

Portret dr. Philip Uri Kooperberg (1849-1917)



De geschiedenis van de sociale verzekeringsgeneeskunde begint in 1901. Toen werd de Ongevallenwet aangenomen ter bescherming van werknemers die door een bedrijfsongeval waren getroffen. Deze wet regelde medische behandeling en uitkering bij arbeidsongeschiktheid. De uitvoering kwam bij een speciaal instituut, de Rijksverzekeringsbank (RVB). Die ging in februari 1902 van start. Een Koninklijk Besluit (14-07-1902) vereiste een medische functie en de RVB stelde in november 1902 haar eerste medisch adviseur aan. Dat werd Philip Kooperberg. De term Medisch

Adviseur was ontleend aan het particulier verzekeringsbedrijf. De wetgever had zich verder niet verdiept in de uitvoering van zijn taak. Omdat de Ongevallenwet op 1 maart 1903 van kracht werd, moest Kooperberg de hoofdlijnen van behandeling en claimbeoordeling in vliegende haast organiseren.

Kooperbergs levensloop in vogelvlucht [IN APART KADER?]

Kooperberg werd in 1849 geboren in Oosterhout in een omvangrijke Joodse familie. Na middelbare scholing volgde hij een studie geneeskunde. In 1873 deed hij artsexamen. Hij deed met speciale toestemming van Thorbecke doctoraal examen omdat dit eigenlijk een gymnasiumdiploma vereiste. Hij promoveerde in 1879 op casuïstiek van ruggewervelfracturen. Hij huwde Geertruida Warendorf en ze kregen drie kinderen. Kooperberg was elf jaar huisarts in Oosterhout. In 1884 werd hij medisch superintendant (directeur) van het stedelijk Ziekenhuis te Leeuwarden. Hij voelde zich sterk bij die stad betrokken en publiceerde er in 1888 voor een prijsvraag een geneeskundige plaatsbeschrijving van, welke met goud werd bekroond. Deze publicatie stond in de traditie van de hygiënisten, artsen die in de tweede helft van de 19e eeuw ijverden voor betere sanitaire voorzieningen omwille van de volksgezondheid. In 1899 verhuisde hij naar 's-Gravenhage waar hij zich verder toelegde op de hygiëne en een rapport publiceerde over "Een gemeentelijke Gezondheidsdienst voor 's-Gravenhage". Van 1902 tot zijn pensionering in 1915 werkte hij bij de RVB. Hij voelde zich door zijn pensionering financieel benadeeld en wendde zich voor genoegdoening met een adres tot de Tweede Kamer, maar zonder succes. Hij ging gratis medische zorg verlenen aan kinderen van het Joods Weeshuis in zijn woonplaats 's-Gravenhage. Na 'een korte ongesteldheid' overleed hij in 1917.

De organisatie van de medische uitvoering

Als gezegd werd Kooperberg in november 1902 medisch adviseur van de RVB. Net als de wetgever toonden de Nederlandse artsen weinig interesse voor de uitvoering van de wet. En het bestuur van de RVB schoof de gedachtevorming daarover voor zich uit tot de medisch adviseur was benoemd. Kooperberg had dus erg weinig richting gekregen en hij had maar drie maanden de tijd om de behandeling van slachtoffers van een bedrijfsongeval en de beoordeling van hun arbeidsongeschiktheid te organiseren. Om zich te oriënteren reisde Kooperberg in december 1902 naar Duitsland en Oostenrijk, waar soortgelijke wetgeving al werd uitgevoerd. Eind december 1902 presenteerde hij zijn plannen aan het bestuur van de RVB. Per maart 1903 kreeg hij ondersteuning van vijf controlerend geneeskundigen die verspreid in het land hun werk deden. In latere jaren groeide de medische staf verder omdat het werkaanbod de verwachtingen ver overtrof. De werklust groeide, enerzijds door toename van de bekendheid met de Ongevallenwet, anderzijds door groei van de verzekerde populatie en een tot dan toe latent gebleven behoefte. Na enkele uitspraken van de Centrale Raad van Beroep werd het bovendien noodzakelijk om in sommige gevallen de arbeidsongeschiktheid te herbeoordelen, wat nog meer werk met zich meebracht. In 1903 nam het bestuur 38000 beslissingen en in 1904 al 49000. Dit betrof bijvoorbeeld toestemming voor opname in een ziekenhuis, te verwachten duur van arbeidsongeschiktheid of wenselijkheid van een obductie. Alle beslissingen met een medisch aspect gingen door Kooperbergs handen.

