



Foto collectie Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland

Jan Willem Deknatel, 1866-1942

Vanaf 1892 werd duidelijk dat de overheid sociale wetgeving voorbereidde met daarin grote medische elementen: op de rol stonden een Ongevallenwet en vervolgens een Invaliditeitswet én een regeling voor verzekering van kosten voor behandeling en uitkering bij ziekte. De regering bestudeerde ervaringen in het buitenland en ontwikkelde ideeën over financiële compensatie bij ziekte, invaliditeit of ongeval en de geneeskundige behandeling die in zulke gevallen gewenst zou zijn. In alle gevallen, zoveel was wel duidelijk, zou de inzet van artsen een noodzakelijke voorwaarde zijn. De artsen werden echter vrijwel niet betrokken bij de voorbereiding van de wet en de artsen uitten zich ook zeer beperkt. Ze kwamen pas echt in beweging toen de consequenties van de wet duidelijk werden. De arts Jan Willem Deknatel was daarop de grote uitzondering.

Deknatel's levensloop in vogelvlucht.

Deknatel werd in Amsterdam geboren op 23 oktober 1866. Hij deed er de 5 jarige Hogere Burgerschool en studeerde er geneeskunde van 1883 tot 1889. Hij huwde Hendrika Rodenhuis in augustus 1893; het echtpaar kreeg drie kinderen. Deknatel legde zich na zijn afstuderen toe op psychiatrie en criminologie in Utrecht en München en zag zichzelf als zenuwarts (de NMG erkenning van specialismen werd pas in de jaren '30 ingevoerd). Van 1889 tot 1911 was hij militair geneeskundig officier, uiteindelijk met de rang van Dirigerend Officier van Gezondheid 1e klasse. Hij was medeoprichter van de Militaire Geneeskundige Vereeniging in 1894 en van het Militair Geneeskundig Tijdschrift in 1896. Het eerste artikel daarin was van de hand van Deknatel en behandelde het voorkomen van hysterie in het leger en de invaliditeit die deze veroorzaakte. Naast zijn werk als militair arts was hij van 1898 tot 1901 vaste medewerker van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) en van 1905-1909 lid van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij Geneeskunst (NMG). In 1900 onderzocht hij voor het NTvG de sociale verzekering in onder andere Duitsland. Vanaf 1893 publiceerde hij over sociaal-medische vraagstukken (het voorkómen van tuberculose, het hygiënisch omgaan met melk, hygiëne bij werkloosheid en andere). Ook publiceerde hij in het NTvG over neuroanatomie en hysterische functiestoornissen. Tussen 1900 en 1910 hield hij zich bezig met onderwerpen in de criminologie en nam hij deel aan internationale congressen over dat thema, in Boedapest, Berlijn, Milaan en Amsterdam. Van het crimineel-antropologisch congres in Amsterdam in 1901 deed hij uitgebreid verslag, onder andere over het debat over het wel of niet ziekelijk zijn van homoseksueliteit en over de erfelijkheid van crimineel gedrag. Aan de Nederlandsche Juristen Vereeniging en in de zaak van de Katwijkse Gekkenlogger (1915) adviseerde hij over toerekeningsvatbaarheid. In 1911 werd Deknatel directeur en eerste geneesheer van de nieuw opgerichte Bijzondere Strafgedevangenis in Den Haag, welke onder meer bedoeld was voor onderzoek naar krankzinnigheid bij criminelen. In 1920 werd hij geneeskundig inspecteur bij de Raad voor de Arbeid (eerst in Den Haag, later Leiden en Delft) tot 1936. Bij zijn afscheid van het leger in 1910 werd hij benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje Nassau en in 1926 Officier. Deknatel overleed in 1942 op 75 jarige leeftijd.

