

Hoofdstuk 2

Opbouw: de periode 1901-1920

Joost van Genabeek

1 Inleiding

De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901 ging gepaard met een felle discussie over de uitvoeringsorganisatie. De werkgevers verzetten zich heftig tegen de uitvoering door een centraal overheidsorgaan (te weten de Rijksverzekeringsbank). Deze discussie heeft de geschiedschrijving over de Ongevallenwet van 1901 in belangrijke mate bepaald. Hierdoor zijn we goed geïnformeerd over het door de werkgevers zwaar bevochten compromis om het risico van de ongevallenwet zelf te mogen dragen. Ook de geschiedenis van de onderlinge risicoverenigingen is goed gedocumenteerd.

De medische uitvoering daarentegen is in de geschiedschrijving nauwelijks aan bod gekomen. Het gevolg is dat er weinig duidelijkheid bestaat over de manier waarop de Rijksverzekeringsbank in de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet 1901 de claimbeoordeling uitvoerde. Dit hoofdstuk beoogt te voorzien in deze lacune.

De volgende vraag staat in dit hoofdstuk centraal: Hoe werd de claimbeoordeling voor de Ongevallenwet 1901 vormgegeven en uitgevoerd? Deze vraag zullen wij beantwoorden aan de hand van de regels en voorschriften; de uitvoeringsorganisatie; de uitvoeringspraktijk en de ontwikkeling van de claimbeoordeling als een apart vak. Wij richten ons op de periode vanaf de totstandkoming van de Ongevallenwet in 1901 tot aan de herziening van de wet in 1921. Deze periode kan getypeerd worden als een fase van opbouw, waarin de claimbeoordeling door praktijkervaring langzamerhand vaste vormen kreeg.

Bij genoemd gebrek aan historische studies is onze analyse grotendeels gebaseerd op artikelen uit die tijd zelf. Met name het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* bevatten veel relevante informatie over het onderwerp. Daarnaast hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de eerste overzichtswerken en wetenschappelijke publicaties.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst zal in het kort de totstandkoming van de Ongevallenwet aan de orde komen (paragraaf 2). De keuzes die toen zijn gemaakt, hadden gevolgen voor de claimbeoordeling later. In paragraaf 3 komt de Ongevallenwet zelf aan de orde. Hier behandelen wij de artikelen van de Ongevallenwet die van invloed waren op de claimbeoordeling en de medische behandeling, en wordt bovendien de jurisprudentie uiteengezet die uit de Ongevallenwet voortvloeide. Dan, in paragraaf 4, bespreken wij de organisatie van de medische uitvoering: Hoe werd de uitvoeringsorganisatie opgebouwd; welke keuzes werden hierbij gemaakt, en hoe verliep het proces van de claimbeoordeling? Paragraaf 5 gaat nader in op de praktijk van de claimbeoordeling. Op welke issues stuitte de beoorde-

laars en hoe gingen zij ermee om? De zesde paragraaf verhaalt over de wording van het vak van claimbeoordelaar. Hoe werden de beoordelaars zich ervan bewust dat zij een speciaal vak uitoefenden? In de conclusie ten slotte wordt nader ingegaan op de resultaten van de claimbeoordeling in de betreffende periode.

2 Aanloop naar de Ongevallenwet

In de loop van de jaren 1890 brak bij politici het besef door dat het particuliere initiatief onvoldoende in staat was om de bestaanszekerheid van arbeiders te regelen. Men begon de noodzaak in te zien van één of andere vorm van sociale verzekeringswetgeving. Reeds in 1891 spraken de antirevolutionaire protestanten onder leiding van Abraham Kuyper zich op het Eerste Christelijk Sociaal Congres uit voor een beperkte bemoeienis van de overheid met de sociale zekerheid.¹ De katholieken ondergingen een vergelijkbare koerswijziging onder invloed van de encycliek *Rerum Novarum* uit 1891, waarin paus Leo XIII zich uitsprak voor enige inmenging door de staat bij het opzetten van sociale verzekeringen.² Tot de meest uitgesproken voorstander ontwikkelde zich evenwel de in 1894 opgerichte Sociaal Democratische Arbeiderspartij in Nederland (SDAP). Het in eerste instantie door deze partij gehuldigde revolutionair marxistische standpunt dat een echte lotsverbetering voor de arbeidersklasse er onder het kapitalisme niet inzat, weerhield haar niet van pogingen om in de praktijk de materiële welvaart van arbeiders ook op de korte termijn te verbeteren.³ De liberalen zagen als laatste de voordelen van overheidsbemoeienis. Door de uitbreiding van het kiesrecht in 1896 zagen zij zich gedwongen hun electorale basis te verbreden. Nog in datzelfde jaar nam de Liberale Unie de invoering van sociale verzekeringswetten in het verkiezingsprogramma op, teneinde tot een rechtvaardigere verdeling van maatschappelijke goederen te kunnen komen.⁴

Aanvankelijk werd in de wetgeving nog de nadruk gelegd op het voorkomen van bedrijfsongevallen door het bevorderen van veilige arbeidsomstandigheden. Zo was in 1890 de Arbeidswet ingevoerd, gevolgd door de Veiligheidswet in 1895 en de Nieuwe Stoomwet in 1896. Het toezicht op de naleving van deze wetten kwam vanaf 1890 te liggen bij de inspecteurs van de arbeid. Deze hadden naast controlerende taken de bevoegdheid om werkgevers te dwingen maatregelen te nemen ter bescherming van het personeel.

Met dit stelsel van preventieve maatregelen waren werkgevers al enigszins verantwoordelijk geworden voor ongevallen die binnen hun bedrijf plaatsvonden. Een volgende stap was het verzekeren van arbeiders tegen de gevolgen van ziekte, ongeval, invaliditeit en ouderdom. Reeds in 1891 had het kabinet-Mackay (1888-1891) maatre-

1 Kuyper, *Het sociale vraagstuk en de christelijke religie*, 24, 27-28.

2 *Rerum Novarum*, 40-59, 71.

3 Troelstra, *De SDAP; haar ontstaan, doel en streven geschetst*, 7.

4 Fokker et al, *Verplichte Verzekering van Loontrekkenden*, 5. Zie ook Hertogh, 'Geene wet, maar de heer!', 60.

gelen daartoe aangekondigd. En in 1894 had de staatscommissie Rochussen de regering geadviseerd een wetsontwerp in te dienen dat werkgevers zou verplichten hun arbeiders te verzekeren tegen gehele of gedeeltelijke, tijdelijke of blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeluk op het werk.

2.1 Wetsontwerp Van der Sleyden

Het was de Minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid Ph.W. van der Sleyden die in 1897 het eerste wetsontwerp voor een verplichte ongevallenverzekering indiende bij de Tweede Kamer. Bij het opstellen van het wetsontwerp had Van der Sleyden dankbaar gebruik gemaakt van het rapport van A. F. van Leyden uit 1892 over de wettelijke sociale verzekeringen in Duitsland en Oostenrijk.⁵ Op grond van dit rapport verwerkte Van der Sleyden verschillende elementen van de ongevallenverzekeringen uit deze landen in het wetsontwerp.

Het wetsontwerp Van der Sleyden regelde genees- en heelkundige behandeling vanaf het moment dat het ongeval plaatsvond en een uitkering voor gederfde inkomsten na een karenztijd van zes weken.⁶ Werkgevers van vijftien door de overheid als risicovol bestempelde bedrijfstakken zouden worden verplicht hun arbeiders tegen ongevallen te verzekeren. Dit moest naar het voorbeeld van de Oostenrijkse ongevallenverzekering geschieden bij een speciaal daarvoor opgerichte overheidsinstelling: de Rijksverzekeringsbank. De overheid bepaalde welke werknemers werden verzekerd en tegen welke voorwaarden de uitkeringen zouden worden verstrekt, almede de hoogte van de premies en de uitkeringen. Bovendien gaf de overheid aan hoe de uitvoering van de verzekering in haar werk moest gaan.⁷

Het wetsvoorstel ging, eveneens volgens het Oostenrijkse model, uit van het principe van het 'risque professionnel'. De werkgevers werden aansprakelijk gesteld voor de bedrijfsongevallen die in hun bedrijven plaatsvonden. De achterliggende gedachte hierbij was dat een werkgever veel meer profiteerde van het productieproces dan een werknemer, omdat de laatste direct geconfronteerd werd met de veiligheids- en gezondheidsrisico's van het werk. Het uitgangspunt van het wetsontwerp was dat een bedrijfsongeval een ondernemingsrisico behoorde te zijn. Hieruit vloeide voort dat de werkgevers de premies voor de ongevallenverzekering moesten opbrengen.⁸

Het meest opvallende aan het wetsontwerp van Van der Sleyden was de keuze voor een afzonderlijke wettelijke ongevallenverzekering die werknemers pas zes weken na het bedrijfsongeval een uitkering voor gederfde inkomsten zou garanderen. In Duitsland en Oostenrijk hadden de ontwerpers van de wettelijke sociale verzekeringen de invoering van de ongevallenverzekering bewust vooraf laten gaan door de

5 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 36.

6 De karenztijd (ook wel wachttijd genoemd) is de periode tussen de claim en de uitkering, waarbinnen de verzekerde geen of slechts beperkte uitkeringsrechten heeft en die de verzekeraar de tijd geeft de rechtmatigheid van de claim te onderzoeken.

7 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 62-64.

8 Kerklaan et al, 'De stempel van de arbeid. II', 412; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 272.

invoering van een ziekteverzekering. Uitgangspunt daarbij was dat werknemers in algemene zin beschermd moesten worden tegen gebeurtenissen die hun arbeidsvermogen aantastten. De ziekteverzekering garandeerde de werknemer inkomen en medische zorg gedurende de eerste weken van arbeidsongeschiktheid, ongeacht of deze door ziekte of een bedrijfsongeval was veroorzaakt. Na een aantal weken zou de getroffen werknemer in aanmerking kunnen komen voor een rente ingevolge de wettelijke ongevallenverzekering, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg was van een bedrijfsongeval. De uitkeringsperiode van de ziekteverzekering overbrugde daarmee de karenztijd die nodig was om de aanspraken op een ongevalrente te onderzoeken.

Waarom koos Van der Sleyden voor een wettelijke ongevallenverzekering en niet voor een wettelijke ziekteverzekering? Aan de onderzoeker Van Leyden lag het in ieder geval niet, want hij had op grond van zijn buitenlandse onderzoek beide verzekeringen in onderling verband beschreven. Macalester Loup, de eerste voorzitter van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank, noemde in 1913 een drietal overwegingen waarom Van der Sleyden de eerste zes weken na een ongeval niet had willen verzekeren. In de eerste plaats was er de vrees dat de wettelijke ziekteverzekering te kostbaar zou worden en in de tweede plaats zou er een te grote kans zijn op misbruik in de vorm van simulatie. Bovendien zou Van der Sleyden hebben verondersteld dat werknemers zich voor de inkomstenderving gedurende de eerste zes weken gemakkelijk konden verzekeren bij een onderling fonds. De laatste overweging was een opmerkelijke, omdat in de jaren 1890 veel kritiek was op de dekkingsgraad en het functioneren van de onderlinge fondsen (zie hoofdstuk 1).⁹

2.2 *Wetsontwerp Lely*

Het voorstel-Ongevallenwet van Van der Sleyden werd snel na het aantreden van het kabinet Pierson in 1897 ingetrokken. Desondanks bleef het van belang voor het wetgevingsproces dat volgde. De nieuw aangetreden Minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid ir. C. Lely diende namelijk negen maanden na zijn aantreden een nieuw wetsontwerp in bij de Tweede Kamer, waarin hij de contouren van het ingetrokken wetsontwerp Van der Sleyden had overgenomen. De wettelijke ongevallenverzekering van Lely omvatte genees- en heelkundige behandeling vanaf het moment van het ongeval en een uitkering voor gederfde inkomsten, alleen was de karenztijd daarbij verkort tot drie weken. Net zoals Van der Sleyden achtte ook Lely het voorlopig niet nodig om een wettelijke ziekteverzekering in te voeren. En ook Lely koos voor één landelijke uitvoeringsorganisatie: de Rijksverzekeringsbank.

Een fundamentele verandering die Lely in het wetsontwerp aanbracht was de introductie van het principe van het 'uitgestelde loon'. Volgens Lely waren de werkgevers niet aansprakelijk te stellen voor de kosten van een bedrijfsongeval, omdat deze

9 Macalester Loup, 'De vrucht van tien jaren ongevallenverzekering', 1-3.

geen onderdeel uitmaakten van de algehele productiekosten. Niet de wettelijke aansprakelijkheid was de reden dat de werkgevers de lasten van de wet moesten dragen, maar de gedachte dat werkgevers daartoe beter in staat waren dan de werknemers.¹⁰

Het wetsontwerp van Lely ontlokte heftige kritiek van met name de grote werkgevers. Deze sloten zich in het voorjaar van 1899 aaneen in de Vereniging van Nederlandsche Werkgevers (VNW), teneinde effectief druk uit te oefenen op het parlement.¹¹ De kritiek van de werkgevers richtte zich op de hoogte van de premies en de centralistische uitvoeringorganisatie. De kosten van de Ongevallenwet konden volgens de VNW wel eens veel hoger uitvallen dan die van de fabrieksfondsen. Bovendien dreigde de centralistische uitvoeringsorganisatie de fabrieksfondsen overbodig te maken, terwijl deze naar het oordeel van veel werkgevers een belangrijke functie hadden voor de reïntegratie van zieke en invalide werknemers. De VNW stelde voor om werkgevers alleen wettelijk te verplichten werknemers tegen de gevolgen van bedrijfsongevallen te verzekeren. De uitvoering zou de overheid moeten overlaten aan de werkgevers zelf. Voorzover werkgevers niet in staat waren zelf de uitvoering vorm te geven, zou de mogelijkheid gecreëerd moeten worden dat zij zich aansloten bij één van de nog op te richten risicoverenigingen. Dit voorstel tot een gedecentraliseerde uitvoering zou volgens de VNW veel goedkoper zijn dan de door Lely voorgestelde centrale uitvoering door een Rijksverzekeringbank. Niet alleen konden de bestaande, veelal goedkoop functionerende fabrieksfondsen in stand blijven; de werkgevers zouden tevens de mogelijkheid behouden om werknemers na een ongeval weer snel aan het werk te krijgen.¹²

Hoewel de regering zich niet door de VNW liet overtuigen, toonde een groot aantal parlementariërs zich gevoelig voor de bezwaren van de werkgevers. Veel steun was er vanuit de ARP, die zich fel verzette tegen het in hun ogen monopolistische, centralistische, bureaucratische en autocratische karakter van het wetsontwerp. De antirevolutionaire voorman Abraham Kuyper kwam in 1899 met een amendement waarin hij een gedeeltelijk privaatrechtelijke uitvoering van de Ongevallenwet door bedrijfsverenigingen voorstelde. Kuyper keek hierbij met een schuin oog naar de Duitse 'Berufsgenossenschaften' waarin werkgevers van soortgelijke verzekeringsplichtige bedrijven waren verenigd en samenwerkten met vertegenwoordigers van de werknemers.¹³ Ofschoon de regering erin slaagde het wetsvoorstel door de Tweede Kamer te krijgen, strandde het in de Eerste Kamer.¹⁴

Drie weken na de afwijzing door de Eerste Kamer kwam Lely met een nieuw wetsontwerp, waarin hij enkele concessies deed. De werkgevers kregen de mogelijkheid om zelf het risico van de wettelijke ongevallenverzekering te dragen of deze over te dragen aan een onderlinge risicovereniging. Ondanks deze tegemoetkoming bleven de

10 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 77; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 272.

11 Zie over de VNW: Smitsaert, *De vereniging van Nederlandsche Werkgevers*.

12 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 97-100.

13 Zie: Amendement-Kuyper op de Ongevallenwet.

14 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 246-260, 286-287, 351-367.

belangrijkste uitvoerende taken van de Ongevallenwet bij de Rijksverzekeringsbank. De Rijksverzekeringsbank beoordeelde de claims, verstreekte de uitkeringen aan het slachtoffer, inde de premies, of verhaalde de kosten van de verzekering op de werkgever of diens risicovereniging.

Een belangrijke wijziging in het nieuwe wetsontwerp, die opmerkelijk genoeg in de literatuur weinig aandacht heeft gekregen, was de opname van een overbruggingsuitkering. Werknemers zouden al vanaf de derde dag na het bedrijfsongeval in aanmerking komen voor een tijdelijke uitkering van zeventig procent van het laatst verdiende loon. Na uiterlijk zes weken zou op basis van de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid een definitieve ongevallenrente worden bepaald. Hiermee wilde Lely, vooruitlopend op de invoering van een wettelijke ziekteverzekering, een voorziening creëren waarmee de karenztijd van de ongevallenrente kon worden overbrugd.

Met het indienen van het nieuwe wetsontwerp verstomde het maatschappelijke verzet. De werkgevers van de VNW zagen in dat de concessies van de regering voorlopig het maximum waren van wat zij konden behalen en begroeven hun strijdbijlen. Lely loodste het wetsontwerp betrekkelijk gemakkelijk door de Tweede en Eerste kamer, waarna de Ongevallenwet op 2 januari 1901 in het Staatsblad verscheen (Stb. 1901, nr. 1).

3 De kenmerken van de Ongevallenwet 1901

De Ongevallenwet 1901 stond niet op zichzelf. Diverse uitvoeringsinstructies, beroepsregelingen en een snel uitdijende jurisprudentie bleken nodig te zijn om de Ongevallenwet naar behoren uit te voeren. Voor een goed begrip van de claimbeoordeling is het dan ook onontbeerlijk om dit stelsel van wet- en regelgeving in ogen-schouw te nemen.

In deze paragraaf behandelen wij de belangrijkste kenmerken van de Ongevallenwet 1901 aan de hand van 7 thema's die direct of indirect van belang waren voor de claimbeoordeling: 1. de kring van verzekerden; 2. het verzekerde risico; 3. de vergoedingen; 4. de uitvoering; 5. de premielast; 6. de controle; en 7. de beroepsmogelijkheden. Verwijzend naar de relevante bepalingen uit de wet en regelgeving proberen wij inzicht te verschaffen in de wetsinterpretatie door de Rijksverzekeringsbank. Wij hebben hiervoor dankbaar gebruik gemaakt van de instructies die J. Drooge in 1903 en H.W. Groeneveld in 1911 mede ten behoeve van het personeel van de Rijksverzekeringsbank hadden opgesteld.¹⁵ Uit deze instructies valt een goed beeld te destilleren van de wetsinterpretatie door de Rijksverzekeringsbank en de veranderingen daarin gedurende de eerste jaren na de invoering.

¹⁵ Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*.

3.1 *Wie was verzekerd?*

Artikel 1 van de Ongevallenwet 1901 bepaalde dat alle werknemers die in loondienst waren bij verzekeringsplichtige bedrijven verzekerd waren. Artikel 10 omschreef welke bedrijven verzekeringsplichtig waren. Globaal gezien ging het om bedrijven waar de werknemers een bovengemiddeld risico op een bedrijfsongeval liepen. Zo waren alle bedrijven verzekeringsplichtig waarin krachtwerktuigen werden gebruikt of waarin installaties voorkwamen die onder hoge druk stonden van stoom of gas (artikel 10, no.1 en 2). Daarnaast waren alle bedrijven verzekeringsplichtig die zich toelegden op het bewerken of verwerken van metaal, steen, hout, kurk, of riet. Ten slotte werd in artikel 10 een aantal specifieke bedrijfstakken als verzekeringsplichtig aangewezen, zoals de binnenvaart, het veerschippersbedrijf, de sluiswachters, de droogdokken, het vervenersbedrijf, het stukadoorsbedrijf en het leerlooiersbedrijf. In artikel 11 werd een aantal risicovolle bedrijfstakken opgesomd die niet verzekeringsplichtig waren ingevolge de Ongevallenwet 1901. Het ging om de landbouw, veehouderij, tuinbouw, bosbouw, zeevaart en het zeevisserbedrijf. Het was de bedoeling van de wetgever dat voor deze bedrijfstakken in latere instantie aparte ongevallenwetten zouden komen.

3.2 *Waarvoor verzekerd*

De Ongevallenwet 1901 verzekerde werknemers van de verzekeringsplichtige bedrijven tegen de gevolgen van een ongeval. Het was op het eerste gezicht niet duidelijk wat de wet precies onder het begrip 'ongeval' verstond, omdat een definitie of een omschrijving ontbrak. In de memorie van toelichting werd als reden gegeven dat het onmogelijk was 'rekening te houden met de talloze omstandigheden die zich in de praktijk kunnen voordoen, zoodat elke definitie spoedig zou blijken gebrekkig te zijn en wellicht tot hardheden aanleiding zou geven'.¹⁶ De regering had er dan ook bewust voor gekozen de kenmerken van het begrip 'ongeval' vast te laten stellen door de uitvoerders van de claimbeoordeling en de rechtspraak.

Niettemin had de regering het noodzakelijk geacht enkele criteria te formuleren waarop de uitvoerders en de rechtspraak konden terugvallen. Het eerste criterium was dat er sprake moest zijn van een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten intrad. Het ongeval mocht niet lang duren en ook niet langzaam werken. Beroepsziektes vielen dan ook niet onder de wet. Ook veranderingen in de gezondheidstoestand die zich voltrokken zonder dat van buiten inwerking had plaatsgevonden (bijvoorbeeld bij een beroerte of het scheuren van een aneurysma) waren geen ongevallen in de zin van de wet.¹⁷ Wel was het mogelijk dat de gevolgen van

16 Memorie van Toelichting Ongevallenwet 1901, 1ste ontwerp, 22. Geciteerd uit Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 22.

17 De Centrale Raad van Beroep bevestigde in een uitspraak uit 1904 dat het letsel van lichaam of geest teweeggebracht moest zijn door "eene van buiten komende oorzaak". Zie: Centrale Raad van Beroep d.d. 24 februari 1904, inzake Boersma, Werker, Jaargang 1904, 1e stuk, 343.

een ongeval langzaam intraden (zie artikel 68, tweede lid). Een ongeval kon namelijk gevolgen hebben die zich pas na enige tijd openbaarden.¹⁸

Een tweede criterium was dat er een tijdelijk, plaatselijk en een oorzakelijk verband bestond tussen het ongeval en de uitoefening van het bedrijf. Tijdelijk was het verband als het ongeval plaatsvond tijdens de uitoefening van het bedrijf. Plaatselijk was het verband als het ongeval plaatsvond op de plaats waar het bedrijf werd uitgeoefend. Oorzakelijk was het verband wanneer de uitoefening van het bedrijf de oorzaak of één van de oorzaken was van het ongeval. De tijdelijke en plaatselijke verbanden waren richtinggevend, het oorzakelijk verband was doorslaggevend. Er was pas sprake van een ongeval, als een oorzakelijk verband kon worden aangetoond.¹⁹

De Ongevallenwet stelde in principe geen schuldvraag. De verzekerde behield zijn uitkeringsrechten als het ongeval te wijten was aan hemzelf of aan een derde (bijvoorbeeld de werkgever). Voorwaarde was wel dat er geen opzet in het spel was. Artikel 28 stelde namelijk nadrukkelijk dat er geen uitkeringsrechten ontleend konden worden aan een ongeval dat door de verzekerde opzettelijk was veroorzaakt. Was het ongeval te wijten aan dronkenschap van de verzekerde, dan zou de uitkering tot de helft worden verlaagd.

Een derde criterium was dat het ongeval moest leiden tot gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Artikel 22 bepaalde dat een werknemer arbeidsongeschikt was 'indien hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden'. Volgens artikel 22 moest dus worden beoordeeld of de verzekerde na een ongeval nog tot het verrichten van arbeid in staat was. In dit opzicht week de Ongevallenwet af van het Duitse 'Unfallversicherungsgesetz' uit 1884, dat bij het beoordelen van de arbeidsgeschiktheid uitging van de mogelijkheid om inkomen te verwerven (in Duitsland aangeduid met de term 'Erwerbsfähigkeit').²⁰

Artikel 22 riep de vraag op of arbeidsgeschiktheid alleen betrekking had op het kunnen verrichten van soortgelijk werk dat de verzekerde vóór het ongeval had verricht, of op alle mogelijke werkzaamheden. Was bijvoorbeeld een spoorwegmachinist die zijn rechterarm had verloren arbeidsgeschikt omdat hij nog drankjes kon rondbrengen, of was hij arbeidsongeschikt geworden omdat hij nooit meer een trein kon besturen? Kort na de invoering van de Ongevallenwet in 1903 werd bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid nog sterk de nadruk gelegd op het kunnen verrichten van het soortgelijke werk van vóór het ongeval.²¹ Dit verband was voor de uitvoerders van de claimbeoordeling betrekkelijk eenvoudig vast te stellen omdat zij alleen het werk in ogenschouw hoefden te nemen dat de verzekerde vanouds verrichtte. Gaandeweg werd arbeidsgeschiktheid echter steeds ruimer geïnterpreteerd. Belangrijk in dit verband was de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep in 1907, waarin deze stelde

18 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 22-25; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 109-110.

19 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 44-45.

20 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 195.

