ongewijzigd door de Minister verwerkt in een ontwerp Fabrieksartsenwet. Na aanneming in het voorjaar van 1928 door de Tweede en Eerste kamer, trad de Fabrieksartsenwet al op 19 november 1928 in werking. Verzet van geneeskundige zijde tegen de nieuwe wet bleef ook toen achterwege.⁶² De uitvoering van de Fabrieksartsenwet door de Rijksverzekeringsbank (afgifte van erkenning en controle op de fabrieksartsen) verliep eveneens zonder noemenswaardige problemen.⁶³ De nieuwe wet bracht een verlichting van de uitvoerende taken voor de Rijksverzekeringsbank met zich mee.

4.3 *Het proces van claimbeoordeling*

De Invaliditeitswet van 1919 en de Ongevallenwet 1921 kenden sterk uiteenlopende uitkerings- en beoordelingscriteria. Deze verschillen waren in belangrijke mate terug

60 Nolens, Stemberg, *Verlag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 23-25.

61 a.w., 25-33, m.n. 31-33.

62 Men beperkte zich tot uitgebreide uiteenzettingen over de nieuwe wet. Zie bijvoorbeeld Van Duyl, 'De door de Tweede Kamer aangenomen wettelijke regeling van het Instituut van ondernemingsartsen', 97-112.

63 In het *Geneeskundige Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* en de Jaarverslagen van de Rijksverzekeringsbank zijn we in ieder geval geen meldingen tegengekomen van problemen met de uitvoering van de Fabrieksartsenwet.

te voeren op de grondslagen van de twee wetten. Had de Invaliditeitswet 1919 het 'risque social' als grondslag; de Ongevallenwet 1921 ging uit van het 'risque professionnel'. Hoefde bij de Invaliditeitswet alleen de gezondheidstoestand van de getroffene beoordeeld te worden; bij de Ongevallenwet moest een relatie worden aangetoond tussen het ongeval en de dienstbetrekking bij een bedrijf. De Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank probeerden in de uitvoering rekening te houden met deze verschillende grondslagen door aparte processen te volgen voor de claimbeoordeling van de invaliditeitsrente enerzijds en ongevallenuitkeringen c.q. -rentes anderzijds.

In deze paragraaf hebben wij beide processen in stappen uitgewerkt. Per stap geven wij de hoofdlijnen van de ontwikkelingen aan die zich tussen 1919 en 1967 hebben voltrokken. De verschillende instructies van Bossenbroek en het proefschrift van Wuite hebben hierbij als leidraad gediend.⁶⁴

Het proces van claimbeoordeling bij de Invaliditeitsverzekering kwam neer op het volgende:

Stap 1: Aangifte

Verzekerde deed schriftelijk aangifte bij de Raad van Arbeid en leverde daarbij de rentekaart in.

Stap 2: Beoordeling stand van de verzekering door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid beoordeelde of de verzekerde de vereiste wachttijd had vervuld. Vervolgens won de Raad bij de Rijksverzekeringsbank inlichtingen in over de ziektegeschiedenis van de verzekerde en diens eventuele aanspraken op een tijdelijke overbruggingsuitkering ingevolge de Ongevallenwet 1921 of ziekengeld ingevolge de Ziekwet van 1930.

Stap 3: Medische beoordeling door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid beoordeelde of de verzekerde in aanmerking kwam voor medische behandeling ingevolge artikel 99 van de Invaliditeitswet 1919. Dit kon blijken uit onderzoek van de controlerend geneeskundige die bij de Raad van Arbeid werkzaam was, of uit een medisch rapport van een specialist. Als de Raad van Arbeid van oordeel was dat de verzekerde recht had op medische behandeling of verpleging, dan deed hij daartoe een gemotiveerd voorstel aan de Rijksverzekeringsbank.

Stap 4: Medische beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

De Rijksverzekeringsbank beoordeelde nogmaals of de verzekerde in aanmerking kwam voor medische behandeling ingevolge artikel 99 van de Invaliditeitswet 1919. Als de Rijksverzekeringsbank de claim afwees, kreeg de Raad van Arbeid de opdracht

64 Bossenbroek, *De administratie van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid*; Bossenbroek, *De Hoofdzaken der administratie bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.*; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, passim.

de verzekerde daarover in kennis te stellen. Oordeelde de Rijksverzekeringsbank positief, dan kreeg de Raad van Arbeid de opdracht de medische behandeling en/of verpleging te regelen.

Stap 5: Uitvoering medische behandeling

De Raad van Arbeid informeerde de Rijksverzekeringsbank over de medische behandeling en/of verpleging via het overleggen van rapporten. Bovendien betaalde de Raad de kosten van de behandelingen c.q. verpleging aan de hand van de tarieven die de Rijksverzekeringsbank had vastgesteld.

Na de invoering van de Ziektewet in 1930, ging de Raad van Arbeid ook na of verpleging in een inrichting op grond van artikel 49 van de Ziektewet van toepassing was. Was dat het geval, dan stelde de Raad de bedrijfsvereniging die met de uitvoering van de Ziektewet was belast, daarvan op de hoogte. Als de verzekerde niet als kostwinnaar kon worden beschouwd, moest de bedrijfsvereniging tweederde van het uit te keren ziekengeld aan de Raad van Arbeid uitbetalen.

Stap 6: Beoordeling claim op invaliditeitsuitkering

De Rijksverzekeringsbank beoordeelde de claim op een invaliditeitsrente eerst uit wettelijk oogpunt. Een ambtenaar van de medische dienst stelde vast of er recht op rente bestond. Kwam uit de beoordeling naar voren dat de verzekerde geen recht had op een uitkering, dan stelde het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een afwijzende beschikking vast.

Stap 7: Beoordeling hoogte Invaliditeitsrente

Bij een positieve beoordeling van de claim stelden ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank de hoogte van de rente vast. Bovendien bepaalden zij aan wie de rente moest worden uitgekeerd (de verzekerde, curator, provisioneel bewindvoerder, dan wel verpleeginrichting). Maakte de verzekerde reeds aanspraak op ouderdomsrente, dan werd nagegaan of omzetting van de rente mogelijk was.

Stap 8: Toekenning invaliditeitsrente

Nadat hoogte van de invaliditeitsrente was vastgesteld, nam het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een besluit tot toekenning van rente. Vervolgens kreeg een postkantoor in de buurt van de woonplaats van de verzekerde een doorlopende machtiging voor het verstrekken van een bepaald bedrag per maand.

Stap 9: Herziening rente

Op eigen initiatief of op verzoek van de Rijksverzekeringsbank kon de Raad van Arbeid een onderzoek instellen om te bepalen of er gegronde redenen waren om de invaliditeitsrente te herzien. De raad rapporteerde de uitkomsten van het onderzoek aan de Rijksverzekeringsbank, die vervolgens een besluit nam.

Stap 10: Beroep

De verzekerde kon in beroep gaan tegen het besluit van het bestuur bij de Raad van Beroep en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Het proces van claimbeoordeling bij de ongevallenuitkering verliep als volgt:

Stap 1: Aangifte ongeval door werkgever

De werkgever diende aangifte te doen van het ongeval door een aangifteformulier in te vullen en in duplo in te leveren bij het postkantoor of de Raad van Arbeid. Een exemplaar was bestemd voor de Raad van Arbeid, het andere voor de Rijksverzekeringsbank. Op de medische afdeling van de Rijksverzekeringsbank werden de ingekomen aangiften medisch beoordeeld. De medische afdeling zond vervolgens een kopie van de aangifte naar de controlerend geneeskundige in de regio, zo nodig vergezeld met een speciale opdracht. De werknemer kreeg een ongevalsnummer en controlevoorschriften waarmee hij behandeling kon krijgen van een bij de Rijksverzekeringsbank aangesloten arts.

Stap 2: Besluit tot het instellen van een onderzoek

De Rijksverzekeringsbank bepaalde of de Raad van Arbeid een onderzoek moest instellen krachtens artikel 68 van de Ongevallenwet 1921. Dit voorbereidende onderzoek door de Raad van Arbeid was niet nodig als de getroffene had doorgewerkt, de arbeidsongeschiktheid minder dan drie dagen had geduurd, of als de aangifte naar behoren was ingevuld waarmee deze kon worden afgedaan met een zogenaamd vereenvoudigd onderzoek. Bovendien was de Rijksverzekeringsbank bevoegd de Raad van Arbeid te passeren door een proces-verbaal op te stellen. Dit was alleen mogelijk als het ongeval een dodelijke afloop had, langer dan 42 dagen duurde, of het gevolg was van een verkeersongeval (artikel 69 Ongevallenwet 1921). Het proces-verbaal bevatte de verklaringen van de getroffene, de werkgever en de getuigen.

Stap 3: Onderzoek door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid noteerde de ongevalaangiften in een register met vermelding van de behandelend geneeskundige en de duur van de medische behandeling. Vervolgens stelde de raad een onderzoek in en bracht daarvan schriftelijk rapport uit aan de Rijksverzekeringsbank. Had de Rijksverzekeringsbank vragen over het rapport, dan zorgde de Raad voor een nadere toelichting.

Stap 4: Eerste beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

Na ontvangst van het onderzoeksrapport van de Raad van Arbeid, of na het opstellen van een proces verbaal, ging de medische afdeling van de Rijksverzekeringsbank over tot een eerste beoordeling. De vraag stond hierbij centraal of het ongeval in verband stond met de dienstbetrekking. Indien de arbeidsongeschiktheid op de derde dag na het ongeval nog voortduurde, werden het dagloon en de risicodrager vastgesteld. De beoordeling kon resulteren in drie besluiten:

- Ruster (afgesloten dossier) zonder geneeskundige behandeling. In dit geval kwam de verzekerde niet in aanmerking voor geneeskundige behandeling of voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Na 1929 kreeg de verzekerde automatisch het advies om ziekingeld aan te vragen bij de Raad van Arbeid of de bedrijfsvereniging.
- Ruster met geneeskundige behandeling. De verzekerde kon alleen aanspraak maken op medische behandeling. De Rijksverzekeringsbank ging hiertoe over als de verzekerde de arbeid niet had gestaakt of minder dan drie dagen arbeidsongeschikt was geweest.
- Uitkering. De verzekerde kon aanspraak maken op een tijdelijke overbruggingsuitkering en op medische behandeling. In het geval van overlijden van de getroffene kon een weduwen- en wezenuitkering aan de nabestaanden worden toegekend.

Stap 5: Toekenning tijdelijke uitkering

Als de eerste beoordeling uitwees dat de getroffene recht had op een ongevallenrente, kende de controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank of de Raad van Arbeid (en sinds 1928 ook de fabrieksarts) een overbruggingsuitkering toe. De getroffene kreeg een zogenaamde betaalbaarheidbeschikking toegestuurd; de werkgever of de risicodragers ontvingen daarvan een afschrift. Bovendien machtigde de Rijksverzekeringsbank een postkantoor in de buurt van het woonadres van de getroffene om een ongevallenrente te verstrekken.

Stap 6: Tweede beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

De controlerend geneeskundige bracht over de getroffene een rapport uit als deze op de 43ste dag na het ongeval nog arbeidsongeschikt was. Oordeelde de controlerend geneeskundige dat de getroffene voor de lange duur niet (volledig) in staat was tot het verrichten van arbeid, dan stelde de speciale agent het percentage arbeidsongeschiktheid vast. Anders dan bij de eerste beoordeling kon bij de tweede beoordeling ook een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid worden aangenomen en een partiële ongevallenrente worden toegekend. In de praktijk werd ernaar gestreefd de rente geleidelijk te verlagen in overleg tussen werknemer, werkgever en speciale agent, waarbij de controlerend geneesheer op de achtergrond bleef en toestemming moest geven voor de verlenging van de ongevallenrente.

Stap 7: Controlevoorschriften en handhaving

Agenten en controlerend geneeskundigen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank hadden de bevoegdheid om inspecties uit te voeren op de plaats van het ongeval. Bovendien konden zij de getroffene van een ongeval zo vaak als zij het nodig achtten oproepen om naar een nader te bepalen plaats te komen voor onderzoek. Weigerde de getroffene medewerking aan het onderzoek, dan verloor deze alle aanspraken op vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet. Als de behandeling naar het oordeel van de controlerend geneesheer inadequaet was, dan

kon hij daarin interveniëren. Ook werkgevers die niet of onvoldoende meewerkten, konden worden beboet.

Stap 8: Toekenning ongevallenrente

Als de tweede beoordeling uitwees dat de getroffenene niet binnen één jaar zou herstellen of het werk kon hervatten, dan had hij recht op een ongevallenrente en kende het bestuur van de Rijksverzekeringsbank deze toe. De toekenning van de rente geschiedde op basis van een rapport van de controlerend geneeskundige over de beperkingen en een rapport van de speciale agent over de belemmeringen. De getroffenene kreeg een zogenaamde betaalbaarheidbeschikking toegestuurd; de werkgever of de risicodrager ontvingen daarvan een afschrift. Bovendien machtigde het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een postkantoor in de buurt van het woonadres van de getroffenene om een ongevallenrente te verstrekken. De ongevallenrente kon permanent of tijdelijk worden toegekend. Herziening vond meestal na twee jaar plaats. De rente werd gewijzigd als er bij een werknemer die jonger was dan 60 jaar een duidelijke medische verbetering of gevorderde aanpassing vastgesteld kon worden. Als een verzekerde stierf, moest de controlerend geneeskundige bepalen of het overlijden het gevolg was van het ongeval.

Stap 9: Informeren van de afdeling Invaliditeitsverzekering

De toekenning van een ongevallenrente of een wezenrente krachtens de Ongevallenwet 1921 werd doorgegeven aan de afdeling Invaliditeitsverzekering van de Rijksverzekeringsbank. Voor de toekenning van de Invaliditeitsrente moest namelijk bekend zijn of de rentetrekker of diens nabestaanden ook een ongevallenrente genoten.

Stap 10: Beroep

De verzekerde kon in beroep gaan tegen de vaststelling van het bestuur bij de Raad van Beroep en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

5 De praktijk van de claimbeoordeling: de Invaliditeitswet

De uitvoerders van de claimbeoordeling hadden met de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet in 1919 te maken met een geheel nieuwe wettelijke voorziening. Hoewel de controlerend geneeskundigen en de agenten van de Rijksverzekeringsbank al ruime ervaring hadden opgedaan met de claimbeoordeling volgens de Ongevallenwet 1901, konden zij deze ervaring slechts ten dele toepassen bij de uitvoering van de Invaliditeitswet. Niet alleen waren de grondslagen van de twee wetten totaal verschillend ('risque professionnel' bij de Ongevallenwet en 'risque social' bij de Invaliditeitswet); ook de beoordelingscriteria weken deels en soms fundamenteel van elkaar af.

In deze paragraaf gaan wij na hoe de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid de claims in het kader van de Invaliditeitswet 1919 beoordeelden. Dit doen wij aan de hand van een aantal thema's die de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet zo specifiek maakten. Eerst zullen wij bekijken met welke nieuwe eisen de uitvoerders bij het medische onderzoek te maken kregen (paragraaf 5.1). Vervolgens gaan wij nader in op enkele cruciale beoordelingscriteria uit de Invaliditeitswet die de uitvoerders in de praktijk voor dilemma's plaatsten. Het gaat om de criteria van blijvende en tijdelijke invaliditeit (paragraaf 5.2), arbeidsongeschiktheid (paragraaf 5.3) en de voorwaarden voor medische behandeling (paragraaf 5.4).

5.1 *Het medische onderzoek*

Over de medische uitvoering van de Invaliditeitswet is, los van een aantal casusbeschrijvingen, opmerkelijk weinig geschreven. We moeten vooral afgaan op informatie die in de beginjaren van de wet is opgetekend door met name de medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank Van Eden. Enkele maanden voor de invoering van de Invaliditeitswet bracht deze een handleiding uit ten behoeve van de geneeskundigen die met de uitvoering van de claimbeoordeling waren belast.⁶⁵ Van Eden baseerde zich daarin vooral op de ervaringen die in Duitsland waren opgedaan met de implementatie van een soortgelijke wet. In Duitsland had de Invaliditeitswet tot een grote aanwas van het aantal rentetrekkingen geleid. Meer dan de helft van de rentetrekkingen was wegens tuberculose, longziekten of algemene zwakte uitkeringsgerechtigd geworden. Weliswaar had de Duitse Invaliditeitswet een sterke impuls gegeven aan behandeling en verpleging van invaliden, maar van reïntegratie naar werk was weinig terecht gekomen.

Van Eden constateerde dat in Duitsland de uitvoering kort na de invoering van de wet in 1889 snel uit de hand was gelopen, omdat de verzekeringsorganen en de artsen niet goed hadden begrepen wat de bedoeling van de wet was en derhalve de weg van de minste weerstand hadden gevolgd: het toekennen van claims. Uitgebreide herbeoordelingen waren in Duitsland nodig geweest de situatie weer recht te zetten. Om dergelijke problemen met de medische uitvoering in Nederland te voorkomen, probeerde Van Eden door middel van een handleiding de ingewikkelde Invaliditeitswet met haar 411 artikelen toegankelijk te maken voor de medische beoordelaars.

