



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Asklepios en het zwaard: de Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom, 1949-1989**

Duurland, T.D.

### **Citation**

Duurland, T. D. (2024, May 15). *Asklepios en het zwaard: de Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom, 1949-1989*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3754232>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3754232>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

# Asklepios en het zwaard

Dit proefschrift werd (mede) mogelijk gemaakt met financiële steun van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie en het Nederlands Instituut voor Militaire Historie, beide onderdeel van het Ministerie van Defensie.

Titel            Asklepios en het zwaard  
                  De Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom,  
                  1949-1989  
Auteur         Tom Duurland

© 2024, Tom Duurland

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever of auteur.

# Asklepios en het zwaard

De Nederlandse militaire geneeskunde in de schaduw van de bom, 1949-1989

Proefschrift

ter verkrijging van  
de graad van doctor aan de Universiteit Leiden,  
op gezag van de rector magnificus prof. dr. ir. drs. H. Bijl,  
volgens besluit van het college voor promoties  
te verdedigen op woensdag 15 mei 2024  
klokke 13.45 uur

door

Tommy Daniël Duurland

geboren te Hilversum

**Promotor**

Prof. dr. Ben Schoenmaker

**Copromotor**

Dr. Leo van Bergen (NIMH)

**Beoordelingscommissie**

Prof. dr. Henk te Velde

Prof. dr. Jan Hoffenaar (Universiteit Utrecht)

Prof. dr. Ralf Futselaar (Erasmus Universiteit)

Dr. Bart van der Boom

Dr. Francesca Hooft (Universiteit Utrecht)

# Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	11
Oorlogsvoorbereidingen: <i>hope for the best, prepare for the worst?</i> .....	12
Vraagstelling.....	15
Inbedding in de literatuur.....	17
Analytische benadering.....	24
Bronnen en perspectief: de stabiliteit van de Koude Oorlog .....	28
Afbakening en verantwoording .....	31
<b>Hoofdstuk 1: In de wetenschap</b> .....	34
De schok van het nieuwe.....	36
Het onderzoek in een stroomversnelling .....	42
De atoomexplosie en haar uitwerking op de mens .....	44
Vertrouwen in de vooruitgang.....	46
Atoomvoorschriften.....	49
Het gevaar onderschat.....	54
Wetenschappelijk onderzoek voor de krijgsmacht.....	59
Een dosis realisme.....	66
Conclusie.....	72
<b>Hoofdstuk 2: Een hybride organisatie</b> .....	74
Opbouw in bondgenootschappelijk verband .....	75
Een logistieke dienst.....	82
Overleven in het atoomtijdperk.....	87
Problemen voor de MGD .....	92
Improvisatie is troef .....	95
De MGD in beweging.....	101
Naar een nieuw oorlogsscenario.....	106
De slapende vulkaan.....	109
Een nieuwe militair-geneeskundige doctrine .....	111
Voorgenomen verbeteringen.....	114
Het toekomstig doorvoerhospitaal.....	118
Alle plannen in de 'wachtkamer' .....	120
Achterstand op NBC-gebied.....	122
De organisatorische knoop doorgemaakt.....	125
Conclusie.....	128
<b>Hoofdstuk 3: Al helpende leert men</b> .....	131
Tekorten aan alles .....	132
In werkelijke dienst .....	134
Gewonden- en ziekenverzorgers.....	136
Reserve- en beroepsofficieren-arts .....	137
Niet-medische officieren .....	141
De 'parate hap' .....	142

Het nut van 'nonex'.....	144
Oefenen in groter verband.....	146
Gewondenkaarten en kaartspelende oefengewonden.....	148
Lichtflits en hittestraling.....	149
Werken met 'mass casualties'.....	153
De nieuwe school.....	155
NBC: een moeilijk begrip.....	160
Kritiek op de artsenopleiding.....	167
Conclusie.....	171
<b>Hoofdstuk 4: De laatste schakel aan de geneeskundige keten.....</b>	<b>173</b>
Totale oorlog, totale verdediging.....	174
Met groeiende ongerustheid.....	179
Een nieuw organisatieplan.....	186
Onoplosbare problemen.....	187
De beperkte oorlog.....	190
Samenwerking en integratie.....	193
De civiele sector blijft achter.....	198
De gewondendistributie in de praktijk.....	201
Civiel-militaire interactie: knelpunten en oplossingen.....	203
Interne en externe kritiek.....	208
De MGD in een nieuw jasje: kwaliteit boven kwantiteit.....	209
Het lot van de hospitalen.....	211
Balans.....	216
Conclusie.....	218
<b>Hoofdstuk 5: Naar eer en geweten.....</b>	<b>221</b>
Militaire en humanitaire belangen.....	221
Triage.....	225
Een discussie binnenskamers.....	230
Tussen hoop en verontrusting.....	235
De criticasters.....	238
'Hufters' en 'kritiese' dienstplichtigen.....	242
Artsen en het kernwapendebat, 1977-1985.....	247
Demonstreren in uniform?.....	255
Conclusie.....	259
Uit noodzaak geboren.....	262
'Een buiten adem voorttobbende dienst'.....	265
De rol van de IGDKL.....	275
Het artsentekort: de jaren zestig.....	279
Reorganisatie en bezuiniging.....	282
Het artsentekort: de jaren zeventig en tachtig.....	284
De tanende invloed van de IGDKL.....	288
Horen, zien en zwijgen.....	291
Conclusie.....	295
<b>Slotbeschouwing.....</b>	<b>298</b>
De MGD in de schaduw van de bom.....	299
In breder perspectief.....	305

Vervolgonderzoek.....	310
<b>Dankwoord.....</b>	<b>312</b>
<b>Geraadpleegde bronnen en literatuur.....</b>	<b>314</b>
Archieven en collecties.....	314
Digitale bronnen (geraadpleegd november 2022).....	315
Documentaires.....	317
Gedrukte archivalische bronnen.....	317
Militaire voorschriften.....	317
Kranten.....	318
Literatuur.....	320
<b>Afkortingen.....</b>	<b>344</b>
<b>Summary.....</b>	<b>347</b>
<b>Curriculum Vitae.....</b>	<b>350</b>