21 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 72-73.

dat bij de beoordeling van de geschiktheid tot werken niet alleen het werk waarvoor de verzekerde zijn 'krachten en bekwaamheden' gewoonlijk gebruikte maatstafgevend was, maar alle soorten van arbeid die hij nog kon verrichten.²² Dit betekende dat arbeidsgeschiktheid voortaan aan allerlei soorten van werk werd afgemeten.

De jurist Groeneveld had in 1911 een leerboek samengesteld voor aankomende ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank, waarin hij op grond van bovenstaande criteria een werkdefinitie van het begrip 'ongeval' had opgenomen. Een ongeval in de zin van de wet omschreef hij als 'een plotselinge inwerking van een van buiten komende oorzaak op een persoon, waarvan aantasting van de gezondheidstoestand van lichaam of geest het gevolg is'.²³ Deze niet formele werkdefinitie werd een belangrijk uitgangspunt voor het bestuur en de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank bij de toekenning van de vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet 1901.

3.3 Vergoedingen

De Ongevallenwet kende vier soorten vergoedingen toe: 1. medische behandeling, 2. een tijdelijke overbruggingsuitkering, 3. een ongevallenrente en 4. een uitkering aan nagelaten betrekkingen. Al deze vergoedingen werden vastgesteld en toegekend door het bestuur van de Rijksverzekeringsbank (artikel 65).

Medische behandeling

Iedere arbeidsongeschikte werknemer had recht op kosteloze medische behandeling. Het doel van de medische behandeling was om de getroffene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Hiermee was de medische behandeling niet alleen gericht op lichamelijk herstel, maar ook op functioneel herstel (het weer kunnen werken).

De wet maakte onderscheid tussen de eigenlijke medische behandeling (geregeld in artikel 19) en de eerste hulp bij ongevallen (geregeld in artikel 61). De werkgever was verplicht voor de eerste hulp te zorgen door een medicus op de plaats van het ongeval te laten komen, of door de getroffene naar een geneeskundige of een ziekenhuis te brengen. Na de eerste hulp moest de behandeling worden overgenomen door een medicus die zich had ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank. Ook de apothekers die de benodigde genees-, heel- en verbandmiddelen verstrekten, moesten in dat register ingeschreven staan.

Bij Algemene Maatregel van Bestuur waren voor de geneeskundige behandeling

22 Uitspraak Centrale Raad van Beroep d.d. 17 september 1907, inzake Koevee, Centraal Orgaan, 5 (1907), 90. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank neigde al sinds 1904 naar een ruimere interpretatie van arbeidsgeschiktheid. Zie Del Baere, 'Nog eens art. 22 der Ongevallenwet 1901', 388-392. Zie ook voordracht van Groeneveld: Vereniging tot beoefening der Ongevalleneeskunde, Algemene vergadering op 8 mei 1909, 362-364.

23 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 110. Groeneveld had de definitie overgenomen van de Duitser Heinrich Rosin. In zijn standaard boek over de Duitse werklieden-verzekering omschreef Rosin ongeval als "die Körperschädigende, plötzliche und von dem Betroffenen nicht gewollte Einwirkung eines äusseren Thatbestandes auf einen Menschen". Zie Rosin, *Das Recht der Arbeiterversicherung*, passim

nadere regels gesteld.²⁴ Met de inschrijving in het register verklaarden de ingeschreven medici en apothekers zich bereid om de verzekerden binnen een gemeente of in een gedeelte van een gemeente medisch te behandelen en hen de daarvoor noodzakelijke genees-, heel- en verbandmiddelen te verstrekken. Het was ook mogelijk dat medici zich alleen voor een bepaald specialisme inschreven (oogheekunde, chirurgie, etc.). Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank zorgde ervoor dat op de postkantoren lijsten ter inzage lagen waarop alle namen van de ingeschreven medici en apothekers vermeld stonden.

De ingeschreven medici ontvingen van de Rijksverzekeringsbank een vergoeding per verrichting. De apothekers kregen een vergoeding per verstrekt genees-, heel- of verbandmiddel. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank onderscheidde circa 90 verrichtingen. Voor iedere verrichting stelde het bestuur een apart tarief vast. De hoogte van de tarieven varieerde tussen de fl. 1,- en fl. 1,50. Daarnaast stelde het bestuur voorwaarden aan de uitvoering van de medische behandeling. Zo moesten de genees- en heelkundigen de medische behandeling zo goedkoop mogelijk uitvoeren zonder dat daarmee de kwaliteit in het gedrang kwam. De medicus had de plicht de getroffenene zo nodig door te verwijzen naar een specialist dan wel te laten opnemen in een ziekenhuis. Ook kon hij zich laten bijstaan door één of meer bevoegde medici of door verplegend personeel. In niet spoedeisende gevallen moest hij daaromtrent in overleg treden met een controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank. Als de patiënt voldoende was hersteld om het oude werk te hervatten, diende de medicus daarvan melding te maken bij de Rijksverzekeringsbank.

De tijdelijke uitkering

Naast de medische behandeling voorzag de Ongevallenwet ook in een financiële tegemoetkoming voor de gederfde inkomsten als gevolg van het ongeval. Allereerst kwam de getroffene in aanmerking voor een tijdelijke uitkering. Deze vergoedde het gederfde loon in de beginperiode van de arbeidsongeschiktheid; lopende vanaf de eerste dag tot uiterlijk de 43ste dag na het ongeval. Het doel van de tijdelijke uitkering was om de karentijd voor de ongevallenrente te overbruggen. Het recht op een tijdelijke uitkering trad in als de getroffene op de derde dag na het bedrijfsongeval niet in staat was het werk te hervatten (artikel 20). De tijdelijke uitkering bedroeg voor elke werkdag (maandag tot en met zaterdag) zeventig procent van het verzekerde dagloon, met een maximum van fl 2,80.²⁵ Voor de hoogte van de tijdelijke uitkering maakte het niet uit in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt was. Het gemiddelde dagloon werd afgeleid uit het gemiddelde loon per werkdag dat de werknemer had verdiend in het jaar voorafgaande aan de dag van het ongeval (artikel 7). Eventuele vrijwillige toelagen of

24 K.B. van 14 juli 1902, Stbl. No. 153, later gewijzigd bij K.B. van 18 maart 1909, Stbl. No. 76 en bij KB van 30 maart 1909, Stbl. No. 86.

25 De Ongevallenwet 1901 kende een maximum dagloon van fl 4,-. De ongevallenuitkering was gemaximeerd op 70 % van het maximum dagloon, hetgeen neerkwam op fl 2,80 per dag. Op 19 mei 1919 werd het maximum dagloon verhoogt naar fl 8,- per week, waardoor de maximale uitkering op fl 5,60 kwam.

loondoorbetalingen door werkgevers werden niet tot het dagloon gerekend en vormden daarmee geen grondslag voor de berekening van de uitkering (artikel 5).²⁶

De ongevallenrente

Zodra de Rijksverzekeringsbank gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid had vastgesteld, ontving de verzekerde een ongevallenrente (artikel 21). De ingang van de ongevallenrente hing af van de karenztijd die nodig was om de claim te onderzoeken: één dag tot uiterlijk 43 dagen na het ongeval. De wet hield er overigens rekening mee dat de Rijksverzekeringsbank niet in alle gevallen voor de 43ste dag de ongevallenrente kon vaststellen. Als bijvoorbeeld het percentage arbeidsongeschiktheid nog niet bekend was, de gezondheidssituatie nog erg veranderlijk was, of als er onduidelijkheid bestond over de verzekeringsplicht van de onderneming waarbij de verzekerde in dienst was, kon de Rijksverzekeringsbank een voorlopige rente toekennen (artikel 67).

Als de ongevallenrente definitief was vastgesteld kon deze in principe niet meer worden veranderd. De looptijd van de ongevallenrente strekte zich uit tot het overlijden van de verzekerde. Wel was de Rijksverzekeringsbank bevoegd de ongevallenrente te herzien als na de claimbeoordeling nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan (artikel 70).

De hoogte van de ongevallenrente werd berekend naar de mate van verloren arbeidsgeschiktheid. De Rijksverzekeringsbank stelde de arbeidsgeschiktheid op het moment van het ongeval op honderd procent en ging vervolgens na welk gedeelte van deze honderd procent door het ongeval verloren was gegaan. Ook als de verzekerde reeds voor het ongeval niet volledig arbeidsgeschikt was, bijvoorbeeld door een aangeboren afwijking of door een eerder ongeluk, bepaalde de Rijksverzekeringsbank de rente slechts op grond van de verloren arbeidsgeschiktheid die door het bedrijfsongeval was ontstaan.²⁷ Hiermee ging de Rijksverzekeringsbank er in de praktijk vanuit dat een bepaalde vermindering een relatief groter verlies aan arbeidsgeschiktheid opleverde bij gedeeltelijk gehandicapte werknemers dan bij een gezonde werknemer.²⁸

Bij volledige arbeidsongeschiktheid bedroeg de ongevallenrente zeventig procent van het verzekerde dagloon, met een maximum van fl 2,80.²⁹ In het geval van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid werd het percentage van de verminderde arbeidsgeschiktheid afgetrokken van de zeventig procent van het dagloon. Als een verzekerde voor vijftig procent arbeidsongeschikt was geworden, kwam hij in aanmerking voor een rente van 35 procent van het dagloon (vijftig procent van zeventig). Bedroeg het verlies aan arbeidsgeschiktheid twintig procent, dan werd een rente toegekend van

26 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 80; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 170-171.

27 Zie: Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 78-79; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 196-197.

28 Van Trooijen, 'Wederom art. 22 O.W. 1901', 67-72; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 197.

29 Uitgaande van een maximum dagloon van fl 4,-.

veertien procent van het dagloon (twintig procent van zeventig). De Ongevallenwet bevatte geen bepaling over een minimum percentage arbeidsongeschiktheid dat recht gaf op rente. In de praktijk hanteerde de Rijksverzekeringsbank evenwel de regel dat tot een arbeidsongeschiktheid van vijf procent geen ongevallenrente werd toegekend. De minimale ongevallenrente bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bedroeg dan ook in de praktijk 3,5 procent van het dagloon.³⁰

Uitkering aan nagelaten betrekkingen

Ten slotte kende de Ongevallenwet 1901 bij het overlijden van de verzekerde als gevolg van een bedrijfsongeval schadeloosstellingen toe aan de nagelaten betrekkingen (artikelen 23, 24, 25, 26, 27). Deze voorziening was overgenomen van de ongevallenwetten uit Duitsland en Oostenrijk, maar betekende eveneens een voortzetting van een oude traditie van onderlinge fondsen. Die combineerden immers al eeuwenlang loondervingverzekeringen met een overlijdensverzekering.

De Ongevallenwet regelde de volgende uitkeringen aan nabestaanden:

- een vergoeding van de begrafenis kosten van dertig keer het dagloon van de verzekerde;
- een rente van dertig procent van het dagloon aan de huwelijkspartner van de verzekerde. Een mannelijke huwelijkspartner had alleen recht op een rente als de overledene kostwinner was en hijzelf niet in staat was om in het levensonderhoud te voorzien.
- een rente van vijftien procent voor ieder wettig kind. Als het kind door het overlijden van de verzekerde wees was geworden had het recht op twintig procent van het dagloon.

3.4 *Uitvoering*

De Rijksverzekeringsbank was belast met de uitvoering van de Ongevallenwet (artikel 13). De uitvoering omvatte de registratie van de verzekeringsplichtige bedrijven, de indeling van deze bedrijven in gevarenklassen, de verwerking van de ongevallenaangiften, de claimbeoordeling, de medische behandeling, de uitkeringsverstrekking en de premie-inning. Daarnaast voerde de Rijksverzekeringsbank regelmatige controles uit op de ongevallenaangiften, de situatie waarin de getroffen zich bevond en de medische behandeling door de ingeschreven medici en apothekers. Een speciale taak van de Rijksverzekeringsbank was om te zorgen voor een ongevallenstatistiek per boekjaar en voor een wetenschappelijke balans om de vijf jaar (artikel 17). Op grond van deze onderzoeksgegevens kon de Rijksverzekeringsbank besluiten de claimbeoordeling aan te passen en de indeling van de verzekeringsplichtige bedrijven in verschillende gevarenklassen te herzien (artikel 31).

³⁰ Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 194.

De Rijksverzekeringsbank was een publiekrechtelijk lichaam met een eigen vermogen (zie ook artikel 91) en eigen verantwoordelijkheden die in principe los stonden van de overheid. De leiding lag bij een driehoofdig bestuur dat door de Kroon was benoemd (artikel 15). Dit bestuur had tot taak te zorgen voor een accurate uitvoering van de Ongevallenwet en van de uitvoeringsinstructies van de regering of de minister. Artikel 16 bepaalde dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank verantwoording moest afleggen aan de Minister van Landbouw, Nijverheid en Handel. Tevens werd op de Rijksverzekeringsbank toezicht uitgeoefend door een tripartiet samengestelde Raad van Toezicht, die uit door de Kroon werd benoemd (artikel 18).

De Rijksverzekeringsbank was gevestigd in Amsterdam. Om een landelijke uitvoering mogelijk te maken kon de Rijksverzekeringsbank kosteloos gebruikmaken van de diensten van de postkantoren (artikel 95).³¹ De postkantoren hadden een belangrijke functie in de organisatie van de Ongevallenwet. Hier dienden de werkgevers de aangifte van ongevallen krachtens artikel 61 in te leveren, moesten de beschuldigde premies worden gestort, en vond de uitbetaling van de uitkeringen en rentes plaats.

De Ongevallenwet maakte het mogelijk dat werkgevers het risico van de ongevallenverzekering voor het eigen personeel zelf droegen, of deze overdroegen aan een risico dragende organisatie (artikel 52). Als zij voor het laatste kozen, bleven de werkgevers wel verplicht van de ongevallen in hun bedrijf aangifte te doen bij de Rijksverzekeringsbank. Bovendien bleef de Rijksverzekeringsbank de uitvoering verzorgen van de claimbeoordeling, de medische behandeling, en de verstrekking van uitkeringen en rentes. De werkgevers die het risico zelf droegen of deze overdroegen aan een risico dragende organisatie waren vrijgesteld van premiebetaling. Wel moesten zij alle kosten van de medische behandeling, de uitkeringen en de ongevalrentes en een gedeelte van de administratiekosten aan de Rijksverzekeringsbank vergoeden.

3.5 *Premielast*

Alle werkgevers van de verzekeringsplichtige bedrijven waarvan de Rijksverzekeringsbank het risico droeg, waren verplicht premie te betalen. De hoogte van de premie werd vastgesteld op basis van het aandeel van deze bedrijven in de lasten van de verzekering (artikel 31). De grootte van dat aandeel werd bepaald door twee factoren: het totale loonbedrag en de hoogte van het ongevallenrisico. Het totale loonbedrag was gebaseerd op de informatie die de werkgever aan de Rijksverzekeringsbank over de lonen van de werknemers moest verstrekken. De hoogte van het ongevallenrisico werd bepaald op grond van een bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde indeling van bedrijfstakken naar gevarenklasse. De bedrijven die bij een bepaalde gevarenklasse waren ingedeeld, kregen bovendien een gevarencijfer toebedeeld waarmee het relatieve risico voor de ongevallenverzekering werd uitgedrukt. Hierdoor varieerden

31 Postkantoren werden indertijd geheel door de overheid bekostigd.

de lasten niet alleen per gevarenklasse, maar ook per toegewezen gevarencijfer. Ten slotte maakte artikel 31 het mogelijk dat bedrijven in verschillende gevarenklassen konden worden ingedeeld als deze op verschillende plaatsen activiteiten uitoefenden (de zogenaamde territoriale indeling).

3.6 Controle

De Rijksverzekeringsbank beschikte over ruime bevoegdheden om het uitvoeringsproces te controleren. In de eerste plaats had de Rijksverzekeringsbank een belangrijke taak in het verifiëren van de ongevallenaangiften. Het doel van deze verificatie was om te bepalen of de getroffene met recht aanspraak maakte op vergoedingen van de Ongevallenwet. Het ging er dan om vast te stellen of het om een ongeval ging in de zin van de wet, of de getroffene in loondienst was bij een verzekeringsplichtig bedrijf, op welk bedrag zijn dagloon moest worden gesteld, en of de nabestaanden in het geval van overlijden aanspraak maakten op een uitkering (zie artikel 63). Om een goede verificatie mogelijk te maken kon de Rijksverzekeringsbank de werkgever verplichten extra informatie te verstrekken (artikel 62). De verificatie moest geschieden door een ambtenaar van de Rijksverzekeringsbank of door een politieambtenaar (artikel 64). Deze had de bevoegdheid om getuigen en deskundigen op te roepen en te ondervragen. Bij K.B. van 27 december 1902 (Stbl. No. 22) was bepaald dat de ambtenaar van de Rijksverzekeringsbank van hoge rang moest zijn, waarbij indirect gerefereerd werd aan de functie van agent of controlerend geneeskundige.

In de tweede plaats gaf artikel 29 van de Ongevallenwet de Rijksverzekeringsbank de bevoegdheid de getroffene van een ongeval zo vaak als de Bank het nodig achtte op te roepen om naar een nader te bepalen plaats te komen voor onderzoek. Door deze bepaling konden de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank zich op ieder moment op de hoogte stellen van de toestand waarin de getroffene zich bevond. Overigens kon de getroffene bezwaar maken en een verandering van het onderzoek eisen. Hij mocht dan deskundigen voordragen die de Bank bij het onderzoek moest betrekken. Weigerde de verzekerde iedere medewerking aan het onderzoek, dan verloor deze alle aanspraken op vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet.

Ten slotte waren de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank bevoegd om een continue controle uit te oefenen op de medische behandeling van de getroffene.³² In het geval van ernstig letsel konden zij de behandelend geneeskundigen dwingende aanwijzingen geven. De behandelend geneeskundigen waren bovendien verplicht om met de controlerend geneeskundigen in overleg te treden over bepaalde soorten van behandeling en over de verschaffing van kunstmiddelen.

32 Deze controle was geregeld in artikel 14 van de Algemene Maatregel van Bestuur ter uitvoering van artikel 19 van de Ongevallenwet (K.B. van 14 juli 1902, Stbl. No. 153, later gewijzigd bij K.B. van 18 maart 1909, Stbl. No. 76 en bij KB van 30 maart 1909, Stbl. No. 86). Bovendien konden de controlerend geneeskundigen terugvallen op artikel 29 van de Ongevallenwet.

Zowel verzekerde werknemers als hun werkgevers konden tegen beslissingen van de Rijksverzekeringsbank in beroep gaan bij de Raden van Beroep en in het hoogste ressort bij de Centrale Raad van Beroep (artikel 75). Het kon gaan om beslissingen over de verzekeringsplicht, de indeling in gevarenklasse, de verschuldigde premie en de aanspraken op schadeloosstelling (artikel 77). Tegen beslissingen van de Rijksverzekeringsbank over een tijdelijke uitkering kon evenwel geen beroep worden aangetekend (laatste lid artikel 79 en 80). De functie van de tijdelijke uitkering (het overbruggen van de karenztijd) vormde namelijk volgende de wetgever onvoldoende grond om er beroepsrecht aan te ontnemen.

De organisatie en procedure van de beroepszaken waren geregeld in de Beroepswet van 8 december 1902 (Stbl. 208). Deze was op 14 december 1902 in werking getreden naar aanleiding van de invoering van de Ongevallenwet 1901.³³ De Beroepswet maakte organisatorisch onderscheid tussen de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep.

De Raden van Beroep waren belast met de rechtspraak in eerste aanleg. In december 1902 waren 16 raden in werking getreden, die verspreid over het land actief waren. Het verspreidingsgebied van de raden kwam overeen met de provincie of een gedeelte van een provincie.³⁴ De Raden van Beroep bestonden uit benoemde juristen (voorzitter en griffier) en uit gekozen lekenrechters of bijzitters. De rechtskundigen werden door de Kroon benoemd. De lekenrechters bestonden uit 24 werkgevers en 24 werknemers afkomstig uit de verzekeringsplichtige bedrijven in de regio. Daarnaast was er een even groot aantal vervangende leden.³⁵ De Centrale Raad van Beroep was gevestigd in Utrecht. Deze was belast met de rechtspraak in hoger beroep. De rechters van de centrale raad waren uitsluitend juristen die door de Kroon werden benoemd.

Aanvankelijk hadden verzekerde werknemers ook nog de mogelijkheid om een geschil met de Rijksverzekeringsbank voor te leggen aan een plaatselijke onderzoekscommissie (geregeld in artikel 86). De onderzoekscommissies hadden de bevoegdheid om onderzoek uit te voeren en beroep aan te tekenen bij een Raad van Beroep. In november 1902 stelde de minister 152 plaatselijke onderzoekscommissies in werking.³⁶ Ondanks een veelbelovend begin liepen de plaatselijke onderzoekscommissies op een mislukking uit. Al snel bleken zij niet in staat te zijn om alle ongevallen tijdig te onderzoeken. Bovendien hielden de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep de plaatselijke commissies slecht op de hoogte over de uitspraken in beroep. Het gevolg was dat de plaatselijke commissie regelmatig achter de

33 De inwerkingtreding werd geregeld in het KB van 8 december 1902 (Stb. 209).

34 Geregeld in het KB van 8 december (Stb. 210), Vanaf 14 december 1902 werden de Raden van Beroep gevestigd in de volgende gemeenten: Groningen, Leeuwarden, Almelo, Hoogeveen, Arnhem, Zuthpen, Utrecht, Roermond, Amsterdam, Dordrecht, Haarlem, 's-Gravenhage, Rotterdam, Middelburg, 's-Hertogenbosch en Breda.

35 De samenstelling van de Raden was geregeld in het KB van 26 januari 1903 (Stb. 38), later gewijzigd bij KB van 11 juni 1917 (Stb. 461).

36 Geregeld in het KB van 26 november 1902,

feiten aan liepen.³⁷ In de praktijk is de betekenis van de plaatselijke onderzoekscommissies dan ook zeer gering geweest. Met de wetswijziging van 1921 verdwenen de plaatselijke commissies definitief uit beeld.³⁸

4 Organisatie van de medische uitvoering

4.1 Oprichting Rijksverzekeringsbank

Met de invoering van de Ongevallenwet op 1 juni 1901 stelde Minister Lely bij KB het bestuur en de Raad van Toezicht van de Rijksverzekeringsbank in. Tot voorzitter van het bestuur benoemde hij R. Macalester Loup; tot gewone leden H.P. Berdenis van Berlekom en H.W.E. Struve. Geen van de drie bestuursleden hadden bij de totstandkoming van de Ongevallenwet een rol van betekenis gespeeld. Lely wilde met de benoeming van deze relatieve ‘buitenstaanders’ dan ook de uitvoering van de Ongevallenwet in een rustiger vaarwater brengen. Daar was alle reden toe, aangezien de werkgevers reeds begonnen waren voorbereidingen te treffen voor de oprichting van risicodragende verenigingen. Bovendien was de Raad van Toezicht van de Bank gekleurd met duidelijke representanten van de politiek en belangengroeperingen. Voorzitter werd de indiener van het eerste wetsontwerp Ph. W. van der Sleyden, terwijl de werkgeversleden W. Hovy en D.W. Stork, en het werknemerslid P.M. Verdorst zich sterk hadden laten gelden tijdens de parlementaire behandeling van Lely’s wetsvoorstellen.³⁹

De drie bestuursleden hadden bij hun aantreden nog nauwelijks een idee hoe de uitvoeringsorganisatie het beste gestalte kon krijgen. In Nederland hadden alleen verzekeringsmaatschappijen en enkele werkgevers ervaring opgebouwd met de uitvoering van ongevallenverzekeringen voor grote groepen werknemers (zie ook hoofdstuk 1). Bij de Ongevallenwet ging het evenwel om veel grotere groepen verzekerden en om veel complexere uitkeringscriteria. Daar de Oostenrijkse wetgeving bij de voorbereiding van de Ongevallenwet 1901 als belangrijkste voorbeeld had gediend, achtte het bestuur het noodzakelijk om een studiereis naar dit land te maken teneinde ideeën op te doen over de uitvoeringsorganisatie. In juli 1901 bezochten zij onder andere de Versicherungsanstalten in Wenen, Brünn en Praag. Na hun terugkomst in Nederland gingen de bestuursleden voortvarend aan de slag. Zij huurden een kantoorpand in Amsterdam, namen alvast administratief personeel aan, en bereidden de organisatie van de werkgeversaangiften voor.⁴⁰

37 Dit blijkt onder andere uit de notulen van de Plaatselijke Onderzoekscommissie Vlaardingen, Zie Stadsarchief Vlaardingen, archiefnummer 232, inv. Nr. 1, notulen 1903-1911.

38 In de Ongevallenwet van 1921 is artikel 86 vervangen door een artikel waarbij het toezicht werd opgedragen aan de agenten van de Rijksverzekeringsbank.

39 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 452.

40 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 214.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank begon pas laat met het voorbereiden van de medische uitvoering. Op dit onderdeel kon het weinig inspiratie putten uit buitenlandse praktijkvoorbeelden, omdat in geen van de Europese landen waar reeds een wettelijke ongevallenverzekering was ingevoerd, een centraal uitvoeringsorgaan de gehele medische behandeling van getroffen werknemers organiseerde.⁴¹ Het bestuur nam dan ook zijn toevlucht tot een praktijk die al enige decennia bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen in zwang was: het aanstellen van een medisch adviseur. Op 1 november 1902 trad de arts P.H. Kooperberg als medisch adviseur in dienst bij de Rijksverzekeringsbank. Kooperberg kreeg de opdracht eerst de organisatie van de claimbeoordeling en de medische behandeling op te bouwen en vervolgens de leiding daarvan op zich te nemen. Aangezien de Ongevallenwet per 1 februari 1903 in werking zou treden, had Kooperberg welgeteld drie maanden om deze klus te klaren.