Volgens van Eden bestond het risico dat de uitvoering van de Nederlandse Invaliditeitswet uiteindelijk evenzeer problematisch zou verlopen als in Duitsland. Hij waarschuwde dat de Invaliditeitswet een veel moeilijker uit te voeren claimbeoordeling met zich meebracht dan de Ongevallenwet. De nieuwe wet kende namelijk veel meer verzekerden dan de Ongevallenwet, omvatte meer beroepen en betrekkingen, en vereiste dienovereenkomstig een complexere beoordeling van de geschiktheid om in die verschillende beroepen werkzaam te zijn.⁶⁶

⁶⁵ Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*.

⁶⁶ a.w., 26-27.

Bovendien verwachtte Van Eden dat de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet een uitgebreider medisch onderzoek zou vergen. Terwijl de Ongevallenwet enkel betrekking had op de invaliditeit die het gevolg was van een ongeval, bestreek de Invaliditeitswet de gehele lichamelijke gesteldheid van de verzekerde. Alle kwalen en gebreken deden ertoe. Vooral ten aanzien van de diagnose en prognose stelde de Invaliditeitswet zwaardere eisen dan de Ongevallenwet. Door het uitgebreidere onderzoek zouden vaak andere aandoeningen aan het licht komen dan waarover de verzekerde klaagde. Bovendien zou het zich gelijktijdig voordoen van verschillende aandoeningen de claimbeoordeling dubbel zo moeilijk maken. Volgens Van Eden kregen de geneeskundigen bij de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet 'zonder uitzondering met den geheelen mensch te doen en daarom moet dan ook altijd de geheele mensch onderzocht worden'.⁶⁷

Van Eden gaf nauwgezet aan hoe de geneeskundigen het medische onderzoek ten behoeve van de claimbeoordeling moesten uitvoeren en hoe zij daarover verslag moesten uitbrengen. Belangrijk was dat het onderzoek volledig en systematisch in het verslag werd opgetekend. Een belangrijk hulpmiddel daarvoor waren formulieren waarop de geneeskundigen hun bevindingen konden noteren. Het lag volgens Van Eden voor de hand dat deze formulieren zoveel mogelijk gelijkenis vertoonden met de formulieren die reeds door de NMG in overleg met de levensverzekeringsmaatschappijen waren vastgesteld, aangezien de Nederlandse arts daarmee al tientallen jaren vertrouwd was.

Het verslag van het medische onderzoek moest bestaan uit drie duidelijk van elkaar te onderscheiden onderdelen: het subjectieve onderzoek, het objectieve onderzoek en het oordeel. Voor het subjectieve onderzoek was een uitvoerige anamnese nodig, ten einde gegevens te verzamelen over erfelijke aandoeningen, eerder doorstane ziekten, de uitgeoefende beroepen en over de recent opgetreden klachten, die nauwkeurig in hun gehele verloop met opgave van data moesten worden beschreven. Van Eden wees erop dat het subjectieve onderzoek al begon zodra de patiënt de spreekkamer binnenkwam. Diens houding, uiterlijk en wijze van bewegen verschaften de eerste gegevens, waardoor onwillekeurig verschillende objectieve kenmerken konden worden waargenomen (gelaatsuitdrukking, kleur, symmetrie van het gezicht, gelijkheid van de pupillen, eventuele tremoren, dyspneu, etc.).⁶⁹

Het objectieve onderzoek was gericht op het in kaart brengen van de gehele lichamelijke en geestelijke toestand en in het bijzonder de organen die afwijkingen vertoonden. De geneeskundigen maten de lichaamslengte en het lichaamsgewicht en vergeleken deze met de gemiddelde waarden van mensen die in verschillende overzichten, onder andere ten behoeve van de levensverzekeringsgeneeskunde, waren vastgelegd.⁷⁰ Voor de beoordeling van de algemene toestand dienden de geneeskun-

67 a.w., 30.

68 a.w., 37.

69 a.w., 33.

70 Van Eden verwees hierbij naar Nolen et al, *Levensverzekering-geneeskunde* en Miller, *Manuale für Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und Invaliden*.

digen te kijken naar de huid, het onderhuidse vetweefsel, de slijmvliezen, de ontwikkeling en de tonus van de spieren en de functie van de gewrichten. Ook was in alle gevallen urineonderzoek en onderzoek van de zintuigen nodig.⁷¹

Zodra de geneeskundigen alle gegevens hadden opgetekend, stelden zij een samenvattend overzicht op van gevonden afwijkingen. Vervolgens brachten zij de gevonden afwijkingen in verband met de anamnese. Op grond daarvan gaven zij tot slot een gemotiveerd oordeel over het al of niet bestaan van invaliditeit, over het begin ervan en over het vermoedelijke verloop, alsmede over de uitzichten van een in te stellen behandeling. Van Eden gaf niet aan op welke wijze het tegelijk voorkomen van verschillende kwalen moest worden beoordeeld. Als bleek dat het onderzoek onvoldoende informatie opleverde, dan dienden de geneeskundigen in het verslag een voorstel te doen voor nader onderzoek door een specialist, door opname in een inrichting, of door herhaling van het objectieve onderzoek.⁷²

Volgens Van Eden moesten de geneeskundigen zeer terughoudend zijn in het ter inzage geven van het medische dossier aan de verzekerden. Vooral bij ernstige ziekten was het van belang dat de arts en de omgeving al het mogelijke deden om de ernst van de toestand zo lang mogelijk voor de verzekerde verborgen te houden of te verzachten. Het kwam immers geregeld voor dat een lijder van een ongeneeslijke ziekte met bepaalde hulpmiddelen nog lange tijd een draaglijk bestaan kon hebben, zonder zich bewust te zijn van het onvermijdelijke lot dat hem of haar wachtte. Wanneer zo iemand door het lezen van het medische dossier de volle waarheid zou vernemen, dan waren de gevolgen voor het psychische welzijn niet te overzien. Of zoals Van Eden het uitdrukte: 'Wie hem dit aandoet, is in hoge mate wreed.' De Invaliditeitswet 1919 kende geen bepalingen waarin het recht van de verzekerden op inzage in het medische dossier was geregeld. Van Eden pleitte ervoor nadere maatregelen te nemen om de mogelijkheden van inzage in het medische dossier zoveel mogelijk te beperken.⁷³

5.2 Tijdelijke en blijvende invaliditeit

Een van de dilemma's waarmee de uitvoerders van de claimbeoordeling in de praktijk worstelden, was het onderscheid dat in de Invaliditeitswet werd gemaakt tussen tijdelijke en blijvende invaliditeit.⁷⁴ Volgens artikel 71 had de verzekerde per onmiddellijk recht op een rente als het zich liet aanzien dat hij voorgoed invalide zou blijven. De Invaliditeitswet stelde de rente bij blijvende invaliditeit gelijk aan de ouderdomsrente, omdat in beide situaties geen herstel van arbeidsvermogen te verwachten was.

Was blijvende invaliditeit niet vast te stellen, dan moest invaliditeit een half jaar hebben geduurd, voordat de verzekerde aanspraak maakte op een tijdelijke invalidi-

71 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 33-35.

72 a.w., 35-36.

73 a.w., 37-38.

74 Groeneveld, Stemberg, *Ongevallenwet 1921*, 27; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 82.

teitsrente. De achterliggende gedachte daarbij was, dat bij tijdelijke invaliditeit een langere periode nodig was om de aard en ernst van de letsels en afwijkingen te beoordelen. De opzet was dat de tijdelijke invaliditeitsrente op den duur een voortzetting zou worden van het ziekingeld, waarvoor een wettelijke regeling in de maak was. Gedurende de zes maanden waarin ziekingeld verstrekt werd, zou nadere informatie kunnen worden ingewonnen over het begin en de ernst van de ziekte. Bovendien konden dan de mogelijkheden voor revalidatie en reïntegratie verkend worden.⁷⁵ Van Eden benadrukte dan ook dat, in het belang van een goede beoordeling en een mogelijke werkhervatting, de medische beoordelaars terughoudend dienden te zijn in het vaststellen van blijvende invaliditeit.⁷⁶

De vraag of een verzekerde tijdelijk dan wel blijvend invalide was bleek in de praktijk lastig te beoordelen. Het was voor de beoordelaars vaak moeilijk in te schatten of een ziekte in de toekomst gunstig dan wel ongunstig zou verlopen. Om de medische beoordelaars een handvat aan te reiken, had Van Eden in zijn handleiding twee lijsten van ziekten opgenomen die in Duitsland gebruikt werden bij de beoordeling van blijvende respectievelijk tijdelijke invaliditeit (zie schema 3.2).⁷⁷ Van Eden wees erop dat zo'n lijst slechts een indicatie gaf. Het beeld kon totaal veranderen als complicaties optraden, of als meerdere afwijkingen samengingen.⁷⁸ Ondanks deze kanttekening waren de lijsten uit de handleiding van Van Eden belangrijke richtlijnen voor de claimbeoordeling en de jurisprudentie na 1919.⁷⁹

Artikel 154 van de Invaliditeitswet leverde een ander probleem bij het beoordelen van tijdelijke en blijvende invaliditeit op. Dit artikel bepaalde dat een invaliditeitsrente inging op de dag van de aanvraag.⁸⁰ Vond de aanvraag later plaats dan de blijvende invaliditeit was ingetreden, dan kreeg de verzekerde over de daaraan voorafgaande periode geen rente uitgekeerd. Een te late aanvraag van een rente kon gemakkelijk worden voorkomen als ernstige ziekten of gebreken acuut optraden, aangezien het begin van de blijvende invaliditeit dan gemakkelijk vastgesteld kon worden. Was echter sprake van een chronische ziekte of aandoening, die weliswaar aanvankelijk nog niet als blijvende invaliditeit in de zin van de wet aangemerkt kon worden maar daartoe uiteindelijk wel zou leiden, dan was een te late aanvraag moeilijk te vermijden. De Invaliditeitswet bood namelijk in principe geen ruimte om voortijdig een aanvraag voor een rente in te dienen; zelfs niet als blijvende invaliditeit op termijn te verwachten was.

Voor de beoordelaars was derhalve de lastige taak weggelegd om zo snel als mogelijk vast te stellen wanneer de invaliditeit als blijvend beschouwd kon worden en op

75 Zie met name: Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, 18-19.

76 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 48-49.

77 Van Eden baseerde zich voor blijvende invaliditeit op de lijst van Windscheid en voor tijdelijke invaliditeit op de lijst van Miller. Zie Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 50-51.

78 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 52.

79 Zie bijvoorbeeld Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, 29-32. Zie ook de tweede druk van deze publicatie uit 1929.

80 Later werd een beperkte terugwerkende kracht geaccepteerd.

welke dag de tijdelijke invaliditeit in blijvende was overgegaan. Van Eden somde in zijn handleiding enkele indicaties op, waarmee de beoordelaars de overgang van tijdelijke naar blijvende invaliditeit konden vaststellen. Als eerste indicatie noemde hij de materiële veranderingen van het lichaam of organen als gevolg van een ziekte of aandoening die logischerwijs tot een vermindering van arbeidsgeschiktheid zouden leiden. Een tweede indicatie was als de aangewezen medische behandelingen en geneesmiddelen nauwelijks of geen uitwerking bleken te hebben op het ziekteproces. Tot slot noemde Van Eden als laatste indicatie het mislukken van een operatie.

Ondanks de instructies van Van Eden bleek het in de praktijk geregeld voor te komen dat geneeskundigen blijvende en tijdelijke invaliditeit verkeerd beoordeelden. Verzekerden die als blijvend invalide werden beoordeeld, bleken na verloop van tijd toch weer voldoende arbeidsgeschikt te zijn. Om die reden wees medisch adviseur V. Gravenstein de beoordelaars regelmatig op de noodzaak om helder en duidelijk de aard en achtergronden van de geconstateerde invaliditeit te motiveren. In 1925 gaf hij aan dat de Rijksverzekeringsbank regelmatig gevallen onder ogen kreeg, waarbij de beoordelaar vrijwel blind voer op de mededelingen van de cliënt. Vooral bij twijfelgevallen zou 'het zoo objectief mogelijk oordeel van den onderzoekenden geneesheer noodig zijn, om niet het invaliditeitsfonds op ongemotiveerde kosten te jagen [...]. Nauwkeurige rapporten zullen ook in die gevallen zeer waardevol blijken'.⁸¹

*Schema 3.2: Lijsten van afwijkingen voor het beoordelen van blijvende en tijdelijke invaliditeit**

- A. Afwijkingen die aanleiding konden geven tot het aannemen van blijvende invaliditeit (positieve lijst van Windscheid)
1. Chronische infectieziekten: tuberculose en vergevorderde syfilis;
 2. Hart- en vaatziekten;
 3. Hooggradige arteriosclerose die ook in de hersenvaten gezeteld was;
 4. Chronische longziekten van niet tuberculeuze aard;
 5. Chronische nierziekten (met name schrompelnier);
 6. Maligne tumoren met cachexie;
 7. Marasmus senilis;
 8. Hoge graden van myopie, ablatio retineae, glaucoom met heftige aanvallen;
 9. Constitutionele ziekten zoals leukemie, diabetes en arthritis deformans;
 10. Ernstige misvormingen, aangeboren of door trauma ontstaan, met belangrijke spieratrofie;
 11. Ernstige stoornissen van het zenuwstelsel.

81 Gravenstein, 'Art. 72 der Invaliditeitswet', 198-201.

- B. Afwijkingen die aanleiding konden geven tot het aannemen van tijdelijke invaliditeit (positieve lijst van Miller)
1. Algemene zwakte door ernstige ziekten die (nog) niet chronisch waren;
 2. Tuberculose en syfilis in minder belangrijke organen of orgaangroepen;
 3. Chronische orgaanafwijkingen (longemfyseem, gecompenseerde hartziekten, maag- en darmziekten);
 4. Constitutionele ziekten (anemie, leukemie, bloedarmoede, jicht, diabetes, gewrichtsreuma);
 5. Neurasthenie, hysterie en andere neurosen;
 6. Vrouwelijke geslachtsziekten die door operatie of pessaria (gedeeltelijk) konden genezen;
 7. Oogziektes (trachoom, cataract en maculae cornea);
 8. Misvormingen die orthopedisch verbeterd konden worden;
 9. Hernia die geopereerd of door bandages tegengehouden konden worden;
 10. Varices die door verbanden of operaties behandeld konden worden;
 11. Wanstaltigheden die gemaskeerd konden worden.

* Bron: Van Eden, Invaliditeitswet en arts, 50-52.

5.3 *Arbeidsongeschiktheid*

Een ander dilemma voor de claimbeoordeling leverde het criterium van arbeidsongeschiktheid op. In artikel 72 van de Invaliditeitswet 1919 waren de medische en arbeidskundige beoordelingscriteria opgenomen waaraan een verzekerde moest voldoen om in aanmerking te komen voor een invaliditeitsrente. Volgens dit artikel was een verzekerde invalide als hij ongeschikt was tot het verrichten van arbeid die overeenkwam met zijn krachten en bekwaamheden. Bewezen moest worden dat de verzekerde niet meer dan eenderde van het loon kon verwerven dat gezonde personen met dezelfde scholing en ervaring in hetzelfde gebied verdienden.⁸² De claimbeoordelaars dienden niet zozeer het arbeidsvermogen (zoals onder de Ongevallenwet), maar de verdien capaciteit van de verzekerde vast te stellen.

In zijn handleiding gaf Van Eden aan dat de geneeskundigen onvoldoende toegerust waren om de verdien capaciteit te beoordelen. Het sprak voor zich dat de speciale agenten, die reeds het percentage arbeidsongeschiktheid volgens de Ongevallenwet vaststelden, ook de verdien capaciteit volgens de Invaliditeitswet gingen beoordelen. Samenwerking tussen de geneeskundige en de speciale agent was dan wel een vereiste. Zij werden geacht gezamenlijk een rapport op te maken. Artikel 146 van de Invaliditeitswet bepaalde dat de aanvrager eerst door de geneeskundige werd onderzocht, waarna op aanwijzing van de Raad van Arbeid één of meer loonkundigen bij het onderzoek betrokken konden worden. Eventueel kon dan ook de werkgever gehoord

82 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, XXIV, 25-26.

worden. Volgens Van Eden lag het voor de hand dat de geneeskundige en de speciale agent gezamenlijk het beoordelingsadvies aan de Raad van Arbeid zouden opstellen, al kende de Invaliditeitswet daarover geen richtlijnen.⁸³ In de praktijk zou de bepaling van arbeidsgeschiktheid voor de Ongevallenwet (het kunnen verrichten van passende arbeid) leidend worden voor de beoordeling van de verdien capaciteit volgens de Invaliditeitswet (het kunnen verdienen van 1/3 van het gemiddelde loon).

Van Eden hield er in zijn handleiding rekening mee dat de beoordelaars in de praktijk geregeld op zaken zouden stuiten die voor verschillende uitleg vatbaar waren. Hij ging ervan uit dat de meeste moeilijkheden met de interpretatie van aanmeldingen in de praktijk van de uitvoering konden worden opgelost. Daar waar de verschillen in interpretatie te groot werden, moesten de rechters van de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep uitsluitel bieden. Het op deze wijze nader invullen van de beoordelingscriteria van de Invaliditeitswet leidde ertoe dat in de jaren twintig en dertig veel beroepszaken tot aan de Centrale Raad van Beroep werden uitgevochten. Vooral in cruciale kwesties probeerde de Rijksverzekeringsbank de Centrale Raad van Beroep tot een duidelijke uitspraak te verleiden. Geleidelijk kwam aldus een uitgebreide jurisprudentie tot stand die de beoordelingen van de verdien capaciteit in sterke mate beïnvloedden. De belangrijkste veranderingen laten wij in het kort de revue passeren.