Kooperbergs eerste zorg was de behandeling, die landelijk beschikbaar moest zijn. De regering had al besloten dat een volledig vrije keus van artsen ongewenst was aangezien er, aldus Deknatel, '*onder het groot aantal artsen ook minderwaardige elementen voorkomen*'. Eigen artsen in dienst nemen (en apothekers, ziekenhuizen enz.) was haalbaar noch gewenst. Kooperberg stelde een lijst met artsen en instellingen op, die inschrijving bij de RVB konden krijgen voor de behandeling van ongevalsletels. Zij werden betaald volgens het tarief van de RVB voor 80 verschillende behandelingen. De ingeschreven behandelende artsen moesten zich met aanvraagformulieren en

formulieren over het beloop van een behandeling bij de RVB verantwoorden. Dit schudde de artsenstand wakker. In de woorden van Kooperberg:

“Kon men voorheen volstaan met een voorname teruggetrokkenheid, met een zekere schuchterheid tegenover alles, wat dienen moest of er toe leiden kon, om hem uit zijn tent naar het terrein der openbaarheid te lokken,- was het voldoende, dat tot ziekenkamers, studeervertrek en laboratorium zijn dagelijksche werkzaamheden beperkten, geheel anders is het tegenwoordig, nu het maatschappelijke leven aan zijn kennen en kunnen heel wat andere eischen is gaan stellen, die hij niet kan ontgaan, wil hij zich op de plaats, welke hem wegens zijn overigens voortreffelijke hoedanigheden en eigenschappen toekomt, blijven handhaven”

Artsen voelden dat hun autonomie werd beknot met regels maar daar stond gegarandeerde betaling van ongevalsletsels tegenover. Voor ziektekosten waren namelijk maar weinig mensen adequaat verzekerd. Bijzonder ongemakkelijk was de bevoegdheid van de RVB om in te grijpen in de behandeling als deze volgens de controlerend geneesheer onvoldoende effectief of zelfs obsoleet was. Een en ander vergde veel overleg en onderhandeling met de Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en ook met lokale afdelingen die sowieso ongelukkig waren met standaardisering omdat ze tot dan toe een volledig vrij beroep hadden. De hele gang van zaken leidde tot protesten en zelfs tot opstand: ‘oneerlijke concurrentie’, ‘ondermijning vrije artsenkeuze’, ‘medisch geheim’, ‘ziekenbriefjes’, ‘te lage tarieven’. Kooperberg zal veel voor overleg op pad zijn geweest en zal zich als gezicht van de RVB ook vaak als een Kop van Jut gevoeld hebben.

Kwaliteit van de uitvoering

Bij de behandeling en beoordeling van ongevalsslachtoffers konden vrijwel alle artsen van Nederland betrokken raken. Het zal Kooperberg snel duidelijk zijn geworden dat hij niet kon verwachten dat artsen (ook de controlerend geneeskundigen) hun nieuwe taken automatisch op vergelijkbare manieren zouden invullen. Daarom richtte Kooperberg in 1908 de Vereeniging tot beoefening der Ongevallengeneeskunde op. Hij stelde daarbij meteen een principiële vraag. Was de claimbeoordeling wel een taak voor dokters? Kooperberg:

“Velen meenen, dat dit niet op den weg van den geneeskundige ligt; doch ik wil gevraagd hebben, zou de geneeskundige liever zien, dat bijv. de werkgever zich een oordeel aan matigt over de geneeskundige verhoudingen, liever dan dat hij zelf, met geneeskundige kennis toegerust, zich de moeite en oefening getroost om van het veel minder ingewikkelde werkgeversbedrijf zich eenig denkbeeld eigen te maken en dit op den toestand van zijn patiënt over te brengen? Er zijn er ook, die meenen, dat het schatten van de mate van ongeschiktheid niet mogelijk is, omdat men hier niet met wiskundige gegevens te doen heeft, en inderdaad, het geldt hier dikwijls een zaak van appreciatie; doch oefening en goede wil, ervaring leerde het hier te lande ook reeds, kan hier vele bezwaren overwinnen”