Ook Kooperberg maakte om te beginnen een buitenlandse studiereis, al wist hij dat de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 een geheel eigen aanpak vereiste. Hij begaf zich naar Duitsland en Oostenrijk om de medische uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekeringen in deze landen in oenschouw te nemen.⁴²

Zodra Kooperberg weer terug in Nederland was, gaf hij prioriteit aan de organisatie van de medische behandeling. De Rijksverzekeringsbank moest namelijk per 1 februari 1903 in staat zijn overal in het land zorg te dragen voor de medische behandeling van werknemers die door een ongeval waren getroffen. Bovendien schreef de Ongevallenwet voor, dat de getroffen werknemers vrij moesten kunnen kiezen uit de medici en apothekers die zich in een register van de Rijksverzekeringsbank hadden ingeschreven. Kooperberg besloot daarom alle medici en apothekers die verspreid over het land actief waren, te betrekken bij de medische uitvoering. Hij ontwierp formulieren waarmee medici en apothekers zich konden inschrijven in het register. Vergelijkbare formulieren stelde Kooperberg ook op voor de ziekenhuizen, de instellingen voor ziekenverpleging, sanatoria, medico-mechanische instellingen en voor de leveranciers van genees- en verbandmiddelen.⁴³

Een volgende stap was het vaststellen van de tarieven voor de verschillende medische verrichtingen en een prijslijst voor genees- en verbandmiddelen. Kooperberg ging daarbij uit van een vergoeding per verrichting, c.q. verstrekt genees- en verbandmiddel. Alle medische verrichtingen die volgens hem voor een prijsberekening vatbaar waren, groepeerde hij in een 80-tal tarieven. Om te voorkomen dat de tarifiering voor de verschillende delen van het land ongelijkmatig zou uitwerken, legde Kooperberg de tarieven voor aan een aantal medici en apothekers, waarvan hij verwachtte dat deze

41 Kooperberg, 'Organisation des Medezinalwesens in Bezug auf das Unfallgesetz in Holland'; Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 73. Zie ook het buitenlandse verslag van Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 290.

42 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 217.

43 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 73-74.

goed op de hoogte waren van de eisen en gebruiken in de verschillende delen van het land. Nadat hij een aantal van de binnengekomen commentaren had verwerkt, stelde hij de tarieven en prijslijst vast.⁴⁴

Na deze voorbereidende werkzaamheden moest Kooperberg ervoor zorgen dat voldoende medici en apothekers zich ook daadwerkelijk inschreven in het register. Al snel deden zich twee problemen voor. Het eerste probleem was dat het Departement van Binnenlandse Zaken, noch de Gezondheidsraad beschikte over een volledige en bijgewerkte lijst van medici en apothekers. De Rijksverzekeringsbank moest derhalve op zoek gaan naar een groot aantal beroepsbeoefenaren die niet in de officiële lijsten voorkwamen. Een tweede probleem was dat een groot aantal medici, apothekers en instellingen weigerde akkoord te gaan met de tarieven, prijslijst of andere voorwaarden van de Rijksverzekeringsbank. Het gevolg was dat met de inwerkingtreding van de Ongevallenwet op 1 februari 1903 een groot aantal medici, apothekers, medische instellingen en de leveranciers van genees- en verbandmiddelen niet was ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank (zie tabel 2.1).⁴⁵

Tabel 2.1: Aantal beroepsbeoefenaren en instellingen in de gezondheidszorg, ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank per 1 februari 1903 en per 1 januari 1904

	Stand op 1 februari 1903	Stand op 1 januari 1904
Geneeskundigen	1.416	2.440
Apothekers	232	568
Apotheekhoudende geneeskundigen	518	996
Leveranciers van genees- en verbandmiddelen	51	173
Ziekenhuizen	112	208
Oogheelkundige behandelcentra	7	10
Sanatoria	0	12
Psychiatrische inrichtingen	0	5
Inrichtingen voor medico-mechanische behandeling	15	29
Instellingen voor thuiszorg	49	107

Bron: Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 78.

De situatie werd extra lastig toen het verzet van de medici en apothekers een georganiseerd karakter kreeg. In verschillende plaatsen belegden ontevreden medici en apothekers vergaderingen, verspreidden zij circulaire en vormden zij belangengroepen om veranderingen af te dwingen in de tarifiering en voorwaarden voor inschrijving. De afdeling Amsterdam van de NMG nam in januari 1903 zelfs een bindend

⁴⁴ a.w., 74-75.

⁴⁵ a.w., 75-77; Van der Burgh et al., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 217-218.

besluit, waarbij het de leden verboden werd diensten aan de Rijksverzekeringsbank te verlenen zolang niet aan een aantal eisen werd voldaan. Deze afdeling was van oordeel dat de honorering door de Rijksverzekeringsbank onvoldoende aansloot op het fungerende honoreringssstelsel in de hoofdstad. De overgrote meerderheid van de Amsterdamse werknemers was namelijk via de gemeente of via een ziekenfonds verzekerd van gezondheidszorg. Aangezien de afdeling Amsterdam met deze instellingen reeds aparte stelsels van honorering was overeengekomen, zat zij niet te wachten op een nieuw stelsel dat hen eenzijdig door de Rijksverzekeringsbank werd opgelegd. Bovendien verzette de afdeling Amsterdam zich tegen een aantal voorwaarden die de Rijksverzekeringsbank stelde voor inschrijving in het register, omdat deze inbreuk zouden maken op de onafhankelijkheid van medici.⁴⁶ Na een uitvoerige briefwisseling wist Kooperberg gedaan te krijgen dat de afdeling Amsterdam het bindende besluit introk, zodat de leden in het vervolg vrij waren om zich in het register in te schrijven.⁴⁷

Omdat hiermee de kou nog niet uit de lucht was, zag het bestuur van de Rijksverzekeringsbank zich genoodzaakt om bijeenkomsten te organiseren met de belangenorganisaties van medici en apothekers. Zo trad het in overleg met het hoofdbestuur van de NMG en met de besturen van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Farmacie en de Nederlandse Vereniging voor Elektrotherapie en Radiologie. Deze bijeenkomsten en de correspondentie die daaruit voortvloeide, alsook nieuwe ervaringen van medewerkers van de Rijksverzekeringsbank met de uitvoeringspraktijk, brachten het bestuur ertoe om een aantal wijzigingen aan te brengen in de tarifiering en de voorschriften. Het voert te ver om in het kader van deze studie alle wijzigingen die in de loop van de jaren werden aangebracht uitgebreid te behandelen. Wij beperken ons ertoe te vermelden dat in de eerste tien jaren van de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 de voorwaarden en het tarief voor ingeschreven apothekers vier keer en voor de ingeschreven medici zelfs vijf keer werd gewijzigd. De verschillende wijzigingen in de regelgeving leidden ertoe dat in de loop van de jaren het aantal ingeschreven beroepsbeoefenaren en instellingen geleidelijk toenam.⁴⁸

Desondanks bleef de relatie tussen de ingeschreven beroepsbeoefenaren en de Rijksverzekeringsbank nog enige tijd gespannen. Dit bleek onder andere toen het bestuur van de Rijksverzekeringsbank in haar jaarverslag over 1904 opmerkte dat een groot aantal ingeschreven medici de wettelijke bepalingen en instructie slecht naleefde.⁴⁹ Zo zou een aantal geneeskundigen uit vrees voor een slecht imago of voor schade aan hun huisartsenpraktijk hebben verzuimd het herstel van een verzekerde tijdig te melden aan de Rijksverzekeringsbank en aan de patiënt zelf. Daarnaast bleek het voor te komen dat een verzekerde, nadat deze door een medicus genezen werd verklaard, overstapte naar een andere meer 'coöperatieve' medicus. Deze praktijk zou

46 NTVG, 1903, I, 261.

47 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 188.

48 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 77-78.

49 Verslag Rijksverzekeringsbank 1904. Zie ook NTVG, 1905 II, 1772-1774.

zelfs dermate uit de hand lopen, dat enkele medici in arbeiderskringen de reputatie kregen zeer gemakkelijk te zijn bij het afgeven van verklaringen van arbeidsongeschiktheid en daarmee een groot aantal verzekerden aantrokken. Een andere misstand die het bestuur aan de orde stelde, was dat sommige geneeskundigen ervoor kozen gecompliceerde behandelingen zelf uit te voeren, terwijl zij daarvoor onvoldoende gekwalificeerd waren. Meermalen zou het zijn voorgekomen dat verzekerden verkeerd waren behandeld door een ingeschreven medicus. Ten slotte maakte het jaarverslag melding van veel te hoge declaraties door ingeschreven medici. Het bestuur kondigde aan de controle uit te breiden en streng tegen deze onoorbare praktijken op te treden.

Een reactie vanuit de medische stand kon niet uitblijven. In het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde veegde H. Burger de vloer aan met het bestuur van de Rijksverzekeringsbank. Burger stelde dat het niet de medici waren die verantwoordelijk waren voor de geconstateerde misbruiken. Veeleer moesten de oorzaken gezocht worden in de ondoelmatige wijze waarop bij wet en koninklijk besluit de geneeskundige behandeling was geregeld en de manier waarop deze vervolgens door de Rijksverzekeringsbank was geïmplementeerd. Volgens Burger liet de controle vanuit de Rijksverzekeringsbank ernstig te wensen over:

Het bestuur, dat zoo groote vrijmoedigheid toont in het uitbazuinen van de zwakheden en verzuimen van anderen, heeft reden genoeg, de hand in eigen boezem te steken, en de vraag te overwegen, of het zelf wel alles heeft gedaan, wat in zijn vermogen was, om de gewraakte misstanden uit den weg te ruimen.⁵⁰

Om een dreigend conflict te keren, besloot het bestuur van de Rijksverzekeringsbank in overleg te treden met het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Tijdens dat overleg bonden beide partijen in door afstand te nemen van de wederzijds geuite beschuldigingen. Bovendien maakten zij enkele constructieve afspraken. Zo zegde het hoofdbestuur toe dat de afdelingsraden van de NMG vermoedens van misbruik door medici, zoals het opvoeren van te hoge declaraties, zouden onderzoeken. Volgens de Rijksverzekeringsbank heeft deze afspraak in de praktijk preventief gewerkt.⁵¹

4.3 *Organisatie van de claimbeoordeling*

Kooperberg gaf de organisatie van de claimbeoordeling op een geheel andere manier vorm dan de organisatie van de medische behandeling. Terwijl hij de medische behandeling grotendeel overliet aan de medici, apothekers en medische instellingen, hield hij de organisatie van claimbeoordeling zoveel mogelijk in eigen hand. Met deze aanpak wilde Kooperberg twee vliegen in één klap te slaan. Enerzijds hoopte hij hiermee

50 NTVG, 1906 IA, 389-394.

51 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190.

recht te doen aan de door de NMG bepleite scheiding tussen behandeling en controle. Anderzijds zou de Rijksverzekeringsbank zo maximale greep kunnen houden op de toekenning en de verstrekking van uitkeringen.⁵²

De keuze van Kooperberg om de claimbeoordeling in eigen hand te houden had grote consequenties; niet alleen voor het personeel van de Rijksverzekeringsbank, maar met name ook voor hem zelf. Als medisch adviseur werd hij primair verantwoordelijk voor de medische claimbeoordeling. Dit hield in dat hij de ongevalaangiften uit medisch oogpunt moest beoordelen, de mate van arbeidsongeschiktheid moest vaststellen, en adviezen moest geven bij beroepszaken. Hoewel het bestuur van de Rijksverzekeringsbank formeel de ongevallenrentes toekeende, deed het dat uitsluitend op grond van een advies van de medisch adviseur.⁵³

Al snel was het duidelijk dat Kooperberg onmogelijk alle claims zelf kon beoordelen. Moest hij in 1903 nog 435 personen beoordelen, in 1904 steeg dit aantal naar ruim 1.100.⁵⁴ Op aandringen van Kooperberg besloot het bestuur dan ook tot een uitbreiding van de staf. Het bestuur stelde per 1 september 1903 zes controlerend geneeskundigen aan, die tezamen de medische buitendienst vormden. De controlerend geneeskundigen hadden tot taak om in een regio die zij toegewezen kregen (de zogenaamde dienstkringen) op eigen initiatief of in opdracht van de medisch adviseur onderzoeken uit te voeren, toezicht te houden op de uitkeringsgerechtigden, en over hun bevindingen te rapporteren.⁵⁵ Daarnaast trad in 1905 een administrateur in dienst bij de geneeskundige binnendienst, die tevens plaatsvervangend medisch adviseur werd. De administrateur, de arts J.F. Brust, kreeg een belangrijke taak in het verwerken van de ongevalaangiften.⁵⁶

De uitbreiding van de staf bleek een druppel op de gloeiende plaat. Met name de zes controlerend geneeskundigen waren niet in staat om al hun taken naar behoren uit te voeren. Veel tijd waren zij kwijt aan de onderzoeken naar het verband tussen het letsel en het ongeval. Ook de huisbezoeken van getroffen werknemers waren tijdrovend. Bovendien nam het werk van de controlerend geneeskundigen in de loop van de jaren snel toe door de stijging van het aantal aangiften van ongevallen (voor een statistische onderbouwing, zie bijlage). Het bestuur besloot dan ook in 1904 vier en in 1906 twee nieuwe controlerend geneeskundigen te benoemen. De in totaal twaalf controlerend geneeskundigen die er toen waren, moesten hun werk in 11 dienstkringen uitvoeren. Hun standplaatsen waren Amsterdam, Den Haag, Rotterdam (met twee controlerend geneeskundigen), Groningen, Zwolle, Arnhem, Utrecht, Leiden, 's-Hertogenbosch, Breda en Maastricht.⁵⁷

52 Dit kan geconcludeerd worden uit: Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', met name 91-92 en 107-108.

53 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 103; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 189.

54 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190-191.

55 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 105-106.

56 a.w., 103-104; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 189.

57 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 105-109; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190-191.

Zelfs na deze tweede uitbreiding kon de geneeskundige dienst van de Rijksverzekeringsbank nog niet al het werk aan. Regelmatig moest deze prioriteiten stellen, waardoor taken bleven liggen. Zo kwamen de controlerend geneeskundigen er in de beginjaren nauwelijks toe om de claims voor een tijdelijke uitkering persoonlijk te beoordelen. In de meeste gevallen gingen de controlerend geneeskundigen volledig af op de verklaring van de behandelend geneeskundige. Dit leidde er aanvankelijk toe dat de ingeschreven medici via een achterdeur betrokken raakten bij de claimbeoordeling, hetgeen indruiste tegen de nagestreefde scheiding tussen behandeling en controle. Om deze ongewenste praktijk tegen te gaan, stelde het bestuur in 1908 een assistent controlerend geneeskundige aan, die uitsluitend belast werd met de claimbeoordeling voor de tijdelijke uitkering in de dienstkring Rotterdam. Door geldgebrek zou het echter tot 1911 duren eer alle controlerend geneeskundigen over een dergelijke assistent beschikten.⁵⁸

De medisch adviseur en de controlerend geneeskundigen waren medici. Zij werden geacht voldoende kennis te hebben om het letsel te beoordelen dat door een ongeval was veroorzaakt. In de loop van de jaren zag de Rijksverzekeringsbank zich evenwel genoodzaakt om naast het letsel ook de arbeidsmogelijkheden nadrukkelijk bij de claimbeoordeling te betrekken. Aanleiding voor deze verandering waren uitspraken van de Centrale Raad van Beroep over artikel 70 van de Ongevallenwet.⁵⁹ In 1907 bepaalde de centrale raad in een uitspraak dat een herziening van de ongevallenrente niet alleen mogelijk was als het letsel van de getroffen veranderde, maar ook als er een wijziging plaatsvond in de mate van arbeidsongeschiktheid.⁶⁰ Nadien herhaalde hij deze uitspraak diverse keren.⁶¹

De Rijksverzekeringsbank zag zich door dit standpunt van de centrale raad gedwongen om de ongevallenrente te herzien van de degenen die door aanpassing arbeidsvaardigheden verwierven. Daarmee startte de eerste grote herbeoordelingoperatie uit de geschiedenis van de claimbeoordeling. Aanvankelijk richtten de medisch adviseur en de controlerend geneeskundigen zich vooral op de oogletsels, omdat daarvoor vrijwel altijd compensatie plaatsvond wegens gemis aan stereoscopisch zien. Zij konden in dergelijke gevallen na enige tijd zonder nader onderzoek de ongevallenrente herzien. Bij andere letsels was een aanpassing van de arbeidsmogelijkheden medisch echter veel minder gemakkelijk aan te tonen. Verbetering van de arbeidsmogelijkheden hoefde namelijk niet gepaard te gaan met medische veranderingen. Het bestuur kwam dan ook tot het inzicht dat het beoordelen van een mogelijke herziening van

58 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 107-108; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 191.

59 Artikel 70 bepaalde dat de ongevallenrente kon worden herzien als na de claimbeoordeling nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan.

60 Zie de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 22 oktober 1907, D 2010: "...dat onder de verandering van den toestand niet alleen te verstaan is een verandering in den staat van het letsel van den getroffene, maar dat die toestand moest geacht worden te zijn veranderd, indien vaststaat, dat de mate van ongeschiktheid tot werken, als bedoeld bij artikel 22 der Ongevallenwet, bij den getroffene op eenigerlei wijze wijziging heeft ondergaan."

61 Het ging onder andere om de uitspraken 2319, 2589, 2647 en 3049 van de Centrale Raad van Beroep.

de ongevalrenten niet alleen medische expertise vereiste, maar ook kennis van de verschillende soorten van arbeid.

Omdat de medisch adviseur en de controlerend geneeskundige onvoldoende 'arbeidsdeskundig' waren, besloot het bestuur in 1909 een nieuwe functie in het leven te roepen: die van speciale agent.⁶² De speciale agent moest beoordelen in hoeverre door aanpassing sprake was van een verbetering van de arbeidsmogelijkheden. Om deze taak te kunnen uitvoeren, kreeg hij de bevoegdheid om gegevens op te vragen over het werk, de werkomstandigheden en het loon bij de werkgever en de rentetrekker. Staleman was de eerste speciale agent.⁶³ Gezien het werk dat hij verrichtte, kan hij tevens worden beschouwd als de eerste arbeidsdeskundige in Nederland.

In eerste instantie begaven de controlerend geneeskundigen zich nog vaak op het werkterrein van de speciale agent. Regelmatig gebruikten controlerend geneeskundigen aanpassing als reden om tot een renteherziening te adviseren, zonder dat zij de speciale agent daarover raadpleegden. Pas onder de nieuwe medisch adviseur Van Eden, die Kooperberg in 1915 was opgevolgd, werd een meer strikte scheiding tussen de medische en de arbeidsdeskundige advisering doorgevoerd. Om deze scheiding tot stand te brengen breidde Van Eden het aantal speciale agenten uit naar vier personen.⁶⁴ Van Eden stelde een groot belang in het onderzoek naar aanpassing. Hij promoveerde in 1918 op een onderzoek naar aanpassing in verband met de ongevalverzekering.⁶⁵

4.4 *Het proces van claimbeoordeling*

De Rijksverzekeringsbank voerde de claimbeoordeling stapsgewijs uit. Een vaste volgorde van activiteiten maakte het proces van claimbeoordeling uit. Iedere activiteit vroeg om een specifieke inzet van behandelend geneeskundigen, controlerend geneeskundigen, speciale agenten en de medisch adviseur. De specifieke taken van deze uitvoerenden worden uiteengezet in het navolgende overzicht van het proces van claimbeoordeling zoals dit zich ontwikkelde in de periode 1901-1921.

Stap 1: Aangifte ongeval door werkgever.

De werkgever moest een ongeval van een werknemer binnen 24 uur aangeven bij de Rijksverzekeringsbank. Hiertoe vulde hij een aangifteformulier in dat op een postkantoor was af te halen. Op het aangifteformulier vermeldde de werkgever naast gegevens van de werknemer en het bedrijf, ook de naam en woonplaats van de genees-

⁶² Dat de controlerend geneeskundigen geen oriëntatie hadden op het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden, blijkt onder andere uit het handboek van Buning uit 1907. In dit boek besteedde deze controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank uitsluitend aandacht aan de beoordeling van lichamelijke letsels. Zie: Buning, *Ongeval en ziekte*.

⁶³ Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 192-193.

⁶⁴ De vierde speciale agent werd in 1916 aangesteld. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevalverzekering*, 127.

⁶⁵ Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevalverzekering*.

kundige die de eerste hulp had verleend. Vervolgens droeg hij het formulier over aan een behandelend geneeskundige voor het opstellen van een medische verklaring. Aanvankelijk werden de verklaringen van werkgever en behandelend geneesheer gecombineerd, later werden ze, wegens het beroepsgeheim, gescheiden.

Stap 2: Verklaring behandelend geneeskundige

De behandelend geneeskundige voegde op het aangifteformulier een verklaring toe over aard, ernst en prognose van het letsel. De behandelend geneeskundige schatte marginaal in of een tijdelijke uitkering was te verwachten. Vervolgens ondertekende hij de medische verklaring.

De werkgever moest het volledig ingevulde aangifteformulier inleveren bij het postkantoor in de buurt. Als de werkgever de aangifte niet of te laat inleverde, kon hij op grond van artikel 98 van de Ongevallenwet 1901 beboet worden.

In 1919 werd het aangifteformulier aanzienlijk uitgebreid. Het gedeelte dat door de werkgever moest worden ingevuld, werd nadrukkelijk gescheiden van het gedeelte waarin de behandelend geneeskundige zijn medische verklaring moest opschrijven. Met deze scheiding beoogde de Rijksverzekeringsbank de bezwaren van het beroepsgeheim te omzeilen.

Stap 3: Acceptatie aangifte

Als een controlerend geneeskundige de aangifte van het ongeval accepteerde, ontving de getroffene na drie wachtdagen een tijdelijke uitkering van zeventig procent van zijn dagloon gedurende maximaal 42 dagen. Ingaande acceptatie werd de getroffene tot een bepaalde datum behandeld door de geneeskundigen, apothekers, verbandmeesters en ziekenhuizen die in het register van de Rijksverzekeringsbank waren ingeschreven. Het doel van de medische behandeling was om de getroffene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Hiermee was de medische behandeling niet alleen gericht op lichamelijk herstel, maar ook op functioneel herstel (het weer kunnen werken). De behandelend geneeskundige deed wekelijks verslag aan de controlerend geneeskundige van de behandeling en de mogelijkheid tot functioneren.

Stap 4: Toezicht controlerend geneeskundige op de medische behandeling

De controlerend geneeskundige oefende (aanvankelijk pas na 42 dagen, later direct na het ongeval) toezicht uit op de behandeling van de ingeschreven geneeskundige. De controlerend geneeskundige kon specialistische en behandeling in het ziekenhuis voorschrijven op straffe van verlies van de tijdelijke uitkering en vergoeding van de behandeling. De cliënt kreeg de mogelijkheid om daartegen bezwaar aan te tekenen.

Stap 5: Proces-verbaal agent

Een agent van de Rijksverzekeringsbank inspecteerde ter plaatse de omstandigheden waaronder het ongeval had plaatsgevonden. Als de agent kon vaststellen dat

er een verband was tussen het ongeval en de uitoefening van het bedrijf stelde hij een proces-verbaal op. Aanvankelijk werd dit werk gedaan door iedereen die maar te vinden was (de veldwachter of de controlerend geneesheer). Maar al snel stelde de Rijksverzekeringsbank hier eigen mensen voor aan.

Stap 6: Advies controlerend geneeskundige

De controlerend geneeskundige onderzocht in hoeverre sprake was van een verband tussen het letsel en het ongeval. Op grond van een mogelijk proces verbaal door een agent en zijn eigen bevindingen stelde hij een advies op aan de medisch adviseur over de toekenning van een tijdelijke ongevallenrente. Hierbij maakte hij ook een inschatting van het percentage arbeidsongeschiktheid. In de praktijk kwam het inschatten van het percentage arbeidsongeschiktheid neer op een combinatie van het afwegen van de mate van bereikte werkhervatting, de medewerking en mogelijkheden van de werkgever en de aard en de ernst en de prognose van het letsel. Voor de definitieve rente, die op enig moment moest worden vastgesteld, golden dezelfde principes.

Stap 7: Beoordeling aanpassing

Deze stap ontstond op basis van jurisprudentie. Aanvankelijk was de ongevallenrente blijvend en onherroepelijk. Door uitspraken van de Centrale Raad van Beroep ging de Rijksverzekeringsbank er sinds 1909 toe over ongevallenrentes bij functioneel herstel te herzien. Een belangrijke rol bij de beoordeling van functioneel herstel van rentetrekking was weggelegd voor de speciale agent. Deze beoordeelde of er door aanpassing sprake was van functioneel herstel van de getroffene. In een advies aan de medisch adviseur gaf de speciale agent aan of er reden was om het percentage arbeidsongeschiktheid bij te stellen. Op grond van artikel 70 van de Ongevallenwet 1901 was het ook mogelijk de definitieve ongevallenrente te herzien als sprake was van aanpassing.