Kort na de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet 1919 kwam de vraag aan de orde in hoeverre mensen die één of meer ledematen misten, dan wel een vergelijkbaar lichaam gebrek hadden, invalide waren in de zin van de Invaliditeitswet 1919. Het was namelijk de vraag of de verdien capaciteit van deze verzekerden kon toenemen als zij gebruik zouden maken van bepaalde hulpmiddelen zoals prothesen. Uit een aantal beroepszaken kwam naar voren dat de beoordelaars in deze gevallen moesten nagaan, of verzekerden bij gebruik van passende hulpmiddelen in staat waren om ten minste eenderde van het loon te verdienen van soortgelijke werknemers ter plaatse. Konden beoordelaars een dergelijk positief effect van het gebruik van hulpmiddelen vaststellen, dan kwam de verzekerde niet in aanmerking voor een invaliditeitsrente.⁸⁴

In de beginjaren kwam ook de vraag aan de orde hoe met de verzekerden moest worden omgegaan die voldoende waren hersteld, maar waarvan werd gevreesd dat hervatting van arbeid zodanige schade van de gezondheid zou opleveren dat opnieuw invaliditeit in de zin van de Invaliditeitswet kon ontstaan. In de Memorie van Toelichting op de Invaliditeitswet was aangegeven, dat verzekerden bij herstel geen arbeid hoefden aan te nemen 'welke slechts ten koste van groote inspanningen verricht kan worden, of welke gevaar oplevert den gezondheidstoestand van den verzekerde te doen achteruitgaan'.⁸⁵ De vraag was echter hoe deze richtlijn in de praktijk moest worden uitgevoerd. De latere medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank Gravenstein schetste in het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank het

83 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 38-46.

84 Zie Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89.

85 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 148.

dilemma waarvoor de beoordelaar zich geplaagd zag. Het was duidelijk dat arbeidshervatting schade kon opleveren en derhalve opnieuw invaliditeit kon veroorzaken. Aan de andere kant kon langere rust een zieke de fatalistische overtuiging bijbrengen dat hij nooit meer voldoende arbeidsgeschikt zou worden. Volgens Gravenstein diende de beoordelaar op goede gronden aannemelijk te maken dat arbeidshervatting schadelijk zou zijn voor de gezondheid. Per geval moest de beoordelaar ervoor waken dat hij de gevaren van werkhervatting te hoog zou aanslaan. Voorkomen moest worden dat door een verkeerde claimbeoordeling de 'heilzame invloed van den arbeid op de energie en den levensmoed van verzekerden' geschaad zou worden.⁸⁶ Hoe eenvoudig de instructie van Gravenstein ook leek te zijn; in de praktijk leverden besluiten over dergelijke gevallen regelmatig dilemma's op.

Een ander punt van discussie had betrekking op de betekenis van het begrip 'loon' bij het vaststellen van de verdien capaciteit. De Centrale Raad van Beroep kreeg in een aantal beroepszaken de vraag voorgelegd wat onder het begrip loon verstaan moest worden. Ging het alleen om het loon dat een werknemer in loondienst bij een werkgever verdiende? Of konden ook andere typen inkomsten als loon opgevat worden? Na een aantal uitspraken gedaan te hebben, koos de Centrale Raad uiteindelijk voor een brede interpretatie. Bij de beoordeling van de verdien capaciteit hoefde het loon niet alleen betrekking te hebben op loon verkregen uit werk in loondienst, maar op alle mogelijke soorten van inkomsten uit arbeid.⁸⁷

Naast het begrip loon bleek ook het begrip verdien capaciteit zelf tamelijk rekbaar te zijn. Bij de beoordelingen kwam geregeld de vraag aan de orde in welke mate de vermindering van de verdien capaciteit terug te voeren was op meer externe factoren, zoals de omstandigheden op de arbeidsmarkt. Een invalide werknemer zou namelijk bij hoge werkloosheid minder gemakkelijk voldoende loon kunnen verwerven, dan bij voldoende werkgelegenheid. De Centrale Raad van Beroep toonde zich echter ongevoelig voor dit soort argumenten. Volgens de Centrale Raad diende bij de beoordeling van de verdien capaciteit de kenmerken van de individuele verzekerde doorslaggevend te zijn. Externe factoren als de algemene toestand van de arbeidsmarkt konden nooit grond zijn voor de toekenning van een invaliditeitsrente en dienden derhalve buiten beschouwing gelaten te worden. Deze regel impliceerde geenszins dat vermindering van de verdien capaciteit alleen met bepaalde lichamelijke gebreken in verband kon staan. Het was bijvoorbeeld mogelijk dat een op zichzelf arbeidsgeschikte verzekerde geen passende arbeid kon vinden omdat zijn aanwezigheid op de werkplek bepaalde hygiënische of esthetische bezwaren met zich mee bracht. Zo'n verzekerde maakte in principe aanspraak op een invaliditeitsrente omdat de vermindering van de verdien capaciteit terug te voeren was op bepaalde individuele kenmerken.⁸⁸

Bijzondere problemen leverde de beoordeling van invaliditeit op bij verzekerden van hogere leeftijd. In deze gevallen bleek het vaak moeilijk te zijn om soortgelijke

86 Gravenstein, 'Art. 72 der Invaliditeitswet', 263-264.

87 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89.

88 Idem.

werknemers te vinden die nog geregeld arbeid verrichtten.⁸⁹ Meestal gaf dan de mate waarin de verzekerde aan ouderdomsgebreken leed de doorslag. Invaliditeit werd aangenomen als de verzekerde in sterkere mate aan ouderdomskwalen leed dan normaal was voor personen van zijn leeftijd. Genoot de verzekerde reeds een ouderdomsrente, dan kon hij deze inruilen tegen een hogere invaliditeitsrente. Stapeling van de twee rentes was niet mogelijk. In de praktijk bleken echter weinig verzekerden van de mogelijkheid gebruikt te maken om een ouderdomsrente in te ruilen voor een hogere invaliditeitsrente.⁹⁰

5.4 Medische behandeling bij invaliditeit

De Invaliditeitswet 1919 regelde naast het uitkeren van rentes in geval van invaliditeit, ouderdom en overlijden, ook geneeskundige behandeling en verpleging voor invalide werknemers. Artikel 99 van de Invaliditeitswet maakte het mogelijk dat de Raad van Arbeid met toestemming van de Rijksverzekeringsbank geneeskundige behandeling en verpleging verleende, als daarmee invaliditeit kon worden voorkomen. Anders dan de Ongevallenwet gaf de Invaliditeitswet geen recht op geneeskundige behandeling. Het was aan de geneeskundige ambtenaren bij de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank om te beoordelen wie voor geneeskundige behandeling in aanmerking kwam.⁹¹ De bedoeling was dat geneeskundige behandeling en verpleging selectief zou worden ingezet: ter voorkoming van ernstige invaliditeit. Volgens de Rijksverzekeringsbank was van ernstige invaliditeit sprake, als het te verwachten viel dat de invaliditeitsrente langer dan 4 1/2 jaar zou duren.⁹²

Het was aanvankelijk niet duidelijk hoe de controlerend geneeskundigen artikel 99 moesten uitvoeren. Zij stonden voor de vraag of blijvende invaliditeit volgens artikel 71 door geneeskundige behandeling en verpleging kon worden voorkomen. Vervolgens moesten zij bepalen wat voor soort behandeling of verpleging effectief was. Al snel bleek het onmogelijk uniforme richtlijnen op te stellen voor de uitvoering van artikel 99. Gravenstein, die in 1928 medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank zou worden, wees erop dat 'veel aandoeningen, al naar de vorm en de uitgebreidheid waarin zij zich voordoen, ook in verband met de algemeenen toestand, leeftijd, hereditaire momenten, vorige ziekteverloop, afwijkingen in andere organen enz., nu eens wel, dan weer niet geacht kunnen worden in de termen te vallen voor behandeling krachtens artikel 99 van de Invaliditeitswet'.⁹³ De controlerend geneeskundigen ontkwamen er dan ook niet aan de meeste gevallen op zichzelf te beschouwen. Zij kregen een grote mate van vrijheid om naar eigen inzicht gevallen te beoordelen.⁹⁴

89 Zie ook Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 41-42.

90 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89-90.

91 Van Gelderen, 'Iets over de Invaliditeitswet', 301-303; Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 182-185.

92 Keesing, 'Toepassing van artikel 99 der Invaliditeitswet', 310.

93 Gravenstein, 'Welke ziekelijke afwijkingen komen in aanmerking', 42.

94 Wallien, 'Een leemte in de wet', 161-164; de reactie daarop van Gravenstein, 'Naschrift op J.J. Wallien', 164-165.

Zie ook Van Gelderen, 'Beidt uw tijd', 261-263; De Rooij, 'Nul of honderd procent invaliditeit', 97.

Niettemin probeerden de beoordelaars bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid tot algemene richtlijnen te komen voor de toepassing van artikel 99. In zijn handleiding uit 1919 gaf Van Eden een aanzet door op grond van de Duitse uitvoeringspraktijk enkele basale instructies te geven voor het toekennen van geneeskundige behandeling. Daarbij onderscheidde hij drie categorieën van aandoeningen. De eerste categorie betrof de ziekten met een gunstige prognose, die in principe altijd in aanmerking dienden te komen voor medische behandeling. Van Eden dacht daarbij met name aan chlorose (bloedarmoede), acute ontstekingen, zwaktetoestand na infectieziekten en secundaire anemie na bloedverlies. Ernstige aandoeningen (de tweede categorie) zouden in principe geen recht geven op medische behandeling aangezien de kans op herstel daarvan minimaal was. Voorbeelden waren kwaadaardige tumoren, ernstige hartkwalen, levercirrose, pseudo-leukemie, sommige been- en gewrichtsziekten en ernstige aandoeningen aan de luchtwegen. Het lastigste te beoordelen waren de chronische aandoeningen (de derde categorie), omdat het verloop daarvan moeilijk in te schatten was. Van Eden noemde in dat verband tuberculose, neurasthenie, chronische nierziekte, stofwisselingsziekten en gynaecologische afwijkingen. De vraag of door een bepaalde behandeling de patiënt zodanig zou herstellen dat zijn verdien capaciteit weer boven het 1/3 deel zou uitstijgen, was bij deze chronische ziekten moeilijk te beantwoorden. Volgens Van Eden kon in deze gevallen niet worden volstaan met een beslissing op basis van één enkel onderzoek. Hij gaf er de voorkeur aan om de patiënt gedurende enige tijd ter observatie te laten opnemen en op grond van de verkregen informatie een besluit te nemen.⁹⁵

De richtlijnen van Van Eden riepen bij de controlerend geneeskundigen veel vragen op. Regelmatig kwam het voor dat aanvragen voor medische behandeling zich op het grensvlak bevonden van de drie categorieën die Van Eden in zijn handleiding had beschreven. Zo was het niet altijd helder of aandoeningen een gunstige prognose hadden, dan wel blijvende invaliditeit tot gevolg zouden hebben. Bovendien bestonden er veel twijfels over de vraag welke aandoeningen chronisch waren en welke niet. Gravenstein probeerde in het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank meer duidelijkheid te verschaffen over deze vragen door nader in te gaan op een aantal meer specifieke gevallen.⁹⁶ Deze gevalbeschrijvingen lokten echter weer nieuwe vragen en discussies uit.⁹⁷

In de loop van de jaren namen de verwarring en onduidelijkheid over de toepassing van artikel 99 geleidelijk af. Naarmate de geneeskundigen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank meer ervaring opdeden met de uitvoering van artikel 99, werd het voor hen eenvoudiger om voorstellen en besluiten te onderbouwen. Deze besluiten over de toepassing van artikel 99 werden echter nergens vast-

95 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 56-59.

96 Gravenstein, 'Welke ziekelijke afwijkingen komen in aanmerking', 42-46; Gravenstein, 'Art. 99 I.W.', 129-132. Zie ook Van Gelderen, 'Iets over de Invaliditeitswet', 301-309.

97 Zie bijvoorbeeld Albada, 'Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet', 362-364; en de reactie daarop: Gravenstein, 'Reactie op Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet', 365.

gelegd. Beroepszaken waren er namelijk niet of nauwelijks, doordat verzekerden geen recht konden ontlenen aan artikel 99. In 1925 ondernam de geneeskundige A.A. Snijder een nieuwe poging om een meer volledige richtlijn voor de uitvoering van artikel 99 op te stellen.⁹⁸ Snijder was geneeskundig adviseur bij de Raden van Arbeid in Maastricht, Venlo en Eindhoven. Zijn benadering week sterk af van die van Van Eden en Gravenstein. Terwijl bij de laatste twee medische argumenten de boventoon voerden, baseerde Snijder zich nadrukkelijker op juridische argumenten.

Snijder begon met het onderscheiden van categorieën aandoeningen die in principe geen recht gaven op geneeskundige behandeling krachtens artikel 99. Het ging om de aandoeningen:

- waarbij geen blijvende invaliditeit dreigde;
- waarbij het leven op het spel stond (de getroffene werd dan immers niet bedreigd door blijvende invaliditeit maar door de dood);
- waarvoor geen specifieke behandeling bestond, of waarbij behandeling een geringe kans op succes had;
- waarvoor hulp was te verkrijgen die zeer eenvoudig en goedkoop was en binnen het bereik van een ieder lag;
- waarbij preventie en een goede verzorging voorrang had boven medische behandeling.

Vervolgens presenteerde Snijder op grond van de ervaringen die tot dan toe met de uitvoering van artikel 99 waren opgedaan, een lange lijst van indicaties en contra-indicaties. Per indicatie gaf Snijder nadere richtlijnen waarin hij meer specifiek de voorwaarden benoemde voor de toekenning van medische behandeling. Hoewel Gravenstein in een boekbespreking enkele kanttekeningen plaatste, groeide de richtlijn van Snijder uit tot een belangrijk hulpmiddel bij de uitvoering van artikel 99 van de Invaliditeitswet.⁹⁹ In 1929 bracht Snijder een tweede herziene druk uit, waarin hij een aantal instructies had gespecificeerd en de indicaties en contra-indicaties grondig had bijgewerkt en aangevuld.¹⁰⁰

6 Praktijk van de claimbeoordeling: de Ongevallenwet

De wijziging van de Ongevallenwet in 1921 en de verschillende wetswijzigingen die in de jaren daarna werden doorgevoerd, hadden grote gevolgen voor de praktijk van de claimbeoordeling. Vooral de wijziging en uitbreiding van de criteria en de opname van beroepsziektes in de wet, vergden van de beoordelaars een andere manier van werken. Mede hierdoor bleef de Ongevallenwet ook na 1921 voor veel debat zorgen onder de geneeskundigen. De meningsverschillen spitsten zich toe op het gebrek aan consistentie bij de beoordeling van claims. Regelmatig werd de Rijksverzekeringsbank

98 Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, passim. Zie ook de tweede druk uit 1929.

99 Gravenstein, 'De Invaliditeitswet van medische zijde door A.A. Snijder', 51-55.

100 Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, passim.

verweten dat zij overeenkomstige claims op geheel verschillende manieren beoordeelde. De opeenvolgende medisch adviseurs van de Rijksverzekeringsbank probeerden een gebrek aan samenhang in de claimbeoordeling tegen te gaan. Zij keurden regelmatig beoordelingsrapporten af, lieten contra-expertises uitvoeren en kwamen met instructies om de uniformiteit van de claimbeoordeling te vergroten.

In deze paragraaf geven wij een kijkje in de keuken van de claimbeoordeling in de periode 1921-1966. Wij gaan na hoe de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten de claims in het kader van de Ongevallenwet 1921 beoordeelden, welke problemen zij daarbij tegenkwamen en hoe zij die oplosten. Eerst zullen wij stilstaan bij de criteria in de wet, die nieuw of gewijzigd waren. Vervolgens gaan wij nader in op het criterium van de beroepsziektes, omdat dit fundamenteel afweek van het tot dan toe gangbare ongevals criterium. Tot slot besteden wij aandacht aan de kritiek die van buiten de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid werd uitgeoefend op de praktijk van de claimbeoordeling. Enkele buitenstaanders hadden namelijk een heldere kijk op de gang van zaken en beïnvloedden daarmee de meningsvorming binnen de uitvoeringsorganisatie en de politiek.

6.1 *Wijziging criteria*

Met de wijziging van de Ongevallenwet in 1921 en de wetswijzigingen die in de jaren daarop werden doorgevoerd, veranderden de criteria waaraan moest worden voldaan, wilde een door een ongeval getroffen(e) in aanmerking komen voor een blijvende ongevallenrente (zie schema 3.3). De praktijk van de claimbeoordeling veranderde hierdoor aanzienlijk. Er kwamen meer criteria waaraan de beoordelaars de aangemelde gevallen moesten toetsen, die bovendien vaak op verschillende manieren geïnterpreteerd konden worden. In deze paragraaf zullen wij per criterium nader ingaan op de afwegingen die de beoordelaars moesten maken en de dilemma's waarvoor zij zich geplaatst zagen.