# Afbeeldingen

<b>Figuur 1:</b> De onder de IGDKL ressorterende instanties en eenheden, 1949-1969.....	39
<b>Figuur 2:</b> Bevelsverhoudingen binnen de MGD.....	40
<b>Figuur 3:</b> Artikelen over ABC/NBC-oorlogvoering in vakbladen. ....	70
<b>Figuur 4:</b> Samenstelling 1 Lk (juli 1955) inclusief 102 Geneeskundige groep. ....	80
<b>Figuur 5:</b> Geneeskundige onderdelen van de Infanteriedivisie 1954.....	81
<b>Figuur 6:</b> 102 Geneeskundige groep: de geneeskundige kern van 1 Lk.....	85
<b>Figuur 7:</b> De geneeskundige afvoerketen schematisch weergegeven. ....	87
<b>Figuur 8:</b> De Landcent-divisie, met daarbinnen de geneeskundige onderdelen.....	103
<b>Figuur 9:</b> Samenstelling 1 Lk eind 1971. ....	106
<b>Figuur 10:</b> Geneeskundige afvoer in rampomstandigheden (na een kernaanval). ....	113
<b>Figuur 11:</b> Voorbeeld van een ABC-instructiekaart, jaren vijftig.....	152
<b>Figuur 12:</b> Samenstelling GCKL in 1979.....	210
<b>Figuur 13:</b> Kritische dienstplichtigen.....	244
<b>Figuur 14:</b> ‘Soldaten tegen kernwapens’ tijdens een demonstratie in 1981.....	254
<b>Figuur 15:</b> Wervingsadvertentie in Medisch Contact, 7 april 1955. ....	275

# Tabellen

<b>Tabel 1:</b> Belangrijke materiele aankopen voor de MGD.....	82
<b>Tabel 2:</b> Verliesverwachtingen KL 1954.....	179
<b>Tabel 3:</b> Medische behoeftestelling 1955.....	183
<b>Tabel 4:</b> NAVO-verliesverwachting voor de eerste dertig oorlogsdagen, 1957 .....	185
<b>Tabel 5:</b> Medische capaciteit 4e en 5e echelon, 1964 .....	193
<b>Tabel 6:</b> Capaciteit ZIBO 1969.....	198
<b>Tabel 7:</b> Hospitaalcapaciteit in de Nationale Sector, 1984.....	213
<b>Tabel 8:</b> Triage.....	227
<b>Tabel 9:</b> Tekorten officieren van gezondheid, 24 november 1954.....	273



# Inleiding

Tijdens de Koude Oorlog stond de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) van de Koninklijke Landmacht (KL) klaar om honderdduizenden dienstplichtige en vrijwillig dienende militairen gezond te houden, de zieken onder hen te verplegen en gewonde kameraden te verzorgen.<sup>1</sup> Die zorg moest bijdragen aan de inzetbaarheid van de troepen en hun vertrouwen in de krijgsmacht. Toen de dienst in 1964 zijn 150-jarig bestaan vierde, leek daarover geen twijfel te bestaan: “Het is de taak van de MGD om het leger in vredetijd in een zo goed mogelijke conditie te houden, opdat, indien men ten strijde moet trekken, men een leger heeft om op te bouwen.”<sup>2</sup> In de kern ging het om “bedrijfsgeneeskunde op hoog niveau”, zo meende een officier-arts.<sup>3</sup> Deze opdracht behelsde in de praktijk onder meer de keuring en selectie van rekruten op hun geestelijke en lichamelijke geschiktheid voor militaire dienst, het toezien op de hygiëne in de keukens en de slaapzalen en het houden van een legergroene ‘huisartsenpost en apotheek’.

Achter de gezondheidsbevordering van de relatief gezonde militaire populatie ging echter nog een andere, ingewikkelder taak schuil, namelijk de voorbereiding op de oorlogstaak. Militair-geneeskundigen wisten dat grootschalige militaire operaties onvermijdelijk veel gewonden tot gevolg hadden. Ook de dramatische uitwerking van moderne wapens op het menselijk weefsel was maar al te bekend. Oorlogsgewonden hadden doorgaans een gespecialiseerde behandeling nodig en dat maakte het treffen van voorzorgsmaatregelen hard nodig. In 1967 legde een adviesrapport het accent op die oorlogsvoorbereidende taak: “De vredesfunctie van de militair geneeskundige diensten is in de eerste plaats het treffen van de noodzakelijke maatregelen voor een adequate geneeskundige verzorging en begeleiding van de militair in oorlogstijd. Daartoe moet een organisatie worden opgebouwd, moeten personeel en hulpmiddelen worden ontworpen. Vooral voor de eerste opvang en behandeling van rechtstreeks in contact met de vijand vallende slachtoffers is het nodig, dat de militair geneeskundige diensten een eigen apparaat opbouwen.”<sup>4</sup>

Alleen met het oog op de oorlogstaak valt de omvang van de MGD tijdens de Koude Oorlog te begrijpen. Na een volledige mobilisatie bestond de KL uit meer dan 175.000 militairen die moesten kunnen rekenen op een adequaat zorgsysteem.

---

<sup>1</sup> Gemakshalve wordt in dit proefschrift de afkorting ‘MGD’ gebruikt om te verwijzen naar het geheel van onderdelen van de Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (GDKL). De afkorting GDKL verdient niet de voorkeur om dat dan verwarring zou kunnen ontstaan met de Inspectie Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht, ofwel IGDKL - een eveneens veelgebruikte afkorting.

<sup>2</sup> ‘MGD: bedrijfsgeneeskundige dienst van onze militairen’, *Nieuwsblad van het Noorden*, 14 januari 1965.

<sup>3</sup> ‘Bij opkomst moet er nog van alles met de rekrut gebeuren’, *Leeuwarder courant*, 12 december 1964.

<sup>4</sup> Rapport Commissie Militair Geneeskundige Diensten 1967 (Den Haag 1967) A4.

Daarom telde de slagorde onder meer medische bevoorradingseenheden, ziekenautocolonnes, hospitalen, chirurgenteams, opleidingsdepots, herstellings-eenheden, een revalidatie-centrum en een magazijn voor geneesmiddelen. Deze formaties en inrichtingen waren voorzien van allerhande militair-geneeskundig materieel, variërend van draagbaren en röntgenapparaten tot het chirurgisch instrumentarium. Dat alles moest legerartsen, gewondenverzorgers en -verplegers in staat stellen zich in oorlogstijd te ontfermen over de slachtoffers. Om ervoor te zorgen dat dit personeel vertrouwd raakte met het materieel en alle procedures, was het nodig om de afvoer, behandeling en verpleging van patiënten te oefenen. Veder werden voorraden medicamenten aangelegd en voortdurend vond wetenschappelijk onderzoek plaats om de bestaande kennis van de oorlogsgeneeskunde verder aan te scherpen. Ook het maken van mobilisatieplannen, voorschriften, en afspraken met burgerziekenhuizen behoorde tot de oorlogsvoorbereidingen. En daarmee is de waslijst nog niet compleet.