Stap 8: Controlevoorschriften en handhaving

Agenten en controlerend geneeskundigen 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. Werkgevers die niet of onvoldoende meewerkten konden worden beboet.

Stap 9: Advies medisch adviseur

De medisch adviseur adviseerde op grond van de adviezen van de controlerend geneeskundige en de speciale agent over de definitieve rente aan het bestuur van de Rijksverzekeringsbank. Desnoods kon hij nog een ander arts het geval laten beoordelen.

Stap 10: Vaststelling ongevallenrente

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank stelde de ongevallenrente vast.

Stap 11: 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 Praktijk van de claimbeoordeling

De Ongevallenwet 1901 en de verschillende regelingen die daaruit voortvloeiden verschaften slechts een globale instructie voor de claimbeoordeling. Zoals in paragraaf 2.3 is aangegeven was volgens de wet sprake van een ongeval als een gebeurtenis onvoorzien, plotseling en van buiten intrad, in verband stond met de uitoefening van het bedrijf, en gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid tot gevolg had. In de praktijk zagen de uitvoerders van de claimbeoordeling zich geregeld voor problemen en dilemma's geplaatst, die met de instructies uit de wet en regelgeving niet opgelost konden worden. Het was aan de uitvoerders van de claimbeoordeling en de rechtpraak om daarvoor bevredigende oplossingen te vinden.

Uit de veelheid aan beschrijvingen uit de beginjaren van de Ongevallenwet krijgen we een indruk van de dynamiek die bij de claimbeoordeling heeft gespeeld. Geneeskundigen en juristen van de Rijksverzekeringsbank voelden zich gemeenschappelijk verantwoordelijk voor een juiste uitvoering van de wet. Zij gingen dan ook al snel over tot het maken van beschouwingen over praktijkvoorbeelden van uitvoering. Zodra de jurisprudentie begon te ontstaan werd deze nauwkeurig gedocumenteerd en ter beschikking gesteld aan de uitvoerders. Men was zich zeer bewust van het belang van een eenduidige uitvoeringspraktijk, al was deze lastig te verwezenlijken omdat ieder individueel geval afzonderlijk werd beoordeeld.

Naast de jurisprudentie werden al snel in medische bladen, met name het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde en later ook het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde, meer medisch getinte gevalsbeschrijvingen gepubliceerd, waaruit goed valt op te maken hoe de jurisprudentie ontstond. Voordat een geval bij de Centrale Raad van Beroep aanhangig werd gemaakt hadden er veel dokters naar gekeken: de behandelend artsen, de controlerend geneesheer, de medisch adviseur, artsen op verzoek van de Raad van Beroep en op verzoek van de Rijksverzekeringsbank en tenslotte nog artsen op verzoek van de Centrale Raad van Beroep. In de loop van de procedures werd vaak een opklimmende hiërarchie van medici geraadpleegd: eerst een huisarts, vervolgens specialisten en ten slotte één of meer hoogleraren. Hoewel kwantitatieve gegevens over het aantal geraadpleegde medici niet bekend zijn, kan men zich, gezien het aantal ongevallen en beroepszaken en de beschreven procedure, moeilijk aan de indruk onttrekken dat zo ongeveer de hele medische beroepsgroep betrokken werd bij het ontwikkelen van de beoordelingen voor de Ongevallenwet.

In de loop van de jaren zijn in de wisselwerking tussen uitvoeringspraktijk en jurisprudentie richtlijnen ontstaan voor de claimbeoordeling. Deze waren veranderlijk, omdat zij voortdurend onderhevig waren aan politieke en maatschappelijke druk. In dit hoofdstuk geven wij aan de hand van enkele veel besproken onderwerpen een impressie van de uitvoeringspraktijk van de claimbeoordeling en de dynamiek waaraan deze onderhevig was. De onderwerpen die achtereenvolgens aan bod komen zijn: 1. het verband tussen het letsel en het ongeval, 2. de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid, 3. de medische behandeling en 4. de aanpassing van het arbeidsvermogen na een letsel. Daarnaast zullen wij op basis van casuïstiek nader ingaan op de claimbeoordeling van enkele ziektebeelden die relatief veel onderwerp zijn geweest van beroepszaken en discussies in medische kring (te weten eenogigheid, tuberculose en traumaneurose).

5.1 *Verband ongeval en letsel*

Het verband tussen ongeval en letsel was gedurende de periode 1901-1921 een veel besproken onderwerp in de rechtspraak en in publicaties over de claimbeoordeling.⁶⁶ De wetgever had weliswaar in de memorie van toelichting op de Ongevallenwet 1901 enkele aanwijzingen gegeven, maar deze gaven in de uitvoeringspraktijk weinig houvast. De medische dienst van de Rijksverzekeringsbank had dan ook zelf een aantal criteria opgesteld voor het beoordelen van een verband tussen ongeval en letsel.⁶⁷ In het navolgende geven wij aan de hand van jurisprudentie en casuïstiek een indruk van de wijze waarop deze criteria in praktijk werden toegepast.

Gebeurtenis of omstandigheid

Om te spreken van een verband tussen ongeval en letsel moest er sprake zijn van een gebeurtenis of een omstandigheid die inwerkte op het lichaam van de getroffene. De gebeurtenis of omstandigheid was hiermee de oorzaak van het letsel. Het begrip 'gebeurtenis' drukte een buitengewone handeling of beweging uit (een slag, stoot, val of overrijding). De term 'omstandigheid' werd gebruikt om een passieve situatie aan te duiden, zoals het onderworpen zijn aan schadelijke reukloze gassen of extreem lage of hoge temperaturen.⁶⁸ De omstandigheden waaronder moest worden gewerkt konden ook in algemene zin de weerstand van de werknemer aantasten met een uitbraak van een ziekte als gevolg.⁶⁹ Al deze situaties konden grond zijn voor het toekennen van een schadeloosstelling.

66 Zie bijvoorbeeld de handboeken van Mossel, *Beknopte handleiding bij de beoordeling van ongevalpatiënten en Buning, Ongeval en ziekte*. Met name het laatste handboek was geheel gewijd aan het verband tussen ongeval en letsel. Daarnaast kwam het onderwerp frequent aan de orde in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG)* en in het *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*.

67 Mossel, *Beknopte handleiding bij de beoordeling van ongevalpatiënten*. Zie ook Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 162.

68 Zie Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 162-163.

69 Dit werd nadrukkelijk gesteld door de Centrale Raad van Beroep op 23 maart 1904 inzake het beroep van J.W. Polder. Zie *NTVG* 1909 II, 360-361.

Plotselinge inwerking op het lichaam

De inwerking op het lichaam moest plotseling plaatsvinden. In de memorie van toelichting van de Ongevallenwet 1901 had de wetgever al impliciet aangegeven dat beroepsziektes geen ongeval waren in de zin van de wet, omdat die het gevolg waren van een langzame voor de gezondheid nadelige uitoefening van het bedrijf (zoals bij voorbeeld in het geval van chronische vergiftigingen in loodwitfabrieken). Daarnaast werden sluimerende ziektes die door de beoefening van het bedrijf werden bevorderd niet als een ongeval beschouwd. Vlamde een sluimerende ziekte echter door een plotselinge gebeurtenis in alle hevigheid op, dan was weer wel sprake van een ongeval.⁷⁰

Nu rees al snel de vraag wat wel en wat niet als 'plotseling' moest worden beschouwd. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank probeerde in 1907 hierover duidelijkheid te verschaffen. Volgens het bestuur van de Rijksverzekeringsbank hoefde het begrip 'plotseling' niet per se een bepaald tijdstip te zijn. Het kon namelijk ook gebeuren dat een ongeval in een betrekkelijk kort maar aantoonbaar tijdsverloop tot een letsel met acute verschijnselen voerde.⁷¹ De controlerend geneeskundige C.H. van Herwerden illustreerde deze verduidelijking van het begrip 'plotseling' met het volgende geval. Een gasfitter was bij het aansluiten van een gasleiding door het gas bedwelmd. Hij was om 11:15 uur met het werk begonnen en had tot 12:00 uur zonder hinder doorgewerkt. Om 13.30 uur zette hij het werk voort, totdat hij om 17:00 uur bedwelmd op de grond viel. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besloot dat in dit geval sprake was van een ongeval in de zin van de Ongevallenwet, omdat in een relatief kort tijdsverloop acute verschijnselen waren opgetreden.⁷²

Inwerking op het lichaam van buitenaf

De inwerking moest van buiten het lichaam van de getroffene komen. Dit criterium impliceerde dat alle ziektes en handicaps direct in verband moesten staan met het uitoefenen van het bedrijf, wilde er van een verband tussen ongeval en letsel sprake zijn. De Ongevallenwet 1901 verzekerde dan ook geen aangeboren afwijkingen. De van buiten komende inwerking op het lichaam hoefde niet per se concreet waarneembaar te zijn. Zo kon een inwerking van psychische aard (bijvoorbeeld schrik) als een ongeval worden beoordeeld. Illustratief daarvoor was de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 14 april 1908 in de zaak van C. Timmers. Deze werknemer was in de duisternis met collega's bezig geweest een ijzeren goot te versjouwen over een terrein waar spoorrails lagen. Onder het lopen viel hij plotsklaps dood neer. De sectie leverde geen anatomische oorzaak op voor het overlijden. Gesteld werd dat de werknemer vatbaar was geweest voor shock. Volgens de centrale raad was hier van een ongeval sprake omdat een gebeurtenis tijdens het werk dusdanig op de psyche van de getroffene had

70 Heijermans, Kooperberg, 'Bedrijfsongevallen en beroepsziekten', 756.

71 Jaarverslag Rijksverzekeringsbank over 1907. Zie ook Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 137-138.

72 Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Verband tusschen letsel en ongeval', 433-434.

ingewerkt, dat deze aanleiding had gegeven voor de shock. Het deed er voor de raad niet toe, dat de werknemer extra vatbaar voor shock was geweest.⁷³

Tegen de wil van de getroffene

De inwerking op het lichaam moest tegen de wil van de getroffene plaatsvinden. De Ongevallenwet bepaalde immers in artikel 28 dat het opzettelijk veroorzaken van een ongeval geen recht gaf op schadeloosstelling. Nu bleek het in de praktijk vaak lastig te zijn om aan te tonen dat een ongeval tegen de wil van de getroffene had plaatsgevonden. In veel gevallen waren er geen onafhankelijke getuigen ter plaatse en vanzelfsprekend konden de beoordelaars de gedachten van de getroffene niet lezen.

Om toch vast te kunnen stellen dat een ongeval tegen de wil van een getroffene had plaatsgevonden, probeerden de beoordelaars alle handelingen van de getroffene voor en tijdens het ongeval in kaart te brengen. Het ging dan niet alleen om de handelingen tijdens het werk, maar ook om de voorbereidingen op het werk (zoals het zich kleden). Vervolgens stelden de beoordelaars de vraag of de getroffene er alles aan had gedaan om het ongeval te voorkomen. Als zij constateerden dat een getroffene onvoldoende preventief of corrigerend had opgetreden, kon de Rijksverzekeringsbank besluiten om geen schadeloosstelling uit te keren. Een voorbeeld daarvan was een werknemer die te krappe schoenen droeg tijdens het werk en daardoor een infectie aan zijn kuit opliep.⁷⁴ Hij kwam niet in aanmerking voor schadeloosstelling, omdat de oorzaak van het letsel niet zozeer betrekking had gehad op het werk, maar op een bewuste handeling door de getroffene zelf (namelijk het aandoen en vervolgens dragen van te krappe schoenen). De Rijksverzekeringsbank en de Centrale Raad van Beroep oordeelden dat de getroffene zelf het letsel had kunnen voorkomen, als hij schoenen had aangetrokken die hem wel goed pasten.

Drie typen van bewijsvoering

Voor het aantonen van het verband tussen ongeval en letsel maakten de claimbeoordelaars in de praktijk onderscheid tussen drie typen van bewijsvoering: de chronologische, de epidemiologische en de fysiologische.⁷⁵

Bij de chronologische bewijsvoering werd het verband aangenomen door de verschillende activiteiten en handelingen voor, tijdens en na het ongeval in kaart te brengen. Idealiter moesten ooggetuigen de chronologische bewijsvoering bevestigen. Was dit niet mogelijk dan diende de verklaring van de getroffene te worden getoetst aan de constatering van de medicus die de eerste hulp c.q. de eerste medische behandeling had verleend. In dit laatste geval kon de beoordelaar een mogelijk waarschijnlijk verband tussen ongeval en letsel vaststellen. In essentie was de redenering: erna, dus erdoor.

73 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 8 mei 1909', 361-362.

74 Zie Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 165-166.

75 a.w., 168-169.

Onderstaand geval uit 1909 is een treffend voorbeeld van zo'n mogelijk waarschijnlijk verband.⁷⁶ Een schildersknecht was een kaastobbe aan het plamuren. Nadat de bodem gereed was, probeerde hij samen met zijn baas de tobbe om te draaien en vervolgens op schragen te plaatsen. Opeens stortte hij neer en kon daarna niet meer opstaan. De behandelend geneeskundige constateerde een breuk in de knieschijf. De schilder kon niet aangeven wat de oorzaak van de val was. Wel wist hij met zekerheid te zeggen dat hij de knie niet had gestoten bij het omdraaien van de tobbe en deze ook tevoren niet had bezeerd. De val was hier niet de oorzaak, maar het gevolg van het letsel.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank oordeelde tegen het advies van de medisch adviseur in dat in dit geval geen sprake was van een ongeval in de zin van de Ongevallenwet 1901. Volgens het bestuur kon namelijk niet bewezen worden dat het letsel tijdens het uitoefenen van het bedrijf was ontstaan. De Centrale Raad van Beroep dacht daar echter anders over.⁷⁷ Deze stelde op grond van de verklaring van de behandelend geneeskundige een mogelijk waarschijnlijk verband tussen ongeval en letsel vast. Volgens de raad was uit niets gebleken dat er voor de gebeurtenis iets aan de knie had gemankeerd. Hierdoor kon aannemelijk worden gemaakt dat de knieschijf was gebroken als gevolg van de inspanning die nodig was om de tobbe op te tillen en om te draaien.

Bij de epidemiologische bewijsvoering werd een veel waargenomen relatie als oorzaak aangenomen. De beoordelaar toetste dan bijvoorbeeld op grond van medische inzichten over een bepaalde letsel in hoeverre de verklaring van getuigen en verzekerde steekhoudend waren. Daarnaast kon de beoordelaar een gebeurtenis reconstrueren door een veelgenomen relatie als oorzaak aan te nemen. Een voorbeeld van een overwegend epidemiologische bewijsvoering wordt in paragraaf 5.6 van dit hoofdstuk gepresenteerd, wanneer het afhandelen van claims in verband met bovine tuberculose aan de orde komt.

Het medische ideaal was de fysiologische bewijsvoering. Bij de fysiologische bewijsvoering ging het erom vast te stellen dat een invloed van het soort x een letsel tot gevolg had van het soort y. Hierbij werd de gebeurtenis op de werkvloer gerelateerd aan het geconstateerde letsel door een medische en individueel verklarende redenering. Dit vergde veel observaties en veel medische inzichten die er, zeker in het begin, lang niet altijd waren. Een beoordelaar woog dan bijvoorbeeld af of een bepaald gas dat volgens de verklaringen van getuigen op de werkvloer aanwezig zou zijn, een flauwte binnen het aangegeven tijdsverloop kon veroorzaken. Medisch moest dan vast staan welke dosering binnen welk tijdbestek tot welke verschijnselen kon leiden.

In de praktijk van de gevalsbeschrijvingen zien we dat de drie vormen van bewijsvoering door elkaar heen werden gebruikt. Voor het epidemiologische en het fysiologische bewijs werd uitgebreid en kritisch geciteerd uit de nog schaarse literatuur.

76 Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Indirecte breuk van de knieschijf', 1087.

77 Uitspraak Centrale Raad van Beroep, D. no 3446 d.d. 23 juli 1909.

Ondanks het feit dat de beoordelingscriteria en de bewijsvoering min of meer vaststonden, pasten de beoordelaars deze per geval anders toe. Zelfs bij gevallen die op het eerste gezicht overeenkomstig waren, legden de beoordelaars steeds weer andere accenten. Onderstaande beschrijving van drie beroepszaken over bevroering van ledematen geeft een indruk van de diverse toepassing in de praktijk.

Op 23 juli 1909 deed de Centrale Raad van Beroep uitspraken in drie beroepszaken over bevroering van ledematen. De eerste uitspraak betrof een dakdekker die zijn linkerhand had uitgestrekt over het dak om opwaaien van asfaltpapier te voorkomen. Binnen ongeveer zes minuten waren drie vingertoppen van zijn linkerhand bevroren. De raad oordeelde dat dit een ongeval was, omdat de bevroering in korte tijd tegen zijn wil was ontstaan.

De tweede uitspraak ging over een steenbakker die tussen 7:30 en 9:00 uur enkele vingers had bevroren tijdens het kruien van bakstenen. De raad oordeelde dat er in deze zaak onvoldoende redenen waren om de gebeurtenis aan te merken als een ongeval, omdat de omstandigheden geen aanleiding gaven voor bevroering. Hij betwijfelde of de bevroering door het kruien was ontstaan, omdat de stenen tijdens het kruien nog warm waren. Bovendien had de medicus de bevroering pas in een latere instantie opgemerkt.

De derde uitspraak had betrekking op een timmermansleerling die gedurende de gehele werkdag had geholpen bij het bekappen van een paardenstal. De leerling had wollen handschoenen gedragen waarvan de vingertoppen open waren. Pas 's avonds begon de top van zijn linkerwijsvinger te tintelen. Een week later was de vinger dermate pijnlijk gaan tintelen, dat hij besloot zijn huisarts te raadplegen. Deze constateerde bevroering. De centrale raad oordeelde dat er onvoldoende grond was om van een ongeval te spreken, omdat betwijfeld kon worden of de bevroering gedurende het uitoefenen van het bedrijf had plaatsgevonden.

Deze drie uitspraken laten zien dat het nogal uitmaakte, of het tijdsverloop enkele minuten of enkele uren was. Hoe langer het duurde, hoe kleiner de kans was dat de Centrale Raad van Beroep een letsel als een ongeval beoordeelde.⁷⁸ Volgens de raad werd het moeilijker om een verband tussen het ongeval en letsel aan te tonen naarmate het tijdsverloop tussen het ongeval en het letsel langer was. De kans dat het letsel buiten het bedrijf was veroorzaakt nam bij een langer tijdsverloop toe. Bovendien ging de centrale raad ervan uit dat de getroffene bij een langer tijdsverloop beter in staat was zelf corrigerend op te treden door bijvoorbeeld zich op te warmen of dikkere handschoenen aan te trekken. Letsels die door een welbewuste en vrije handeling van de getroffene waren ontstaan, werden immers niet als een ongeval beschouwd.

⁷⁸ Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Bevroering', 899-900. Zie hierover ook Heijermans, Kooperberg, 'Bedrijfsongevallen en beroepsziekten', 764-765.

Het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid, uit te drukken in een percentage, werd beschouwd als één van de lastigste onderdelen van de claimbeoordeling. Het is om die reden des te opmerkelijker dat over dit onderwerp relatief weinig werd geschreven. De claimbeoordelaars streefden ernaar een zo groot mogelijke werkhervatting te bereiken. Dat hing niet alleen af van de gezondheidstoestand van de getroffene, maar evenzeer van zijn motivatie, zijn capaciteiten en van de mogelijkheden en bereidheid van zijn werkgever. Het was met name de medisch adviseur Van Eden die in het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde aandacht besteedde aan het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid. Aan de hand van zijn analyses gaan wij nader in op drie essentiële aspecten van het schatten: het arbitraire karakter, de gebrekkige methodiek en de problematiek van de zogenaamde kleine renten.

Arbitrair

Volgens Van Eden was het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid in hoge mate arbitrair omdat de persoonlijke indruk van de beoordelaar relatief zwaar woog. De beoordelaar moest elk geval op zichzelf beoordelen aan de hand van uiteenlopende gegevens en kon daarbij nauwelijks terugvallen op vastgestelde regels, formules of standaarden. Wel kon hij refereren aan eerdere besluiten van de Rijksverzekeringsbank en aan de jurisprudentie. Zo had de Centrale Raad van Beroep ervoor gekozen de percentages arbeidsongeschiktheid altijd in getallen uit te drukken die deelbaar waren door 5. Een nauwkeurigere schatting in procenten of zelfs in gedeelten van procenten kon volgens de centrale raad niet aannemelijk worden gemaakt. Bovendien kon de beoordelaar gebruik maken van tabellen waarin op grond van de meest actuele besluiten en uitspraken indicaties voor het percentage arbeidsongeschiktheid stonden vermeld. Voor de meeste gevallen waren de indicaties betrekkelijk algemeen, waardoor de tabellen slechts als richtsnoer voor de schatting dienden. Alleen de indicaties die voor oogletsels waren opgesteld werden in de praktijk van de claimbeoordeling vrij precies nagevolgd (we komen daar nog uitgebreid op terug).⁷⁹

Gezien het arbitraire karakter van het schatten, was het volgens Van Eden van groot belang dat de beoordelaar als persoon overtuigde. Dat kon hij doen door in de eerste plaats expertise te tonen van zowel het menselijk lichaam als van de specifieke eisen die aan het verrichten van arbeid werden gesteld. Maar omdat de stand van de wetenschap volgens Van Eden onvoldoende was ontwikkeld, diende de beoordelaar bovenal gezag uit te stralen.⁸⁰

Methode

Er waren volgens Van Eden grofweg twee manieren om het percentage arbeidsongeschiktheid te schatten. Enerzijds kon de beoordelaar nagaan welk gedeelte van de

⁷⁹ Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 60-61.

⁸⁰ Van Eden, 'Het geneeskundig betoog', 198..

arbeidsgeschiktheid door het ongeval verloren was gegaan. Anderzijds kon hij bepalen welk percentage van de oorspronkelijke arbeidsgeschiktheid na het ongeval nog aanwezig was. Beide manieren droegen risico's in zich.

In de eerste plaats moest conform artikel 22 van de Ongevallenwet 1901 worden vastgesteld over welke bekwaamheden de getroffen beschikte.⁸¹ Gedurende de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet hadden de bekwaamheden slechts betrekking op het soortgelijke werk van vóór het ongeval. Deze konden betrekkelijk gemakkelijk worden vastgesteld. Door uitspraken van de Centrale Raad van Beroep daarentegen werd het begrip 'arbeidsgeschiktheid' in 1907 verbreed tot alle vormen van arbeid die getroffen nog in staat was te verrichten, waardoor in principe alle mogelijk aanwezige bekwaamheden in kaart moesten worden gebracht. De vraag was hoe ver men daarin kon gaan. Telde in het geval van een slagersknecht die goed kon zingen, ook diens zangtalent als bekwaamheid mee? In dat geval dreigde het gevaar dat de beoordelaar bij het schatten van de verloren of overgebleven arbeidsgeschiktheid met zoveel bekwaamheden rekening moest houden dat hij het overzicht kwijt raakte.

In de tweede plaats leverde het begrip 'arbeidsongeschiktheid' problemen op, omdat dit in de loop van de tijd en per soort werk sterk kon variëren. De particuliere verzekeringsmaatschappijen hadden het zich gemakkelijk gemaakt door uniforme percentages arbeidsongeschiktheid vast te stellen (honderd procent bij het gemis van twee benen, armen of ogen; vijftig procent bij het gemis van één been, arm of oog). Deze benadering hield echter geen rekening met de verschillende soorten werk, noch met veranderingen in de loop van de tijd. Had het verliezen van het bovenste kootje van de linkerpink voor de meeste arbeiders geen praktische betekenis; voor een violist zou dit letsel een groot percentage arbeidsongeschiktheid teweegbrengen. Volgens Van Eden was het mogelijk dat een beoordelaar door ervaring en oefening een praktisch bruikbare methode vond. Maar zo'n methode zou steeds het gevaar van grote subjectieve fouten opleveren, zo vreesde hij.⁸²

Van de twee manieren van schatten was de tweede manier (het bepalen van de overgebleven arbeidsgeschiktheid na het ongeval) in het algemeen het veiligst, omdat deze een veel globalere schatting opleverde. Daarmee had deze manier volgens Van Eden ook nadelen. De schatting van de aanwezige arbeidsgeschiktheid werd namelijk moeilijker naarmate deze groter was. Het was veel gemakkelijker om te bepalen dat door een ongeval bijvoorbeeld tien procent van de geschiktheid verloren was gegaan (de eerste manier) dan dat bijvoorbeeld negentig procent van de vroegere geschiktheid nog aanwezig was (de tweede manier). In de praktijk was de tweede manier alleen bruikbaar als de beoordelaar de schatting niet al te zeer wilde verfijnen. Of zoals Van Eden het omschreef:

⁸¹ Artikel 22 bepaalde immers dat een werknemer arbeidsongeschikt was "...indien hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden".

⁸² Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 61-62.