Het ongevalcriterium

De wijziging van het ongevals criterium had betrekking op de toevoeging van twee categorieën aandoeningen in de Ongevallenwet: de letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan en de beroepsziektes. Daar de beroepsziektes later in dit hoofdstuk uitgebreid aan de orde komen, richt de aandacht zich hier op de letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan. De wetgever had dit type letsels in 1928 opgenomen in artikel 1, lid 2, van de Ongevallenwet. De argumentatie daarvoor was tweerlei. Enerzijds zouden veel van de in betrekkelijk korte tijd ontstane letsels een sterke gelijkenis vertonen met de beroepsziekten, waarvoor al een regeling in de maak was. Anderzijds was uit de praktijk van de claimbeoordeling gebleken dat deze letsels door het acute verloop ervan een duidelijke relatie konden hebben met het werk. Om enige duidelijkheid te geven over de omschrijving 'letsels in betrekkelijk korte tijd ontstaan' had de wetgever in artikel 1, lid 2, van de Ongevallenwet peesschede-ontsteking,

Schema 3.3: Criteria Ongevallenwet in de periode 1901-1921 en de periode 1921-1966

Criteria	Periode 1901-1921	Periode 1921-1966 (wijzigingen cursief)
Ongevalcriterium	Het ongeval was een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden	Het ongeval was: 1. een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden; 2. <i>een lichamenteel letsel dat in korte tijd was ontstaan (wijziging in 1928);</i> 3. <i>het oplopen van een beroepsziekte vermeld in artikel 87h van de Ongevallenwet (wijziging in 1928 en 1938).</i>
Bedrijfs criterium	Het ongeval stond in verband met de uitoefening van het bedrijf	<i>Het ongeval stond in verband met de dienstbetrekking (wijziging 1921)</i>
Arbeidsongeschiktheids criterium	Getroffene was arbeidsongeschikt als hij geen arbeid kon verrichten die overeenkwam met diens krachten en bekwaamheden	Getroffene was arbeidsongeschikt als hij geen arbeid kon verrichten die: 1. overeenkwam met diens krachten en bekwaamheden; 2. <i>aansloot op de opleiding en het vroegere beroep (wijziging 1921);</i> 3. <i>in de buurt van het oude werk uitgevoerd kon worden (wijziging 1921).</i>
Arbeidsmarkt criterium		<i>Een werknemer was arbeidsongeschikt als hij tengevolge van een ongeval geen werkgever kon vinden die hem in dienst wilde nemen (wijziging 1921)</i>

bevriezing, hitteberoerte, zonnesteek en blaar genoemd als voorbeelden. Vervolgens was het aan de medische beoordelaars en de juristen om uit te maken welke letsels in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan en daarmee recht gaven op schadeloosstelling.

Door het gewijzigde artikel 1 moesten de beoordelaars antwoorden vinden op twee vragen waarover de wet geen uitsluitsel bood:

- Hoe kort was de tijd waarin een verwonding volgens artikel 1, lid 2, ontstaan moest zijn?
- Hoe moest de ontstaansduur van de verwonding worden vastgesteld?

Dankzij de jurisprudentie ontstond in de loop van de jaren meer helderheid over deze twee vragen.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank stelde kort na de wetswijziging in 1928

de uiterste termijn voor het ontstaan van een verwonding volgens artikel 1, lid 2, op één week. De Centrale Raad van Beroep verwierp deze termijn echter in aantal beroepszaken. In een beroepszaak uit 1930 (D175) merkte de centrale raad bijvoorbeeld op dat 'de termijn van een week geheel willekeurig is gesteld en geen steun vindt in de wet'.¹⁰¹ Op de vraag wat de uiterste termijn dan wel moest zijn, gaf de centrale raad aanvankelijk een aantal tegenstrijdige antwoorden. In uitspraak D361 uit 1930 bepaalde de centrale raad dat de maximale termijn drie à vier weken besloeg. Een jaar later kwam de centrale raad daar weer op terug door in de zaak D809 te stellen dat een 'gedurende drie of vier weken ontstane letsel toch zeker niet in betrekkelijk korten tijd kan zijn ontstaan'.¹⁰² Meer duidelijkheid ontstond er in 1942. In dat jaar stelde de Centrale Raad in een zaak over eczeem aan de handen (1942-87), de uiterste termijn vast op veertien dagen. De Rijksverzekeringsbank besloot vervolgens om deze uitspraak als uitgangspunt te nemen voor de claimbeoordeling. Hoewel de maximale termijn van veertien dagen een tamelijk willekeurig uitgangspunt was, dat weinig steun vond in de wet en waarvan de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep in hun uitspraken gemakkelijk konden afwijken, hielden zowel de uitvoering als de rechtspraak er geruime tijd aan vast.¹⁰³

Met het vastleggen van een maximale ontstaansduur van veertien dagen, rees de vraag hoe de beoordelaars deze ontstaansduur moesten bepalen. Welk tijdstippen konden zij gebruiken om de dagen te tellen? Was dat het tijdstip waarop de getroffene de eerste klachten kreeg? Ging het om het tijdstip waarop de eerste objectieve symptomen waren waargenomen door de beoordelaar c.q. de behandelende arts? Of kon men beter uitgaan van de tijdstippen waarop de getroffene het werk staakte en zich onder behandeling stelde van een arts? Deze tijdstippen konden ver uit elkaar liggen.¹⁰⁴

In de praktijk bepaalden de beoordelaars de ontstaansduur meestal door terug te rekenen vanaf het moment dat de getroffene de arbeid had moeten staken en onder behandeling was gesteld van een arts, naar het moment van de verwonding. Het staken van de arbeid en de aanvang van de medische behandeling vielen in de praktijk vaak samen. Bovendien waren zij objectief vast te stellen en daarmee goed te controleren. De keuze om terug te rekenen vanaf een objectief te bepalen tijdstip naar het moment van de verwonding werkte evenwel nadelig uit voor de werknemer die niet dadelijk bij de eerste verschijnselen van het letsel het werk zou neerleggen of een dokter zou raadplegen. Naarmate een werknemer langer wachtte om het letsel kenbaar te maken, nam de ontstaansduur toe, waardoor de kans groter werd dat er geen letsel kon worden vastgesteld dat volgens de Ongevallenwet in betrekkelijk korte tijd was ontstaan¹⁰⁵

101 Geciteerd uit Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 89.

102 Idem.

103 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 89-91; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 46-47.

104 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 90-91.

105 Idem.

Volgens Wuite probeerden de beoordelaars en ook de rechtspraak per geval te voorkomen dat op deze wijze de goedwillende arbeider met de juiste sociale instelling werd benadeeld.¹⁰⁶ Dat deden zij door per geval de reactie van de getroffene en de omstandigheden waarin het letsel was ontstaan, zwaar mee te laten wegen. Deze toepassing van de claimbeoordeling bij letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan, leidde ertoe dat niet zozeer de medische en juridische maatstaven doorslaggevend waren, maar vooral de persoonlijke en subjectieve beoordeling van de verwonding door de beoordelaars en de Raden van Beroep. Wuite concludeerde op grond hiervan dat in de praktijk betrekkelijk weinig rechtszekerheid uitging van artikel 1, lid 2.¹⁰⁷

Het bedrijfs criterium

De wijziging van het bedrijfs criterium was geregeld in de Ongevallenwet 1921. Hierdoor hoefde een ongeval niet meer per se in verband te staan met de uitoefening van het bedrijf (zoals onder de Ongevallenwet van 1901 het geval was). Het was voldoende als er een verband kon worden aangetoond met de dienstbetrekking. De bedoeling van deze wijziging was om ongevallen die verzekerden overkwamen tijdens het woon-werkverkeer onder de Ongevallenwet te brengen. De wetgever besloot daartoe omdat het gemotoriseerde verkeer een groeiend risico opleverde voor de verzekerden.¹⁰⁸

De opname in de Ongevallenwet van de ongevallen tijdens het woon-werkverkeer resulteerde in een groot aantal beroepszaken. De jurisprudentie die daaruit voortvloeide leidde tot nadere voorschriften voor de claimbeoordeling. De meeste voorschriften hadden betrekking op de schuldvraag. De getroffene moest aantonen dat het ongeval geheel toegeschreven kon worden aan de onveiligheid van het verkeer. Als de getroffene onvoorzichtig was geweest op de openbare weg, of op de een of andere manier schuld had aan het ongeval, verviel het recht op schadeloosstelling. Overtreding van een verkeersregel was in de meeste gevallen een adequate aanwijzing dat de getroffene onvoorzichtig was geweest of schuld had. Ook als de verzekerde het ongeval onbewust had veroorzaakt omdat hij de kluts was kwijtgeraakt (omschreven als een plotseling psychisch defect) had hij in principe geen recht op schadeloosstelling.¹⁰⁹

Verder kwam uit de jurisprudentie naar voren dat aanspraak op schadeloosstelling alleen mogelijk was als de getroffene de kortste weg van of naar het huis had gevolgd. Bovendien mocht de route niet onderbroken zijn door een particuliere handeling (zoals het kopen van producten voor eigen gebruik). Buiten de wet vielen de ongevallen die de verzekerde was overkomen op de route van een andere plaats dan het huis naar het werk en vice versa, of van huis via een andere plaats naar het werk.

106 Geciteerd naar Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 90.

107 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 98-99.

108 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 8-9.

109 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59. Zie ook: Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 21-22.

In een aantal gevallen stond de Centrale Raad toe dat de getroffene een kleine omweg had gemaakt, of dat de slechte staat van de wegen hem had genoodzaakt een grotere omweg te maken.¹¹⁰

Het maakte in principe niet uit wat voor vervoersmiddel de getroffene had gebruikt, mits dit veilig was. Als een verzekerde zich liet vervoeren door een gemotoriseerd voertuig dat niet bestemd was voor personenvervoer, kon hem bij een ongeval schadeloosstelling worden geweigerd, tenzij hij uit overmacht van dat vervoersmiddel gebruik had gemaakt. Voorts diende het vervoersmiddel op de juiste manier bereden te zijn (een voorschrift dat met name op fietsers van toepassing was). Een ongeval dat plaatsvond tijdens het gereedmaken van het voertuig, viel in principe buiten de verzekering. Vond er echter een ongeval plaats tijdens het tanken van een motorvoertuig, dan kon de getroffene weer wel aanspraak maken op schadeloosstelling.¹¹¹

Tot slot gold de eis dat het ongeval op de openbare weg had plaatsgevonden. Dit betekende dat een ongeluk in de woning, in de tuin, op de oprijlaan of in het portiek niet werd beschouwd als een ongeval in de zin van de Ongevallenwet 1921.¹¹²

Het arbeidsongeschiktheids criterium

Bij de behandeling in de Tweede Kamer van het ontwerp Ongevallenwet 1921 hadden verschillende kamerleden bij Minister Aalberse erop aangedrongen om het arbeidsongeschiktheids criterium uit de Ongevallenwet zoveel mogelijk te laten aansluiten op het arbeidsongeschiktheids criterium van de Invaliditeitswet (artikel 72). De minister had gehoor gegeven aan deze wens door in artikel 18, lid 1, van de Ongevallenwet het arbeidsongeschiktheids criterium toe te spitsten op het niet kunnen verrichten van passende arbeid. Arbeid was passend als deze overeenkwam met de krachten en bekwaamheden van de getroffene, aansloot op de opleiding en het vroegere beroep en in de buurt van het oude werk uitgevoerd kon worden. De verwijzingen naar de opleiding, het vroegere beroep en de omgeving van het oude werk waren als nieuwe criteria toegevoegd in de Ongevallenwet 1921. Was een verzekerde niet in staat passende arbeid te verrichten volgens deze criteria, dan was hij arbeidsongeschikt volgens de Ongevallenwet.¹¹³

Het was vooral aan de speciale agent van de Rijksverzekeringsbank om te beoordelen of een getroffene voldeed aan de arbeidsongeschiktheids criteria van de Ongevallenwet 1921. De speciale agent diende na te gaan in hoeverre de getroffene lichamelijk en geestelijk in staat was om passende arbeid te verrichten. Hiervoor had hij gegevens nodig over het letsel, de opleiding en het beroep van de getroffene, alsmede over de plaats waar de getroffene had gewerkt. Daar de speciale agenten gestationeerd waren op het hoofdkantoor van de Rijksverzekeringsbank in Amsterdam, riepen zij vaak de hulp in van de geneeskundigen en de agenten van de Raden van Arbeid

110 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 20-24; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59.

111 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59.

112 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 23; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 59.

113 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 90-93.

bij het verwerven van de benodigde gegevens. Vanzelfsprekend gebeurde dit met name bij de ongevallen die hadden plaatsgevonden op plaatsen ver van Amsterdam.¹¹⁴ Op grond van de verzamelde gegevens over de getroffenene, stelde de speciale agent een rapport op waarin hij een schatting deed van het percentage arbeidsongeschiktheid. Het kwam vaak voor dat de speciale agent het percentage arbeidsongeschiktheid anders inschatte dan de controlerend geneeskundige. In dergelijke gevallen gaf de medisch adviseur na eigen onderzoek aan welke percentage zijns inziens het juiste was.¹¹⁵

De speciale agenten waren in de periode 1921-1966 opvallend weinig mikpunt van kritiek en discussie. Als er tekortkomingen geconstateerd werden bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dan werden deze niet zozeer toegeschreven aan de speciale agenten, maar aan de Rijksverzekeringsbank als uitvoeringsorgaan. Meer nog dan de controlerend geneeskundigen werden de speciale agenten gezien als vertolkers van het beleid van de Rijksverzekeringsbank. De medisch adviseurs beschouwden de speciale agenten als hun verlengstuk en zetten hen vaak in om bepaalde beleidskeuzes handen en voeten te geven. Illustratief in dit verband was de intensiteit waarmee Van Eden na zijn aantreden in 1915 de speciale agenten betrok bij het beoordelen van aanpassing van het lichaam na een ongeval (zie hoofdstuk 2).

Een andere reden waarom het werk van de speciale agenten weinig kritiek en discussie uitlokte, zal gelegen zijn in het feit dat zij geen invloed ondervonden van vakgenoten die buiten de Rijksverzekeringsbank werkzaam waren. In dit opzicht was de positie van de controlerend geneeskundigen fundamenteel anders. De controlerend geneeskundigen hadden namelijk rekening te houden met de inzichten uit de medische wetenschap en de denkbeelden die leefden binnen de medische beroepsgroep. Stonden de controlerend geneeskundigen regelmatig bloot aan kritiek vanuit de medische stand; de speciale agenten konden hun werk doen in de luwte van de Rijksverzekeringsbank.

Het arbeidsmarkt criterium

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid dienden de speciale agenten ook rekening te houden met de problemen die de getroffenene in de toekomst kon ondervinden bij het vinden van passend werk. Dit zogenaamde arbeidsmarkt criterium was als geheel nieuw beoordelingscriterium opgenomen in artikel 18, lid 2, van de Ongevallenwet 1921. Als een speciale agent aanwijzingen had dat er in de toekomst problemen te verwachten waren met het vinden en behouden van werk, kon een hogere rente worden toegekend.¹¹⁶ Hierbij gold de voorwaarde dat de verminderde kans op het vinden van werk primair het gevolg moest zijn van het ongeval en niet zozeer van externe factoren zoals een economische crisis die ook gezonde werknemers kon treffen. Voorkomen moest worden dat de Ongevallenwet ging functione-

114 Gravestein, 'De medische taak der Rijksverzekeringsbank', 300-301.

115 Zie bijvoorbeeld: Baart de la Faille, 'Ingezonden. Over invaliditeitsschatting', 307.

116 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 92.

ren als een soort van werkloosheidsverzekering voor gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers.¹¹⁷

Het arbeidsmarkt criterium bleek in de praktijk buitengewoon lastig te toetsen. Vooral bij relatief kleine letsels was het vrijwel onmogelijk om een verminderde kans op passende arbeid in de toekomst vast te stellen. Er dreigde in deze gevallen op termijn een discrepantie te ontstaan tussen de hoogte van de toegewezen ongevalrente en de gronden van toewijzing. Als een getroffenene bijvoorbeeld na een ongeval in aanmerking kwam voor een hogere rente omdat hij zijn baan had verloren, dan zou deze hogere rente niet kunnen worden verlaagd als hij weer passende arbeid vond. Het vinden van werk kon namelijk niet beschouwd worden als een aanpassing van de arbeidsgeschiktheid ingevolge artikel 75 van de Ongevallenwet 1921. Deze toepassing van het arbeidsmarkt criterium zou in de loop van de tijd ertoe kunnen leiden dat veel rentetrekkingen te hoge ongevalrentes ontvingen.¹¹⁸

Om een dergelijke ongewenste situatie te voorkomen, paste de Rijksverzekeringsbank het arbeidsmarkt criterium hoofdzakelijk toe in de gevallen waarbij een verslechterde kans op arbeid structureel leek te zijn. Daarvan was bijvoorbeeld sprake als een getroffenene volledig ongeschikt was geworden voor het uitoefenen van het oorspronkelijke beroep, zonder dat uit medisch oogpunt van volledige arbeidsongeschiktheid gesproken kon worden.¹¹⁹ Uit de volgende casus blijkt dat het arbeidsmarkt criterium desondanks aanleiding kon geven tot een uitermate lastige schatting van het percentage arbeidsongeschiktheid.¹²⁰

Een 65 jarige diamantslijper uit Amsterdam had door kinderverlamming twee misvormde benen en een spitsvoet gekregen. Hij kon zich alleen voortbewegen met een kruk, waarop hij met beide handen steunde. Op 15 december 1925 gleed hij uit op straat tijdens de wandeling van het werk naar huis, waardoor hij hard op het linkerbeen viel. In het ziekenhuis bleek dat hij een beenbreuk had opgelopen. Het herstel verliep voorspoedig en na 9 weken kon hij weer naar huis. De controlerend geneeskundige die de getroffenene op 26 februari 1926 bezocht, concludeerde evenwel dat getroffenene nog niet kon lopen. Het linkerbeen dat voor het ongeval al vier centimeter korter was dan het rechterbeen, bleek enkele centimeters te zijn gekrompen. In juni 1926 kreeg de getroffenene een orthopedische schoen aangemeten die het gebruik van de spitsvoet moest vergemakkelijken en de verkorting van het been compenseren. Hierdoor kon hij weer lopen, al ging dat erg moeizaam. Op 9 juli verzocht de controlerend geneeskundige om een nader arbeidskundig onderzoek door een speciale agent. De aanleiding hiervoor was de mededeling van de getroffenene dat hij zijn oorspronkelijke beroep van diamantslijper niet meer kon uitvoeren.

