



Foto collectie Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland

Derk Brocx (1867-1932)

Context

Brocx was controlerend geneesheer voor de uitvoering van de Ongevallenwet (1903) en de Invaliditeitswet (1919). Deze wetten voorzagen in vergoeding voor kosten van medische behandeling en in uitkering vanwege verlies van inkomen door arbeidsongeschiktheid. De uitvoering door de Rijksverzekeringsbank (RVB) en Raden van de Arbeid vergde beoordeling van claims van getroffen en. De claimbeoordeling van arbeidsongeschiktheid was een nieuwe taak voor artsen. De eerste medisch adviseurs van de RVB probeerden die beoordeling inhoudelijk gestalte te geven. Brocx leverde daar een belangrijke bijdrage aan vanuit zijn praktijkervaring als controlerend geneesheer, maar hij publiceerde ook vakliteratuur uit omringende landen, waar al langer ervaring met soortgelijke wetgeving was opgedaan.

Levensloop

Brocx (19.4.1867 - 8.5.1932) werd in Delft geboren als jongste van vier kinderen van Guillaume Leonard Brocx (1813-1881) en Johanna Martina Josina Rikste van den Oosterkamp (1828-1899). Het was het tweede huwelijk van zijn vader die uit het eerste negen kinderen had. Derk was dus het dertiende kind van zijn vader, op dat moment gepensioneerd Oost-Indisch ambtenaar, tevens leraar landmeten en waterpassen. Vader was militair in Nederlands Indië geweest, landmeter, ingenieur, en ook voorganger van de Nederlands Hervormde kerk in Delft. Derk volgde lager en meer uitgebreid lager onderwijs, daarna Gymnasium en HBS en in 1886 ging hij in Leiden geneeskunde studeren. In 1894 slaagde hij voor zijn artsexamen en hij begon als waarnemend huisarts te Maassluis, zeven maanden. Daarna was hij tot 1906 gemeentelijk geneesheer te Voorst en vervolgens trad hij in dienst bij de RVB als controlerend geneesheer. Hij huwde Johanna Maria Petronella Maas (1872 -1940) met wie hij twee kinderen kreeg. Brocx stond bekend als een veelschrijver en gezellige 'causeur', die met zijn aanstekelijke lach vaak in het middelpunt van de belangstelling stond.

Maatschappelijke functies.

Brocx was een zeer actief en veelzijdig man, zoals blijkt uit zijn talloze maatschappelijke functies, veelal op het raakvlak met de gezondheidszorg. Voor de Liberale Unie (een niet meer bestaande gematigd progressieve partij) was hij gemeenteraadslid in Voorst, lid van de Provinciale Staten Gelderland en kandidaat lid van de Tweede Kamer. In augustus 1914 leidde hij de activiteiten van het Rode Kruis Maastricht bij de opvang van oorlogsslachtoffers en vluchtelingen uit België. Hij beperkte zich daarbij niet tot leidinggeven: hij haalde een keer in vliegende vaart een achtergebleven kind uit een brandend dorp even over de grens. Als oprichter en voorzitter van de vereniging van ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank en van de Ambtenaren Organisatie binnen de NMG werkte hij aan de eenheid in de beroepsgroep. Met de commissie Sikkel adviseerde hij over de oprichting van een geneeskundige Rijksdienst. Toen hij in Den Haag ging werken richtte hij daar een afdeling van de vereniging Arbeid voor Onvolwaardigen (AVO) op. Deze vereniging streefde naar betere mogelijkheden voor blinden, zwakzinnigen en andere gehandicapten om aan het arbeidsproces deel te nemen, een streven dat hem na aan het hart lag. Daarbij paste ook zijn betrokkenheid bij de heilgymnastiek en de mechanotherapie, voorlopers van de fysiotherapie. Hij was provinciaal vertegenwoordiger van het Oranje Kruis en actief in de vereniging voor het Reddingswezen. Hij was secretaris van het Internationaal Comité Ongevalsegeneeskunde dat in 1925 een congres in Amsterdam organiseerde. Op 31 augustus 1929 – destijds Koninginnedag - werd hij gelauwerd als Officier in de orde van Oranje Nassau.. Hij publiceerde in de vakpers maar ook in het dagblad 'Het Vaderland', dat gelieerd was aan de

Liberale Unie. Hij was net benoemd als redacteur voor het Tijdschrift van Sociale Geneeskunde en kandidaat voor het redacteurschap van het NTvG toen hij in 1932 vrij plotseling op 65-jarige leeftijd stierf, vlak voor zijn pensionering.

Werk in de verzekeringsgeneeskunde.