Men heeft dan den blik op het geheele bos gericht, waarbij het verlies van een enkelen boom niet of ter nauwernood opgemerkt wordt.⁸³

Kleine renten

De kleine renten hadden betrekking op de toekenning van ongevallenrentes voor betrekkelijk lage percentages arbeidsongeschiktheid (van vijf tot twintig procent). Over de kleine renten bestond veel onduidelijkheid omdat de Ongevallenwet 1901 geen bepaling over minimum percentages arbeidsongeschiktheid bevatte. Minister Lely had destijds bewust voor deze leemte gekozen. Volgens hem zou in de praktijk van de uitvoering vanzelf de opvatting ontstaan dat kleine verwondingen niet als ongevallen in de geest van de wet beschouwd moesten worden. De Rijksverzekeringsbank was vervolgens de regel gaan hanteren dat tot een arbeidsongeschiktheid van vijf procent geen ongevallenrente werd toegekend.⁸⁴

Al kort na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet groeide de kritiek op het toekennen van rentes voor lage percentages arbeidsongeschiktheid. Aanleiding daarvoor was de sterke stijging van het percentage kleine rentes op het totaal aantal toegekende ongevallenrentes in de jaren 1903-1910 (een toename van twaalf naar 22 procent).⁸⁵ Deze stijging was te danken aan de Centrale Raad van Beroep, die kleine rentes beschouwde als een vergoeding voor klein leed. Aanvankelijk had het bestuur van de Rijksverzekeringsbank nog op het standpunt gestaan dat bepaalde kleine letsels geen arbeidsongeschiktheid tot gevolg hadden en daarmee ook geen grond konden zijn voor een ongevallenrente.⁸⁶ Maar de Centrale Raad van Beroep had een aantal van deze besluiten vernietigd, waarna het bestuur meer kleine renten was gaan toekennen.⁸⁷

Het liberale tweede kamerlid J.A. van Hamel wierp zich op als een belangrijke vertolker van de kritiek op de kleine renten.⁸⁸ Volgens hem was de wetgever er bij het ontwerpen van de Ongevallenwet vanuit gegaan dat alle verzekerden over een reservekracht beschikten. Door het aanspreken van reservekracht zou de werknemer een kleine afname van de arbeidsgeschiktheid kunnen compenseren. De achterliggende gedachte daarbij was dat een werknemer bij het verrichten van het gewone werk slechts een gedeelte van zijn krachten aanwendde. Alle functies van de bewegingsorganen konden namelijk gedeeltelijk door andere dan de gebruikelijke lichaamsdelen worden overgenomen. De meeste vaardigheden van de werknemer waren sluimerend

83 a.w., 62.

84 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 194.

85 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 58-60.

86 Voorbeelden van kleine letsels waarvoor de Rijksverzekeringsbank aanvankelijk geen rente toekende was het verlies van een (deel van een) vinger of een geringe functiebeperking aan het onderste of bovenste deel van een ledemaat.

87 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 379-380.

88 Van Hamel zou zich hebben gebaseerd op een lezing die de heilkundige W.J. van Stockum reeds in 1908 had gehouden op een vergadering van de Vereniging voor Heelkunde. Zie: Korteweg, 'De invloed van de Ongevallenwet op de genezing van traumatische beledigingen', 1664-1665; Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 65-65; Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 12-13.

aanwezig en konden na enige oefening geactiveerd worden.⁸⁹

Van Hamel stond op het standpunt dat het niet de bedoeling van de wetgever was om de reservekracht van werknemers te verzekeren. Om die reden vergoedde de Ongevallenwet 1901 slechts een gedeelte van de schade als gevolg van een ongeval. De uitkering of rente bedroeg immers geen honderd, maar zeventig procent van het loon voor het gedeelte dat de getroffene arbeidsongeschikt was. Van Hamel wees erop dat de meeste trekkers van een kleine rente goed in staat waren om werkzaamheden te verrichten. Om die reden moest hen eigenlijk het recht op een rente worden onthouden. Hij pleitte dan ook voor een zodanige wijziging van de Ongevallenwet dat bij vijf tot twintig procent arbeidsongeschiktheid geen ongevallenrente meer kon worden uitgekeerd.⁹⁰

Van Eden en de controlerend geneeskundige Mossel verzetten zich in het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde tegen een degelijke wetswijziging. Met name Mossel vond het onjuist om bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 te speculeren op het bestaan van een reservekracht bij de getroffene. De reservekracht behoorde aan de individuele verzekerde toe; het collectief mocht daar via de Ongevallenwet geen profijt uit trekken.⁹¹

In plaats van het afschaffen van de kleine renten gaven Van Eden en Mossel de voorkeur aan het vergroten van de bewegingsruimte van de uitvoering. Alleen de medewerkers van de Rijksverzekeringsbank waren in staat om de toekenning van kleine renten te beperken 'op gronden welke hen door ervaring en rechtvaardigheidsgevoel zijn duidelijk geworden'.⁹² Belangrijke overweging daarbij diende te zijn dat de werknemer door het ongeval daadwerkelijk minder kon produceren en daarmee ook minder verdiende. Van Eden voerde als voorbeeld een sigarenmaker op, die als gevolg van een gering letsel aan zijn hand binnen een bepaald tijdsbestek 90 sigaren kon maken, terwijl deze persoon vroeger in dezelfde tijd nog 100 sigaren kon produceren. Daar de sigarenmaker per aangeleverde sigaar betaald kreeg, was zijn inkomen met tien procent gedaald. Volgens Van Eden had deze sigarenmaker recht op een rente van zeven procent van zijn dagloon omdat een vermindering van de arbeidsgeschiktheid geconstateerd kon worden. Hij voegde daaraan toe dat een hogere rente gerechtvaardigd zou zijn als verwacht kon worden dat het letsel in de loop van de tijd groter werd.⁹³ In de gevallen dat een kleine vermindering van de arbeidsgeschiktheid niet kon worden geconstateerd, zou het toekennen van een kleine rente volgens Van Eden al snel neerkomen op een vorm van smartengeld, hetgeen indruiste tegen de bedoeling van de wet.⁹⁴

Mossel kwam ten slotte nog met het voorstel om de uitkeringsperiode van de kleine renten te begrenzen. Volgens hem bleek uit ervaring dat trekkers van kleine renten

89 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 65.

90 a.w., 66.

91 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 380-381.

92 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 66.

93 Zie hierover ook Van Eden, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval'.

94 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 66-69.

door aanpassing in de loop van de tijd weer volledig arbeidsgeschikt werden. Mossel stelde voor de lengte van de uitkeringsperiode af te stemmen op het percentage van de rente. Zo zou een rente van tien procent toegekend kunnen worden voor een jaar, een rente van vijftien procent voor twee jaar en een rente van twintig procent voor drie jaar. Beëindiging van de rente zou na het verstrijken van de uitkeringsperiode mogelijk zijn, zonder dat de Rijksverzekeringsbank een onderzoek had verricht naar aanpassing.⁹⁵ Het voorstel van Mossel is nimmer in praktijk gebracht, waarschijnlijk omdat het een wetswijziging had vereist. Het bestuur en de leidinggevenden van de Rijksverzekeringsbank zaten niet op wetswijzigingen te wachten uit vrees voor inperking van de vrijheid van de uitvoerders.

5.3 *Medische behandeling*

De medische behandeling en de claimbeoordeling werden organisatorisch zoveel mogelijk van elkaar gescheiden. Niettemin stonden deze twee onderdelen in de praktijk van de uitvoering in nauwe relatie tot elkaar. Zo had de behandelend geneeskundige een belangrijke taak om informatie te verstrekken ten behoeve van de claimbeoordeling van de tijdelijke uitkering. Bovendien had de medische behandeling een belangrijke functie in het beperken van het aantal rentetrekkers. Het primaire doel van de medische behandeling was immers om de getroffenene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Naast lichamelijk herstel was de behandeling nadrukkelijk gericht op functioneel herstel (het weer kunnen werken).

De functie die de medische behandeling had bij de reïntegratie van getroffenenen was in de jaren 1914-1918 onderwerp van uitvoerige en felle debatten. Centrale persoon in deze debatten was de Leidse hoogleraar heelkunde J.A. Korteweg. Door middel van een stroom aan artikelen en commentaren wierp Korteweg zich op als de grote tegenspeler van de Rijksverzekeringsbank. Met name de medische uitvoering van de Ongevallenwet vond in zijn ogen geen genade.

Korteweg begon zijn polemieek met de constatering dat de genezingsduur van letsels sinds de inwerkingtreding van de Ongevallenwet sterk was toegenomen. Zo zou de genezingsduur van een schouderontwrichting van enkele weken tot een aantal maanden zijn opgelopen, en de genezingsduur van een onderbeenbreuk zelfs van twee maanden naar twee jaar. Volgens Korteweg zette de Ongevallenwet de uitkerings- en rentetrekkers aan tot langdurige inactiviteit en ontnam zij de werkgevers de prikkel om de getroffen werknemers weer in hun bedrijf te werk te stellen. Korteweg wees erop dat functionele genezing alleen door het verrichten van arbeid verkregen kon worden. Als de stukken van het gebroken onderbeen grof anatomisch waren samengegroeid, was in het begin rust geboden. Maar na enkele weken waren al voorzichtige bewegingen geboden, en na een achttal weken konden beweging en arbeid niet meer

95 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 384-385.

schaden. Hoe krachtiger de arbeid tot onafgebroken beweging dwong, des te sneller kon volledige functioneel herstel worden afgedwongen. Spoedige hervatting van de vroegere arbeid was naar zijn mening dan ook te verkiezen boven allerlei arbeidsgerichte therapieën zoals 'zanderen', oefenen en schijnarbeid in speciale arbeidstherapeutische instituten.⁹⁶

Een snelle hervatting van het vroegere werk diende dan ook volgens Korteweg centraal te staan in de uitvoering van de Ongevallenwet. Juist op dit onderdeel liet de Rijksverzekeringsbank steken vallen. Voor een succesvolle terugkeer naar arbeid was de inzet van de werknemer en diens werkgever een vereiste. De werknemer moest bereid zijn het oude werk snel te hervatten, terwijl de werkgever bereid moest zijn de getroffen werknemer gepast werk aan te bieden in zijn bedrijf. In de praktijk dreef de Rijksverzekeringsbank werknemer en werkgever echter uit elkaar. De werknemer zag de uitkering of rente als aanleiding om werkhervatting uit de weg te gaan. Waarom zou hij moeite doen als een gedeelte van zijn inkomen door de Rijksverzekeringsbank werd vergoed? De werkgever redeneerde maar al te vaak dat het betalen van de lasten van de wettelijke ongevallenverzekering hem ontsloeg van de plicht om werk voor de getroffen werknemer te regelen. De arbeidsongeschikte werknemer zou te zeer een sta-in-de-weg zijn. Het kostte te veel moeite en tijd om hem weer een volwaardige plaats in het bedrijf te geven.⁹⁷

Volgens Korteweg waren de eigen risico dragers veel beter dan de Rijksverzekeringsbank in staat om een snelle werkhervatting van getroffen werknemers te organiseren. De eigen risico dragers hadden er namelijk alle belang bij dat de getroffen werknemer zo snel mogelijk weer aan de slag ging. Een zeer belangrijke rol was daarbij weggelegd voor de fabrieksarts. In een studie naar de ongevallenpercentages van de scheepswerven de Schelde te Vlissingen en Fijenoord te Rotterdam probeerde Korteweg aan te tonen dat de aanstelling van een fabrieksarts bij deze bedrijven in sterke mate had bijgedragen aan een daling van het aantal ongevallenaangiften.⁹⁸ Fabrieksartsen waren door hun permanente aanwezigheid in staat deskundige eerste hulp te verlenen, waardoor zij verwaarlozing van relatief kleine letsels als open wonden, brandwonden, infecties, ontwrichtingen en verstuingen konden voorkomen. Naast deze medische functie had de fabrieksarts ook een belangrijke psychologische en opvoedkundige betekenis. Hij kon de getroffene mentale steun geven om over de ergste schrik heen te komen en hem ervan overtuigen dat de voortzetting van het werk geen lichamelijke schade teweeg zou brengen. Ook leerde de fabrieksarts de werknemers kleine lichamelijke ongemakken gewillig te doorstaan. Door zulk een grotere flinkheid kunnen

96 Korteweg, 'Arbeidsverschaffing aan door een ongeval getroffen', 543-548. Zanderen was een fysiotherapeutische behandeling van letsels aan het bewegingsapparaat, die tussen 1900 en 1936 in speciale zanderinstituten werd uitgevoerd.

97 Korteweg, 'Arbeidsverschaffing aan door een ongeval getroffen', 544-546.

98 Korteweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 597-614. Zie ook Korteweg, 'Het lastenpercentage der Ongevallenwet', 1380; Korteweg, 'De ongevallen-percentages van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage', 301-317.

vele nadeelen waarmede de Ongevallenwet de werkmanstand tot op heden bedreigt, worden voorkomen, aldus Kortweg.⁹⁹

Teneinde zijn woorden in daden om te zetten, stuurde Kortweg in mei 1914 een adres aan de Minister van Landbouw, Handel en Nijverheid waarin hij deze 'een duidelijke vingerwijzing' gaf om de nadelen van de Ongevallenwet 1901 uit te bannen.¹⁰⁰ Kortweg stelde drie verbeteringen voor:

1. bevorderen dat werkgevers zelf het risico van de Ongevallenwet gingen dragen.
2. bevorderen van werkverschaffing als geneesmiddel.
3. verhoging van het gezag van de geneeskundige.

De ene verbetering zou uit de andere volgen. Als werkgevers zelf het risico zouden dragen, hadden zij er alle belang bij dat getroffen werknemers zo snel mogelijk weer het werk zouden hervatten. Dit was alleen mogelijk als deskundige medici en vooral fabrieksartsen de leiding kregen over de medische behandeling. De rol van de Rijksverzekeringsbank zou hiermee tot de claimbeoordeling beperkt worden.

Nu ook de minister bij de zaak betrokken werd kon een reactie vanuit de Rijksverzekeringsbank niet uitblijven. In het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* weerlegde Kooperberg de kritiek van Kortweg.¹⁰¹ Volgens Kooperberg maakte Kortweg zich schuldig aan generalisaties en een foutief gebruik van statistische gegevens. In de eerste plaats kon Kortweg niet hard maken dat de genezingsduur van alle letsels door de Ongevallenwet langer waren geworden. Zelfs zijn bewering dat de genezingsduur van schouderontwrichtingen en onderbeenbreuken exponentieel was toegenomen, raakte volgens Kooperberg kant noch wal. Goede statistiek van vóór de Ongevallenwet ontbrak bijvoorbeeld en het maakte voor de genezingsduur nogal uit in welke mate een schouderontwrichting of een beenbreuk gecompliceerd was. Kooperberg was het wel met Kortweg eens dat werkhervatting vaak het beste geneesmiddel was. Maar juist op dit terrein boekte de Rijksverzekeringsbank goede resultaten. De controlerende geneeskundigen wisten steeds vaker werkgevers over te halen om mee te werken aan een spoedige werkhervatting van getroffen werknemers. Wel plaatste hij de kanttekening dat de werkhervatting in het vroegere bedrijf niet altijd raadzaam was. In een mijn en op een bouwplaats bijvoorbeeld kon een nog niet volledig herstelde werknemer een groot ongevallenrisico voor zichzelf en voor anderen opleveren. Kooperberg kwam tot de slotsom dat de door Kortweg voorgestelde wetswijzigingen overbodig waren. De Minister liet zich overtuigen en besloot het advies van Kortweg naast zich neer te leggen.¹⁰²

De discussie verstomde echter niet.¹⁰³ Na 1914 bleef Kortweg de Rijksver-

99 Kortweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 1917 I, 609.

100 Kortweg, 'Adres inzake wijziging der Ongevallenwet', 1641-1643.

101 Kooperberg, 'Gevolgen der Ongevallenwet?', 2348-2358.

102 Zie: NTVG, 1915 II, 2614-2615.

103 Kort op het artikel van Kooperberg kwam Kortweg met een felle repliek. Zie: Kortweg, 'Gevolgen der ongevallenwet en geneeskundige statistiek', 44-50.

zekeringsbank in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde regelmatig bestoken met kritiek. De Rijksverzekeringsbank zag zich genoodzaakt om hierop consequent te reageren. De discussie spitste zich steeds meer toe op de statistische bewijsvoering, waarbij met name het hoofd van de wiskundige afdeling van de Rijksverzekeringsbank K. Lindner zich tot een belangrijke opponent van Korteweg ontpopte.¹⁰⁴

Hoewel Korteweg bij de Rijksverzekeringsbank weinig voet aan de grond kreeg, oefende hij met zijn polemieken wel indirect grote invloed uit op de praktijk van de uitvoering. Zo legde de Rijksverzekeringsbank sinds 1915 een steeds grotere nadruk op herstel van het arbeidsvermogen door middel van aanpassing. Ook maakte de Rijksverzekeringsbank in die tijd een aanvang met het medisch bestuderen van de eigen statistiek en dossiers. Aan deze taken was de Rijksverzekeringsbank in de eerste 12 jaar niet toegekomen.

5.4 *Aanpassing*

Een permanent toegekende ongevallenrente kon worden herzien. Zo'n herziening was volgens artikel 70 van de Ongevallenwet 1901 alleen mogelijk als nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden, die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan.

De Ongevallenwet gaf niet aan wat onder 'verandering van de toestand' verstaan moest worden. Aanvankelijk interpreteerde de Rijksverzekeringsbank een 'verandering van de toestand' als een genezing of een verergering van het lichamelijke letsel. Bleek bijvoorbeeld na verloop van tijd dat de stijfheid van getroffen ledematen verminderde of verergerde, dan werd de ongevallenrente overeenkomstig verlaagd of verhoogd. Deze interpretatie onderging een fundamentele wijziging met de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep over artikel 70 van de Ongevallenwet. In 1907 bepaalde de raad dat een herziening van de ongevallenrente ook mogelijk was als het arbeidsvermogen van de rentetrekker veranderde.¹⁰⁵ Nadien herhaalde de raad dit standpunt diverse keren.¹⁰⁶ De uitspraken van de Centrale Raad van Beroep hadden grote gevolgen voor de praktijk van de claimbeoordeling. In het vervolg moest de Rijksverzekeringsbank bij iedere verandering van het arbeidsvermogen de ongevallenrente herzien, ook als het lichamelijke letsel ongewijzigd bleef.

De vraag was hoe de beoordelaars van de Rijksverzekeringsbank een verandering van het arbeidsvermogen konden vaststellen. De wettekst en de Memorie van Toelichting gaven weinig richting aan dit probleem. Bovendien was de jurisprudentie

104 Zie bijvoorbeeld: Lindner, 'De methode van prof. Korteweg's medisch-statistische onderzoeken', 199-204; Korteweg, 'Mijne opvatting in zake de beschuldiging van den Wiskundigen Adviseur', 313-322; Lindner, 'Antwoord', 322-332.

105 Zie de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 22 oktober 1907, D 2010.

106 Het ging onder andere om de uitspraken 2319, 2589, 2647 en 3049 van de Centrale Raad van Beroep.

verdeeld, onder andere omdat deskundigen niet eensgezind waren. Ook de beslissingen van de Rijksverzekeringsbank waren niet eenduidig, omdat deze mede gebaseerd waren op de verdeelde adviezen van deskundigen. Een extra complicerende factor was dat de getroffenene het recht had op het voordeel van de twijfel. In de uitvoeringspraktijk heerste namelijk de gedachte dat de Ongevallenwet niet zozeer een verzekering was, als wel een sociale wet.¹⁰⁷

De medisch adviseur Van Eden speelde een cruciale rol bij het ontwikkelen van methodes en richtlijnen voor het beoordelen van een verandering van het arbeidsvermogen. Zijn dissertatie uit 1918 was geheel aan het onderwerp gewijd. Volgens hem gaven nieuwe wetenschappelijke inzichten goede mogelijkheden om de claimbeoordeling op dit terrein aanzienlijk te verbeteren. Wetenschappelijk onderzoek had namelijk aangetoond dat het lichaam na een letsel in staat was een aantal van de oude functies te herwinnen, zonder dat er sprake was van een noemenswaardig medisch herstel.¹⁰⁸

Deze zogenaamde aanpassing ging als volgt in zijn werk. Centraal stond het idee dat een werknemer na verloop van tijd steeds vaardiger werd in het op alternatieve wijze uitoefenen van het werk. Dat kwam doordat hij onbewust een groot aantal associaties ging vormen. Als een werknemer door een letsel een bepaalde beweging niet meer kon maken, moest hij een alternatieve beweging aanleren om het werk uit te kunnen voeren. In het begin kon hij deze beweging alleen bewust uitvoeren, hetgeen hem veel tijd en moeite kostte. Pas na langdurige oefening kon de werknemer opnieuw vaardigheden ontwikkelen door nieuwe onbewuste associaties te vormen. In zijn proefschrift droeg Van Eden bewijzen aan, dat bij meer dan de helft van de ongevallen door aanpassing een herstel van het arbeidsvermogen plaatsvond. Hij baseerde zich op casuïstiek en statistische bewerkingen van de rapporten van de speciale agenten van de Rijksverzekeringsbank.¹⁰⁹

De mogelijkheden om door middel van aanpassing weer arbeidsgeschikt te worden, verschilde sterk per persoon en per letsel. De beste voorwaarden voor aanpassing waren volgens van Eden een jeugdig, gezond en krachtig lichaam en een goed ontwikkeld intellect, wilskracht en energie. Niet iedereen voldeed aan die voorwaarden. Bij zwaar verminkten, chronisch zieken en ouderen verliep aanpassing over het algemeen moeizaam, omdat deze groepen relatief veel tijd en moeite nodig hadden om alternatieve bewegingen en vaardigheden aan te leren.¹¹⁰

De grootste hindernissen voor aanpassing lagen volgens Van Eden in de sociaal-psychische sfeer. Een gebrek aan vertrouwen bij de getroffenene of diens omgeving (familie, behandelend medicus, werkgever, werknemers, etc) in de mogelijkheden van

107 Van Eden, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval', 365.

108 Van Eden refereerde in zijn dissertatie over aanpassing aan publicaties van F. Reinke en W. Roux. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 8-17.

109 De statistische bewerking had Van Eden laten uitvoeren door J.C.Schröder, hoofd van de afdeling wiskunde en statistiek van de Rijksverzekeringsbank.

110 Chronische ziekten die aanpassing negatief beïnvloeden waren hartklachten, tuberculose, belangrijke anaemieën, artrose en reuma. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 156.

reïntegratie, werkte een voorspoedige aanpassing tegen.¹¹¹ Aanpassing vereiste vaak zeer gecompliceerde veranderingen. Om ervoor te zorgen dat nieuwe bewegingen de oude vervingen, moest een nieuw evenwicht worden gecreëerd tussen verschillende spiergroepen en bepaalde zenuwverrichtingen anders worden gedoseerd. Dit was niet mogelijk door de spieren te ontzien. Een welwillende werkgever die een arbeidsongeschikte werknemer wilde helpen door hem licht werk aan te bieden, frustreerde de nodige training en daarmee een voorspoedige aanpassing. Een vergelijkbare negatieve invloed op aanpassing kon volgens Van Eden uitgaan van uitkeringen. Een uitkering kon de werknemer afhouden van pogingen om het arbeidsvermogen te herstellen. Hij verwees hierbij naar Duits onderzoek waaruit zou blijken dat aanpassing bij verzekerden veel moeizamer en langzamer verliep dan bij niet-verzekerden.¹¹²

Bij de uitvoering van de Ongevallenwet diende de nadruk volgens Van Eden dan ook te liggen op revalidatie en reïntegratie. Bij voorkeur zou de getroffen werknemer aanpassing moeten vinden door het uitoefenen van het oude beroep in het oude bedrijf. Als dat niet mogelijk was moest hij terecht kunnen bij speciale trainingscentra waar hij meer algemene bewegingen en vaardigheden kon aanleren. Van Eden presenteerde een systematische aanpak om arbeidsongeschikten weer aan het werk te krijgen. Hij had voor deze aanpak inspiratie geput uit een arbeidstherapie die in Duitsland speciaal voor oorlogsinvaliden was ontwikkeld: de opleiding der verminkten.¹¹³ De arbeidstherapie van Van Eden kende drie elementen: functie, aanpassing en beroep.

- functie. Gedurende de eerste fase werden de bewegingsmogelijkheden van de getroffene geanalyseerd. Het ging erom te achterhalen of de getroffene bepaalde bewegingen kon herstellen en of hij bepaalde bewegingen kon aanleren. De getroffene moest vervolgens ervan worden overtuigd dat bepaalde bewegingen hem niet konden schaden.
- aanpassing. De getroffene vulde vervolgens de ontbrekende bewegingsmogelijkheden aan. Voor de weggevallen bewegingsmogelijkheden werd naar goede alternatieven gezocht. Alternatieve bewegingsmogelijkheden konden in het lichaam (bijvoorbeeld door andere spiergroepen) en buiten het lichaam (bijvoorbeeld door middel van prothesen) uitgevoerd worden. Van Eden bekritiseerde hierbij de gangbare praktijk om een verloren lichaamsdeel met behulp van een prothese na te bootsen. Veel meer dan anatomisch herstel moesten prothesen ten doel hebben om de verloren of verzwakte bewegingsmogelijkheid te vervangen.
- Beroep. De nieuwe bewegingen moesten toepassing vinden in de praktijk van het bedrijf. De getroffen werknemer oefende zich in het bedienen van de hem bekende

111 Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 153-154. Zie ook: Ijpelaar, 'Bijzondere aanpassing', 332-337.