De speciale agent ging op onderzoek uit. Van de bedrijfsleider kreeg hij te horen dat de getroffenene een aantal jaren bij het bedrijf in dienst was geweest als roosjes-

117 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 193.

118 a.w., 198-199.

119 a.w., 199.

120 Zie: Feenstra, 'Een lastige invaliditeitsschatting', 365-371.

slijper. De markt voor roosjes-diamanten was na de Russische revolutie in 1917 sterk achteruitgegaan. Had de firma vroeger meer dan honderd roosjes-slijpers in dienst; thans waren er nog maar twee werknemers als zodanig werkzaam. In overleg met de crisiscommissie van de gemeentelijke werkloosheidsvoorziening was het bedrijf ertoe overgegaan om 18 roosjes-slijpers om te scholen tot achtkant-slijper. Ook de getroffen kwam in principe voor deze omscholing in aanmerking. Door het ongeval was hij echter volledig arbeidsongeschikt geworden voor het achtkantslijpen. Weliswaar kon hij zittend de diamanten slijpen, maar hij was niet meer in staat de slijpsteen te verwisselen en de riemen aan te trekken waarmee de slijpsteen werd aangedreven. De speciale agent constateerde op grond van de gesprekken dat de getroffene zich als 65-jarige niet meer kon aanpassen aan een ander vak dan hij oorspronkelijk beoefende. Hierdoor zou het hem niet meer lukken om de mogelijk resterende validiteit nog productief te maken. Daar kwam bij dat de getroffene door de malaise in het vak spoedig werkloos zou worden. De speciale agent adviseerde om de getroffene voor 75 procent arbeidsongeschikt te verklaren.

De medisch adviseur kon zich met het advies van de speciale agent niet verenigen en liet een medische en een arbeidskundige contra-expertise uitvoeren. Uit de medische contra-expertise kwam naar voren dat de voornaamste medische factor van de arbeidsongeschiktheid de kinderverlamming was, die op zichzelf geen grond kon zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Het letsel als gevolg van het ongeval (breken van het linkerbeen) had een arbeidsongeschiktheid veroorzaakt van hoogstens twintig procent. De arbeidskundige contra-expertise weerlegde de conclusie van de speciale agent dat het niet zelfstandig kunnen verwisselen van de slijpsteen een reden was om de getroffene arbeidsongeschikt te verklaren. In veel fabrieken werden de slijpstenen namelijk verwisseld door een zaalknecht, of werden gehandicapte slijpers geholpen door collega's. Wel werd erkend dat de kans op het vinden van werk door het ongeval was afgenomen. Op grond van de contra-expertises stelden de medisch adviseur en vervolgens ook het bestuur van de Rijksverzekeringsbank het percentage arbeidsongeschiktheid op vijftig procent.

De diamantslijper ging tegen het besluit van de Rijksverzekeringsbank in beroep. De Raad van Beroep bepaalde dat het percentage arbeidsongeschiktheid van vijftig procent te laag was en conform het rapport van de speciale agent op 75 procent gesteld moest worden. In hoger beroep bevestigde de Centrale Raad van Beroep deze uitspraak. Hiermee kende de rechtspraak (althans voor wat betreft deze casus) een groter gewicht toe aan het arbeidsmarkt criterium dan de leiding van de Rijksverzekeringsbank.

6.2 *Beroepsziektes*

In paragraaf 3.2 hebben wij gezien dat een beroepsziekte aanvankelijk geen grond kon zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet. De meeste beroepsziekten kenden een betrekkelijk lange incubatietijd en een tamelijk geleidelijk verloop,

waardoor deze niet voldeden aan het criterium van de wet dat een ongeval onvoor- zien en plotseling moest zijn ingetreden. Niettemin had minister Talma al in 1912 tevergeefs geprobeerd een wettelijke voorziening te treffen voor schadevergoeding aan werknemers die door een beroepsziekte waren getroffen.¹²¹ Nadat het wetsont- werp daarover een aantal jaren op de plank had gelegen, zette Minister Aalberse er in 1922 definitief een streep door. Wel was Talma erin geslaagd om in de Arbeidswet van 1911 een bepaling op te laten nemen, waarmee alle geneeskundigen werden verplicht om van een geconstateerde beroepsziekte aangifte te doen bij de Arbeidsinspectie.¹²² De bedoeling van deze bepaling was om werkgevers ertoe aan te zetten preventieve maatregelen te nemen tegen beroepsziekten.

Pas met de wijziging van de Ongevallenwet van 2 juli 1928 (staatsblad, no. 223) stelde de wetgever een viertal beroepsziekten gelijk aan de gevolgen van bedrijfsongevallen, waardoor schadeloosstelling volgens de Ongevallenwet 1921 mogelijk werd.¹²³ Tien jaar later, in 1938, werd de lijst aangevuld met negen beroepsziekten, terwijl in de Land- en Tuinbouwongevallenwet acht beroepsziekten werden gelijkgesteld aan bedrijfsongevallen (zie schema 3.4). Door deze maatregelen gaf de Nederlandse over- heid gevolg aan het ontwerpverdrag betreffende schadeloosstelling voor beroepsziek- ten, dat in 1925 was aangenomen tijdens de 7e ILO conferentie in Genève.

Tijdens de behandeling van het wijzigingsontwerp in 1938 hadden enkele kamer- leden in een amendement erop aangedrongen om ook andere beroepsziekten in de lijst op te nemen. Zij noemden in het bijzonder nystagmus (snelle oogbewegingen), bursitis, tuberculose, tandcariës, schilderseczem, koolmonoxidevergiftiging en de besmettingen waaraan het personeel van ontsmettingsdiensten en –inrichtingen waren blootgesteld.¹²⁴ Minister Romme wees het amendement af met als argument dat alle acute vergiftigingen en eczemen, alsmede de besmetting van personeel reeds recht gaven op schadeloosstelling op grond van artikel 1 van de Ongevallenwet 1921. Op last van de Duitse bezetter werden in 1941 koolmonoxidevergiftiging en vergiftiging door mangaanverbindingen alsnog erkend als beroepsziekte volgens de Ongevallenwet 1921.

Ten aanzien van tuberculose deed Romme de toezegging de opname van deze ziekte in de lijst van beroepsziekten nader te zullen bestuderen. Uiteindelijk besloot de minister om tuberculose buiten de lijst van beroepsziekten te houden, omdat hij problemen voorzag met de bewijsvoering. Het verband tussen de dienstbetrekking en tuberculose bleek moeilijk aantoonbaar te zijn door de twijfel die er vaak bestond over het tijdstip van de besmetting.¹²⁵

121 Talma had in 1912 een wetsontwerp opgesteld voor een *Wettelijke verzekering van arbeiders tegen geldelijke gevol- gen van beroepsziekte*.

122 Arbeidswet 1911, artikel 21; later opgenomen in artikel 82 van de Arbeidswet 1919.

123 Geregeld in een nieuw artikel 87 van de Ongevallenwet 1921.

124 Van de Kamp, *De Beroepsziekten*, 223-23, 163-172.

125 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 100-109. Zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 5.

Schema 3.4: *Gelijkstelling beroepsziektes aan ongevallen*

Beroepsziektes volgens artikel 87h van de gewijzigde Ongevallenwet uit 1928 (Staatsblad, no. 223):

- a. loodvergiftiging
- b. kwikvergiftiging
- c. miltvuur
- d. mijnwormziekte

Beroepsziektes volgens artikel 87h van de wijziging van de Ongevallenwet in 1938 (Staatsblad 804):

- e. silicose
- f. vergiftiging door fosfor of fosforverbindingen
- g. vergiftiging door arsenicum of arsenicumverbindingen
- h. vergiftiging door benzol of benzolhomologen en de nitro- en amidoverbindingen
- i. vergiftiging door de halogeenderivaten van alifatische koolwaterstoffen
- j. pathologische aandoeningen ten gevolge van radium en radioactieve stoffen en van x-stralen
- k. huidkanker
- l. bakkerseczeem
- m. aandoeningen door chroomverbindingen

Beroepsziektes volgens artikel 95 van de wijziging van de Land- en Tuinbouwongevallenwet in 1938 (Staatsblad no. 805):

- a. vergiftiging door kwik- en kwikhoudende stoffen
- b. miltvuur
- c. vergiftiging door arsenicum of arsenicumverbindingen
- d. vergiftiging door de halogeenderivaten van alifatische koolwaterstoffen
- e. trichofytie
- f. ziekte van bang
- g. sarcoptes-schurft
- h. vergiftiging door nicotine of nicotinehoudende stoffen

Bron: Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 14-23.

De wetswijziging van 1928 stelde als voorwaarde voor schadeloosstelling dat de beroepsziekte het gevolg was van het verrichten van bepaalde, met name genoemde risicovolle werkzaamheden binnen een verzekeringsplichtig bedrijf. Deze voorwaarde pakte in de praktijk ongunstig uit voor de werknemers die de risicovolle werkzaamheden niet verrichten, maar wel in de omgeving daarvan aanwezig moesten zijn. Liepen deze werknemers een beroepsziekte op, dan hadden zij in principe geen recht op schadeloosstelling volgens de Ongevallenwet 1921, omdat zij strikt genomen niet

aan de risicovolle werkzaamheden hadden deelgenomen. De medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank L. Smit maakte in dit verband melding van een monteur die in 1935 loodvergiftiging had opgelopen tijdens het verrichten van reparatiewerkzaamheden in een fabriekshal waar loodwit werd vervaardigd. Schadeloosstelling kon hem niet worden verleend omdat de reparatiewerkzaamheden volgens de wet geen extra risico opleverden voor loodvergiftiging. Als hij schilderswerkzaamheden had verricht of loodhoudende plamuren, stopverf of kleurstoffen had bereid, dan was hij wel in aanmerking gekomen voor schadeloosstelling.¹²⁶

In 1938 verruimde de wetgever de voorwaarden voor schadeloosstelling bij beroepsziekte. Door een nieuw artikel (87a) hoefde het verband tussen de beroepsziekte en het uitvoeren van bepaalde risicovolle werkzaamheden niet meer te worden aangetoond. Het was voldoende dat een beroepsziekte kon worden vastgesteld gedurende de dienstbetrekking van een werknemer, of binnen een bepaalde termijn na beëindiging van de dienstbetrekking.¹²⁷ Voor de meeste beroepsziekten gold dat deze binnen 12 maanden na beëindiging van de dienstbetrekking dienden te worden geconstateerd, wilde er grond zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Alleen voor bakkerseczeem, mijnwormziekte en miltvuur golden kortere termijnen: voor de eerste twee zes maanden en voor de laatste drie maanden.¹²⁸

Opmerkelijk was dat de wet geen voorwaarde stelde over de duur van de dienstbetrekking. Hierdoor was het in principe mogelijk dat een werknemer aanspraak maakte op schadeloosstelling als de beroepsziekte zeer kort na een indiensttreding geconstateerd werd. Deze bepaling droeg het gevaar in zich dat de Rijksverzekeringsbank schadeloosstellingen moest toekennen, terwijl het verband tussen beroepsziekte en het dienstverband nauwelijks bewezen kon worden. Om die reden nam de wetgever in artikel 87b een bepaling op dat bij een kortdurend dienstverband van ten hoogste drie maanden de bewijslast kwam te liggen bij de werknemer (of diens nagelaten betrekkingen). Deze moest dan bewijzen dat de beroepsziekte daadwerkelijk in verband stond met de dienstbetrekking.¹²⁹

Ondanks deze instructies in de wet bleek het aantonen van het verband tussen de beroepsziekte en de dienstbetrekking in de praktijk een lastige opgave te zijn. Iedere beroepsziekte leverde namelijk specifieke problemen op voor de claimbeoordeling. Uit de literatuur komen drie typen beroepsziekten naar voren die om extra aandacht vroegen van de beoordelaars. Het ging om vergiftigingen, longaandoeningen en eczemen.¹³⁰

De claimbeoordeling van vergiftigingen was lastig als de werknemer blootgesteld was geweest aan verschillende stoffen. De beoordelaar moest dan eerst uitmaken of er überhaupt sprake was van een vergiftiging. Als daarvoor indicaties bestonden,

126 Smit, 'Beroepsziekten en Ongevallenwet', 227.

127 a.w., 227-228.

128 Deze maximale termijnen waren geregeld in het Koninklijk Besluit van 20 augustus 1938, staatsblad 336; later gewijzigd bij Koninklijk Besluit van 20 juni 1939, staatsblad 852.

129 Smit, 'Beroepsziekten en Ongevallenwet', 228.

130 Zie: Van de Kamp, *De beroepsziekten*; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 101-102.

moest hij vervolgens vaststellen waardoor de vergiftiging precies ontstaan was. Er kon namelijk pas van een beroepsziekte in de zin van de wet gesproken worden als er een stof in het geding was die in artikel 87b werd genoemd. Het zodanig precies diagnosticeren van de haard kon lastig zijn omdat bij veel vergiftigingen vergelijkbare symptomen optraden.¹³¹

De claimbeoordeling van silicose was vooral lastig als deze ziekte gepaard ging met tuberculose; hetgeen vaak voorkwam. Hoewel de onderlinge samenhang van silicose en tuberculose indertijd pathologisch niet te verklaren was, ging men ervan uit dat silicose en tuberculose elkaar stimuleerden.¹³² Nu schreef de wet voor dat een verzekerde pas in aanmerking kwam voor schadeloosstelling, als de beoordelaar kon vaststellen dat de silicose de beslissende oorzaak was geweest van de arbeidsongeschiktheid of het overlijden. Door de wisselwerking van silicose en tuberculose was het vaak lastig te bepalen welke ziekte de beslissende oorzaak was geweest. Röntgenfoto's boden zelden uitkomst, omdat de röntgenologische longbeelden van tuberculose en silicose grote overeenkomsten vertoonden.¹³³

De claimbeoordeling van bakkerseceem ten slotte was lastig omdat deze aandoening moeilijk van andere typen eczeem te onderscheiden was. Het kwam regelmatig voor dat er klinische aanwijzingen waren voor bakkerseceem, terwijl uit de huidfunctieproeven geen overgevoeligheidsreacties vastgesteld konden worden. Bovendien leverde het allergische karakter van bakkerseceem problemen op. Als een patiënt hersteld was van bakkerseceem (hetgeen meestal binnen 43 dagen gebeurde), werd in de regel de tijdelijke ongevallenuitkering beëindigd. De overgevoeligheid bleef echter vaak bestaan en daarmee ook de kans op herhaling van het ziektebeeld bij hervatting van het werk.¹³⁴ Het lag dan in de rede om de verzekerde te adviseren een ander beroep te kiezen. Artikel 25 van de Ongevallenwet voorzag in de mogelijkheid om de verzekerde financieel te ondersteunen bij omscholing. Volgens de controlerend geneeskundige Wuite werd van deze mogelijkheid echter weinig gebruik gemaakt, omdat de omscholing niet kon worden afgedwongen. Het gevolg was dat de Rijksverzekeringsbank herhaaldelijk uitkeringen moest verstrekken aan verzekerden die aan bakkerseceem leden.¹³⁵

6.3 *Kritiek op de praktijk van de claimbeoordeling*

Na de invoering van de Ongevallenwet in 1903 was de claimbeoordeling lange tijd onderwerp geweest van kritische beschouwingen en discussie. In de eerste twee decennia functioneerde het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* als platform voor de uitwisseling van opvattingen en ideeën over de claimbeoordeling. De onaf-

131 Zie: Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 45-79; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 101-102.

132 Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 29-32.

133 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 102.

134 Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 109-121.

135 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 102.

hankelijke positie van dit tijdschrift maakte het mogelijk dat veel medici zich vrijelijk over de claimbeoordeling konden uitlaten; zelfs diegenen die er uitermate kritisch tegenover stonden. Regelmatig vonden er heftige discussies plaats tussen belangrijke representanten van de Rijksverzekeringsbank (zoals Kooperberg en Van Eden) en relatieve buitenstaanders (zoals Korteweg). In hoofdstuk 2 zijn wij op een aantal van deze discussies nader ingegaan.