### **Oorlogsvoorbereidingen: *hope for the best, prepare for the worst?***

Alle geneeskundige voorbereidingen waren uiteindelijk afgestemd op het aantal patiënten dat binnen een vastgesteld kader van tijd en ruimte door de MGD moest worden opgenomen, behandeld en verpleegd.<sup>5</sup> Dat aantal was een ruwe schatting op basis van eerder opgedane oorlogservaring. Maar hoe ging het bepalen van de verliesverwachting nu globaal in zijn werk? Het begon met het vaststellen van de variabelen. Dat gebeurde aan de hand van de plannen van de Generale Staf, die op hun beurt weer aansloten bij de strategie van de in 1949 opgerichte Noord-Atlantische Verdragsorganisatie (NAVO). Zo was vooraf bepaald welke vorm van militair optreden de staf voor ogen stond, bijvoorbeeld een vertragend gevecht, eventueel gevolgd door een tegenaanval van gepantserde eenheden. Ook het aantal deelnemende troepen was in de planning vastgelegd. Hoe completer het scenario, des te preciezer kon de verliesverwachting – uitgedrukt in het gemiddeld aantal zieken en gewonden per duizend militairen per dag – worden onderbouwd. De daarbij gebruikte percentages waren afgeleid van de geallieerde verliescijfers uit de Tweede Wereldoorlog en verwerkt in overzichtelijke tabellen.<sup>6</sup>

Omdat de verliesverwachtingen uiteindelijk neerkwamen op beredeneerd giswerk, moesten de betrokkenen met onzekerheden leren leven. De negentiende-eeuwse Pruisische militaire denker Carl von Clausewitz wist al dat frictie, in het Engels ook wel de *fog of war* genoemd, inherent is aan oorlogvoering. Er zijn verschillende variaties op de uitspraak dat planning onmisbaar is, maar dat de plannen zelf geen waarde meer hebben na het eerste contact met de vijand. Behalve dat de toekomstige oorlog per definitie onvoorspelbaar is, blijven oorlogsvoorbereidingen per definitie onvoltooid. Inzichten, militaire concepten en tactieken

---

<sup>5</sup> A.J. Shaw, 'Medical planning factors', *Journal of the Royal Army Medical Corps* 122 (1976) 208-214.

<sup>6</sup> FM 101-10. *Staf Officers' Field Manual. Organization, Technical and Logistical Data* (1949). Hierna: FM 101-10.

veranderen door de tijd heen. In het geval van de MGD vroegen de ontwikkelingen zowel binnen het medisch domein als in de wapentechnologie om aanpassing van de verliesverwachtingen en de bestaande procedures. Ieder jaar moesten weer nieuwe lichten dienstplichtigen en beroepsmilitairen worden opgeleid tot volwaardige militair-geneeskundigen in functie en rang.<sup>7</sup> En om de zoveel tijd moesten medische voorraden worden gecontroleerd, aangevuld en waar nodig vervangen. Oorlogsvoorbereidingen vormden daarmee een doorlopend proces dat met grote onzekerheden was omgeven.

Hieraan voegde de Koude Oorlog nog een belangrijke en uiterst onzekere dimensie toe. In 1949 had de Sovjet-Unie haar eerste atoombom tot ontploffing gebracht. Hiermee was het startsignaal gegeven voor een kernwapenwedloop tussen Oost en West die tot in de jaren tachtig voortduurde. Beide machtsblokken produceerden en testten een compleet nucleair arsenaal, dat uitgroeide tot een gezamenlijke omvang van tienduizenden kernkoppen. De wapens zelf varieerden van waterstofbommen, die hele steden konden vernietigen, tot tactische kernwapens met een relatief beperkte vernietigende kracht, die speciaal waren ontwikkeld voor het gebruik op het slagveld. Tegen de achtergrond van deze wedloop was er één vraag die de “genezerikken” als een donkere wolk boven het hoofd hing: kunnen wij onze taken op een zinvolle manier afstemmen op het meest onheilspellende scenario, een oorlog waarin naast conventionele strijdmiddelen ook gebruik wordt gemaakt van chemische, biologische of zelfs nucleaire wapens?

De betrokkenen moesten het definitieve antwoord schuldig blijven, zo zal uit deze studie blijken. Zij wisten dat de atoombommen op Hiroshima en Nagasaki massale aantallen slachtoffers met gecompliceerd letsel hadden veroorzaakt, maar de extreme vernietigende kracht van deze wapens en het grootschalige gebruik ervan waren en zijn nog altijd moeilijk te bevatten. In elk geval waren nucleaire wapens nooit ingezet op het slagveld en vooral daardoor waren de potentiële gevolgen, vooral het aantal doden en gewonden, niet nauwkeurig te voorspellen. Het hielp ook niet dat de kernmachten alleen bij hoge uitzondering en onder strikte voorwaarden bereid waren tot het delen van hun kennis op dat gebied met bevriende, niet-nucleaire landen, zoals Nederland.<sup>8</sup> Deze sluier van geheimhouding droeg verder bij aan het abstracte en theoretische gehalte van de kernwapendreiging. Zelfs al waren veel van de voorbereidingen op een kernoorlog zichtbaar en tastbaar — zo ook in Nederland, met zijn voorlichtingsbrochures, luchtwachttorens en betonnen atoomschuilkelders — het gevaar van kernwapens deed een groot

---

<sup>7</sup> Zie ook: Jan Hoffenaar en Michiel de Jong, *Op herhaling de Koninklijke Landmacht en haar reservisten 1945-2006* (Amsterdam 2006).

<sup>8</sup> Voor een studie over het delen van nucleaire technologie met de NAVO-bondgenoten, zie: Richard G. Hewlett en Jack M. Roll, *Atoms Peace War. Eisenhower and the Atomic Energy Commission* (Berkeley, Los Angeles en Londen 1989) 537.

beroep op het inbeeldingsvermogen: “[nuclear] *war itself unfolded in a future that was the province of the imagination.*”<sup>9</sup>