112 Van Eden verwees hierbij naar Knepper, 'Ein Beitrag zu dem Kapitel: Gewöhnung an Unfallfolgen', Tilger, 'Über Gewöhnung an Unfallfolgen im Vergleich zur Gewöhnung an nicht von Betriebsunfällen abhängige vergleichbare krankhafte Zustände' en Hillenberg, '15 Fälle von Gewöhnung'. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 155-156.

113 Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 163-165.

werktuigen en paste daarvoor de nieuwe bewegingscomplexen toe, die bij zijn veranderende toestand hoorden. Om deze oefening mogelijk te maken, diende een werkgever zijn bedrijf beschikbaar te stellen als oefenschool voor de werknemer, ook als deze nog nauwelijks of geen nuttige arbeid kon verrichten. Van Eden verwachtte dat met name bij de grote bedrijven goede mogelijkheden waren om deze bedrijfsmatige praktijktraining tot stand te brengen. Niettemin hoopte hij ook op de medewerking van het midden- en kleinbedrijf.

Van Eden waarschuwde voor een te lage en een te hoge lichamelijke belasting bij de oefentherapie. Te lage belasting zou tot onvoldoende aanpassing leiden, te hoge belasting kon tot nieuwe letsels leiden of het bestaande letsel vergroten. Hij besloot met de opmerking:

De wil kan de fysieke kracht niet vervangen, maar door de wil kan wel boven de normale kracht gewerkt worden.¹¹⁴

Hoewel de arbeidstherapie in deze jaren niet van de grond kwam, speelde Van Eden een cruciale rol bij de uitvoering van artikel 70. Niet alleen zorgde hij als medisch adviseur voor een uitbreiding van het aantal speciale agenten in 1915 en 1916 (van twee naar vier personen) waardoor de herbeoordeling van rentetrekkers een duidelijke arbeidsdeskundige invalshoek kreeg. Bovenal droeg Van Eden ertoe bij dat er bij de uitvoering van de herbeoordelingen meer aandacht kwam voor de mogelijkheden tot reïntegratie. Geheel in die lijn benadrukten de speciale agenten Staleman en Ijpelaar in hun beschouwingen in het Tijdschrift voor Ongevallen Geneeskunde dat aanpassing met name goede resultaten te zien gaf als de oriëntatie verschoof naar ander werk dan de getroffen gewend was te verrichten. Zelfs mensen met een ernstig letsel konden zich op die manier weer tot een algemeen bruikbare kracht omhoog werken.¹¹⁵

Na deze algemene principes uit de praktijk van de uitvoering richtten we de blik op een drietal, in de medische literatuur veel beschreven, ziektebeelden om een indruk te krijgen van de werkwijzen en uitkomsten van de claimbeoordeling.

5.5 Eenogigheid

Verlies van gezichtsvermogen was het enige letsel waarvoor in de hier beschreven periode een eenduidige instructie tot stand kwam voor het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid. Deze instructie was het resultaat van een uitvoerig debat dat tussen 1908 en 1910 onder oogheekundigen plaatsvond.

Aanleiding voor het debat waren bij de Rijksverzekeringsbank gerezen vragen over de arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid. Kort na de inwerkingtreding van de

114 a.w., 164.

115 Staleman, 'Aanpassing', 7-32; Ijpelaar, 'Bijzondere aanpassing', 332-337.

Ongevallenwet in 1903 baseerde de Rijksverzekeringsbank zich bij eenogigheid nog op de schatting die in Duitsland gangbaar was. Afhankelijk van het soort werk dat de getroffenere doorgaans verrichtte, werd de arbeidsongeschiktheid vastgesteld op een kwart tot eenderde deel. Het vraagstuk van de aanpassing, dat in 1907 op de voorgrond kwam door de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep over renteherziening, ondergroef de validiteit van de Duitse schatting. Weliswaar bestond er geen twijfel over dat het gezichtsvermogen na het verlies van één oog sterk verminderde door het gemis van stereoscopisch zien. Maar van oogheekkundige zijde werd het inzicht aangedragen dat het functionerende oog na enige tijd in staat was om het gemis van stereoscopisch zien te compenseren. Hierdoor zou de mate van arbeidsongeschiktheid na verloop van tijd veel lager uitkomen dan de Duitse schatting van een kwart tot eenderde deel. Deze constatering was in augustus 1908 voor de Zwitserse artsenbond reden geweest om het verlies van één oog bij een normaal functionerende tweede oog vast te stellen op niet meer dan twintig procent arbeidsongeschiktheid.¹¹⁶

Kooperberg besloot in december 1908 het Nederlandsch Oogheekkundig Gezelschap om advies te vragen over deze kwestie. Tijdens de algemene vergadering op 11 juli 1909 riep het Oogheekkundig Gezelschap een commissie in het leven die de opdracht kreeg om het advies aan de Rijksverzekeringsbank voor te bereiden. Prof. M. Straub werd benoemd tot voorzitter van de commissie; L.J. Lans en J.R. van Geuns werden commissielid. Deze Commissie Straub analyseerde op grond van de ongevallenstatistiek een groot aantal casussen over de arbeidsgeschiktheid van eenogigen.¹¹⁷ Zij maakte daarbij dankbaar gebruik van het promotieonderzoek van R.J. van der Heijde over oogverwondingen en de Ongevallenwet.¹¹⁸ Op 5 juni 1910 presenteerde de Commissie Straub haar bevindingen tijdens de algemene vergadering van het Oogheekkundig Gezelschap. De belangrijkste conclusies waren dat de toegekende rentes voor verlies van één oog in vrijwel alle gevallen te hoog waren, dat het merendeel van de getroffenenen geen blijvend inkomstenverlies leden door het ongeval en dat de gevallen waarin het verlies van een oog tot een hoge mate van arbeidsongeschiktheid had geleid, uitzonderingen waren.¹¹⁹

Op grond van deze conclusies adviseerde de Commissie Straub om voor het verlies van één oog een arbeidsongeschiktheid aan te nemen van dertig procent gedurende de eerste twee jaar en van tien tot twintig procent na het tweede jaar. Van eenogigheid was volgens de Commissie sprake als het verwonde oog een visus had van ten hoogste 17 procent (een zesde deel) en het gezonde oog een visus had van minstens 75 procent. In het geval de visus van het gezonde oog onder de 75 procent zakte, zou het percentage arbeidsongeschiktheid hoger uitkomen. De Commissie Straub vond het niet nodig om in het advies rekening te houden met de verschillende beroepen.

116 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 25 oktober 1908 in het Americanhotel te Amsterdam', 2118-2119.

117 Straub et al, *Rapport van de commissie uit het Nederlandsch Oogheekkundig gezelschap*. Zie ook: 'Nederlandsch oogheekkundig gezelschap. Verslag van de 37ste vergadering, 5 juni 1910, te Utrecht', 1269-1302.

118 Van der Heijde, *Oogverwondingen en ongevallenwet*.

119 'Nederlandsch oogheekkundig gezelschap. Verslag van de 37ste vergadering, 5 juni 1910, te Utrecht', 1293.

Het was namelijk zeer lastig om te bepalen in hoeverre het verlies van een oog het ene beroep lastiger uitvoerbaar maakte dan een ander beroep. Bovendien was uit de casuïstiek naar voren gekomen dat de arbeidsgeschiktheid van de meeste eenogigen na een jaar weer op gelijk niveau was gekomen met die van tweeoogigen.¹²⁰

Dit laatste standpunt lokte kritisch commentaar uit van de oogheelkundige H.G.W. Plantenga. Deze achtte het juist van groot belang dat de individuele beroepsmogelijkheden en bekwaamheden belangrijke criteria werden bij de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid. Het gezichtsvermogen was voor het ene beroep nu eenmaal belangrijker dan voor het andere beroep en deze diversiteit moest in de schatting tot uiting worden gebracht. Plantenga stelde voor om bij het bepalen van de arbeidsgeschiktheid uit te gaan van vier beroepsgroepen:

1. beroepen waarbij buitengewone eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
2. beroepen waarbij tamelijk hoge eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
3. beroepen waarbij in het algemeen geen hoge eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
4. beroepen waarbij zeer lage eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld.

Een commissie van werkgevers, werknemers en oogartsen zou alle beroepen in een van de vier beroepsgroepen moeten indelen. Afhankelijk van de beroepsgroep kon het percentage arbeidsongeschiktheid volgens Plantenga variëren van 25 tot veertig procent.¹²¹

De kritische commentaren van Plantenga en anderen leidden ertoe dat het rapport van de Commissie Straub tijdens de algemene vergadering van het Oogheelkundig Gezelschap niet ter stemming werd gebracht. Desondanks had het rapport een grote uitwerking op beleid van de Rijksverzekeringsbank. Kooperberg beschouwde het rapport als een goede basis om een eenduidige instructie voor het schatten van de arbeidsgeschiktheid bij eenogigheid op te stellen. Hij wist gedaan te krijgen dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank het advies van de Commissie Straub in hoofdlijnen overnam. De Rijksverzekeringsbank zou bij eenogigheid een percentage arbeidsgeschiktheid aannemen van dertig procent voor het eerste jaar, waarna het percentage zou dalen naar 25 procent. De Commissie Straub had een daling na twee jaar van dertig procent naar tien tot twintig procent geadviseerd. De criteria die de Commissie Straub aan eenogigheid stelde nam de Rijksverzekeringsbank ongewijzigd over. Dit betekende dat van eenogigheid gesproken kon worden als het verwonde oog een visus had van ten hoogste zeventien procent (eenzesde deel) en het gezonde oog een visus had van minstens 75 procent. Een lagere visus van het gezonde oog zou reden zijn voor een hoger percentage arbeidsgeschiktheid dan de standaard aanname van dertig c.q. 25 procent.¹²²

De Centrale Raad van Beroep sanctioneerde dit beleid in een groot aantal beroepszaken. Het valt daarbij op hoe rigide deze zich aan de standaard aanname hield. Dit

120 a.w., 1300-1301.

121 a.w., 1438-1441. Zie ook Schoute, 'Schadevergoeding bij oogverwondingen', 1682-1683.

122 Van Eden, 'Ongevallen-rechtspraak. Invaliditeits-schatting bij verlies van één oog', 496.

bleek bijvoorbeeld in 1917 toen de Raad van Beroep in Amsterdam op advies van de oogheelkundige W.P.C. Zeeman een besluit van de Rijksverzekeringsbank vernietigde. Zeeman had vastgesteld dat het verlies van het rechteroog bij een werknemer in de eerste maanden na het ongeval duizeligheid veroorzaakte, waardoor het uitvoeren van het werk extra moeilijk werd. Om die reden vond hij de standaard aanname van dertig procent arbeidsongeschiktheid te laag. De Raad van Beroep in Amsterdam had daarop in een uitspraak het percentage arbeidsongeschiktheid in de eerste maanden op zestig procent gesteld. Na enkele maanden moest het percentage geleidelijk naar dertig procent verlaagd worden, om na een jaar op 25 procent uit te komen.¹²³ De Centrale Raad van Beroep vernietigde de uitspraak van de Raad van Beroep in Amsterdam met het argument dat de ‘sinds jaren te dezen opzichte bestaande jurisprudentie’ gehandhaafd diende te worden, waarmee de arbeidsongeschiktheid onverkort werd gesteld op dertig procent in het eerste jaar en 25 procent in de jaren daarna.¹²⁴

Het was opvallend dat de centrale raad met deze jurisprudentie voorbij ging aan de individuele beroepsmogelijkheden en bekwaamheden. Hierdoor leek de bepaling uit artikel 22 van de Ongevallenwet 1901, dat een werknemer arbeidsongeschikt was als hij ‘geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden’, minder van toepassing te zijn op oogletsels. De standaardaanname van arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid week dan ook sterk af van de systematiek die de Rijksverzekeringsbank en de rechtspraak doorgaans toepasten bij het schatten van de arbeidsongeschiktheid. In feite hadden zij hier de systematiek van de particuliere verzekeringsmaatschappijen overgenomen, aangezien die al langer uniforme percentages vaststelden bij het verlies van een oog.

Plantenga had met zijn voorstel om de beroepsmogelijkheden mede maatstafgevend te laten zijn, het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid meer in overeenstemming willen brengen met artikel 22 van de Ongevallenwet 1901. Maar zijn voorstel raakte in de vergetelheid nadat de Commissie Straub het naast zich neer had gelegd.

5.6 *Tuberculose*

De ziekte tuberculose stelde de uitvoerders van de claimbeoordeling voor lastige afwegingen. In de meeste gevallen was namelijk een direct bewijs voor een verband tussen de tuberculose en het ongeval niet te leggen. Bovendien kon de tuberculose op verschillende manieren in verband staan met het ongeval. De medische literatuur onderscheidde een direct oorzakelijk verband (de primair traumatische tuberculose) en een indirect verband.

Van een direct oorzakelijk verband tussen het ongeval en de tuberculose was sprake

123 a.w., 497-501.

124 a.w., 507-508.

als tuberkelbacteriën rechtstreeks in het lichaam werden gebracht, bijvoorbeeld door middel van een scherp voorwerp. De beoordelaars konden zo'n verband slechts bij hoge uitzondering vaststellen. Kwam het al zelden voor dat mensen rechtstreeks door een ongeval tuberculose opliepen, de enkele gevallen die werden aangegeven waren buitengewoon lastig te bewijzen. Een direct oorzakelijk verband was namelijk alleen door een chronologische bewijsvoering overtuigend aan te tonen. Vastgesteld moest worden dat er voor het ongeval geen latente haard van tuberculose in het lichaam aanwezig was. Dit was alleen mogelijk als voor het ongeval toevallig tuberculine was ingespoten zonder positief resultaat of als sectie op het lichaam van een overledene verricht kon worden.¹²⁵ De casuïstiek in de vaktijdschriften leverde dan ook nauwelijks voorbeelden op van zo'n direct verband tussen ongeval en tuberculose.¹²⁶

Een uitzondering gold voor de zogenaamde bovine tuberculose infecties. Het ging hierbij om acute tuberculeuze processen die vanuit een huidinfectie optraden en veelal veroorzaakt werden door het omgaan met vee. Met name het werk in abattoirs bracht in dit opzicht risico's met zich mee. Bovine tuberculose infecties waren dan ook vaak terug te voeren op de uitoefening van het bedrijf. Om die reden volgde de Rijksverzekeringsbank in dergelijke gevallen een epidemiologische bewijsvoering. Hoewel het niet altijd met zekerheid vaststond dat de infectie door het werk was ontstaan, nam de Rijksverzekeringsbank bij bovine tuberculose vrijwel altijd een ongeval aan.¹²⁷

Veel vaker dan een direct verband kwam een indirect verband tussen ongeval en tuberculose voor. Hiervoor werd fysiologisch redeneren ingezet, iets dat creativiteit en vakkennis vereiste. Door een ongeval vond een verwonding of een algehele vermindering van het weerstandsvermogen plaats, waardoor een latent aanwezige tuberculose gemakkelijker kon opvlammen. Aanvankelijk gingen de beoordelaars ervan uit dat een specifieke verwonding, bijvoorbeeld aan een long of ledematen, de uitbraak van een latente tuberculose op de plaats van de wond teweeg bracht. Met name bloeduitstortingen en verwondingen van het slijmvlies zouden de uitbraak van open tuberculose bevorderen. Dit konden zware verwondingen zijn met fracturen, maar ook lichte kneuzingen. Zelfs een sterke schudding door een val van enige hoogte kon aanleiding geven tot verscheuring van een bloedvat, bloeduitstorting, of ontstekingen en daarop volgende tuberculeuze verschijnselen.¹²⁸

De controlerend geneeskundige Van Herwerden refereerde in dit verband naar de traumatische bottuberculose die herhaaldelijk aanleiding gaf voor een toekenning van ongevallenrente. In 1909 maakte hij in het NTVG gewag van twee gevallen. Een steenhouwer liep op 18 maart 1909 door een val een kneuzing op aan zijn rechteronderbeen. Op 12 mei moest deze het werk staken, omdat tuberculose in het rechterkuit-

125 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1039.

126 De belangrijkste vaktijdschriften waren het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*.

127 Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1043-1044.

128 Buning, *Ongeval en ziekte*, 159-160; 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', NTVG, 1909 I, 1039-1040.

been was opgetreden die zich snel over het been verspreidde. De steenhouwer werd honderd procent arbeidsongeschikt verklaard. Een andere casus betrof een bankwerker die op 17 maart 1906 een kneuzing van zijn hand opliep door de val van een stuk ijzer. Drie dagen later legde hij het werk neer. In mei werd een tuberculose aan drie handwortelbeentjes geconstateerd. Een half jaar later kon hij als kantoorklerk aan de slag. Twee jaar later moest hij het werk alsnog staken, omdat uitgebreide tuberculose was opgetreden. Ook deze persoon werd uiteindelijk honderd procent arbeidsongeschikt verklaard.¹²⁹

Onderzoek van de Duitse medicus Arthur Mayer toonde echter aan dat een uitbraak van tuberculose zelden volledig was terug te voeren op een specifieke verwonding van een bepaald lichaamsdeel. Veeleer moest de oorzaak worden gezocht in een algehele vermindering van het weerstandsvermogen van het lichaam. Volgens Mayer kon een verwonding van ieder lichaamsdeel het weerstandsvermogen verminderen en een tot dan toe latente tuberculose mobiliseren. Hierdoor kon het bijvoorbeeld gebeuren dat door een ongeval aan een voet tuberculose in het hersenvlies ontstond.¹³⁰

De bevinding van Mayer had tot gevolg dat de Rijksverzekeringsbank een verband moest beoordelen tussen het ongeval, de vermindering van het weerstandsvermogen en een uitbraak van tuberculose. Dit was bepaald geen eenvoudige opgave. De controlerend geneeskundige moest allereerst de gezondheidstoestand van de getroffene vóór het ongeval achterhalen. Soms kon hij gebruik maken van een medisch dossier bij een huisarts. Maar als dit ontbrak of onvoldoende informatie bevatte was hij aangewezen op de vaak gekleurde mededelingen van de getroffene en diens familie, vrienden en collega's. Vervolgens was het van belang om op basis van de aangifte en de getuigenverklaringen in kaart te brengen hoe het ongeval had plaats gehad. Met de verzamelde informatie probeerde de controlerend geneeskundige in te schatten of de opgegeven verwonding een verslechtering van de weerstand had kunnen veroorzaken.¹³¹

Een volgende stap in het onderzoek was de zorgvuldige waarneming van het ziekteverloop. Herhaaldelijk kwam het voor dat de behandelend geneesheer in de eerste weken na het ongeval naliet om de getroffene te onderzoeken op een mogelijke aanwezige tuberculose. Na maanden en jaren was het meestal onmogelijk na te gaan of de aangetroffen verschijnselen reeds bestonden vóór het ongeval. Bij een dodelijke afloop kon een patholoog anatoom wellicht enige duidelijkheid over het ziekteverloop verkrijgen. Maar als de getroffene nog leefde moest de controlerend geneeskundige uiteraard omzien naar een andere aanpak. De vraag die dan aan de orde kwam, was welke grens hij als uiterste termijn moest aannemen om nog van een samenhang tussen ongeval en tuberculose te kunnen spreken. Vaste regels hierover bestonden niet. Wel bood de medische literatuur een indicatie. Zo kon voor het opvlammen van een

129 Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1041-1042.

130 Mayer had zijn bevindingen beschreven in het Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie, 17er Band, Zweiter Heft, 1915. Zie 'Trauma en longtuberculose', 179-182.

131 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1040-1041.

manifeste tuberculose een termijn van drie maanden worden aangehouden. Waren er voortdurend ziekteverschijnselen na het ongeval (zoals pleuritis) dan kon de termijn op 1 jaar of langer worden gesteld. Ontbraken alle verschijnselen tussen ongeval en de later optredende tuberculose, dan lag een uiterste termijn van zes maanden in de rede. Overigens beschouwden de controlerend geneeskundigen ieder geval op zichzelf. Bij twijfel konden zij besluiten om de getroffene ter waarneming in een ziekenhuis of sanatorium te laten opnemen.¹³²

De volgende casus uit 1916 geeft aan hoe de Rijksverzekeringsbank in de praktijk het verband tussen ongeval, verlaging van de weerstand en de uitbraak van tuberculose probeerde aan te tonen.¹³³ Een 19-jarige werkman gleed op 7 januari 1916 tijdens het werk uit en viel achterover met zijn rug op een vast staande hoge plank. Het aangifteformulier meldde een kneuzing in de lendenstreek van de rug. De behandelend geneeskundige schatte een herstelperiode van vijf dagen in. De werkman probeerde na vijf dagen het werk weer op te pakken, maar kon dit niet volhouden. Vervolgens lag hij tot 22 januari thuis op bed, waarna hij in een klein ziekenhuis werd opgenomen. De pijn werd erger, vooral rechts achter in de rug. Zodra hij plat op bed lag, was de pijn gering. Maar als hij zich omdraaide werd de pijn ondraaglijk. Ook zitten ging erg moeilijk. Op 24 februari werd de werkman ter nadere observatie overgebracht naar een groot ziekenhuis. Op grond van röntgenfoto's, een sterk schommelende hoge temperatuur en de constatering van tuberculeuze huiduitslag op de schouder, stelde de ziekenhuisarts een tuberculeus proces vast. De controlerend geneeskundige constateerde vervolgens dat de tuberculose waarschijnlijk reeds voor het ongeval in de kiem aanwezig was. Het ongeval zou een verdere ontwikkeling van de tuberculose hebben bespoedigd, zo luidde zijn bevinding. Om die reden beschouwde de controlerend geneeskundige het letsel als een bedrijfsongeval.

In juni en juli trad er echter een sterke verbetering op. De werkman kon zonder pijn de rug bewegen. Hij zag er goed uit en maakte al plannen om naar huis te gaan. Op 8 augustus kreeg de werkman plotseling hevige hoofdpijn en steeg de temperatuur weer. Op 16 augustus raakte de werkman buiten bewustzijn, de temperatuur bleef hoog, er vertoonden zich krampen, hij braakte, en op 31 augustus ten slotte overleed hij. Bij sectie trof de patholoog anatoom tuberkelbacteriën aan in het hersenvlies, het rechterborstvlies en de borstwervels. De vrij vaste haarden in de wervellichamen en de aanhechting van nieuw been wezen op een genezing van de wervels. De medisch adviseur concludeerde op grond van het ziekteverloop (zoals uit de medische rapporten was op te maken) en het sectierapport, dat er een indirect verband bestond tussen ongeval, vermindering van de weerstand en tuberculose. Weliswaar was de hersenvliesontsteking de primaire doodsoorzaak, maar deze was veroorzaakt door tuberculeuze processen in de borststreek die door het ongeval waren opgevlamd. De medisch

132 Idem en de reactie van Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1042-1043. Zie ook: 'De waarde der tuberculine-diagnostiek bij ongevallen', 1389.

133 Van Eden, 'Verwonding van den rug – Meningitis basilaris tuberculosa', 19-22.

adviseur vatte de dood van de werkman dan ook op als een indirect gevolg van het bedrijfsongeval.

Nu kon in lang niet alle gevallen met zo'n grote zekerheid een verband tussen het ongeval, verlaging van de weerstand en de tuberculose worden aangenomen. Bij twijfel was de Rijksverzekeringsbank al snel geneigd een verband niet aan te nemen en derhalve de toekenning van een ongevallenrente te weigeren. De Centrale Raad van Beroep hanteerde daarentegen bij twijfel een veel soepelere uitgangspunt. In de regel vroeg de centrale raad bij een lastige beroepszaak advies van een onafhankelijke deskundige. Als deze met minimaal vijftig procent zekerheid een verband inschatte, dan was dat voor de centrale raad meestal voldoende grond om een ongevallenrente of uitkering toe te kennen.¹³⁴

5.7 Traumaneurose

Het ziektebeeld dat de uitvoerders van de claimbeoordeling de meeste hoofdbreken bezorgde was de traumaneurose (ook wel renteneurose of schrikneurose genoemd). Het ging hierbij om een psychiatrisch ziektebeeld zonder aanwijsbare lichamelijke oorzaak, waarvan werd aangenomen dat een ongeval een belangrijke rol had gespeeld bij het ontstaan ervan. De traumaneurose ging vaak gepaard met hevige angsten en spanningen bij het bewegen van bepaalde lichaamsdelen of het verrichten van bepaalde handelingen. De getroffenen waren doorgaans ervan overtuigd dat zij niet tot werken in staat waren en om die reden recht hadden op een uitkering of rente. De artsen waren bezorgd dat het middel (de rente) erger was dan de kwaal. Was dit wel ziekte? Was het geen aggraviatie of simulatie?