Na 1916 nam het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde geleidelijk de functie van platform over van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Aanvankelijk veranderde er weinig aan de inhoud van de beschouwingen en discussies. Ook het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde bood ruimte aan ingewijden en relatieve buitenstaanders om hun opvattingen kenbaar te maken en om discussies te voeren. Nadat het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde in 1921 werd omgedoopt tot Geneeskundige Tijdschrift voor de Rijksverzekeringsbank, verdwenen geleidelijk de kritische beschouwingen en discussies. De leiding van de Rijksverzekeringsbank slaagde erin het tijdschrift om te vormen tot een blad voor mededelingen en informatie ten behoeve van medici en arbeidsdeskundigen die bij de claimbeoordeling betrokken waren.

Het verdwijnen van een platform voor de uitwisseling van opvattingen en ideeën betekende niet dat na 1921 alle kritiek verstomde. Verschillende medici lieten zich op gezette tijden kritisch uit over de uitvoering van de Ongevallenwet door de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. Twee daarvan, de medici Sajet en Wuite, wijdden proefschriften aan het becommentariëren van de claimbeoordeling. De wetenschappelijke en kritische benadering van beiden leidden ertoe dat hun beschouwingen veel aandacht kregen van de medische beroepsgroep en de politiek; reden waarom wij nader op deze studies ingaan.

De kritiek van Sajet

De Amsterdamse huisarts Benedictus Herschel Sajet promoveerde in 1940 aan de Universiteit van Amsterdam op een studie naar 'de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet'.¹³⁶ Hoewel huisarts van beroep, begaf Sajet zich in de loop van de jaren twintig en dertig steeds nadrukkelijker op het terrein van de sociale geneeskunde. In zijn proefschrift leverde hij scherpe kritiek op de praktijk van de claimbeoordeling. Hij baseerde zich daarbij vooral op een uitgebreide documentatie over beroepszaken die hij in de loop van de jaren als medisch adviseur van de vakbeweging had verzameld. Als overtuigd socialist redeneerde hij vanuit de belangen en de rechtspositie van de verzekerden.

Sajet constateerde op grond van de ongevallenstatistiek dat de Rijksverzekeringsbank zeer terughoudend was in het toekennen van ongevallenrentes. Met name in de jaren 1914-1917 en 1929-1937 kregen getroffen en van een ongeval beduidend minder vaak, voor een lager percentage, of voor een kortere periode schadeloosstelling. Bijgevolg liet de inkomenspositie van veel rentetrekkeners ondanks de Ongevallenwet nog veel te wen-

¹³⁶ Sajet, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet*.

sen over. Sajat onderbouwde deze constatering met de uitkomsten van het onderzoek uit 1927 onder rentetrekken, dat de Rijksverzekeringsbank had uitgevoerd in opdracht van de minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, G.W. Sannes.¹³⁷ De conclusie van dit onderzoek was namelijk dat 'zoowel velen, die nog rente trokken, als velen, wier rente reeds was onttrokken, in een ongunstiger omstandigheden verkeerden dan vroeger en in ongunstiger omstandigheden dan gelijksoortige valide arbeiders'.¹³⁸

De grote terughoudendheid in het toekennen van ongevalrentes was volgens Sajat in overeenstemming met het overheidsbeleid. Om zich ten opzichte van de bedrijfsverenigingen en de onderlinge risicoverenigingen van werkgevers waar te maken als een efficiënte uitvoeringsorganisatie, probeerde de Rijksverzekeringsbank de uitvoeringskosten van de Ongevallenwet zoveel mogelijk te beperken. De bank ging daarin soms zover, dat zij verzekerden in hun rechten schond. De medische beoordelaars stonden onder grote druk om uiterst kritisch om te gaan met claims van getroffenen. Naar de indruk van Sajat begingen zij daarbij structurele fouten, waardoor rechten van getroffenen met voeten getreden werden.

Een eerste fout waarvan Sajat melding maakte was het ontbreken in een groot aantal beoordelingsrapporten van een anamnese en een bespreking van de klachten. De consequentie daarvan was dat in die gevallen uitsluitend objectieve stoornissen als maatstaf voor de beoordeling golden. Volgens Sajat schonden de medische beoordelaars hiermee de 'allereerste regelen betreffende het geneeskundig onderzoek'.¹³⁹ Het waren juist de klachten en gevoelens van de getroffene die hem ongeschikt maakten om te werken. Door hieraan voorbij te gaan werden stoornissen vaak verkeerd gediagnosticeerd, met als gevolg dat de claimbeoordeling op onjuiste medische informatie werd gestoeld en een adequate medische behandeling werd gefrustreerd.¹⁴⁰ Dit was een gevoelig punt van kritiek omdat de trots van Kooperberg en Van Eden nu juist was dat in Nederland zo goed rekening werd gehouden met de individuele situatie en de individuele getroffene.

Een andere fout begingen de medische beoordelaars door symptomen te miskennen die weliswaar op zichzelf geen grond konden zijn voor arbeidsongeschiktheid, maar wel belangrijke aanknopingspunten konden bieden voor de beoordeling van de ernst van een lichamelijke afwijking of stoornis. Dat gold volgens Sajat in het bijzonder voor de meeste reflexen. Hij citeerde uit een beoordelingsrapport over een patiënt die een wervelfractuur had:

De geringe objectieve afwijking die hier bestaat (verschil in patellairreflexen, wisselende en onzekere sensibele stoornissen) kan toch nauwelijks tot eene arbeidsongeschiktheid aanleiding geven.¹⁴¹

137 *Verslag van een Onderzoek naar den toestand der Rentetrekken (Ongevallenwet)*, Gepubliceerd door het Bestuur der Rijksverzekeringsbank, Amsterdam, 1929.

138 Sajat, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de practijk van de Ongevallenwet*, 491.

139 a.w., 394.

140 a.w., 394-410.

141 a.w., 411.

Sajet erkende dat de afwezigheid, de verlaging of de verhoging van een patellairreflex niemand invalide maakte. Maar bij de beoordeling van de symptomen was het belangrijk om na te gaan door welke afwijking of stoornis deze werden bepaald. Als dit na een wervelfractuur bijvoorbeeld een medullaire aandoening was, dan moest een patiënt worden beoordeeld naar de ernst van die aandoening.¹⁴²

Een derde fout die Sajet opmerkte was dat medische beoordelaars bij het stellen van diagnoses een lokale aandoening te gemakkelijk in verband brachten met een mogelijk constitutionele afwijking. Sajet illustreerde deze veelvuldig gemaakte fout met een casus van een werknemer die een klap had gekregen tegen de rechterhand tussen duim en wijsvinger. De huisarts kwam tot de diagnose dat er sprake was van een kneuzing van de rechterpols in de handwortelstreek. De werknemer werd vervolgens naar een chirurg gestuurd die 'beenatrofie van de handwortel' vaststelde. De geneeskundige ambtenaar trok daaruit de conclusie dat het ongeluk niet op de handwortel kon hebben ingewerkt, aangezien beenatrofie vaak het gevolg was van een stoornis in de kalkstofwisseling. Sajet constateerde dat de medische beoordelaar zijn beoordeling in dit geval op een hypothese had gestoeld. Alvorens tot deze beoordeling te komen had hij eerst moeten laten onderzoeken in hoeverre de werknemer daadwerkelijk lijdende was aan een stoornis in de kalkstofwisseling.¹⁴³

Meer in het algemeen leidden volgens Sajet onvolledige weergaven van feiten geregeld tot onjuiste beoordelingen. Sajet illustreerde een dergelijke misstap met een casus uit 1935. Een 63 jarige bootwerker was achterover gevallen en met zijn rechterflank op een bolder terechtgekomen. Omdat hem het ademen zeer moeizaam verging, werd hij opgenomen in het ziekenhuis, waar de behandelende arts een fractuur aan vier ribben vaststelde. De controlerend geneeskundige rapporteerde verschillende keren dat de getroffene een slappe, licht chaotische indruk maakte en kortademig was. Omdat de klachten aanhielden werd een internist gevraagd een oordeel te geven over de ernst van de kwetsuur. De internist onderzocht de getroffene en kwam tot de conclusie dat de klachten van de getroffene in een absolute wanverhouding stonden tot hetgeen het onderzoek had opgeleverd. De internist vermoedde dan ook dat de getroffene de klachten simuleerde. Hij adviseerde om een 'suggestieve behandeling te geven met als prikkel geleidelijke intrekking van de uitkering'. Op grond van dit advies besloot de controlerend geneeskundige de reeds toegekende schadeloosstelling te verlagen van vijftig procent naar vijftien procent van het loon. De getroffene legde de zaak voor aan de Raad van Beroep, kreeg nul op het rekest, waarna hij in hoger beroep ging bij de Centrale Raad van Beroep. De centrale raad besloot om een tweede internist om advies te vragen. Deze kwam op grond van eigen onderzoek tot de conclusie dat het rapport van de eerste internist uiterst voorbarig was. De eerste internist zou te zeer hebben vertrouwd op een moeilijk te beoordelen foto en noemde niet de mogelijkheid van het bestaan van een gedeeltelijke longcollaps. Sajet concludeerde dat door fou-

142 a.w., 410-416.

143 a.w., 416-419.

tieve beoordelingen als deze veel werknemers niet de schadeloosstelling ontvingen waar zij recht op hadden.¹⁴⁴

Ten slotte onderscheidde Sajet nog de medische fouten die geneeskundigen vaak maakten als gevolg van een subjectieve instelling. Sajet benadrukte dat geen medicus eraan ontkwam om wel eens fouten te maken. Maar door subjectiviteit in de beoordeling vergrootte hij de kans op het maken van fouten aanzienlijk. Zo gingen medische beoordelaars volgens Sajet vaak in de fout door zekerheidshalve geen uitkering toe te kennen, als zij de klachten van de getroffen medisch niet konden verklaren. Vaak bleek dan uit later onderzoek dat de medicus concrete lichamelijke letsels over het hoofd had gezien die bovendien in verband konden worden gebracht met een ongeval. Ook op deze wijze verloren veel getroffen ten onrechte hun uitkeringsrechten.¹⁴⁵

Sajet sloot zijn kritiek af met de constatering dat de medische beoordelaars van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank in de loop van de jaren teveel een eigen koers waren gaan varen. Door zeer uiterst terughoudend te zijn in het toekennen van claims, handelden zij niet alleen in strijd met de oorspronkelijke bedoelingen van de wetgever, maar gingen zij ook voorbij aan breed gedragen wetenschappelijke inzichten. Opvallend was namelijk dat de medische beoordelaars geneigd waren alleen die medische specialisten om advies te vragen die dezelfde opvattingen erop nahielden. Het gevolg was dat een groot aantal bekwame artsen gepasseerd werden, die volgens Sajet volkomen in staat waren om de problemen van de ongevalleneeskunde te beoordelen en die bovendien door de overgrote meerderheid van de medische stand veel beter begrepen werden. Het was in het belang van de getroffenen en van een goede rechtspleging als ten behoeve van de claimbeoordeling gekozen werd voor adviseurs die het vertrouwen hadden van de verschillende partijen.¹⁴⁶

De praktijk van claimbeoordeling ontbeerde al met al een objectieve instelling van de geneeskundige beoordelaars. Volgens Sajet gaf een onafhankelijke medische dienst die los stond van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank meer waarborgen voor een objectieve claimbeoordeling. Sajet verwees hierbij naar Van Trooijen, die in 1923 al voor een onafhankelijke geneeskundige dienst had gepleit.¹⁴⁷

De kritiek van Wuite

De controlerend geneeskundige Jan Gerard Wuite koos in zijn proefschrift uit 1947 voor een geheel andere invalshoek dan Sajet. Terwijl Sajet betoogde dat de claimbeoordeling in de praktijk schadelijk uitwerkte voor de rechtspositie van de verzekerden, was Wuite juist van mening dat de beoordelaars en vooral de behandelend artsen hun oren veel te veel lieten hangen naar de verzekerden.

Het begon er al mee dat de beoordelaars zich onvoldoende bewust waren van de relatief grote aantrekkingskracht die van de Ongevallenwet 1921 uitging op zowel de

144 a.w., 419-426.

145 a.w., 427-445.

146 a.w., 494-497.

147 Van Trooijen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, passim.

werknemers als de behandelend artsen. De Ongevallenwet 1921 bood werknemers meer voordelen dan de Ziektewet, omdat deze geen wachtdagen kende en in een schadeloosstelling voorzag voor zowel inkomstenderving als de medische behandeling. Bovendien was de ongevallenrente niet aan een bepaalde periode gebonden, maar aan de duur van de invaliditeit. Voor de medische behandelaars was het gunstiger om medische hulp te geven in het kader van de Ongevallenwet dan in het kader van de Ziektewet, omdat zij per verrichting betaald kregen in plaats van een vergoeding ontvingen volgens een abonnement bij een ziekenfonds. Door de extra voordelen die de Ongevallenwet bood, probeerden veel getroffenen in aanmerking te komen voor een schadeloosstelling, terwijl zij daar overduidelijk geen recht op hadden. De behandelend artsen gingen, voor een deel uit eigenbelang, te gemakkelijk mee in de wensen van hun patiënten.¹⁴⁸

Het verzekerd zijn ingevolge de Ongevallenwet 1921 wekte volgens Wuite bij veel verzekerden een sterk verlangen naar schadeloosstelling op. Sommige verzekerden wilden wel eens profiteren van een voorziening waarvoor zij al lang premie hadden betaald. Bovendien leverde het verzekerd zijn bij velen gevoelens van geborgenheid en zekerheid in de hand, die de prikkels voor werkhervatting deden wegzakken. Wuite onderscheidde zeven situaties waarbij verzekerden ten onrechte aanspraak maakten op schadeloosstelling:

1. Het aangegeven letsel was buiten de wil van de getroffene, maar niet in verband met de dienstbetrekking ontstaan;
2. Het letsel was door de getroffene opzettelijk veroorzaakt en werd voorgesteld als een letsel in de zin van de Ongevallenwet (artefact, automutilatie).
3. De getroffene wendde een letsel voor (simulatie).
4. Het bestaan van een letsel of van een zekere mate van invaliditeit werd ontkend (dissimulatie)
5. De gevolgen van een letsel werden bewust of onbewust overdreven (aggravatie).
6. Er was sprake van een psychisch abnormaal reageren op het letsel (neurose).
7. De genezingsduur werd onnodig verlengd omdat de getroffene te lang geen arbeid verrichtte (arbeid als middel van revalidatie).

Hoewel deze zeven situaties algemeen bekend waren, hielden controlerend geneeskundigen en behandelend artsen er in de praktijk onvoldoende rekening mee.¹⁴⁹

Gelet op deze grote begeerte naar schadevergoedingen, gingen de controlerend geneeskundigen in de ogen van Wuite veel te weinig kritisch om met de aanmeldingen van een ongeval.¹⁵⁰ Met name moesten zij veel strenger toezien op het invullen van de aangifteformulieren door de behandelend artsen. Volgens Wuite was 'de onnauwkeurigheid en onvolledigheid waarmee aan deze verplichting wordt voldaan

148 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 49-50.

149 a.w., 121-151.

150 a.w., 49-51.

ontstellend groot'.¹⁵¹ Behandelend artsen maakten ernstige fouten bij de diagnose en bij het in verband brengen van het letsel met het ongeval. Net als Sajet constateerde ook Wuite dat veel artsen nalieten de anamnese te beschouwen. Bovendien kon hij zich niet aan de indruk onttrekken dat de diagnose vaak uitsluitend berustte op subjectieve gegevens. In veel gevallen baseerden de behandelend arts zich voornamelijk op de informatie die de getroffene gaf over diens klachten en de oorzaak van het letsel. Geneeskundigen verzuimden systematisch bij de werkgever en de collega's op de werkvloer na te gaan wat er precies was gebeurd en wanneer het ongeval had plaatsgevonden. Ook veronachtzaamden zij de mogelijkheid dat de getroffene exogene factoren aandroeg voor het ontstaan van zijn aandoening. Als controlerend geneeskundigen de behandelend artsen later om nadere inlichtingen vroegen, kregen zij vaak nul op het rekest. Behandelend artsen waren het voorval vaak alweer vergeten, of hadden nagelaten om aantekeningen van het ongeval te maken.¹⁵²

Een andere zwakheid die Wuite constateerde was dat de geneeskundige behandeling veel te weinig gericht was op een zo spoedig mogelijke hervatting van het werk. In de praktijk bleken veel behandelend artsen ervoor terug te schrikken om de getroffene te confronteren met de mogelijkheid om weer aan het werk te gaan. De beoordeling in hoeverre een getroffene arbeidsgeschikt was, lieten zij maar al te graag over aan de controlerend geneeskundigen, die op hun beurt weer te druk bezet waren om deze taak naar behoren uit te voeren. Het kwam dan ook veelvuldig voor dat er te lang werd gewacht met revalidatie en reïntegratie; met als gevolg dat de genezingsduur aanmerkelijk werd verlengd en een grotere blijvende invaliditeit werd veroorzaakt, dan bij een meer activerende aanpak het geval zou zijn geweest. Daar kwam bij dat revalidatie als doelbewuste therapie een ondergeschikte rol speelde bij de medische behandeling. Het werd slechts als een paramedische aangelegenheid beschouwd die de arts niet direct raakte. Volgens Wuite moest de ondersteuning bij revalidatie en reïntegratie al aanvangen bij het begin van de behandeling om verzwakking van lichamelijke en geestelijke krachten te voorkomen.¹⁵³

Het was aan de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank om ervoor te zorgen dat de geneeskundige behandeling veel meer gericht werd op een zo spoedig mogelijke werkhervatting. De Ongevallenwet kende de ambtenaren van de medische dienst daarvoor voldoende bevoegdheden toe. Zo kon de controlerend geneeskundige behandelingen verbieden die een verlenging van de genezingsduur tot gevolg konden hebben, of een verhoogd risico opleverden voor de arbeidsgeschiktheid van de patiënt. Tevens had de controlerend geneeskundige ingevolge artikel 27 van de Ongevallenwet de bevoegdheid om voorschriften te geven in het belang van een goede behandeling of genezing of ter vermindering van de arbeidsongeschiktheid. Tot slot gaf Wuite de medische dienst het advies om te streven naar meer uniformiteit in de geneeskundige

151 a.w., 152.