De rol van medici binnen de sociale wetgeving

Het belang van Deknatel voor de verzekeringsgeneeskunde dateert van het jaar 1900: toen ging hij op verzoek van het NTvG naar Duitsland om de uitvoering van de sociale verzekeringswetten te bestuderen. Hij schreef vijf artikelen over zijn ervaringen. Hij voorzag scherp de verandering van positie die artsen zouden krijgen als er aanspraken konden worden gedaan op uitkering en behandeling:

“Geheimzinnigheid is niet langer het karakter van onze wetenschap; het priesterlijke in de uitoefening van het beroep gaat meer en meer verloren.”

Hij was overwegend enthousiast over de Duitse aanpak. De behandeling van mensen die door een ongeval waren getroffen was evident verbeterd en late gevolgen traden veel minder op. Van grote waarde vond hij de serieuze, wetenschappelijk gesteunde aanpak (vier tijdschriften en tien handboeken) en de humane uitvoering. Deknatel liet aan de hand van verscheidene ziektebeelden zien dat de medische beoordeling in veel gevallen verre van eenvoudig was. Zo waren Duitse artsen over de traumaneurosen heel anders gaan denken en dat zou in Nederland ook gaan gebeuren. De honorering van de artsen die de zieken uit de sociale verzekering verplicht moesten behandelen vond hij in Duitsland echter slecht geregeld. De fondsen waren in staat bij de artsen zeer lage tarieven af te dwingen en deden dat ook. De artsenstand was zodoende in economisch opzicht en daarmee in aanzien fors achteruit gegaan. En het aanzien was essentieel voor goed medisch functioneren. Deknatel wees bij herhaling op dat risico.

Hij constateerde met zorg dat de Nederlandse plannen over de uitvoering waren in 1900 nog erg vaag waren. Hij hoopte maar dat er dan tenminste ruimte zou zijn voor ontwikkeling van de uitvoering in de praktijk. Maar dat de medische inbreng op geen enkele manier in de wet was geregeld vond Deknatel onbegrijpelijk:

“Het is après Coup nauwelijks te gelooven, dat bij de behandeling der ongevallenwet bijna geen woord over de organisatie van den geneeskundigen dienst is gesproken. Het had toch voor de hand gelegen, dat bv. de Directie der Rijksverzekeringsbank had moeten bestaan uit een jurist, een ingenieur en een medicus.”

Deknatel vond ook dat preventie van ongevallen wel degelijk een zaak voor de Ongevallenwet zou moeten zijn. Dat was in Duitsland duidelijk gebleken, maar de Nederlandse minister vertrouwde op het bedrijfsleven: dat zou door de premie voor de Ongevallenwet vanzelf moeite doen om ongevallen te voorkomen. Deknatel vond verder de samenhang in de sociale verzekering essentieel: vergoeding van ziektekosten, uitkering bij ziekte, uitkering wegens invaliditeit en uitkering wegens bedrijfsongevallen moesten naadloos op elkaar aansluiten. Bij de opbouw van sociale verzekering zou volgens Deknatel ook die volgorde moeten worden aangehouden. Maar de volgorde in Nederland werd uiteindelijk precies andersom: het politieke krachtenveld leidde tot compromissen en vertraagde veel wetgeving zodat de regering deed wat ze mogelijk achtte, maar zeker niet wat Deknatel (en anderen) wenselijk achtten.

De invoering van de sociale wetgeving

In 1901 werd de Ongevallenwet aangenomen. Die voorzag in recht op behandeling en uitkering voor de gevolgen van een ongeval. De Rijksverzekeringsbank (RVB) werd opgericht om die wet uit te gaan voeren, waaronder het beoordelen van claims en het toezien op behandeling. Dat vergde een medische dienst waarvoor Kooperberg de contouren legde (zie zijn portret in deze reeks). In 1903 besprak Deknatel de keuzes van de regering voor het systeem van de medische dienst van de RVB. Hij vond de uiteindelijke keuzes (vergoeding van behandeling per verrichting, een smalle taak van de controlerend geneeskundige) zeker niet ideaal, maar te verdedigen.