Militair-geneeskundigen konden het nucleaire dreigingsbeeld niet eenvoudig naast zich neerleggen. Dat had onder meer te maken met bondgenootschappelijke verwachtingen. De NAVO, die de basis vormde van het Nederlandse defensiebeleid, voerde een strategie om de diep gewantrouwde Sovjet-Unie ervan te weerhouden om een aanval te overwegen door haar voldoende af te schrikken met conventionele én nucleaire wapens. Dat gaf de beste kansen op het bewaren van de vrede. Maar deze strategie was enkel *geloofwaardig* door de overtuiging dat de bondgenoten ook daadwerkelijk in staat en bereid waren om hun territorium gewapenderhand te verdedigen. Alle afzonderlijke lidstaten – waaronder dus ook Nederland – moesten de politieke wil en militaire capaciteiten hebben om hun steentje bij te dragen aan de gemeenschappelijke verdediging en afschrikking. De doelstelling van de MGD in dit geheel was het bijdragen aan een optimale inzetbaarheid van de KL. In vredetijd moest het personeel zo gezond mogelijk worden gehouden. Onder gevechtsomstandigheden behelsde die doelstelling vooral het evacueren en zorgen voor de gewonden. Zo konden de gevechtseenheden hun taak voortzetten. Dit alles vroeg dus om een adequate militair-geneeskundige organisatie, want de krijgsmacht zou aan geloofwaardigheid inboeten als het ‘militaire gereedschap’ onvoldoende was afgestemd op de eisen die voortvloeiden uit de opgedragen taken. Kortom, de organisatie moest in staat zijn tot het verwerken van de door de NAVO verwachte aantallen gewonden. En toen de Sovjet-Unie vanaf 1949 eenmaal beschikte over kernwapens, moest er mee rekening worden gehouden dat ook die wapens in een oorlog konden worden ingezet.

Het moge duidelijk zijn dat de kernwapendreiging voor ongekende problemen zorgde. Enerzijds waren de gevolgen abstract en grotendeels onbekend, anderzijds vormde het wapen een strategische realiteit die niet zomaar ter zijde kon worden geschoven. Daarbij kwam nog de kwestie van de publieke opinie. De onvoorstelbare vernietigende kracht van de kernexplosie, waarmee al het dierbare kon worden weggevaagd, stond symbool voor afschuw en onmenselijkheid. De ernstige medische gevolgen van radioactieve straling droegen daaraan bij en het gebruik van zulke strijdmiddelen was volgens velen in geen enkel geval te rechtvaardigen. Ook de productie en het bezit van (en dus het dreigen met) kernwapens werden tijdens de Koude Oorlog in toenemende mate gezien als moreel verwerpelijk. De typerende rookzuil of ‘paddenstoel’ van de atoomexplosie kwam symbool te staan voor de verdorvenheid van wapenwedloop tussen Oost en West. Deze afkeer kwam tot uitdrukking tijdens massale protesten en demonstraties, die wereldwijd hun hoogtepunt bereikten in de jaren tachtig. De Nederlandse samenleving raakte toen diepgaand verdeeld over de plaatsing van nucleaire kruisvlucht-

---

<sup>9</sup> Matthew Grant en Benjamin Ziemann, *Understanding the imaginary war: culture, thought and nuclear conflict, 1945-90* (Manchester 2016) 2.

wapens op de West-Brabantse Vliegbasis Woensdrecht. De maatschappelijke weerstand tegen kernwapens drong tot de krijgsmacht door en liet ook de MGD niet onberoerd. Artsen stonden voor de vraag of het verlenen van medewerking aan de voorbereiding op een kernoorlog moreel te rechtvaardigen was.

### Vraagstelling

De belangrijke invloed van kernwapens op het verloop van de Koude Oorlog is met een complete bibliotheek te onderbouwen. We weten dat zij essentieel waren in het afschrikkingsevenwicht en in Nederland prominent aanwezig in het maatschappelijk debat over vrede en veiligheid.<sup>10</sup> De invloed van het kernwapen op de militaire organisatie is echter nog onderbelicht. Er is weliswaar beperkt onderzoek gedaan naar de plannen voor de inzet van kernwapens, terwijl uitgebreider promotieonderzoek de gewetensbezwaren van militairen ten opzichte van kernwapens in kaart heeft gebracht, maar daarmee is het beeld verre van compleet.<sup>11</sup> Over de houding van de KL ten opzichte van het daadwerkelijk voeren van een kernoorlog is weinig geschreven. Dat is opmerkelijk, want destijds kwam dit scenario meermaals in de (internationale) vakliteratuur ter sprake.

Deze studie gaat over de manier waarop militair-geneeskundigen van de KL tijdens de Koude Oorlog, tussen 1949 en 1989, invulling gaven aan hun oorlogsvoorbereidende taak, die vooral door de nucleaire dreiging met grote onzekerheden was omgeven. Dit probleem roept verschillende vragen op. Hoe werd het beeld van de toekomstige oorlog, met alle risico's die daarmee gepaard gingen, geconstrueerd? Werd geprobeerd om oplossingen aan te dragen voor de medische problemen die het kernwapengebruik met zich mee brachten of werd dat gezien als een zinloze onderneming? Hing het kernwapen als een Zwaard van Damokles boven alle activiteiten en het militair-medische discours, of was daarvan juist geen sprake, en waarom dan wel of niet? En was er van politieke zijde erkenning voor en bemoeienis met de militair-medische problematiek?

Deze vragen zijn teruggebracht tot een overkoepelende onderzoeksvraag, die luidt: hoe ging de MGD om met de gepercipieerde dreiging van kernwapens en hoe en in welke mate beïnvloedde dat tussen 1949 en 1989 de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen? Dat 'omgaan' met de gepercipieerde

---

<sup>10</sup> Remco van Diepen, *Hollanditis: Nederland en het kernwapendebat, 1977-1987* (Amsterdam 2004); D.J. Bloem et al., *Nederland en de kernwapens. Een studie over het Nederlands nucleair beleid 1972-1985* (Alphen aan de Rijn/Brussel 1987); Duco Hellema, *Nederland in de wereld. De buitenlandse politiek van Nederland* (vierde druk; Houten/Antwerpen 2010).

<sup>11</sup> Daan Sanders, 'Tactische kernwapens in de Nederlandse landmacht 1953-1968. Vuursteun of afschrikking?', *Militaire Spectator* 189:7/8 (2020) 344-359; Jan Janssen, 'De geloofwaardigheid op de tocht? Het kernwapendebat in de krijgsmacht, 1978-1987' in: J. Hoffenaar e.a., *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 206-224; D. Starink, 'De nuclearisering van de krijgsmacht' in: B. Schoenmaker en J.A.M.M. Janssen ed., *In de schaduw van de muur. Maatschappij en krijgsmacht rond 1960* (Den Haag, SDU, 1997) 82-99; Coreline Boot, *Het leger onder vuur: de Koninklijke Landmacht en haar critici 1945-1989* (Amsterdam 2015).



dreiging, kunnen we begrijpen als een proces van rationalisatie; het zoeken naar een rationele basis om de eigen denk- en handelwijze te rechtvaardigen. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden moet allereerst worden achterhaald hoe de beeldvorming over kernwapens (de perceptie) onder militair-geneeskundigen tot stand kwam en door de tijd veranderde. Die vraag komt in hoofdstuk 1 aan bod. Vervolgens zal in hoofdstuk 2 de invloed van de beeldvorming op de doctrine en organisatie van de MGD worden bestudeerd. Doctrine wordt hier gedefinieerd als een eenheid van denken en handelen die bijdraagt aan de beoogde manier van militair-geneeskundig optreden in oorlogstijd. Organisatie is opgevat als een berekeneerde samenstelling van mensen en middelen. In hoofdstuk 3 wordt in meer detail geanalyseerd in welke mate kernwapens een rol speelden in de opleiding en vorming van het militair-geneeskundig personeel. Het hoofdstuk 4 gaat over de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen die het domein van de MGD overstegen. Hoe probeerden de militaire en civiele sector samen te werken aan de opzet van een adequaat ziekenhuissysteem dat in een toekomstige oorlog – onder dreiging van nucleaire wapens – kon functioneren, daarbij rekening houdend met financieel-economische afwegingen?