152 a.w., 152-162.

153 a.w., 172-174.

behandelingen. Hiermee zou het namelijk mogelijk worden om op basis van de statistiek de effectiviteit van de behandelingen vast te stellen en te verbeteren.¹⁵⁴

7 Claimbeoordeling als vak

Net als in de eerste periode van de Ongevallenwet werd de claimbeoordeling uitgevoerd door verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen. De verzekeringsgeneeskundigen oefenden bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid de functie uit van controlerend geneeskundige. De arbeidsdeskundigen hadden in deze periode de functie van speciale agent bij de Rijksverzekeringsbank, maar werden soms ook wel aangeduid met technisch ambtenaar.

Terwijl over de ontwikkeling van het vak van de verzekeringsgeneeskundigen veel is geschreven, is het vak van de arbeidsdeskundigen nauwelijks in publicaties aan de orde geweest. De arbeidsdeskundigen hadden geen vereniging, noch een eigen tijdschrift waarmee zij zich konden profileren en informatie konden uitwisselen. Als we arbeidsdeskundigen tegenkomen in publicaties over casuïstiek of beschrijvingen, dan werd hun werk veelal beschreven tegen de achtergrond van het werk van verzekeringsgeneeskundigen. Bovendien mengden arbeidsdeskundigen zich niet of nauwelijks in debatten. De enige bijdrage van een arbeidsdeskundige in het *Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank* was van de speciale agent H.B. Marijt. Deze publiceerde in 1935 een artikel over de manier waarop door de speciale agenten de werkhervatting werd bevorderd.¹⁵⁵

Uit de literatuur ontstaat dan ook de indruk dat er niet veel gebeurde aan de ontwikkeling van de arbeidskunde. De Rijksverzekeringsbank rekruteerde de speciale agenten uit mensen met een technische achtergrond en schoolde hen in de praktijk van het werk. De taak van de speciale agenten was om op de werkplek te bepalen wat de waarde was van de gedeeltelijk hervatte arbeid, om de noodzaak en het resultaat van omscholing te beoordelen en om in te schatten in hoeverre er een verminderde gelegenheid was om passende arbeid te verkrijgen. De opeenvolgende medisch adviseurs en de controlerend geneeskundigen gaven geregeld aan zeer tevreden te zijn over het werk van de speciale agenten. Sommige geneeskundigen hoopten zelfs dat de arbeidskunde zich op termijn zou ontwikkelen tot een 'fysiologie van den arbeid' die de beoordelaars in staat zou stellen alle menselijke functies te relateren aan arbeid. Een zodanige rijping van de arbeidskunde zou het in hun ogen mogelijk maken om objectief te bepalen wat een stoornis betekende voor de arbeidscapaciteit van een getroffene.¹⁵⁶

Door een gebrek aan informatie over de arbeidskunde beperken wij ons in deze

154 a.w., 180-184.

155 Marijt, 'Invaliditeit en aanpassing', 111-120.

156 'Discussie, naar aanleiding van de inleidingen der H.H. Brocx, Stenvers en van Schelven', 474.

paragraaf tot de verzekeringsgeneeskunde. Om te beginnen volgen wij de discussie onder de controlerend geneeskundigen over de manier waarop zij het beste de oorzaak en de mate van ongeschiktheid konden vaststellen. Voorts gaan wij nader in op de onderlinge uitwisseling van kennis en informatie via tijdschriften, congressen en verenigingen van vakgenoten. Ten slotte komt de verzekeringsgeneeskunde als academische discipline aan de orde, die in deze periode belangrijke vorderingen boekte.

7.1 Oorzaak en mate van de ongeschiktheid

In de diverse artikelen was veel aandacht voor de manier waarop de controlerend geneeskundigen het verband van het ongeval met de dienstbetrekking behoorden vast te stellen. Naast berichtgeving over uitspraken van de Centrale Raad van Beroep verschenen van tijd tot tijd overzichtsartikelen van de medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank.¹⁵⁷ Uit deze bijdragen valt op te maken hoe de controlerend geneeskundigen het causale verband beargumenteerden. De verzekerde claimde dat zijn letsel een gevolg was van een ongeval of een beroepsziekte, waarop de Rijksverzekeringsbank argumenten gaf waarom deze claim al of niet gevolgd moest worden.

Volgens de meeste bijdragen was het bijzonder lastig om een verband tussen het ongeval en de dienstbetrekking objectief aan te tonen. Sajet en Wuite gaven in hun proefschriften aan dat arbeidsongeschiktheid zeer zelden uitsluitend was toe te schrijven aan het ongeval of de beroepsziekte. Hierdoor ontstond er ruimte voor beoordelaars om persoonlijke indrukken en intuïtie mee te laten wegen bij de claimbeoordeling. Sommige commentatoren constateerden dan ook op grond van casuïstiek dat de mate van arbeidsongeschiktheid in de praktijk te subjectief en te willekeurig werd geschat.¹⁵⁸

De Rijksverzekeringsbank ondernam verschillende pogingen om subjectiviteit en willekeur in de claimbeoordeling tegen te gaan. In de eerste plaats probeerde zij de beoordelaars te binden aan uniforme richtlijnen voor het proces van de claimbeoordeling (zie paragraaf 3.4). Daarnaast oriënteerden de controlerend geneeskundigen zich op objectieve methoden waarmee zij de mate van arbeidsongeschiktheid konden vaststellen. Een voorbeeld daarvan was de zogenaamde psychotechniek, die de Rijksverzekeringsbank in 1929 en 1930 probeerde te introduceren om de beroepsgechiktheid bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten vast te stellen. De psychotechniek werd reeds enige tijd gebruikt bij Philips, de PTT en de GGD van Amsterdam. Maar omdat de psychotechniek alleen werd toegepast voor specifieke beroepen binnen deze bedrijven, vond de Rijksverzekeringsbank het uiteindelijk geen geschikte methode om de mate van arbeidsgeschiktheid te bepalen bij de heterogene groep van verzekerden.¹⁵⁹

157 Zoals het artikel van L. Smit uit 1932: Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 1-24.

158 Zie bijvoorbeeld: Feenstra, 'Gevolgen van wervelfractuur', 137-149.

159 Gravenstein, v. d. Stempel, 'De psychotechniek en de schatting der arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bedrijfsongevallen', passim.

Een methode die wel toepassing vond, was het gebruiken van een lijst die voor een aantal letsels een norm gaf voor het percentage arbeidsgeschiktheid. De lijst was in 1928 door de assistent van de medisch adviseur Stas opgesteld, op grond van eerdere besluiten van de Rijksverzekeringsbank en de jurisprudentie. Dergelijke lijsten waren weliswaar al langer in omloop, maar deze hadden gefungeerd als officiële indicaties waar de beoordelaars in de beoordelingsrapporten niet naar mochten verwijzen (zie hierover hoofdstuk 2). Met de publicatie van een lijst door de leiding van de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank, ontstond een officiële richtlijn voor het vaststellen van het percentage arbeidsgeschiktheid. De richtlijn was overigens van toepassing op een zeer beperkt aantal letsels. De lijst vermeldde percentages bij 7 armletsels, 27 handletsels, 13 voet en beenletsels en 3 oogletsels.¹⁶⁰ Volgens Wuite was het de bedoeling van Stas om een aantal indicaties te geven voor de claimbeoordeling en zeker niet om alles te standaardiseren. Anders dan in andere landen gebruikelijk was, vermeldde de lijst bijvoorbeeld geen specifieke percentages voor letsels aan een linker- of rechterlichaamsdeel. Dit onderscheid diende per individueel geval te worden bepaald in overleg met de speciale agent.

Om de eenduidigheid in de claimbeoordeling te bevorderen hadden de controlerend geneeskundigen vanouds regelmatig casusbeschrijvingen gepubliceerd in medische bladen. Dit gebruik kalpte echter sinds de jaren dertig sterk af. Met de publicatie van een officiële lijst met letsels en bijbehorende percentages arbeidsgeschiktheid, leek het erop dat de betekenis van de casuïstiek voor de claimbeoordeling kleiner werd.

Een bijzonder punt van aandacht voor de uitvoerders van de claimbeoordeling had betrekking op de vraag hoe een verergering van een bestaand letsel door een ongeval verrekend moest worden in het percentage arbeidsgeschiktheid. Dergelijke gevallen waren moeilijk te beoordelen, mede omdat daarover geen duidelijke regels in de Ongevallenwet waren opgenomen.

De controlerend geneeskundige Metz stelde in 1921 een werkwijze voor om de letsels die reeds voor een ongeval bestonden, proportioneel te betrekken bij het schatten van de mate van arbeidsgeschiktheid.¹⁶¹ Volgens Metz maakten de controlerend geneeskundigen in de praktijk onvoldoende onderscheid tussen de letsels die ten tijde van het ongeval al aanwezig waren en de letsels die door het ongeval waren ontstaan. Vaak gingen controlerend geneeskundigen er eenvoudigweg vanuit, dat alle geconstateerde gebreken het gevolg waren van het ongeval, waardoor zij ten onrechte een te hoge arbeidsgeschiktheid aannamen. Volgens Metz waren er goede mogelijkheden om op geneeskundige gronden de mate van arbeidsgeschiktheid door het ongeval te

160 L. Stas had in 1928 het bestaan van de lijst onthuld in het *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*. Zie: Stas, 'Het percentage der blijvende invaliditeit bij een aantal typische letsels', 291-294. De controlerend geneeskundige Brocx had vervolgens aangegeven dat zo'n lijst geen recht van bestaan had, gezien het individuele karakter van de beoordeling. Zie: Brocx, 'De invaliditeit van éénogigen', 1-3. Hierop had de medisch adviseur Gravenstein geprobeerd om de gerezen tegenstelling te verzoenen. Zie: Gravenstein, 'De invaliditeit van éénogigen', 3-5.

161 Metz, 'Het beginsel van de gedeeltelijke schadeloosstelling in de Ongevallenwet', 162-172.

scheiden van de mate van arbeidsongeschiktheid die al voor het ongeval bestond. Wel voorzag Metz problemen als verzekerden na een ongeval volledig arbeidsongeschikt zouden worden, terwijl zij op grond van een proportionele claimbeoordeling slechts in aanmerking zouden komen voor een gedeeltelijke schadeloosstelling. Niettemin zou volgens Metz de voorgestelde werkwijze de uitvoering van de Ongevallenwet 'op billijke wijze' kunnen vereenvoudigen.

Hoewel Metz met zijn beschouwing een prijs won die de Centrale Landbouw Onderlinge had uitgeschreven, waren de reacties van zijn vakgenoten kritisch en afwijzend. Zo vond de arts W. Schuurmans Stekhoven de werkwijze van Metz onrechtvaardig.¹⁶² Een betere manier om het door Metz geconstateerde probleem op te lossen was het laten opgaan van de Ongevallenwet 'in een eenvoudige en eenvormige sociale verzekeringswet, op grond waarvan loonderving vergoed wordt, onverschillig de oorzaak daarvan. Maak bij samengestelde mechanismen, waarbij de grens tusschen ongeval en ziekte niet of bezwaarlijk te trekken valt, geen scheiding tusschen de ziektecomponent, maar stel de geheele loonderving schadeloos'.¹⁶³ De regeling moest aansluiten bij de 'practijk des leven' en de 'geldende techniek der ziekte-, ongevallen- en invaliditeitsverzekering' en worden aangepast aan de omstandigheden en de geldende opvattingen.¹⁶⁴ Volgens Schuurmans was het de politiek die de 'geheele sociale wetgeving vertroebelt en vertraagt'.¹⁶⁵ Alle belanghebbenden waren het er over eens dat de werknemer bij tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid schadeloos gesteld moest worden, ongeacht de vraag waar die ongeschiktheid door veroorzaakt werd. Invaliditeit moest zoveel mogelijk worden voorkomen, behandeld en bestreden.¹⁶⁶

Met zijn pleidooi voor een brede sociale arbeidsongeschiktheidsverzekering was Schuurmans Stekhoven bij ons weten de eerste die het principe van de WAO bepleitte. Later zou Wuite dit principe eveneens omarmen. In zijn proefschrift uit 1947 constateerde Wuite dat het met de proportionele berekening van arbeidsongeschiktheid niets was geworden.¹⁶⁷ De jurisprudentie had uitgewezen dat de Rijksverzekeringsbank de getroffen moest nemen zoals hij was na het ongeval. De Rijksverzekerbank had derhalve de plicht om de arbeidsongeschiktheid die na een ongeval werd vastgesteld ongeclausuleerd te vergoeden.

7.2 *Verenigingen, congressen en tijdschriften*

De beoefenaren van de verzekeringsgeneeskunde organiseerden zich in verenigingen, namen deel aan internationale congressen en publiceerden in vaktijdschriften. Op deze wijze probeerden zij de ontwikkelingen in het vak te delen en om invloed uit te

162 Schuurmans Stekhoven, 'Schadeloosstelling van ongevallsletsel bij ziekte-toestanden', 193-201 en 236-245.

163 a.w., 199.

164 a.w., 201.

165 a.w., 236-237.

166 a.w., 243-245.

167 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 78- 80.

oefenen op de buitenwereld. In het kort laten wij de verschillende verenigingen, congressen en vaktijdschriften voor de verzekeringsgeneeskunde de revue passeren.

Verenigingen

De Vereeniging voor Ongevalleneeskunde die in 1908 was opgericht, veranderde in 1923 haar naam in de Vereeniging voor Sociale Geneeskunde. De leden wilden met deze naamswijziging uitdrukking geven aan de ingrijpende verandering van het vak die het gevolg was van de invoering van de Invaliditeitswet in 1919. De Vereeniging voor Sociale geneeskunde ging op dezelfde voet voort als haar voorgangster. Tijdens ledenvergaderingen hielden toonaangevende deskundigen van binnen en buiten de Rijksverzekeringsbank referaten over actuele thema's. In 1937 werd de Vereeniging voor Sociale Geneeskunde opgeheven. De aanleiding was waarschijnlijk de overstap van veel leden naar de sectie verzekeringsgeneeskunde van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale geneeskunde (ANVSG). Deze sectie was in 1932 opgericht door de Utrechtse hoogleraar sociale geneeskunde Baart de la Faille, die in 1931 de tweede voorzitter van de ANVSG was geworden. Na het aftreden van Baart de la Faille in 1942 bleven controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank een belangrijke rol spelen binnen de ANVSG.¹⁶⁸ Zo was controlerend geneeskundige Hornstra tussen 1955 en 1962 voorzitter van de ANVSG.

Internationale congressen

Naast het zich organiseren op nationale schaal, waren de controlerend geneeskundigen ook internationaal actief. Het vierde internationale congres over ongevalleneeskunde en beroepsziekten vond in 1925 in Amsterdam plaats. Het was het eerste internationale congres sinds de Eerste Wereldoorlog. Tijdens het Amsterdamse congres stonden de aanwezigen uitgebreid stil bij het diagnosticeren en de medische behandeling van beroepsziekten.¹⁶⁹ Latere congressen werden gehouden in Boedapest (1928), Genève (1931), Brussel (1935) en Frankfort aan de Main (1938). De tweede wereldoorlog riep een halt toe aan de reeks van internationale congressen.

Volgens de congresverslagen die in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank werden gepubliceerd hadden deze congressen vooral betrekking op de medische behandeling en revalidatie van ongevallen en beroepsziekten. Aan de claimbeoordeling zelf werd nauwelijks aandacht besteed.

Vaktijdschriften

In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank in 1916 het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde opgerichtte. Dit tijdschrift werd in 1921 omgedoopt tot het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. Met deze naamswijziging begon ook het karakter van het tijdschrift te veranderen. De kri-

168 Brenkman, 'De ANVSG', 1-17.

169 Zie o.a. de NRC van 6 september 1925.

tische beschouwingen en discussies die het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde hadden gevuld, verdwenen geleidelijk naar de achtergrond. De nadruk in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank kwam te liggen op het verstrekken van specialistische informatie en organisatorische mededelingen ten behoeve van de behandelend geneeskundigen en de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.

Toen het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank in 1942 werd opgeheven, verdween er voor lange tijd een specialistisch tijdschrift voor de verzekeringsgeneeskunde. Weliswaar groeide het in 1923 opgerichte Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde in de loop van de jaren uit tot het belangrijkste medium van de ANVSG; maar dit tijdschrift besteedde vrijwel geen aandacht aan de verzekeringsgeneeskunde.