Een uitkering wegens inkomstenderving voor zieke werknemers en vergoeding van hun behandeling stond wel op de politieke agenda. In 1904 lekte het wetsontwerp uit en Deknatel gebruikte dat om te pleiten voor regionale ziekenfondsen. In 1909 schreef hij mee aan een rapport over sociale wetgeving voor de Bond van Vrije Liberalen, een voorloper van de VVD. Hij toonde zich wederom een denker vanuit een systeem en zijn overwegingen doen in onze ogen modern aan. De versplintering van de Duitse ziekteverzekering over lokale ziekenfondsen, bedrijfsverenigingen en territoriale ongevallen- en invaliditeitsverzekering vond hij ondoelmatig. De elementen van zorg en uitkering zouden regionaal georganiseerd moeten worden met een RVB-kantoor en één controlerend geneeskundige

per 100.000 inwoners. De controlerend geneeskundige zou zich in die constructie ook moeten richten op de volksgezondheid. Ongeschiktheid zou moeten worden beoordeeld los van de oorzaak en gericht op werkhervatting en aanvullende uitkering. Het criterium van de latere Invaliditeitswet, dat behandeling alleen vergoed werd als deze dreigende invaliditeit zou afwenden, vond Deknatel afbreuk doen aan de geneeskundige behandeling in het algemeen. Behandeling zou beschikbaar moeten zijn voor de gehele bevolking, niet alleen de werknemers. De premie voor de behandeling zou naar draagkracht van de verzekerden moeten worden geheven en de artsen zouden met een abonnement per verzekerde moeten worden gehonoreerd. De plannen van de regering gingen destijds wel uit naar een combinatie van vergoeding van behandeling en loonvervangende uitkering. Maar de uiteindelijk in 1930 pas ingevoerde Ziektewet beperkte zich tot uitkering, en de uitvoering werd versnipperd over organisaties, gestuurd door de belangen van het maatschappelijk middenveld. Voor Deknatel zou zo'n beperkte Ziektewet garantie van goede behandeling vereisen:

“In de eerste plaats zou het moeten komen tot een wet op ‘erkende ziekenfondsen’ tot doel hebbend geneeskundige behandeling en wat daarbij behoort van verzekerden en hun gezinnen.”

Maar een algemene ziekenfondswet werd pas in 1941 ingevoerd, door de Duitse bezetter.

Deknatel was van 1920 tot zijn pensionering in 1936 Geneeskundig Inspecteur bij de Raad van Arbeid. Daarmee kwam hij terug op het veld waarover hij 20 jaar eerder studie verrichtte. Als zodanig kreeg hij te maken met de praktijk van de uitvoering van de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet. In die tijd werkte hij ook mee aan de voorbereiding van de definitieve versie van de Ziektewet. Hij hoopte dat met de Ziektewet ook aan preventie van ziekte zou kunnen worden gedaan. Maar ook daarin werd hij teleurgesteld.

De betekenis van Deknatel

Via de heraut Deknatel was de medische beroepsgroep in 1900 enigermate voorbereid op de grote verandering die op til was. De NMG en medisch adviseur Kooperberg gebruikten de inzichten die Deknatel had gepubliceerd. Met zijn inzichten over een wenselijk stelsel was Deknatel zijn tijd ver vooruit. Over de uitvoerbaarheid en betaalbaarheid maakte hij zich geen grote zorgen en de ongewenste effecten zouden volgens hem wel meevallen. Maar al zijn publicaties over de gewenste inrichting van de sociale verzekering en de zeer beperkte effecten daarvan illustreren dat de politieke logica van macht en instituties de medische logica over gevolgen van schade aan de mens, lang niet altijd volgt. Het onderscheid tussen ongeval en ziekte werd pas in 1967 opgeheven; wat al door Deknatel en later veel andere artsen was bepleit. Geneeskundige behandeling en uitkering bij arbeidsongeschiktheid zijn niet aan elkaar gekoppeld en preventie is nog steeds een stiefkindje. Ook Deknatels verbazing over de geringe belangstelling van de wetgever voor de uitvoering van wetten klinkt nog steeds actueel.