Nadat de invloed van het kernwapen op de oorlogsvoorbereidingen in kaart is gebracht, komen de medisch-ethische en politieke aspecten van de kernwapendreiging aan bod. Hoofdstuk 5 gaat over de houding van legerartsen ten opzichte van de oorlogsvoorbereidingen. Valt te achterhalen welke impact de gepercipieerde kernwapendreiging op hen had? Zorgde het dreigingsbeeld van massale vernietiging voor gewetensvragen en een discussie daarover, of werd er juist opvallend weinig gesproken over dit onderwerp (en zo ja, hoe valt dit te verklaren)? Hoofdstuk 6 gaat in op de politieke dimensie van de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. In hoeverre hadden de leiding van het Ministerie van Oorlog/Defensie en de volksvertegenwoordiging oog voor de belangen van de dienst? Hierbij is een brede blik essentieel: wat werd in de politiek besproken en wat niet – of prikkelender geformuleerd: waarover werd opvallend gezweven?

Alle bovengenoemde hoofdstukken beslaan de gehele periode van 1949 tot 1989, van het ontploffen van de eerste Sovjet-atoombom tot de val van de Berlijnse muur. Het begrip Koude Oorlog heeft in dit boek echter niet alleen betrekking op een tijdspanne, maar ook op een concept: de confrontatie tussen twee ideologisch diametraal tegengestelde machtsblokken, die tot uiting kwam op politiek, militair, economisch en cultureel terrein. Omdat de NAVO en het Warschaupact niet daadwerkelijk slaags raakten, was de dreiging die uitging van de militaire confrontatie vooral psychologisch van aard. In dit proefschrift wordt de kernwapendreiging daarom beschouwd als menselijke *perceptie*. De intenties van de Sovjet-Unie waren in het Westen onbekend – zelfs inlichtingendiensten tastten daarover grotendeels in het duister – zodat defensiedeskundigen alleen maar een logisch onderbouwde en vooral op capaciteiten gebaseerde inschatting konden maken van het rode nucleaire gevaar. Voor de gemiddelde Nederlander of Europeaan was de kernwapendreiging

een subjectieve, individuele beleving die samenhang met de berichtgeving over internationale politieke gebeurtenissen.<sup>12</sup> In de woorden van een politiek wetenschapper: "(...) *all perceptions of risk, whether lay or expert, represent partial or selective views of the things and situations that threaten us.*"<sup>13</sup> Hoewel de verschillende dreigingspercepties onderling overeenkomsten vertoonden omdat ze dikwijls voortkwamen uit dezelfde informatiebron, is spreken van een collectief dreigingsbeeld te genuanceerd.

Bovendien waren kernwapens een belangrijke, maar niet de enige nieuwe dimensie die zich tijdens de Koude Oorlog manifesteerde en waarmee de MGD werd geconfronteerd. Bijvoorbeeld de fysieke en mentale belasting van het KL-personeel als gevolg van de introductie van moderne technologie was een thema waarmee de MGD steeds meer te maken kreeg. Ook de effecten van lawaai, trillingen, chemische dampen en stralingsbronnen vergden wetenschappelijk medisch onderzoek. Daarnaast waren de betrokkenen belast met onder meer het handhaven van de gezondheid op de kazernes. De mogelijkheid is dan ook opengelaten dat kernwapens een kleinere of subtielere invloed hadden op het doen en laten van de MGD dan we op basis van hun politieke en strategische relevantie zouden veronderstellen.

### **Inbedding in de literatuur**

De Koude Oorlog wordt steeds meer buiten haar traditionele kaders bestudeerd, als een tijdperk waarbinnen vele conflicten en transformaties plaatsvonden.<sup>14</sup> Die verruiming valt te prijzen omdat het bijdraagt aan een beter begrip van de wereldwijde culturele en politieke impact van de Oost-West-confrontatie.<sup>15</sup> Het is echter niet zo dat de militaire aspecten van de krachtmeting tussen Oost en West, die in veel Westerse landen zo tekenend waren voor de beleving van deze periode, niet langer het onderzoeken waard zijn. Integendeel, er verschijnen nog steeds nieuwe interpretaties en bovendien zijn verschillende aspecten van de oorlogsvoorbereidingen nog onvoldoende bestudeerd en begrepen, zoals ook dit onderzoek naar de MGD wil aantonen.<sup>16</sup>

Interessant is het spanningsveld tussen enerzijds de noodzaak van militaire samenwerking en anderzijds het streven naar het behoud van eigenheid en auto-

---

<sup>12</sup> David S. Meyer, 'Framing national security: Elite public discourse on nuclear weapons during the cold war', *Political Communication* 12 (1995) 173-192.

<sup>13</sup> Sheila Jasanoff, 'The political science of risk perception', *Reliability Engineering and System Safer* 3-59 (1998) 91.

<sup>14</sup> Federico Romero, 'Cold War historiography at the crossroads', *Cold War History* 14:4 (2014) 685-703.

<sup>15</sup> Zie bijvoorbeeld: Arne Westadt, *The Global Cold War. Third World Interventions and the Making of Our Times* (Cambridge 2005).