Brocx begon zijn werkzaamheden voor de Ongevallenwet in 1906 als controlerend geneesheer in Roermond bij de RVB. Hij bleef zijn verdere leven werkzaam bij deze instelling, vanaf 1909 in Maastricht, vanaf 1920 in Amsterdam en van 1927 in 's-Gravenhage tot zijn overlijden in 1932, vlak voor zijn pensionering. Hij schreef meer dan 130 artikelen over verzekeringsgeneeskunde, een term die hij vanaf 1920 gemeengoed maakte met de rubriek Staatsverzekeringsgeneeskunde in het NTvG. Na de invoering van de Invaliditeitswet voldeed de term 'ongevallengeneeskunde' namelijk niet meer om het werk van de uitvoerend artsen te kwalificeren.. Belangrijke en steeds terugkerende onderwerpen waren wetgeving, jurisprudentie, causaliteit, claimbeoordeling, het vak van de verzekeringsarts, scheiding van behandeling en controle, de rol van de fabrieksarts (de voorloper van de bedrijfsarts) en schaduwkanten van sociale wetgeving. Op die onderwerpen gaan we wat nader in; ze zijn nog steeds actueel.

a) Wet en jurisprudentie

Brocx zag zichzelf als dienaar van de wetsuitvoering en zag de wet en de jurisprudentie als onaantastbaar gezag. De meeste van zijn artikelen hebben betrekking op (voorgenomen) wetgeving en jurisprudentie aan de hand van casuïstiek. Hij liet blijken wat hij wel en niet humaan, verstandig en uitvoerbaar vond. Dergelijke besprekingen in de algemene medische pers zijn helaas na hem uitzonderlijk geworden. Dat is jammer omdat vrijwel iedere behandelend arts in zijn spreekkamer met de gevolgen van sociale wetgeving te maken krijgt.

b) Causaliteit

De causaliteit - wat is ongevalsgevolg en wat niet- speelde een grote rol bij de uitvoering van de Ongevallenwet. Bijvoorbeeld was het de vraag in hoeverre diabetes, tuberculose of zelfs sarcoom door een ongeval geactiveerd konden worden. Brocx probeerde hier duidelijkheid over te geven door veelal Duitse onderzoeken en jurisprudentie over dit vraagstuk aan te halen. Vaak kwam de wetenschap niet verder dan de algemene conclusie dat een causaal verband mogelijk was. Brocx formuleerde dan zelf aanbevelingen voor de bewijsvoering in concrete casuïstiek. Bijvoorbeeld moest voor een oorzakelijk verband tussen inwendige ziekte en ongeval zijns inziens: 1) het ongeval beduidend zijn en er niet later bijgesleept; 2) onderzoek gedaan worden naar mogelijke andere exogene oorzaken. 3) de aard van de stoornissen passen bij ontstaan en verloop van de ziekte; 4) geen groot gewicht toegekend worden aan een voorheen goede gezondheid; 5) het bewijs geleverd worden voor dit ene individuele geval; 6) a priori aannemen of verwerpen van een oorzakelijk verband bij de kennis van dat moment niet mogelijk zijn. De causaliteit bleef een heikel punt en voorwerp van uitvoerige discussies. Brocx publiceerde in 1927 het berucht geworden voorbeeld van een jongen die over de drempel van zijn voordeur op straat viel (verzekerd, op weg naar werk) en daarbij letsel opliep maar blijkens een uitspraak van de CRvB toch geen recht op uitkering had omdat hij in huis (niet verzekerd) gestruikeld was. Pas met de invoering van de WAO in 1967 leek er een eind te komen aan de vaak arbitrair te beantwoorden causaliteitsvraag. Maar in de discussie over het 'als rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte' keerde deze in de jaren 90 van de vorige eeuw in andere vorm toch weer terug. In de letselschade is die vraag nooit weg geweest, net als in de discussie over beroepsziekte.