De aanleiding voor het ontstaan van traumaneurose was meestal een lichamelijke letsel als gevolg van een ongeval. Getroffenen klaagden over pijn en invaliditeit. De klachten hielden aan, ook nadat genezing van het lichamelijke letsel was vastgesteld. Geleidelijk werden de klachten vager en vager waarbij steeds nadrukkelijker bepaalde psychiatrische symptomen optraden. Geneeskundigen constateerden vaak een bleek gelaat, geestelijke verwarring, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, oorsuizing, stijve houding, rugpijn en een algemene lichaamzwakte. Traumaneurose kwam voor in combinatie met andere psychiatrische ziektebeelden, zoals histerie, neurasthenie, hypochondrie, depressie en psychose.¹³⁵

De precieze oorzaak van de traumaneurose was meestal moeilijk te geven. Vanzelfsprekend moest er een oorzakelijk verband zijn met een ongeval. Maar er was meer. Uit Duitse onderzoeken naar oorlogsneurosen kwam naar voren dat de eigenschappen van de getroffene en de behandeling door de geneeskundige van doorslaggevende betekenis waren voor het ontstaan van het ziektebeeld. Vaak wees de

134 Zie bijvoorbeeld: Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Een geval van tuberculeuze meningitis na trauma', 1705-1707; Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Dood aan tuberculose, 5 jaar na een traumatische handtuberculose', 1107-1110.

135 Bouman, 'Neurosen en psychosen', 191-192; Van Trooyen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, 110-121.

voorgeschiedenis uit dat de getroffene bijzonder vatbaar was voor nervositeit, overspannenheid en zelfmedelijden. Een medische behandeling werkte bij deze persoon al snel verslavend door de persoonlijke aandacht die hij kreeg. De behandelend geneeskundige kon traumaneurose in de hand werken door overdreven veel compassie te tonen en door de gezondheidssituatie negatief af te schilderen. Het bestaan van een wettelijke ongevallenverzekering werkte daarbij stimulerend op het ziektebeeld. De getroffene was al snel geneigd om de rente te beschouwen als een soort smartengeld waar hij een moreel recht op had. Bood de behandelend geneeskundige daarentegen een duidelijk perspectief op herstel en spoorde hij de getroffene aan om zo spoedig mogelijk het werk te hervatten, dan verminderde hij juist de kans op traumaneurose in aanzienlijke mate.¹³⁶

De diversiteit aan oorzaken en de vaagheid van de klachten maakten traumaneurose moeilijk objectiveerbaar. Was het vaststellen van een neurose op zichzelf al lastig; het aannemelijk maken van een verband met een ongeval compliceerde de claimbeoordeling aanzienlijk. Om meer zekerheid te krijgen over de aard en herkomst van de klachten vroegen controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank vaak verschillende deskundigen om advies. Kwamen de deskundigen tot overeenkomstige conclusies, dan namen de controlerend geneeskundigen in de regel de gezamenlijke uitkomsten over in het beoordelingsrapport. Daar waar adviezen elkaar in hoge mate tegenspraken (hetgeen regelmatig gebeurde) was de gebruikelijke reactie om extra deskundigen met enig gezag bij de zaak te betrekken. Het advies van deze gezaghebbende personen was vaak doorslaggevend voor het wel of niet toekennen van een rente. Ook de rechtspraak vroeg in beroepszaken verschillende deskundigen om advies. Hierdoor kon het aantal adviseurs per geval behoorlijk oplopen. Zo waren er gevallen waarover meer dan 20 deskundigen zich bogen.¹³⁷

De controlerend geneeskundigen waren ontevreden over deze gang van zaken. In een poging het aantal adviezen te beperken vroegen zij zich af welke deskundige het beste om advies kon worden gevraagd. Zo bleken psychiaters veel minder snel dan internisten geneigd te zijn om neurasthenie te diagnosticeren, doordat zij uitgingen van een beperkte definitie. Ook wisten psychiaters vaak beter dan andere medisch deskundigen een onderscheid te maken tussen snel voorbijgaande klachten en echte endogene psychische kwalen.¹³⁸ Om die reden konden de controlerend geneeskundigen het aantal toekenningen van traumaneurose beperken als zij hoofdzakelijk psychiaters om advies vroegen. Aan de andere kant bracht de sterke gerichtheid van psychiaters op objectieve symptomen weer het risico met zich mee, dat arbeidsgerelateerde en juridische aspecten te zeer over het hoofd werden gezien. Volgens de controlerend geneeskundige Van Trooijen waren veel externe deskundigen daardoor niet in staat om de gegevens te verstrekken die voor een juridische beoordeling van de

136 'Zoogenaamde "traumatische neurose"', 493-495.

137 Zie bijvoorbeeld Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Beëindiging van de rente wegens aannemen van simulatie', 1092-1095

138 'Diagnose van neurasthenie, traumatische neurose, enz.', 385-386.

claim nodig was.¹³⁹

Het gemis aan eenduidige objectieve indicaties voor traumaneurose vergrootte de mogelijkheden van verzekeren om de ziekte voor te wenden. Bij de claimbeoordeling kwam dan ook regelmatig de vraag aan de orde of de getroffene daadwerkelijk aan traumaneurose leed, dan wel de ziekte simuleerde. De psychiater Pieter Bierens de Haan kwam in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde* met een betrekkelijk eenvoudige stelregel. Volgens hem kon een traumaneurose alleen tot ontwikkeling komen als de getroffene een voorgeschiedenis had van psychiatrische klachten. De controlerend geneeskundige of andere beoordelaars dienden dan ook na te gaan of de getroffene reeds voor het ongeluk aanleg had voor psychiatrische ziektes dan wel gedurende langere tijd een chronisch zenuwpatiënt was. Kon deze vraag bevestigend worden beantwoord, dan was de mogelijkheid van traumaneurose aanwezig. Was een dergelijke aanleg niet aan te tonen, dan was het waarschijnlijk dat de getroffene de traumaneurose simuleerde.¹⁴⁰

In de praktijk verliep de claimbeoordeling bij traumaneurose echter minder eenvoudig dan Bierens de Haan suggereerde. Niet alleen waren vaak onvoldoende gegevens over de voorgeschiedenis beschikbaar, in veel gevallen openbaarde de neuroses zich pas duidelijk na het ongeval. Een bekend voorbeeld waren de hysterische neuroses die altijd na het ongeval opkwamen, omdat zij het gevolg waren van de angst voor verlaging of intrekking van de ongevallenrente. De Rijksverzekeringsbank keerde bij hysterische neuroses alleen een schadeloosstelling uit als de getroffene op juiste gronden een beroepsprocedure had aangespannen tegen een besluit of een rechterlijke uitspraak. Ervaringen in Duitsland hadden uitgewezen dat de schade bij traumatische hysterie het beste beperkt kon worden als de procedure snel met een eenmalige uitkering werd afgewikkeld. Daarentegen vergden ziektebeelden als neurasthenie, die vaak een langere voorgeschiedenis hadden, een zorgvuldige individuele aanpak. In dergelijke gevallen lag de toekenning van een blijvende rente in de rede.¹⁴¹ In de literatuur werd veel aandacht besteed aan het Duitse standpunt van met name Oppenheim die sprak van veronderstelde irreversibele microtraumata in de hersenen, versus het Franse standpunt van met name Charcot dat het hier om reversibele functionele klachten ging.¹⁴²

Dat de claimbeoordeling bij traumaneurose door de uiteenlopende verschijningsvormen en de grote kans op simulatie een gecompliceerd proces kon zijn, blijkt uit de volgende gevalsbeschrijving. Een touwspinner van 55 jaar bezeerde op 28 september 1908 zijn rechtersvoet door in een greppel te stappen. Sindsdien klaagde hij over pijn aan de rechterenkel waardoor hij niet op zijn rechtersvoet kon staan. Bij het

139 Van Trooijen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, 123.

140 Bierens de Haan, 'Een geval van traumatische neurose', 1013-1016.

141 Hierbij werd gerefereerd aan Schultze, *Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts* en Neel, 'Über traumatische Neurosen, deren späteren Verlauf und ihr Verhältnis zur Entschädigungsfrage'. Zie 'Boekaankondigingen', 525-526; Van der Torren, 'Boekbeoordeling en referaten', 116-117.

142 Van Londen, 'Nog een enkele opmerking over traumatische neurose', 173.

lopen kon hij de hiel niet op de grond krijgen en liep daardoor voortdurend op zijn tenen. Nadat hij gedurende 19 maanden een volledige ongevallenrente had ontvangen, besloot de Rijksverzekeringsbank de renteverstrekking op grond van externe advisering te beëindigen. De deskundigen J. Loopuyt en J.W. Deknatel waren los van elkaar tot de conclusie gekomen dat de touwspinner de kwetsuur simuleerde. In beroep werd de touwspinner door de deskundige C. van Rossem onderzocht. Hij constateerde weliswaar verhoogde kniepeesreflexen, maar beschouwde deze neuroseverschijnselen niet als een gevolg van het ongeval. De getuige deskundige D. Boks trok daaruit de conclusie dat de touwspinner leed aan traumatische hysterie. De Raad van Beroep nam de conclusie van Boks over en kende een rente toe van vijftig procent. De Rijksverzekeringsbank ging tegen deze uitspraak in hoger beroep. De Centrale Raad van Beroep riep de hulp in van de Leidse Hoogleraar psychiatrie G. Jelgersma. Deze constateerde dat de touwspinner gedeeltelijk de klachten simuleerde. Jelgersma had de touwspinner laten achtervolgen door een collega die het onderzoek had bijgewoond. De touwspinner had eerst gewoon gelopen. Zodra hij echter de collega in het vizier had gekregen had hij gedaan alsof hij slecht ter been was. Een andere conclusie verbond Jelgersma aan de verhoogde reflexen van voet en enkel, die hij beoordeelde hij als traumatische hysterie die was ontstaan door de angst om de ongevallenrente te verliezen. Jelgersma adviseerde de Centrale Raad van Beroep geen rente meer te verstrekken, ondanks dat de getroffene aan traumatische hysterie leed. Daarbij voegde hij de volgende opmerking toe: 'Het is in zijn belang hem geen uitkering te geven, te meer nu hij zelf beweert aan de beterende hand te zijn.' De centrale raad nam het advies van Jelgersma over en weigerde verdere schadeloosstelling.¹⁴³

Omstreeks 1918 ontstond het inzicht dat dergelijke langdurige procedures op zichzelf al een negatieve uitwerking hadden op de genezing van traumaneurose. Daarmee won de Franse benadering het van de Duitse. Buitenlandse ervaringen met de behandeling van neuroses bij oorlogsinvaliden wezen uit dat een snelle maar vooral ook vroegtijdige behandeling de beste resultaten opleverde. Zolang de getroffene nog niet de zinnen had gezet op een schadeloosstelling, kon de getroffene betrekkelijk snel van de traumaneurose genezen. Was de getroffene eenmaal gefixeerd geraakt op een rente, dan maakte het voor de genezing niet meer veel meer uit of hij zijn zin kreeg of dat hem de rente werd geweigerd. In beide gevallen was genezing binnen twee jaar te verwachten. Deze bevinding werd bevestigd door onderzoeken naar aanpassing van de speciale agenten van de Rijksverzekeringsbank. De administrateur van de geneeskundige binnendienst Brust stelde om deze reden voor om lijders aan traumaneurose standaard een rente toe te kennen van twee jaar. Deze standaardaanname zou de Rijksverzekeringsbank verlossen van een groot aantal rentetrekkingen dat inmiddels genezen was en van een groot aantal moeizame procedures over renteherziening.¹⁴⁴ Hoewel het voorstel van Brust niet in de praktijk werd gebracht, markeerde het wel

143 Van Herwerden, 'Ongevallenwet, Ongevallenwetneurose (ook wel ongevalneurose genoemd)', 528-530.

144 Brust, 'Rentetoekenning bij traumaneurose', 6-9.

een belangrijke wijziging in het denken over traumaneurose. In 1920 rezen binnen de psychiatrie en de verzekeringsgeneeskunde in Duitsland grote twijfels over het bestaan van neuroses na een ongeval. Wetenschappelijk zou er geen bewijsgrond zijn voor het bestaan van traumatische neurasthenie en traumatische hysterie. Wel was het mogelijk dat er psychische stoornissen na een ongeval optraden, maar deze waren van korte duur en oefenden al een korte tijd na het ongeval nauwelijks invloed uit op de arbeidsgeschiktheid van de getroffen¹⁴⁵. Deze inzichten werkten spoedig door in de Nederlandse uitvoeringspraktijk. De Rijksverzekeringsbank werd na 1920 steeds terughoudender in het verstrekken van rente bij traumaneurose en de rechtspraak leek zich daarbij aan te sluiten.

6 Claimbeoordeling als vak

6.1 *Ontstaan van het vak*

De uitvoerders van de claimbeoordeling waren de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten. Over de laatste groep is opmerkelijk weinig terug te vinden in de bronnen. Van tijd tot tijd werden in beschouwingen de activiteiten van de speciale agenten geprezen en zo ook hun samenwerking met de controlerend geneeskundigen. De Rijksverzekeringsbank verwachtte van de speciale agenten dat zij goed op de hoogte waren van de eisen die aan het uitoefenen van verschillende soorten van werk werden gesteld. De primaire taak van de speciale agenten was om informatie aan te dragen voor het bepalen van het juiste percentage arbeidsongeschiktheid bij mensen die deels werkten. Hoe zij dat precies deden en hoe de Rijksverzekeringsbank daarop stuurde, is niet bekend. Pas in de tijd van de WAO verkregen de speciale agenten een prominente plaats onder de naam 'arbeidsdeskundige'. In deze paragraaf gaan we in op de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde, die wel goed gedocumenteerd is.

Het vak dat we nu verzekeringsgeneeskunde noemen moest na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet eigenlijk nog worden uitgevonden. De medische beroepsgroep had de parlementaire behandeling van de verschillende wetsvoorstellen vrijwel geheel aan zich voorbij laten gaan. De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) beperkte zich tot het sturen van een verzoekschrift in juli 1900 aan Minister Lely waarin zij om waarborgen vroeg voor het beroepsgeheim.¹⁴⁶ Voor de rest deed het hoofdbestuur van de NMG weinig om standpunten van de medische beroepsgroep in het wetgevende proces door te laten klinken. Sterker nog, het vormde zich niet eens een zelfstandig inhoudelijk standpunt over de wettelijke ongevallenverzekering en de mogelijke rol van de geneeskundigen in de uitvoering

¹⁴⁵ Met name werd verwezen naar de publicaties van Lehmann, *Versuch einer Studie zur gerichtsärztlich – psychologischen Wertung der Aussage* en Reichardt (1920). Zie Meijers, 'Die Unwahrhaftigkeit', 89-94.

¹⁴⁶ De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 316-317, 401.

ervan.¹⁴⁷

Ook na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet op 1 februari 1903 toonde de medische beroepsgroep weinig betrokkenheid met de claimbeoordeling. Omdat bovendien de originele aanpak van Kooperberg het overnemen van buitenlandse praktijken maar beperkt mogelijk maakte, bleef de claimbeoordeling in de begintijd een nagenoeg braakliggend terrein. Het was aan de kleine groep van medici binnen de Rijksverzekeringsbank en enkele geïnteresseerde buitenstaanders om dit terrein te ontginnen. Aanvankelijk duiden zij het vak aan met de term 'ongevallengeneeskunde'. Met de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 veranderde deze aanduiding in 'verzekeringsgeneeskunde'.¹⁴⁸ Twee decennia later, in 1938, raakte de term 'sociale verzekeringsgeneeskunde' in zwang.¹⁴⁹

Het bijzondere van het vak leek te zijn gelegen in twee aspecten. In de eerste plaats was er het feit dat de arts meewerkte aan de uitvoering van een sociale verzekeringswet binnen een administratief en juridisch kader van sturing en kwaliteitsbewaking. In de tweede plaats kwam de arts tegenover de cliënt te staan in plaats van erboven of ernaast

Het werken in een juridisch kader verliep opmerkelijk soepel. Vanaf het begin zagen Kooperberg en de controlerend geneeskundigen het als een voldongen feit dat de arts adviseerde en dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besliste. Ook beschouwden zij het als vanzelfsprekend dat het medische advies over het letsel naast het juridische advies stond. Bovendien toonden zij zich bereid om binnen een administratieve organisatie te functioneren. Er is geen documentatie voorhanden waaruit blijkt dat de controlerend geneeskundigen spanning ervoeren in hun verhouding tot de Rijksverzekeringsbank. Toch zullen zij zich ongetwijfeld gestoord hebben aan de grote toevloed van werk en het daardoor ontstaan van problemen bij de uitoefening ervan.

Dat na het traject bij de Rijksverzekeringsbank de rechter vervolgens het eindoordeel had, werd wel soms van commentaar voorzien. Een voorbeeld was de uitgebreide discussie over de competentie van juristen versus artsen in 1916.¹⁵⁰ Omdat de rechter geen verstand had van medische zaken zou een gedeelte van de Raden van Beroep uit artsen moeten bestaan. Dit standpunt groeide echter niet uit tot een strijdpunt.

De positie van de arts tegenover de cliënt was daarentegen wel een voortdurend onderwerp van discussie tussen de medisch adviseur en controlerend geneeskundigen aan de ene kant en de behandelend artsen aan de andere kant. Het ging dan niet zozeer over de voor- of nadelen van zo'n positie. De discussie spitste zich hoofdzakelijk toe op de vraag hoe de artsen zich tegenover de cliënt dienden op te stellen. De

147 Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 281-282. Zie ook Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 186.

148 De controlerend geneeskundige D. Brocx was de eerste die de term 'verzekeringsgeneeskunde' bezigde. Zie Brocx, 'De controle vóór den 43sten dag', 132.

149 Willems, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', 326.

150 De Bruine Ploos van Amstel, 'De Raad van Beroep', 157-164; 297-303; Mortier Hymans, 'De Raad van Beroep', 224-236; Snoeck Henkemans, 'De "medisch pleitbezorger" voor den Raad van Beroep', 282-287.

controlerend artsen wilden volwaardig meetellen in de medische gemeenschap, maar hadden ook een bijzondere positie doordat zij ook in een juridische wereld werkten. De hulpverleners stonden naast hun patiënten en wat inzicht in ziekte betreft, erboven. De controlerend geneesheer stond eerder tegenover de getroffen en soms ook tegenover hun hulpverleners.

De ontwikkeling van de jurisprudentie was voor de artsen duidelijk een baken in de ontwikkeling van hun vak. De uitspraken werden nauwgezet gevolgd en van commentaar voorzien en ook betrokken in gevalsbesprekingen in de tijdschriften.¹⁵¹ Daarbij moet worden bedacht dat de jurisprudentie sterk gevuld was met opinies van allerlei behandelende en beoordelende artsen.

Zoals eerder beschreven maakten de dokters zich druk om een eenduidige uitvoering van de wet. Aanvankelijk liep alles via de medisch adviseur, die daarmee een sterk stroomlijnende functie had. Door de snelle uitbreiding van de staf was deze praktijk niet lang vol te houden. Andere wegen moesten bewandeld worden om het groeiende aantal neuzen dezelfde richting uit te laten wijzen. Dat gebeurde al snel door het schrijven van artikelen en handboeken door de controlerend geneeskundigen. Met de oprichting van een vereniging in 1908 en een eigen tijdschrift in 1916 ontstonden er podia voor vakinhoudelijke discussie. Een gedeelte van deze discussie was gewijd aan de methoden en instrumenten voor de claimbeoordeling. In het navolgende zullen wij nader ingaan op de organisatie van de beroepsgroep en de discussies die in deze kring werden gevoerd.

6.2 *Organisatie*

Vereniging

De organisatie van de verzekeringsgeneeskunde begon met de Internationale congressen over ongevalleneeskunde. In 1905 vond het eerste congres in Luik plaats en in 1909 het tweede congres in Rome. Het derde congres vond in 1912 plaats in Düsseldorf. Met het uitbreken van de eerste wereldoorlog in 1914 werd de serie van internationale congressen voor langere tijd onderbroken. De Nederlandse afvaardiging was betrekkelijk goed vertegenwoordigd tijdens deze congressen. Zo hielden Kooperberg en Van Trooyen namens de Rijksverzekeringsbank en Korteweg namens de Nederlandse regering voordrachten tijdens het tweede congres in Rome in 1909.¹⁵²

Daar de uitvoeringsorganisatie van de Ongevallenwet nogal afweek van die in het buitenland ontstond er al snel behoefte aan een organisatie op nationale schaal. Naar aanleiding van de voorbereidingen op het congres in Rome deed Kooperberg in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* van 21 december 1907 een oproep tot oprichting van een Vereniging voor Ongevalleneeskunde. Op 21 maart 1908 vond

151 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 172.

152 Kooperberg, 'Organisation des Medezinalwesens in Bezug auf das Unfallgesetz in Holland'; Van Trooyen, 'Interpretation des Artikels 22 des Niederländischen Unfallgesetzes'. Voor een verslag van het congres in Rome, zie: Baart de la Faille, 'Het internationale congres voor ongevalleneeskunde te Rome', 1985-1991.

de oprichtingsvergadering plaats in Amsterdam. De hoogleraar Korteweg werd gekozen tot de eerste voorzitter, de controlerend geneeskundige Buning tot secretaris.¹⁵³ De vereniging belegde om het half jaar een algemene vergadering voor de leden, die gewijd was aan voordrachten over de wetsinterpretatie, de claimbeoordeling en de behandeling van ongevallenletsels. De verslagen van de ledenvergaderingen werden gepubliceerd in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en vanaf 1916 in het *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde*. In 1921 besloot de ledenvergadering de naam van de vereniging te veranderen in *Vereniging voor Sociale Geneeskunde*. De aanleiding voor deze naamswijziging was de invoering van de Invaliditeitswet in 1919. De vereniging beschouwde de claimbeoordeling die op grond van de Invaliditeitswet werd uitgevoerd als een onderdeel van het vak.

Korteweg trad in 1917 terug als voorzitter van de vereniging. Waarschijnlijk lag aan het terugtreden zijn voortdurende kritiek op de uitvoering van de Ongevallenwet door de Rijksverzekeringsbank ten grondslag. Kooperberg die kort daarvoor met pensioen was gegaan, volgde Korteweg op. De plotselinge dood van Kooperberg nog in hetzelfde jaar maakte een nieuwe wisseling van het voorzitterschap nodig. De net aangetreden hoogleraar sociale geneeskunde Baart de la Faille nam toen het voorzitterschap op zich.

Tijdschrift

Het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* functioneerde aanvankelijk als het belangrijkste periodiek voor de verzekeringsgeneeskunde. Reeds in 1900 publiceerde de arts J.W. Deknatel aan de hand van studiereizen naar Duitsland en Oostenrijk artikelen over de mogelijke gevolgen van de Ongevallenwet voor de medische beroepsgroep. Na de oprichting van de *Vereniging voor Ongevallengeneeskunde* in 1908 werden de verslagen van de algemene vergaderingen in het *Nederlands Tijdschrift* gepubliceerd. Tegelijkertijd zorgde de controlerend geneeskundige Van Herwerden voor een vaste rubriek met casuïstiek van de claimbeoordeling en de medische behandeling. Ook voor de vele discussies die binnen de beroepsgroep plaatsvond was het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in de beginjaren het belangrijkste medium.

Reeds snel werd duidelijk dat het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* onvoldoende plaats bood om als een volwaardig forum te dienen voor de beoefenaars van de verzekeringsgeneeskunde. Binnen de Rijksverzekeringsbank ontstond het idee om een specialistisch maandblad voor het vak in het leven te roepen. Onder de naam *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* startte het in 1916 als platform voor professionele ontwikkeling en kwaliteit van beroepsuitoefening. De Rijksverzekeringsbank droeg zorg voor de uitgave van het tijdschrift, maar achtte zich niet verantwoordelijk voor de inhoud ervan. De medisch adviseur trad op als hoofdredacteur (achtereenvolgens Kooperberg en Van Eden). Naar aanleiding van de invoering van de Invaliditeitswet

153 'Vereniging tot beoefening der ongevallengeneeskunde. Oprichtingsvergadering gehouden op 21 maart 1908 te Amsterdam', 872, 1044-1045.

veranderde in 1920 de naam in Geneeskundig Tijdschrift Rijksverzekeringsbank.

In het eerste nummer van 1916 formuleerde de hoofdredacteur Kooperberg de doelstelling van het maandblad.¹⁵⁴ In de eerste plaats had het tot doel vraagstukken van sociaal-geneeskundige en van zuiver wetenschappelijke aard te behandelen. Daarnaast had het een taak in het verspreiden van de resultaten van onderzoek, studie en ervaring onder de personen die betrokken waren bij de medische uitvoering van de Ongevallenwet. Kooperberg nodigde zowel de controlerend als de behandelend geneeskundigen uit om hun ervaringen en studie onder de aandacht te brengen van collega's. Daarnaast werd in het maandblad plaats ingeruimd voor ambtelijke mededelingen, zoals het aantal aangiften en de namen van de behandelend geneeskundigen. Ook verschenen er regelmatig oproepen van praktische aard, bijvoorbeeld aan behandelend geneeskundigen om tijdig te declareren.