<sup>16</sup> Veel geraadpleegd is de literatuur over de implicatie van de nucleaire strategie op het 'slagveld' in Europa: Ingo Tauschweizer, 'Berlin commander: Maxwell Taylor at the Cold War's frontlines, 1949-51', *Cold War History* 21:1 (2021) 37-53; Richard Moore, *Nuclear Illusion, Nuclear Reality: Britain, the United States and Nuclear Weapons, 1958-1964* (Basingstoke: Palgrave, 2010). Een recente publicatie over de Amerikaanse denkwijze op dit gebied is: Fred Kaplan, *The Bomb: Presidents, Generals, and the Secret History of Nuclear War* (Simon and Schuster: 2021).

nomie. Bekend is dat de NAVO-lidstaten verschillend aankeken tegen de rol van kernwapens in de gezamenlijke strategie.<sup>17</sup> Ook de invloed van het Atlantisch bondgenootschap op de aankoop van defensiematerieel en de oorlogsvoorbereidingen van de afzonderlijke lidstaten is onderwerp van studie geweest.<sup>18</sup> Dat laatste vraagstuk kent allerlei verschillende invalshoeken, variërend van het technische tot het economische en het politieke niveau. Lange tijd werd aangenomen dat de Nederlandse defensie-inspanning een vrijwel exacte voortzetting was van het NAVO-beleid.<sup>19</sup> J.W. Honig bestreed die opvatting echter in zijn spraakmakende proefschrift uit 1994, waarin hij beweerde dat niet de NAVO en de politiek, maar vooral de krijgsmachtdelen zelf het defensiebeleid bepaalden.<sup>20</sup> De laatste jaren hebben historici ook die visie genuanceerd. Er was inderdaad ruimte voor eigen inbreng van de krijgsmachtdelen, maar de bondgenootschappelijke richtlijnen bleven niettemin zeer belangrijk. En het was uiteindelijk de Nederlandse regering die het laatste woord had.<sup>21</sup> Door de MGD als *case study* in ogenschouw te nemen, zal naar voren komen welke multilaterale, binnenlandspolitieke en militaire verwachtingen er bestonden van de dienst, en in hoeverre de verwachtingen ook konden worden waargemaakt.<sup>22</sup>

Een ander thema binnen het kader van de oorlogsvoorbereidingen is de operationele planning van het bondgenootschap, ofwel de vertaling van de militaire strategieën naar concrete plannen voor de verdediging van Europa.<sup>23</sup> Dit onderwerp heeft nog betrekkelijk weinig studies voortgebracht en dat is merkwaardig, want juist de militaire planning en de daarbij behorende maatregelen hielden de NAVO

---

<sup>17</sup> Zie onder meer: Michael Clarke en Rod Hague ed., *European Defence Co-Operation: America, Britain and NATO* (Manchester: Manchester University Press, 1990); Beatrice Heuser, *Britain, NATO, France and the FRG: Nuclear Strategies and Forces for Europe, 1949–2000* (Basingstoke: Macmillan, 1997); Vojtech Mastny, Sven Holtmark en Andreas Wenger, *War Plans and Alliances in the Cold War: Threat Perceptions in the East and West* (Londen en New York 2006); Simon J. Moody, 'Enhancing Political Cohesion in NATO during the 1950s or: How it Learned to Stop Worrying and Love the (Tactical) Bomb', *Journal of Strategic Studies* 40:6 (2017) 817–838.

<sup>18</sup> Giles Scott Smith schreef bijvoorbeeld dat de Amerikaanse ambassade in Den Haag actief lobbyde voor de plaatsing van nucleaire kruisvluchtwapens in Nederland. D. Hellema en G.P. Scott-Smith, *De Amerikaanse Ambassade in Den Haag: Achter de schermen van Nederlands-Amerikaanse betrekkingen* (Den Haag 2016). Zie voor de politieke achtergronden van het NAVO-dubbelbesluit: B.J. van Eenennaam, *48 Kruisraketten. Hoogspanning in de lage landen* (Den Haag 1988). Het onderzoek richt zich uiteraard niet alleen op Nederland of West-Europa. Zie bijvoorbeeld: Serhat Guvenc en Mesut Uyar, 'Lost in translation or transformation? The impact of American aid on the Turkish military, 1947–60', *Cold War History* 22:1 (2022) 59–77.

<sup>19</sup> De financiële aspecten van de NAVO-verplichtingen zijn beschreven in Th.J.G. van der Hoogen, *Besluitvorming over de defensiebegroting. Systeem en verandering* (Leeuwarden z.j.) 37.

<sup>20</sup> J.W. Honig, *Defense Policy in the North Atlantic Alliance. The Case of the Netherlands* (1994).

<sup>21</sup> Quirijn van der Vegt, *Take-off. De opbouw van de Nederlandse luchtmacht 1945–1973* (Amsterdam 2013) 13, 369–371.

<sup>22</sup> Herman Roozenbeek ed., *In dienst van de troep. Bevoorrading bij de Koninklijke Landmacht* (Amsterdam 2008); D.M. Lam, 'NATO Multinational Medical Operations and the Requirement for Interoperability and Data Exchange', *Force Health Protection* (2007) 4–12.

<sup>23</sup> De beste bundel tot op heden is: Jan Hoffenaar en Dieter Kruger, *Blueprints for Battle: Planning for War in Central Europe, 1948–1968* (University Press of Kentucky: Lexington 2012).

ruim veertig jaar in hun greep.<sup>24</sup> Het oorlogsmaterieel en de daarvoor bestemde infrastructuur vereisten niet alleen astronomische geldbedragen, maar ook buitengewoon veel technische kennis, wat overigens ook weer sociaalmaatschappelijke consequenties had.<sup>25</sup> Ongekend was de schaal van het militaire gezagsgebied van de NAVO, dat zich uitstreckte van Noord-Noorwegen tot Turkije. Het commandonetwerk dat daarop was afgestemd was even hoogstaand als kwetsbaar. In ondergrondse bunkers werden plannen gesmeed voor de militaire verdediging van niets minder dan de vrije democratie. En natuurlijk waren al deze plannen en maatregelen onlosmakelijk verbonden met massavernietigingswapens, die een groot deel van de aarde onbewoonbaar konden maken, maar desondanks – en tot de ontzetting van vredesactivisten – ‘gewoon’ in zwaarbewaakte bunkers ‘in onze achtertuin’ lagen opgeslagen. Dat alles maakte de Koude Oorlog “truly the ‘Great War’ of its time, all-pervading strategically and operationally, until the fall of the Berlin Wall in November 1989”.<sup>26</sup>

De plannen en maatregelen zijn nooit in de harde werkelijkheid gesleurd, maar dat maakt ze niet minder fascinerend.<sup>27</sup> Ze bieden namelijk inzicht in: 1.) de denkwijze die ten grondslag lag aan alle plannen, 2.) de alternatieven die destijds werden overwogen, 3.) de schrikbarende effecten als deze daadwerkelijk moesten worden uitgevoerd als er onverhoopt een oorlog zou uitbreken. Voorts kan alleen een grondige analyse van de militaire plannen hun complexiteit blootleggen, en tevens laten zien welke effecten ze hadden op hun omgeving. Zo is aangetoond dat Oost en West verkeerde aannames hadden over de intenties en de manier van