c) Claimbeoordeling

Brocx noemde het verrichten van claimbeoordeling 'controle' en betreurde het dat de wetgever daar geen verdere invulling aan had gegeven. De claimbeoordeling vond hij moeilijk vanwege de menselijke neiging ergens munt uit te slaan. De beoordeling moest een strikt individueel karakter hebben waarbij het ook draaide om handigheid, intelligentie, karakter, persoonlijkheid en geestesgesteldheid van de getroffene. Brocx was verklaard tegenstander van het verbinden van percentages ongeschiktheid aan bepaalde afwijkingen: *'De wet verzekert niet het letsel; niet een arm of knie zijn verzekerd, maar de gehele mensch'*. Zo maakte hij bezwaar tegen de gewoonte bij het verlies van een oog een blijvend percentage toe te kennen. Hij erkende dat éénogigen blijvend beperkt konden zijn door verlies van gezichtsveld, maar bijna altijd konden zij hun werk volledig hervatten en hadden dan dus geen recht op uitkering. Hierover kruiste hij de degens met tal van deskundigen en ook met zijn eigen baas, de medisch adviseur van de RVB. Evenzeer kantte hij zich tegen het schijnbaar vereenvoudigen van de claimbeoordeling met behulp van lijstjes aandoeningen, die automatisch aanspraak op uitkering zouden moeten geven. Deze suggestie dook op in jurisprudentie en wetsvoorstellen. Onvermoeibaar droeg Brocx voorbeelden aan waaruit bleek dat aandoeningen ook uit andere oorzaken dan een ongeval zouden kunnen voortvloeien of dat mensen er best mee zouden kunnen functioneren. Het inzicht dat de beoordeling ook draait om mogelijkheden en niet alleen om beperkingen werd in de afgelopen honderd jaar keer op keer herhaald. De behoefte de claimbeoordeling te versimpelen met lijstjes van ziektebeelden keerde bv. een kleine eeuw later weer terug in de discussie over de WIA.

d) Kerntaken beoordelend arts.

Brocx vond dat de taak van de controlerend geneesheer vooral was om toezicht te houden op de behandeling, werkhervatting te adviseren en op aggravatatie en simulatie te letten. Dit werk moest in de praktijk geleerd worden; het had geen wetenschappelijk karakter. In de woorden van Brocx:

'Is deze schatting geneeskundig werk? Zeer zeker niet'. 'De uiteindelijke schatting is de resultante van tegenover elkaar stellen van anatomische en functionele afwijkingen en de eischen die iedere arbeid stelt. De geneesheer kan de lichamelijke en geestelijke toestand beoordelen, de technicus de arbeidseischen. Voor de schatting verdient de geneesheer de voorkeur, er is geen technicus die alle arbeidseischen kent, maar de geneeskundige kan ieder functieverlies beoordelen. Daarbij is de technicus raadgever, het technische aspect moet niet overheersen omdat de persoonlijkheid van de patiënt dan teveel op de achtergrond komt.'

De vraag waarom een arts de beoordeling moest doen werd en wordt soms gesteld, bijvoorbeeld in verband met problemen in de uitvoering. Onlangs stelde de scheidende voorzitter van UWV dat de beoordeling ook wel door niet-artsen kon worden gedaan.

Brocx attendeerde ook op de nadelen van - vooral herhaalde - claimbeoordeling. Dat kon teveel accent leggen op ziekte en afwijkingen, wat tot overschatting van de stoornis zou kunnen leiden. De controlerend geneesheer moest altijd opgewekt optreden om de getroffene moed in te praten en zich niet blind te laten staren op ziekte en onvermogen.

e) Opleiding

Aangaande de opleiding van verzekeringsartsen citeerde Brocx Duitse literatuur waarin ongevalskunde, psychologie, interne geneeskunde, psychiatrie, wetgeving en rechtspraak als hoofdvakken voor de verzekeringsgeneeskunde geadviseerd werden. Met deze selectie schetste Brocx de contouren van het vak van de controlerend geneeskundige, de latere verzekeringsgeneeskundige.

f) Scheiding van behandeling en controle

Brocx onderkende dat de controlerend geneesheer moeite kon hebben neutraal te blijven. Daarom vond hij dat behandeling onverenigbaar was met controle door dezelfde arts van dezelfde patiënt. Brocx was voorstander van een strikte 'scheiding van behandeling en controle' net als de NMG. Die zag er dan wel anders uit dan nu. Werkhervatting adviseren was voor Brocx geen vorm van controle, maar een normale taak van iedere behandelend arts. Dat paste bij zijn opvatting over het medisch geheim. *'Het is geen geheim als iemand ziek en arbeidsongeschikt is, dan kan het ook geen geheim zijn als hij niet ziek en arbeidsgeschikt is'*. Het afgeven van verklaringen vond hij daarom geen controle maar een taak van iedere arts. Artsen die daarvan afzagen werkten zijns inziens mee aan misleiding met als gevolg nog meer ambtenarij en controlerend geneeskundigen. Beoordeling van mensen die het advies van hun behandelende artsen niet opvolgden en langdurig arbeidsongeschikt was wel de taak van de controlerend geneeskundige.