7.3 *Wetenschappelijke beoefening verzekeringsgeneeskunde*

In de periode 1921-1966 ontwikkelde de verzekeringsgeneeskunde zich geleidelijk tot een wetenschappelijke discipline. De behoefte aan een wetenschappelijke inbedding van de verzekeringsgeneeskunde kwam voort uit de problemen en dilemma's waar de behandelend geneeskundigen en controlerend geneeskundigen in de praktijk tegen aanliepen. Het was dan ook niet verwonderlijk dat veel wetenschappers die zich op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde begaven, afkomstig waren uit de uitvoeringspraktijk. Zo had de eerste hoogleraar sociale geneeskunde J.M. Baart de la Faille die in 1918 in Utrecht was aangesteld, een verleden als controlerend geneeskundige bij de Rijksverzekeringsbank. Hetzelfde gold voor zijn opvolgers J.G. Remeijnse en R. Hornstra die respectievelijk in 1938 en 1950 aantraden als hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht. Ook de eerste hoogleraar sociale geneeskunde in Groningen, P. Munterdam, had de functie van controlerend geneeskunde uitgeoefend.

De wetenschappelijke activiteiten van deze hoogleraren richtten zich vooral op het epidemiologisch onderzoek ten behoeve van de medische behandeling en op het onderzoek naar de preventie van ongeval en ziekte. Aan de claimbeoordeling besteedden zij weinig aandacht.¹⁷⁰ De enige substantiële wetenschappelijke werken die in deze periode gewijd waren aan de claimbeoordeling waren de proefschriften van Sajet, Wuite en Van der Pas. De eerste twee van deze publicaties zijn in paragraaf 5 behandeld; het proefschrift van Van der Pas komt in het volgende hoofdstuk uitgebreid aan de orde.

De betrekkelijk geringe wetenschappelijke aandacht voor de claimbeoordeling in deze periode is op het eerste gezicht opmerkelijk, aangezien juist dit onderdeel van de verzekeringsgeneeskunde in de praktijk te kampen had met lastige vakinhoudelijke problematiek. Het is waarschijnlijk dat het politiek gevoelige karakter van de claimbeoordeling een onafhankelijke wetenschappelijke bestudering in de weg heeft

170 Baart de la Faille, *Sociale geneeskunde*, 41-51, 67-72.

gestaan. Veel wetenschappers waren geneigd politiek gevoelige onderwerpen te mijden, om te voorkomen dat zij ervan werden verdacht de wetenschap te misbruiken voor politieke doeleinden.

Uit de gang van zaken rondom de instelling van een bijzondere leerstoel aan de Universiteit van Amsterdam blijkt dat het politiek gevoelige karakter van de uitvoering van de sociale zekerheid van invloed was op de wetenschappelijke inbedding van de verzekeringsgeneeskunde. In hoofdstuk 2 is beschreven dat de Rijksverzekeringsbank in 1920 tevergeefs probeerde een leerstoel ongevalleneeskunde in te stellen bij de Universiteit van Amsterdam. Het College van Bestuur had geweigerd daaraan mee te werken, omdat de verzekeringsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline geen eigen bestaansrecht zou hebben.

Vijftien jaar later ondernam Centraal Beheer (die namens een groot aantal werkgevers het eigen risico droeg van de Ongevallenwet) een poging om een lectoraat sociale geneeskunde bij de Universiteit van Amsterdam te bewerkstelligen.¹⁷¹ Naar aanleiding van het 25 jarig jubileum van Centraal Beheer was er onder de aangesloten werkgevers geld ingezameld voor de financiering van een lectoraat. Het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam achtte een lectoraat sociale geneeskunde echter overbodig en verklaarde bovendien dat het curriculum al vol zat. De directie van Centraal Beheer nam met deze afwijzing geen genoegen. Zij vermoedde dat leden van het College van Bestuur persoonlijke bezwaren koesterden tegen de kandidaat van Centraal Beheer. Overleg volgde en in juli 1937 werden het College van Bestuur en de directie van Centraal Beheer het eens over de instelling van een lectoraat. Toen het voorstel in 1938 in de gemeenteraad van Amsterdam aan de orde kwam, laaide het debat pas echt goed op. De media stortten zich massaal op de vraag of een lector die betaald werd door werkgevers wel garant kon staan voor een onafhankelijke wetenschappelijke beoefening van de verzekeringsgeneeskunde. In de gemeenteraad had met name de fractie van de SDAP grote bezwaren tegen een 'lectoraat van werkgevers'. Uiteindelijk gaf een motie van het sociaal-democratische gemeenteraadslid S. Mok de doorslag. Door deze motie aan te nemen verklaarde een meerderheid van de gemeenteraad de voorkeur te geven aan een lector die niet verbonden was aan een verzekeringsorgaan. Vervolgens werd een stichting ingesteld die met donatiegelden van Centraal Beheer het lectoraat zou financieren.

In 1939 werd de Groningse hoogleraar sociale geneeskunde P. Muntendam benoemd tot buitengewoon lector in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. In zijn oratie uit 1940, ging Muntendam zorgvuldig mogelijke politieke gevoeligheden uit de weg.¹⁷² Hij begon met de constatering dat het veel beter ging met de arbeiders dan een eeuw eerder. Niettemin moest er nog veel worden gedaan aan het verbeteren van de gezondheid en het maatschappelijke functioneren van arbeiders. Een belangrijke rol was daarbij weggelegd voor de behandelend genees-

171 Gebaseerd op correspondentie uit het archief van J.H.B.M. Willems. Zie ook: Willems, '...dat men de Grieken moet vrezén', 68-71.

172 Muntendam, *Arbeidersbelangen in de geneeskunde*, passim.

kundige, die volgens Muntendam naast een curatieve ook een belangrijke maatschappelijke taak te vervullen had.

Muntendam hekelde het wantrouwen dat van oudsher tussen de behandelend geneeskundigen en de controlerend geneeskundigen bestond. Beide beroepsgroepen streefden hetzelfde doel na: het geven van de best mogelijke medische behandeling en het bevorderen van een zo spoedig mogelijke werkhervatting. Beide beroepsgroepen stonden ook steeds voor het dilemma om getroffenen van een ongeval te ontzien, of hun juist te prikkelen aan het werk te gaan. Dat de gangbare scheiding tussen behandeling en controle een taakverdeling met zich mee had gebracht tussen behandelend geneeskundige en controlerend geneeskundigen, hoefde een goede samenwerking tussen beide niet in de weg te staan.

Muntendam combineerde het lectoraat met het hoogleraarschap sociale geneeskunde in Groningen. Om de twee weken reisde hij naar Amsterdam om college te geven. Muntendam was regelmatig buitengewoon ontstemd over het geringe aantal studenten dat zijn colleges bijwoonde (gemiddeld zeven). Herhaaldelijk vroeg hij de curatoren van de leerstoel om hem te vervangen.¹⁷³ In 1950 legde Muntendam het lectoraat (zelf) neer, omdat hij staatssecretaris van Volksgezondheid was geworden. Zijn opvolger was J. Wester. Deze hield in december 1950 een oratie over de behandeling van tuberculose en de mogelijkheden tot revalidatie in het kader van de Ongevallenwet 1921.¹⁷⁴ Net zoals zijn voorganger trachtte Wester mogelijke politieke gevoeligheden te vermijden; al sloot hij zijn rede af met een pleidooi voor unificatie van de sociale verzekeringswetgeving.

In 1952 nam de inmiddels tot Sociale Verzekeringsbank omgedoopte Rijkverzekeringsbank het initiatief om de wetenschappelijke bestudering van de verzekeringsgeneeskunde nieuw leven in te blazen. Onder leiding van de Medisch Adviseurs J. Wester en W.J. Breslau startte de Sociale Verzekeringsbank een serie van wetenschappelijke studies onder naam Mededelingen van de Medische Dienst van de Sociale Verzekeringsbank. De serie liep door tot 1966 en leverde dertien wetenschappelijke publicaties op. De meeste waren gewijd aan de medische behandeling en revalidatie van bepaalde ziektebeelden. Slechts terloops werd in de Mededelingen ingegaan op de uitvoering van de claimbeoordeling in het kader van de Ongevallenwet 1921.

8 Conclusie

De periode 1920-1966 zowel begon als eindigde met belangrijke veranderingen in de sociale verzekeringswetgeving. In 1919 was de Invaliditeitswet ingevoerd, terwijl kort daarop, in 1921, een ingrijpende wijziging volgde van de Ongevallenwet. De vervanging van de Invaliditeitswet en de Ongevallenwet door de Wet op de Arbeidsonge-

173 Gebaseerd op correspondentie uit het archief van J.H.B.M. Willems.

174 Wester J., *De sociale voorziening inzake tuberculose door de Ongevallenwet 1921*.

schiktheidsverzekering (WAO) in 1967 vormde het sluitstuk van deze periode.

Toch zat de wetgever ook in de tussenliggende jaren bepaald niet stil. Vooral in de jaren twintig en dertig zag een groot aantal wetswijzigingen het levenslicht, met name met betrekking tot de Ongevallenwet. Enerzijds werd de kring van verzekerden fors uitgebreid, doordat meer bedrijven een verzekeringsplichtige status kregen en naast werknemers in loondienst ook kleine zelfstandigen verplicht verzekerd werden. Anderzijds kwamen er meer criteria op grond waarvan arbeidsongeschikten in aanmerking konden komen voor een schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet.

Kenmerkend voor de verandering van de wetgeving in deze jaren was dat het principe van het 'risque professionnel' geleidelijk werd losgelaten. De Invaliditeitswet ging reeds volledig uit van het 'risque social'. Om in aanmerking te komen voor schadeloosstelling ingevolge de Invaliditeitswet deed het er namelijk alleen toe, dat de getroffene voldoende rechten had opgebouwd en ongeschikt was tot het verrichten van arbeid. De Ongevallenwet behield weliswaar het 'risque professionnel' als grondslag, maar door de invoering van nieuwe criteria gingen ook allerlei sociale risico's die (gedeeltelijk) buiten het bedrijf waren gelegen een rol spelen bij de toekenning van schadeloosstelling. Zo was het niet meer noodzakelijk dat een letsel tijdens het werk plotseling en van buiten was ingetreden. Letsels die in korte tijd waren ontstaan, of het gevolg waren van een beroepsziekte gaven eveneens recht op schadeloosstelling. Hetzelfde gold voor de letsels die een verzekerde buiten het bedrijf opliep tijdens het woon-werkverkeer. Bovendien werd arbeidsongeschiktheid niet meer uitsluitend gerelateerd aan het vermogen om te werken, maar ook aan het opleidingsniveau van de getroffene en diens positie op de arbeidsmarkt. Door de combinatie van het 'risque professionnel' met sociale risico's die (gedeeltelijk) buiten het bedrijf waren gelegen, kreeg de Ongevallenwet meer en meer een hybride grondslag.

Deze hybride grondslag had grote gevolgen voor de claimbeoordeling. De combinatie van de bedrijfsgerelateerde criteria en de sociale criteria maakte het beoordelen van claims op grond van de Ongevallenwet buitengewoon ingewikkeld. Liet de ene beoordelaar zich leiden door de bedrijfsgerelateerde criteria; de andere beoordelaar betrok nadrukkelijk de sociale criteria bij de claimbeoordeling. Ook de Centrale Raad van Beroep die in de beginperiode van de Ongevallenwet nog vaak duidelijkheid had weten te verschaffen over de wetsinterpretatie, raakte in deze periode steeds meer verstrikt in complexe en soms zelfs tegenstrijdige uitspraken. Voor de verzekerden was de argumentatie van de beoordelaars en de rechtspraak dan ook steeds moeilijker te volgen.

De claimbeoordeling raakte bijgevolg in diskrediet. Ofschoon de medische wetenschap zich doorgaans nauwelijks uitliet over de problemen met de claimbeoordeling, kwam ook uit deze hoek kritiek, bij monde van de heren Sajet en Wuite. In zijn proefschrift liet Wuite weten het roerend eens te zijn met Sajet toen deze stelde, dat 'de moeilijkheden in de uitvoering van de ongevallenwetten met betrekking tot de medi-

sche problemen niet door den arbeider worden begrepen. De wijze van uitvoering kweekt bij hem het gevoel dat onrecht geschiedt.¹⁷⁵ Beide medici zagen grote bezwaren in het handhaven van het 'risque professionnel' in de Ongevallenwet:

Nu echter de sociale gedachte een veel ruimer begrip is geworden, doet dit principe (te weten het 'risque professionnel', JvG) als verouderd aan en moet het streven gericht zijn op gelijke zorg voor iedereen, die niet meer in staat is zichzelf en de zijnen een menswaardig bestaan te verschaffen, ongeacht de oorzaak, welke tot deze toestand aanleiding heeft gegeven.¹⁷⁶

Met hun kritiek zetten Sajat en Wuite aan tot een discussie, die uiteindelijk zou uitmonden in de WAO. Maar er zou eerst heel wat water door de Rijn moeten stromen.

De Rijksverzekeringsbank was zich er terdege van bewust dat de geloofwaardigheid van de claimbeoordeling op het spel stond. Ter vergroting van de coherentie en de inzichtelijkheid van de claimbeoordeling probeerde de Rijksverzekeringsbank grip te krijgen op partijen die na 1919 een rol hadden gekregen in de uitvoering. In de loop van de jaren twintig had de Rijksverzekeringsbank uitvoerende taken moeten afstaan aan de Raden van Arbeid en erkende fabrieksartsen, terwijl de coördinatie van de claimbeoordeling was ondergebracht bij de Verzekeringsraad. Binnen korte tijd wist de Rijksverzekeringsbank echter de coördinerende taken van de Verzekeringsraad weer naar zich toe te trekken, alsook de controle op de Raden van Arbeid en de fabrieksartsen. Hiermee voorkwam zij een dreigende versnippering van de uitvoering van de claimbeoordeling.

Tegelijkertijd ondernam de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank verschillende pogingen om de claimbeoordeling te standaardiseren. Zo werden de beoordelaars gebonden aan uniforme richtlijnen voor het proces van de claimbeoordeling (zie paragraaf 4.3). Daarnaast oriënteerde de medische dienst zich op objectieve methoden waarmee de beoordelaars de mate van arbeidsongeschiktheid op een inzichtelijke wijze konden vaststellen. Voorbeelden waren de psychotechniek en de lijsten met standaarden voor het vaststellen van het percentage arbeidsgeschiktheid bij bepaalde letsels. De psychotechniek bleek bij nader inzien geen geschikte methode te zijn. Daarentegen werd een lijst met standaarden voor het percentage arbeidsgeschiktheid in 1928 tot een officiële richtlijn verklaard voor de claimbeoordeling. De toepassing daarvan veroorzaakte echter nieuwe onduidelijkheden in de claimbeoordeling, omdat de lijst met standaarden diende te worden ingepast binnen de vigerende praktijk, waarin claims per individueel geval werden beoordeeld. Het was voor de beoordelaars vaak lastig te bepalen in hoeverre zij moesten uitgaan van de standaardnormen en in hoeverre zij de specifieke omstandigheden per geval moesten laten meewegen.

Ten slotte probeerden de opeenvolgende medisch adviseurs van de Rijksverzekerings-

175 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 120; Sajat, 'Misbruik en ongewenscht gebruik der ongevallenwet?', 1231.

176 Geciteerd uit Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 117

bank een coherente en consistente uitvoering van de claimbeoordeling te bevorderen door de beoordelaars te onderwerpen aan een strakke regie. Uit de casuïstiek komt naar voren dat de medisch adviseurs in de periode 1920-1966 het werk van de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten nauwlettender in de gaten hielden, dan in de voorafgaande periode gebruikelijk was geweest. Medisch adviseurs keurden herhaaldelijk beoordelingsrapporten af, lieten contra-expertises uitvoeren en kwamen met gedetailleerde instructies. Bovendien gaven zij, zoals uit het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank is op te maken, sinds de jaren twintig minder ruimte voor discussie over de claimbeoordeling. Het sprak steeds minder voor zich dat controlerend geneeskundigen zelfstandig inzichten uit de medische wetenschap en de verzekeringsgeneeskunde konden laten meewegen in de claimbeoordeling.

De strakke regie van de medisch adviseurs over de praktijk van de claimbeoordeling beperkte vanzelfsprekend de ruimte van de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten om claims naar eigen inzicht te beoordelen. Voor de controlerend geneeskundigen ging het om een fundamentele verandering van hun rol, aangezien zij als medici een zekere autonomie gewend waren ten opzichte van de Rijksverzekeringsbank. Voor de speciale agenten was de nieuwe rol meer in lijn met de positie die zij vanouds bekleedden binnen de Rijksverzekeringsbank. De speciale agenten werden namelijk vanouds beschouwd als technische ambtenaren die het beleid van de Rijksverzekeringsbank dienden uit te dragen. Zij fungeerden al langere tijd als verlengstuk van de medisch adviseurs.

Ondanks alle pogingen om de claimbeoordeling op bevredigender wijze te laten verlopen, boette de kritiek van Sajet en Wuite geenszins in aan actualiteit. De moeilijkheden met de claimbeoordeling werden steeds nijpender. Het was aan de wetgever om met een meer structurele oplossing te komen voor de problematiek. Het is onder andere tegen deze achtergrond dat de WAO tot stand kwam. In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat en hoe de kritiek op de uitvoering zijn beslag vond in voorstellen voor de uitvoering van de WAO.