---

<sup>24</sup> Wel is er een flink aantal studies verschenen over de zogenaamde *revolution in military affairs* van de jaren zeventig. Militair-technologische ontwikkelingen hadden aanleiding gegeven voor nieuwe operationele concepten voor de conventionele oorlogvoering, in het bijzonder *Air-Land-Battle en Follow-On Forces Attack* (FOFA). Zie onder meer: Dima Adamsky, ‘The Conceptual Battles of the Central Front: The Air-Land Battle and the Soviet Military Technical Revolution’, in: Leopoldo Nuti ed., *The Crisis of Détente in Europe: From Helsinki to Gorbachev, 1975–1985* (Londen 2009) 150–162; Dima Adamsky, ‘Through the Looking Glass: The Soviet Military-Technical Revolution and the American Revolution in Military Affairs’, *The Journal of Strategic Studies* 31:2 (April 2008) 257–294; Dima Adamsky, *The Culture of Military Innovation: The Impact of Cultural Factors on the Revolution in Military Affairs in Russia, the US, and Israel* (Stanford 2010); Gordon S. Barrass, *The Great Cold War: A Journey through the Hall of Mirrors* (Stanford 2009); Gordon S. Barrass, ‘The Renaissance in American Strategy and the Ending of the Great Cold War’, *Military Review* (January–February 2010) 101–110; Beatrice Heuser, ‘Warsaw Pact Military Doctrines in the 1970s and 1980s: Findings in the East German Archives’, *Comparative Strategy* 13:4 (1993) 437–457; Beatrice Heuser, ‘Victory in a Nuclear War: A Comparison of NATO and WTO War Aims and Strategies’, *Comparative European History* 7 (1998) 311–327; Vojtech Mastny, *Learning from the Enemy: NATO as a Model for the Warsaw Pact* (Zurich 2001).

<sup>25</sup> Brian McAllister Linn, *Elvis’s Army. Cold War GI’s and the Atomic Battlefield* (Cambridge [USA] en Londen 2016). In deze monografie laat de auteur zien dat het vooruitzicht van het atoomblogveld onmogelijk hoge eisen stelde aan het personeel van het Amerikaanse leger, dat er vanouds om bekends stond werk te verschaffen aan het laagopgeleide deel van de bevolking. Zie verder: Ingo Trauschweizer, *The Cold War U.S. Army: Building Deterrence for Limited War* (Lawrence 2008); Jonathan M. House, *A Military History of the Cold War, 1944–1962* (Norman 2012).

<sup>26</sup> De term Great Cold War is gemunt in: Gordon S. Barrass, *The Great Cold War. A Journey Through the Hall of Mirrors* (Stanford Security Studies: Redwood City 2009).

<sup>27</sup> J. Wither, ‘Alem el Halfa with Nuclear Artillery: How Britain’s World War II Era Army Prepared for Atomic War’, *Global War Studies* 13:1 (2016) 6–46.

optreden van de ander. Ook hadden beide machtsblokken heel andere ideeën over het daadwerkelijk voeren van oorlog. Afgaande op de plannen uit archieven in het voormalige Oostblok, was de Sovjet-Unie na de Berlijnse crisis in 1961 vastbesloten om in een onverhoopte oorlog vrijwel meteen over te gaan tot de inzet van kernwapens: “Believing in fighting a war according to such a blueprint was believing in fairy tales. Yet people do believe in fairy tales and sometimes even act upon them until it might be too late”, zo schreef de gerenommeerde Koude Oorlog-historicus Vojtech Mastny.<sup>28</sup> De daaropvolgende Cubacrisis zorgde voor een *reality check* en maakte duidelijk dat zulke plannen niet konden worden uitgevoerd. Dit inzicht weerhield stafofficieren aan beide zijden echter niet van de voorzetting van hun nucleaire oorlogsplanning. Het lijkt erop dat de militaire planners van de Sovjet-Unie zich nauwelijks lieten afschrikken door Westerse nucleaire wapens.<sup>29</sup> Deze ontluisterende conclusie, die nog wel beter onderbouwd zou kunnen worden door onderzoek in de nu helaas hermetisch gesloten archieven van het Kremlin, hangt samen met de vraag hoezeer de dreiging van kernwapens van Sovjetzijde doorwerkte op de operationele planning van de NAVO.

Anders dan het onderzoeksveld van de nucleaire strategieën van Oost en West, kwam het historische onderzoek naar de operationele planning van de NAVO pas na de Koude Oorlog voorzichtig op gang. Dat had vooral te maken met de beperkte toegang tot relevant bronnenmateriaal. Veel studies waren daarom gebaseerd op de documenten die de NAVO openbaar had gemaakt, militaire publicistiek en de (politieke discussies rond de) jaarlijkse defensiebegrotingen. Inmiddels zijn er meer archieven openbaar, maar veel bronnen over de nucleaire planning liggen nog achter gesloten deuren (of zijn geheel vernietigd). Historici moeten daarom proberen om via andere wegen een beeld te krijgen van de nucleaire planning, bijvoorbeeld met “collateral documents” in verschillende archieven, of met de compilatie van diverse *oral history*-projecten.<sup>30</sup> Dit proefschrift beoogt een steentje bij te dragen aan dit onderzoeksveld met een analyse van de medisch-logistieke aspecten van de NAVO-verdediging in de sector van het Nederlandse legerkorps. Het zal laten zien hoe het vooruitzicht van vooral grote aantallen gewonden doorwerkte op de Nederlandse militaire planning.

De historiografie van de Nederlandse naoorlogse krijgsmacht besteedt ruime aandacht aan de genoemde onderzoeksthema's. In 1994 verscheen *Met de blik naar het oosten*, het eerste en tot nu toe enige uitgebreide overzichtswerk van

---

<sup>28</sup> Vojtech Mastny, 'Planning for the Unplannable' in: *Parallel History Project on NATO and the Warsaw Pact (PHP). Taking Lyon on the Ninth Day? The 1964 Warsaw Pact Plan for a Nuclear War in Europe and Related Documents* (Washington, D.C. en Zurich 2000) 5. Online beschikbaar: [https://www.files.ethz.ch/isn/108642/warplan\\_dossier.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/108642/warplan_dossier.pdf)

<sup>29</sup> Mastny, 'Planning', 8.