Fabrieksartsen in dienst van de werkgever moesten vanuit zijn gezichtspunt ook geen claimbeoordeling doen. De fabrieksarts had in zijn ogen vooral een hygiënische en preventieve taak en adviseerde ook werkherhvatting, maar hij deed geen claimbeoordeling, die verbonden was met het recht op uitkering. Brocx voerde hierover een pittige discussie met de mijnarts Vossenaer en met de chirurg Korteweg die het daar niet mee eens waren. De vraag of bedrijfsartsen claimbeoordeling kunnen of mogen verrichten is tot op de dag van vandaag actueel.

g) Effecten van de sociale verzekering

Brocx begreep goed dat de beoordeling van het arbeidsvermogen gevoelig was voor verkeerde inschattingen. Hij pleitte bij herhaling voor onderzoek naar het lot van mensen die met een gedeeltelijke uitkering de arbeidsmarkt op werden gestuurd. De medewerking van werkgevers vond hij een zwakke kant van de wetgeving. Mede daardoor kwamen volgens Brocx mensen met een gedeeltelijke uitkering gemakkelijk *'op de keien te staan'*. Onderzoek naar hun situatie zou bovendien kunnen bijdragen aan verbetering van de beoordeling maar: *'Mijn stem was echter die eens roepende in de woestijn'*. Het onderzoek kwam er niet.

Sommige getroffen en leken zich aan het ongeval vast te klampen om onvermogen te legitimeren. Dit werd wel renteneurose genoemd. Brocx vond dat 'renteneurosen' dan eigenlijk een bijwerking van wetgeving waren en als zodanig ook recht zouden kunnen geven op uitkering.

Brocx toonde zich een pleitbezorger van publieke uitvoering van sociale wetgeving, Hij vond ook dat artsen zich volgens abonnement moesten laten betalen, niet per verrichting. Tenslotte was een arts 'ook maar een mens'. Betaling per verrichting zou een stimulans zijn voor nodeloze beoordelingen die wel geld in het laatje van de arts brachten.

h) Het begrip ziekte

De introductie van de Ziektewet in 1930 noopte tot definiëren wat eigenlijk onder 'ziekte' verstaan moest worden, iets was tot dan toe impliciet was en daarmee vanzelfsprekend. Brocx noemde in 1929 ziekte een proces van storing van anatomie en functie. De oorzaak van het ziek zijn was naar zijn mening niet relevant voor de vraag naar de realiteit van het ziek en arbeidsongeschikt zijn. De beperkte duur van de uitkering (maximaal 26 weken) deed recht aan het karakter van ziekte als een proces. Een langer durende gefixeerde toestand zou opgevat moeten worden als invaliditeit, een gebrek. De Ziektewet vond hij *'een gevaar voor zwakke broeders'*: hoe hoger de uitkering hoe sterker de verleiding zich voor iedere kleinigheid ziek te melden. Hij voorspelde dat

controlerend geneeskundigen het zwaar zouden krijgen in de strijd tegen niet bestaande ziekten. Ook hierin had hij een vooruitziende blik op later terugkerende discussies over 'erkenning' van symptoomdiagnosen onder telkens weer andere namen. Brocx beweerde dat '*alleen sterke beenen kunnen de weelde dragen*', veel mensen waren liever lui dan moe en zwakkelingen vonden verderfelijke steun. Hij citeerde een Zwitserse collega: '*die Krankenversicherung lähmt den Willen zur Arbeit.*' Het zou beter zijn de verzekerden eerst een lagere uitkering te geven pas na enige tijd een hogere uitkering te betalen, maar nooit volledige looncompensatie.

Betekenis voor de verzekeringsgeneeskunde

Brocx bleef een beroepsbeoefenaar uit de praktijk: nooit gepromoveerd, geen hoogleraar geworden en ook geen medisch adviseur. Hij bleef 25 jaar lang werkzaam als regionaal controlerend geneesheer, een medisch ambtenaar. Toch heeft Brocx met inhoudelijk gezag over de claimbeoordeling gepubliceerd. Hij kreeg een vaste rubriek in het NTvG en zijn uitspraken werden serieus genomen. Hij benadrukte het humane aspect van het vak: claimende mensen en artsen zijn beiden onderhevig aan wetten van menselijk gedrag, daarom moeten beide kanten met mildheid beoordeeld worden, al mag van de beoordelaars professionaliteit verwacht worden, die hij inhoud probeerde te geven. Hij droeg er met zijn publicaties in de algemene medische literatuur aan bij dat de curatieve zorg betrokken bleef bij de verzekeringsgeneeskunde. Veel van zijn uitspraken zijn verrassend modern, kort en duidelijk - en menig knelpunt dat hij benoemde is nog steeds (soms pijnlijk) actueel.