De wetgever had de beoordeling kennelijk als een vanzelfsprekende deskundigheid van artsen gezien en zich niet bekommerd om vragen over hoe die artsen dat moesten doen. De claimbeoordeling zelf hield Kooperberg strikt in eigen hand, ongetwijfeld in overleg met het bestuur van de RVB en de eerste controlerend geneeskundigen. Zo kon de ‘scheiding van behandeling en controle’ worden gegarandeerd en zo kon de RVB ook grip houden op de toekenningen en afwijzingen en in eigen huis kennis en ervaring opbouwen over verband tussen ongevallen en arbeidsongeschiktheid, over het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid, over het beloop van aandoeningen en over de meest geschikte behandeling. In 1909 stelde hij de eerste speciale agent aan, de arbeidsdeskundige avant la lettre, die de werk-kant van arbeidsongeschiktheid moest beoordelen.

In Duitsland gebruikte men tabellen van mate van arbeidsongeschiktheid bij bepaalde letsels. Kooperberg overwoog of dit de claimbeoordeling gelijkjer en objectiever zou maken. Hij vroeg in 1908 het Nederlands Oogheeskundig Gezelschap naar de mate van arbeidsongeschiktheid bij éénogigheid. Een commissie van het NOG concludeerde in 1910 dat 30% ongeschiktheid in de eerste twee jaar en daarna 10-20% redelijk was. Kooperberg nam die percentages over, maar er werd nog vele jaren over gestreden, in jurisprudentie en tussen controlerend geneesheren. Het beroep van de getroffene maakte namelijk veel uit voor de schade die hij ondervond en zo ook de toestand van het andere oog. Kooperberg zag af van een lijst van stoornissen op andere terreinen. De werkelijkheid voor het individu bleek daar toch moeilijk mee te vatten. Zo een lijst zou ook niet goed gepast hebben bij het criterium in de wet dat arbeidsongeschiktheid waardeert en geen gestoorde anatomie of functie.

In 1911 schreef Kooperberg met Heijermans over het onderscheid tussen beroepsziekte en bedrijfsongeval, dat vaak moeilijk te maken bleek.

“Een arbeider die doof wordt tengevolge van een hevige ontploffing, krijgt geldelijke schadeloosstelling, maar deze wordt hem geweigerd wanneer de doofheid een gevolg is van den arbeid in de ketelmakerij”

Dit leidde begrijpelijkerwijs tot gevoelens van onmacht. Maar volgens de wet moest het zo. Kooperberg, en met hem veel andere artsen, stoorde zich aan deze onrechtvaardigheid.

De door Kooperberg opgerichte Vereeniging tot beoefening der Ongevallengeneeskunde was enigermate ingezakt en in 1916 nam hij het voorzitterschap op zich. Hij wilde een nieuw elan inbrengen. Door zijn overlijden in 1917 heeft hij dat niet meer kunnen realiseren.

De nalatenschap van Kooperberg

In verschillende ‘in memoriams’ komt Kooperberg naar voren als een zeer harde werker. Gelet op al wat Kooperberg tot stand heeft gebracht staat wel vast dat hij zeer veel tijd en energie heeft gestoken in zijn rol als wegbereider van de publieke verzekeringsgeneeskunde. Bestuurslid Berdenis van Berlekom memoreerde in 1917 waarschijnlijk terecht dat het onvermoeibare buffelen van Kooperberg heeft voorkomen dat de bank in 1903 meteen vastliep.

Meer dan een eeuw later zien we arbeidsongeschiktheid in navolging van Kooperberg als een individueel sociaal medisch fenomeen dat door gespecialiseerde artsen beoordeeld wordt, gericht op mogelijkheden om te functioneren en op schatting van verlies van inkomen door een arbeidsdeskundige.