Leerstoel

Met de oprichting van een eigen vereniging in 1908 ontstond ook de wens om van de ongevallengeneeskunde een aparte wetenschappelijke discipline te maken. Reeds in 1910 werd Van Trooyen benoemd tot privaat docent aan de Universiteit van Amsterdam. Maar een leerstoel voor het vak liet op zich wachten. In 1918 werd de controlerend geneeskundige Baart de la Faille benoemd tot hoogleraar, maar dat was in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht.¹⁵⁵ In 1920 liep een voorstel van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank om een leerstoel ongevallengeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam in te stellen op niets uit. Het College van Bestuur weigerde daaraan mee te werken omdat het vak geen eigen bestaansrecht zou hebben.¹⁵⁶

6.3 *Discussie over de inhoud van het vak*

Zoals gezegd moest het vak min of meer worden uitgevonden, en dat ging niet zonder slag of stoot. Van Eden was van mening dat de verzekeringsgeneeskunde een vak apart was.¹⁵⁷ Dat bleek uit een aantal aspecten. Het was een afgebakend deel van de medische wetenschap, dat zich onder druk van de Ongevallenwet 1901 snel had ontwikkeld. Hij gaf toe dat de nog prille medische discipline veel leemten kende.

Kenmerkend voor de verzekeringsgeneeskunde was volgens Van Eden dat deze onderworpen was aan een niet medisch gegeven, namelijk de Ongevallenwet. De verzekeringsgeneeskunde moest dan ook niet worden gezien als een regulier topografisch, etiologisch of therapeutisch specialisme. Wel bestond volgens hem een sterke

154 Bestuur der Rijksverzekeringsbank, 'Ter inleiding', 1-2.

155 Willems, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', 326.

156 Zie voor het verzoek van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank aan de gemeenteraad van Amsterdam: Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank, 5 (1920), 62-63.

157 Van Eden, 'De beoefening der ongevallengeneeskunde', 3-8; Van Eden, 'Mag de ongevallen-geneeskunde voor zich het recht opeisen om als speciaal vak te worden beschouwd?', 287-292.

wederzijdse afhankelijkheid tussen de verzekeringsgeneeskunde en de andere medische disciplines. Aan de ene kant was de verzekeringsgeneeskunde aangewezen op de andere medische disciplines. Aan de andere kant ging van de verzekeringsgeneeskunde invloed uit op de andere medische disciplines. Zo had de uitvoering van de Ongevallenwet een belangrijke impuls gegeven aan de chirurgie als specialisme met als gevolg dat huisartsen chirurgische ingrepen steeds vaker overlieten aan chirurgen. Daarnaast was binnen de interne geneeskunde meer aandacht gekomen voor de relatie tussen ongeval en inwendige ziekten.

Deze verrijking van de medische wetenschap had weer tot nieuwe inzichten geleid. Zo was het inzicht ontstaan dat anatomisch en functioneel herstel veel meer uiteen liepen dan vroeger was aangenomen. Waren geneeskundigen vroeger eenzijdig gericht geweest op het bewerkstelligen van anatomisch herstel, door de Ongevallenwet was functioneel herstel meer op de voorgrond komen te staan. Men was tot het paradoxale besef gekomen dat geneeskundige behandeling een voorspoedige revalidatie en reïntegratie kon belemmeren. Het gevolg was dat geneeskundigen meer aandacht waren gaan besteden aan de nabehandeling.

Door de Ongevallenwet was ook de relatie tussen de geneeskundige en patiënt sterk veranderd. Van Eden constateerde dat de Ongevallenwet, maar vooral ook de uitvoering ervan door de Rijksverzekeringsbank, de handelingsvrijheid van de behandelend geneeskundigen in aanzienlijke mate hadden ingeperkt. Waren de geneeskundigen vroeger alleen verantwoording verschuldigd geweest aan de publieke opinie en hun eigen geweten, nu dienden zij zich te verantwoorden aan de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank. De patiënt op zijn beurt kon zich sterker laten gelden, aangezien hij door de Ongevallenwet nieuwe rechten had gekregen.

Tot Van Edens verdriet hadden deze ingrijpende veranderingen voornamelijk geen aanleiding gegeven tot een academische vakontwikkeling. In 1916 was slechts een enkele privatdocent op het vakgebied actief (Van Trooijen) en deze kreeg in academische kring weinig gehoor. De instelling van een aparte leerstoel was na jaren een onvervulde wens gebleven. Gelukkig was er nog het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde dat in ieder geval bijdroeg aan het vergroten van het bewustzijn betreffende de materie.

Van Eden's mening werd niet door allen bij de Rijksverzekeringsbank gedeeld. De controlerend geneeskundige Mossel vond dat het vak juist geen afzonderlijke medische discipline was.¹⁵⁸ Volgens hem was zelfs het tegendeel het geval. Het causaal speculeren waar de Ongevallenwet qualitate qua toe uitnodigde was hem een doorn in het oog. De gewone artsenopleiding leverde voldoende kennis en vaardigheden op. Hooguit moest de afgestudeerde arts beschikken over extra kennis van traumatologie en verder over een dosis gezond verstand. Deze discussie over het vak leefde van tijd tot tijd op. Geregeld werd zij gevoed met weergaven van standpunten en discussies in

158 Van Eden, 'Vereeniging voor ongevallen-geneeskunde', 295.

Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland.¹⁵⁹ Veel verder dan het schetsen van deze tegenstellingen kwam men in deze periode niet.

Afgezien van zulke beschouwingen werd er aan het vak gewerkt door gevalsbesprekingen en referaten van onderzoek elders. De literatuur in de besprekingen was in deze periode overwegend Duits, in mindere mate Nederlands en Frans en in zeer geringe mate Engels. Vanaf 1917 hield de geneeskundige binnendienst van de Rijksverzekeringsbank een literatuurklapper bij, die op het hoofdkantoor in Amsterdam te consulteren was.¹⁶⁰ Helaas werd het gebruik van de klapper niet gedocumenteerd. De literatuur had overwegend betrekking op optimale behandeling, werkhervatting, aanpassing aan de handicap en slechts in bescheiden mate op definitieve invaliditeit.

6.4 *Methoden en instrumenten*

In de gevalsbeschrijvingen, die de inhoudelijke vakontwikkeling in sterke mate stuurden, zien we dat de loop van het geval bepaald werd door een argumentatieve volgorde van stellingen. De cliënt had een claim van aanspraken op grond van de wet. De controlerend geneeskundige wees die (gedeeltelijk) af op basis van argumenten die in de rechtspraak geldig waren bevonden. Hierop ging de cliënt in beroep. Hij kwam dan met argumenten ter onderbouwing van zijn stelling en ter afwijzing van die van de Rijksverzekeringsbank. De rechter consulteerde vervolgens een specialist die een argumentatie verzorgde. Daarmee was de erkenning van het juridische kader, waarbinnen de artsen moesten argumenteren, een feit. De argumenten van de artsen waren van tweeërlei aard. In de eerste plaats waren er overwegingen van consistentie en plausibiliteit, redenerend vanuit de claim van de cliënt.¹⁶¹ In de tweede plaats waren er medisch diagnostische argumenten, redenerend vanuit het ziektebeeld.

Het is pas in de latere casuïstiek, en vermoedelijk onder invloed van de speciale agenten, dat nog een derde vorm van redeneren begon te ontstaan: die van de meest passende fit tussen de getroffene en de arbeid. Het feit dat de getroffene gedeeltelijk aan het werk was, waarbij geen verdere verbetering van de arbeidsgeschiktheid te verwachten was, werd aanvaard als reden om een daarbij passend percentage invaliditeit aan te nemen.

Gezien het bijzondere karakter van het vak was er aandacht voor het ontwikkelen van een passend instrumentarium. Om te beginnen werden procedures ontwikkeld voor onderzoek en rapportage.¹⁶²

159 Van Eden, 'De studie der ongevalleneeskunde', 213-218; Van Eden, 'Referaat, Verbetering der geneeskundige studie', 347-349; Niemeijer, 'Boekbespreking E. Pietrzikowski, Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Unfällen und Tuberkilosen', 369-373.

160 'Literatuurklapper Ongevalleneeskunde', 359-360.

161 Zie bijvoorbeeld: Mossel, 'Enkele beschouwingen in betrekking tot de klacht over pijn', 33-41; 77-84; 104-115.

162 Van Eden, 'Schema voor het onderzoek der extremiteiten', 225-233; Vossenaar, 'Naar aanleiding van een eenvoudig meetinstrument', 183-186.

Los van deze procedures zocht men vooral het heil in het bestaand medisch instrumentarium voor het onderbouwen van plausibiliteit en consistentie. Het medische instrumentarium was nog maar kort daarvoor belangrijk verbeterd met mogelijkheden om door de patiënt heen te zien (stethoscoop en röntgenfoto) en dingen waar te nemen die de patiënt zelf niet kon waarnemen (bacteriologie). De nog maar zeer kort bestaande röntgenfotografie was voor het diagnosticeren van bedrijfsongevallen en tuberculose een zeer belangrijk instrument.¹⁶³ Röntgenfoto's hadden een afschrikkende werking op simulatie en vergrootten het gemak om snel een feitelijk document te verkrijgen. Ook leverden röntgenfoto's inzichten op over de restcapaciteit, omdat het maken ervan in die tijd grote inspanningen vergde van de getroffene.

Aan het eind van de hier beschreven periode treffen we een overzichtsartikel aan van de controlerend geneeskundige Mossel over de mogelijkheden en beperkingen van het verzekeringsgeneeskundige onderzoek.¹⁶⁴ Mossel kwam met een methode om pijn in verband met invaliditeit vast te stellen door middel van een argumentatieve claimbeoordeling: 'Bewijs mij dat ik geen pijn heb.' De nadruk in deze beschouwing lag op de vraag hoe men realiteit en ernst van de pijn kon bepalen en plausibiliteit en consistentie kon vinden bij een nauwkeurige anamnese, onderzoek en een goede ongevaldocumentatie.

Mossel ging ervan uit dat pijn was op te sporen, omdat deze gepaard ging met waarneembare uitingsvormen en begeleidende verschijnselen. Hiervoor was het nodig dat de geneeskundige een beschrijving gaf van de pijn, de plaats ervan, de relatie tot het trauma, de kenmerken van een litteken, het tijdsverloop, epidemiologische inzichten van normale ontwikkeling van verschijnselen en reflextestjes. Ook kon de geneeskundige een behandeling voorstellen en bezien hoe de getroffene daarop reageerde. Mossel ging vervolgens (medisch diagnostisch) de te verwachten verschijnselen na bij huidverwonding, kneuzing van weke delen, neuritis, verwonding aan spieren en botten en bij hoofdpijn. Ook niet-organische verklaringen voor pijnverschijnselen besprak hij: temperament bijvoorbeeld. Zones van Head (hyperalgesie) haalde hij aan voor de diagnostiek van inwendige ziekten. Bij voortduren van de klacht zou de geneeskundige consistentie kunnen verwachten tussen gedrag en klacht en ook met de initiële ernst. Als er geen oorzaak kon worden aangewezen dan was ook geen volledige invaliditeit mogelijk en moest worden gewerkt aan geleidelijke werkhervatting. Eventueel kon de werknemer dan eventueel bewijzen dat het werk niet ging. Mossel redeneerde in dit artikel primair individueel argumentatief en secundair diagnoseafhankelijk.

163 Dietz, 'Ongevallen-geneeskunde en röntgenonderzoek', 107-111.

164 Mossel, 'Enkele beschouwingen in betrekking tot de klacht over pijn', 33-41; 77-84; 104-115.

De Ongevallenwet 1901 kwam tot stand na een langdurig maatschappelijk en parlementair debat. Hoewel al snel duidelijk was dat de medische beroepsgroep een belangrijke rol zou gaan spelen in de uitvoering van de Ongevallenwet, hield deze zich vrijwel geheel afzijdig van dit debat. De NMG nam geen standpunten in en liet bovendien na te anticiperen op de komende ontwikkelingen. Alleen de arts Deknatel ging in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* uitgebreid in op de mogelijke consequenties die de Ongevallenwet voor de medische beroepsgroep kon gaan hebben. Dit deed hij aan de hand van de ervaringen met de uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekeringen in Duitsland en Oostenrijk. Zijn bijdrage lokte echter binnen de medische beroepsgroep nauwelijks reacties en discussies uit.

Nadat de Ongevallenwet op 1 juni 1901 werd ingevoerd, liet de wetgever de verdere vormgeving van de uitvoering over aan de eveneens op die datum opgerichte Rijksverzekeringsbank. De keuze om de uitvoeringsorganisatie een bepaalde mate van autonomie te gunnen, maakte de wetgever welbewust. Hij achtte zich namelijk niet in staat om in te spelen op de uiteenlopende omstandigheden die zich in de praktijk van de uitvoering konden voordoen. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank kreeg de opdracht de organisatie en de uitvoering van de claimbeoordeling naar eigen inzicht vorm te geven. Daar het bestuur geen idee had hoe het deze opdracht moest vervullen, besloot het een medisch adviseur in de persoon van de arts Kooperberg te benoemen. Deze bouwde in enkele maanden uit het niets de gehele organisatie van de claimbeoordeling en de medische behandeling op. Hiervoor kon hij slechts in beperkte mate gebruik maken van de reeds uitgewerkte uitvoeringsmodellen uit Duitsland en Oostenrijk, omdat de Ongevallenwet 1901 juist ten aanzien van de medische behandeling en de claimbeoordeling sterk afweek van de ongevallenwetten in die landen. Kooperberg maakte vier keuzes die het Nederlandse systeem tot op de huidige dag uniek maken. Bedacht moet worden dat Kooperberg dat deed tegen een achtergrond van een op stapel staande Ziektewet die alsmaar uitbleef, zodat de Ongevallenwet de Ziektewet verving.

Kooperberg koos ten eerste voor een scheiding tussen medische behandeling en claimbeoordeling. De medische behandeling liet hij over aan de praktiserende medici, apothekers en gezondheidsinstellingen, die geacht werden zich in te schrijven in het register van de Rijksverzekeringsbank. De organisatie van de claimbeoordeling daarentegen hield hij zoveel mogelijk in eigen hand: een tweede bijzondere keus. Met deze aanpak wilde Kooperberg twee vliegen in één klap te slaan. Enerzijds hoopte hij recht te doen aan de door de NMG bepleite scheiding tussen behandeling en controle. Anderzijds zou de Rijksverzekeringsbank zo maximale greep kunnen houden op de toekenning en de verstrekking van uitkeringen. In de praktijk kwam van deze scheiding niet veel terecht. De claimbeoordeling werd met name in de begintijd vaak gecombineerd met andersoortige taken, zoals de medische behandeling en de ver-

zuimbegeleiding. Zo speelden de behandelend geneeskundigen aanvankelijk een belangrijke rol bij de beoordeling van claims voor een tijdelijke uitkering.

Al snel bleek dat Kooperberg onmogelijk alle binnengekomen aangiften van een ongeval persoonlijk kon beoordelen. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besloot dan ook tot een uitbreiding van de staf. Om te beginnen stelde het controlerend geneeskundigen aan, die tezamen de medische buitendienst vormden. De controlerend geneeskundigen hadden tot taak om in een regio die zij toegewezen kregen op eigen initiatief of in opdracht van de medisch adviseur onderzoeken uit te voeren, toezicht te houden op de uitkeringsgerechtigden, en over hun bevindingen te rapporteren. Daarnaast trad in 1905 een administrateur in dienst bij de geneeskundige binnendienst, die tevens plaatsvervangend medisch adviseur werd. Enkele jaren later, in 1909, werd de staf aangevuld met een speciale agent die in het kader van de herbeoordeling van rentetrekking het arbeidsvermogen moest beoordelen de derde unieke keus in de Nederlandse uitvoering. Ondanks al deze uitbreidingen van de staf, konden de medewerkers van de geneeskundige dienst de massaliteit van de claims met moeite aan. Het lijkt erop dat het bestuur de onderbezetting bewust in stand hield, teneinde de regelmatig geuite kritiek vanuit de politiek over geldverspilling door de Rijksverzekeringsbank te kunnen ontzenuwen.

De onderbezetting van de staf bleek een hinderpaal te zijn voor een voorspoedige ontwikkeling van de claimbeoordeling. Het duurde dan ook jaren voordat de uitvoering van de claimbeoordeling een vaste, uitgewerkte vorm begon aan te nemen. De Rijksverzekeringsbank slaagde er pas na 1909 in om op grote schaal rentetrekking te beoordelen op verandering van het arbeidsvermogen. Daarnaast kwam de Rijksverzekeringsbank er pas na 1915 toe om de ongevallenstatistiek medisch te bestuderen en om bij de claimbeoordeling en de medische behandeling aandacht te besteden aan revalidatie en reïntegratie.

Kenmerkend voor de claimbeoordeling in deze periode was dat ieder individueel geval afzonderlijk werd beoordeeld: de vierde unieke keus van Kooperberg. De logica van de beoordeling leek te zijn gelegen in het beperken van de reële schade als gevolg van het ongeval door een passende werkhervatting en bijpassende uitkering. Daarmee zal een sterk accent hebben gelegen op de rol van de getroffene zelf en zijn werkgever. Deze individuele benadering leidde tot een grote beslissruimte bij de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes. De persoonlijke inschatting door de beoordelaar drukte een zwaar stempel op de claimbeoordeling, waarmee automatisch ook het vermogen van de getroffene om de beoordelaar te overtuigen een factor van belang werd. De paradoxale situatie ontstond dat met de Ongevallenwet het recht op een uitkering bij een bedrijfsongeval wettelijk verankerd was geraakt, terwijl de uitvoering van deze wet een willekeur in de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes met zich zou kunnen meebrengen. Uit de literatuur is ons niet gebleken dat dit als een groot probleem werd gezien. Mogelijk werd de logica van deze aanpak goed begrepen.

Het feit dat er een wet werd uitgevoerd door één organisatie met één rechterlijke toetsing legde wel een druk op de eenduidigheid van de uitvoering. Gezien het boven-

staande was dat geen sinecure. De Rijksverzekeringsbank trachtte de willekeur in de claimbeoordeling zoveel mogelijk in de kiem te smoren door de beoordelaars de opdracht te geven te werken aan de hand van afgesproken richtlijnen en jurisprudentie. In de praktijk functioneerden de richtlijnen en de jurisprudentie echter slechts als globale richtsnoer voor de claimbeoordeling. Alleen voor oogletsels bestonden instructies die vrij precies werden nagevolgd. In gevallen van twijfel lieten de beoordelaars het (vaak bewust) aankomen op beroepszaken. De betekenis van de Raden van Beroep en vooral van de Centrale Raad van Beroep voor de claimbeoordeling in deze periode van opbouw kan moeilijk overschat worden. De centrale raad stuurde sterk op de inhoud en spelregels en bepaalde daarmee in vergaande mate de praktijk van de claimbeoordeling. Opmerkelijk daarbij was dat de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep curatieve artsen intensief bij hun oordeelsvorming betrokken, waardoor de medische beroepsgroep via een achterdeur een stevige vinger in de pap kreeg. Daarmee was de uitvoering van de Ongevallenwet zeer sterk een consensusontwikkeling tussen RVB, controleartsen, werknemers en werkgevers (direct in het betreffende geval en indirect door hun rol als lekenrechters), behandelaars en rechters.

Een cruciaal onderdeel van de claimbeoordeling was het aantonen van een verband tussen het ongeval en het letsel. Hiervoor pasten de beoordelaars drie typen van bewijsvoering toe: de chronologische, de epidemiologische en de fysiologische. Bij de chronologische bewijsvoering werd het verband aangenomen door de verschillende activiteiten en handelingen voor, tijdens en na het ongeval in kaart te brengen. Bij de epidemiologische bewijsvoering werd een veel waargenomen relatie als oorzaak aangenomen. Het medische ideaal was de fysiologische bewijsvoering. Het ging er dan om vast te stellen dat een invloed van het soort x een letsel tot gevolg had van het soort y. Hiermee probeerde men door middel van een medische en individueel verklarende redenering de gebeurtenis op de werkvloer te relateren aan het geconstateerde letsel. In de praktijk van de gevalsbeschrijvingen werden deze drie vormen van bewijs door elkaar heen gebruikt.

Was een verband tussen ongeval en letsel aangetoond, dan moest de beoordelaar inschatten in welke mate de getroffene arbeidsongeschikt was. Met name dit onderdeel van de claimbeoordeling bleek in hoge mate arbitrair te zijn, aangezien de persoonlijke afwegingen van de beoordelaar doorslaggevend waren. Globaal gezien vielen de beoordelaars bij het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid terug op twee soorten argumenten. In de eerste plaats waren er sociaal-geneeskundige overwegingen van consistentie en plausibiliteit, redenerend vanuit de claim van de cliënt. In de tweede plaats waren er medisch diagnostische argumenten, redenerend vanuit het ziektebeeld. Beide benaderingen pasten in een juridische argumentatie.

Naarmate de claimbeoordeling een vastere vorm aannam, groeide bij de uitvoerders het bewustzijn dat zij met de beoefening van een speciaal vak bezig waren. Aanvankelijk duiden zij het vak aan met de term 'ongevalleneeskunde'. Met de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 veranderde deze aanduiding in verzekeringsgeneeskunde. Nu liepen de meningen uiteen over de vraag of de verzekeringsgenees-

kunde wel als een apart medisch specialisme beschouwd moest worden. Sommigen vonden van wel. Zij benadrukten de bijzondere kenmerken van het vak. In hun ogen was het bijzonder dat de verzekeringsarts meewerkte aan de uitvoering van een sociale verzekeringswet binnen een administratief en juridisch kader van sturing en kwaliteitsbewaking. Bijzonder was ook dat de arts tegenover de cliënt kwam te staan in plaats van erboven of ernaast. Anderen bestreden het idee van een apart medisch specialisme door erop te wijzen dat de uitoefening van de verzekeringsgeneeskunde nauwelijks bijzondere vaardigheden vereiste. Volgens hen was het vak verzekeringsgeneeskunde juist moeilijk met de andere medische specialismen af te bakenen in termen van materie, relatie met de getroffen en relatie met de beroepsgroep van artsen. Deze discussie over het vak leefde van tijd tot tijd op. Veel verder dan het schetsen van de tegenstellingen kwam men in deze periode niet.

Als we tot slot de balans opmaken; wat waren de belangrijkste resultaten van de Ongevallenwet 1901? In hoofdstuk 1 concludeerden wij reeds dat de Ongevallenwet wat betreft het volume en het verzekeringspakket een aanmerkelijke vooruitgang betekende ten opzichte van het negentiende-eeuwse particuliere verzekeringswezen. Was aan het einde van de negentiende eeuw een schamele veertienrocent van de beroepsbevolking op de een of andere manier verzekerd voor de gevolgen van ziekte en ongeval; na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet in 1903 maakte een kwart van de beroepsbevolking bij een bedrijfsongeval aanspraak op medische zorg en een geldelijke ondersteuning voor de gederfde inkomsten. Hiermee voorkwam de Ongevallenwet dat een aanzienlijk gedeelte van de werknemers bij een ongeval plotseling in armoede verviel en ongezond vroeg het werk moest hervatten. Bovendien leidde de Ongevallenwet tot een forse verbetering van de medische behandeling en de diagnostiek, mede doordat een intercollegiale controle tussen artsen werd ingevoerd.

De Ongevallenwet 1901 had echter ook nadelige gevolgen. De relatief goede uitkeringsvoorwaarden zetten werknemers wel aan tot simulatie, aggravatie en tot roekeloos gedrag ('moral hazards'). De werkgevers op hun beurt konden in de Ongevallenwet een argument vinden om de zorg aan getroffen werknemers te beperken of in het geheel te staken. Bovendien zette de Ongevallenwet werkgevers aan tot risicoselectie. Werkgevers werden onbedoeld beloond met lagere (premie)lasten als zij erin slaagden werknemers met een bovengemiddeld ongevallenrisico uit het bedrijf te weren.

Kijken we specifiek naar de claimbeoordeling, dan kunnen we vaststellen dat op dit onderdeel de discontinuïteit met het negentiende-eeuwse verzekeringswezen het grootste was. Om te beginnen was dat een kwestie van schaal en status. Was in de 19e eeuw de claimbeoordeling een marginaal verschijnsel; met de Ongevallenwet ontstonden veel controleartsen en kreeg zo ongeveer elke arts in Nederland ermee te maken en wel op basis van een wet. Typerend voor de negentiende-eeuwse particuliere verzekeringsorganisaties was verder dat zij bij de claimbeoordeling alleen het lichamelijke letsel in ogenschouw namen, waarmee zij de veranderingen van het arbeidsvermogen over het hoofd zagen. Bij de onderlinge fondsen was bovendien de uitkeringszeker-

heid beperkt, omdat het financiële beheer vaak primitief was en sociale overwegingen een belangrijke rol speelden bij de toekenning van uitkeringen (hoe lag de getroffene in de groep?). De claimbeoordeling van de Rijksverzekeringsbank daarentegen kenmerkte zich door een grote mate van rechtszekerheid en een sterke individuele benadering. Nadrukkelijk werd gelet op de functionele mogelijkheden van de getroffene door de tijd heen. Ook hier echter is een kanttekening op zijn plaats. Zoals eerder aangegeven leidde de individuele benadering van de Rijksverzekeringsbank tot een zekere willekeur in de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes. Het gevolg was dat de rechtszekerheid die met de Ongevallenwet van 1901 ontstond in de uitvoering deels slechts schijn was.

De ervaringen in de periode 1901-1920 leverden veel informatie en inspiratie op voor een bijstelling van de Ongevallenwet in 1921. In het volgende hoofdstuk gaan we nader op deze wetswijziging in, en bekijken we welke gevolgen deze had voor de claimbeoordeling.