<sup>30</sup> Helmut Hammerich, 'Fighting for the heart of Germany. German I Corps and NATO's Plans for the Defense of the North German Plain in the 1960s' in: Jan Hoffenaar and Dieter Kruger, *Blueprints for Battle: Planning for War in Central Europe, 1948–1968* (Lexington: University Press of Kentucky, 2012) 156.

de Koninklijke Landmacht tijdens de Koude Oorlog.<sup>31</sup> Dit boek gaat ook over de oorlogsplannen en de plaats van de KL in bondgenootschappelijk verband. De auteurs toonden aan dat het voor de legerleiding en het Ministerie van Defensie steeds moeilijk was om de omvang, het personeelsbestand, het materieel en de logistiek van de KL af te stemmen op de bondgenootschappelijke eisen en de financieel-economische mogelijkheden. Als gevolg daarvan schommelde het vertrouwen in de Nederlandse krijgsmacht gedurende de Koude Oorlog. Desondanks kan “de geschiedenis van de KL worden beschreven als proces van voortdurende vernieuwing met de technische ontwikkeling als drijvende kracht.”<sup>32</sup> In latere studies is deze gedachte verder uitgewerkt voor de verschillende legeronderdelen, terwijl ook is onderzocht hoe de andere krijgsmachtdelen invulling gaven aan hun taken in deze periode.<sup>33</sup> Uit dit proefschrift zal blijken in hoeverre de MGD in de pas liep met de bredere ontwikkelingen binnen de KL en de algemene oorlogsvoorbereidingen.

Niet alleen militaire, maar ook civiele overheidsorganisaties die met de dreiging van de Koude Oorlog te maken kregen, zullen kort in ogenschouw worden genomen. Historicus Bart van der Boom heeft in zijn boek over de Bescherming Bevolking (BB) beargumenteerd dat die organisatie was opgebouwd om vriend en vijand duidelijk te maken dat de Nederlandse overheid maatregelen nam zodat het in oorlogstijd fysieke bescherming en hulp kon bieden aan de geteisterde bevolking door het ruimen van puin, het blussen van branden en het evacueren van gewonden.<sup>34</sup> De geloofwaardigheid van de BB kwam echter in het geding toen de gevolgen van een atoomaanval op een dichtbevolkt gebied als Nederland steeds duidelijker werden. Het drong tot velen door dat deze hulpverlenersorganisatie, die kampte met allerlei tekorten, weinig praktische waarde had. Toch probeerde de regering met minimale middelen de illusie van een effectieve BB in stand te houden. Die façade bleef evenwel niet lang overeind staan. Door de gepercipieerde kernwapendreiging raakte het publieke vertrouwen in de BB te veel aangetast, met als gevolg dat het politieke en maatschappelijke draagvlak van de organisatie verder slonk. Zodoende kwam de BB in een neerwaartse spiraal terecht en werd de organisatie in 1986 opgeheven.

Uit dit proefschrift moet blijken of de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen ook louter “decorstukken in het grote theater van de afschrikingsstrategie” waren.<sup>35</sup> Het is goed mogelijk dat de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, gezien door de bril van de regering, vooral een symbolische betekenis

---

<sup>31</sup> Jan Hoffenaar en Ben Schoenmaker, *Met de blik naar het oosten. De koninklijke landmacht, 1945-1991* ('s-Gravenhage 1994).

<sup>32</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 453.

<sup>33</sup> Overzichtswerken over de marine en luchtmacht: D.C.L. Schoonoord, *Pugno Pro Patria. De Koninklijke Marine tijdens de Koude Oorlog* (Franeker 2012); Van der Vegt, *Take-off*.

<sup>34</sup> Bart van der Boom, *Atoomgevaar? Dan zeker B.B.: de geschiedenis van de bescherming bevolking* (Den Haag 2000).

<sup>35</sup> *Ibidem*, 311.

hadden. Mogelijk dachten het Ministerie van Defensie en de volksvertegenwoordiging er zo over. Uitgaande van die hypothese is het aannemelijk dat de MGD slechts de middelen kreeg toegewezen om oorlogsvoorbereidingen te treffen die aan de minimale bondgenootschappelijke verwachtingen voldeden, middelen die zeker niet in overeenstemming waren met de aard en omvang van het onheil waarmee de organisatie kon worden geconfronteerd. Dit onderzoek zal deze hypothese nader uitwerken en toetsen.

Naast de historiografie van de Koude Oorlog, draagt dit proefschrift ook bij aan de geschiedschrijving van de militaire geneeskunde. Door een periode van (gewapende) vrede als uitgangspunt te nemen, is dit boek in zekere zin afwijkend van de norm. Meestal staan immers de oorlogsverdiensten van de “genezerikken” centraal.<sup>36</sup> Dat is op zich niet vreemd. De belangrijkste, de spectaculairste en zeker de bekendste taak van de militair-geneeskundige diensten is immers het verzorgen van gewonden op of nabij het slagveld. Over de lotgevallen van legerartsen tijdens de Amerikaanse Burgeroorlog, de Eerste Wereldoorlog en de Tweede Wereldoorlog is veel gepubliceerd.<sup>37</sup> Ook de medische hulpverlening in Korea, Vietnam en de conflicten in het Midden-Oosten is onderwerp van studie geweest.<sup>38</sup> Vaak wordt betoogd dat de geneeskundige diensten door een combinatie van medische, technische en logistieke innovatie het leven wisten te redden van een steeds groter percentage gewonden.<sup>39</sup> De inzet van helikopters, die de evacuatie van gewonden aanzienlijk versnelde, past goed in dat narratief.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> Een goed overzichtswerk is: Richard A. Gabriel en Karen S. Metz, *A History of Military Medicine*. 2 delen (New York 1992). Gabriel gaf dit boek nauwelijks gereviseerd nog eens uit onder een andere titel: Richard A. Gabriel, *Between flesh and steel. A history of military medicine from the middle ages to the war in Afghanistan* (New York 1992). Zie ook: Jack E. McCallum, *Military Medicine: From Ancient Times to the 21st Century* (Santa Barbara 2008); John S. Haller Jr., *Battlefield Medicine: A History of the Military Ambulance from the Napoleonic Wars through World War I* (Carbondale 2011); John T. Greenwood en Berry F. Clifton Jr., *Medics at War: Military Medicine from Colonial Times to the 21st Century* (Annapolis 2005).

<sup>37</sup> Voorbeelden zijn: Alfred Jay Bollet, *Civil War medicine: challenges and triumphs* (Somerville 2000); Frank Freeman, *Gangrene and glory: medical care during the American Civil War* (Champaign 2001); Ira Rutkow, *Bleeding Blue and Gray: Civil War surgery and the evolution of American medicine* (2005); James M. Schmidt and Guy R. Hasegawa (eds.), *Years of change and suffering: modern perspectives on Civil War medicine* (2009); Mark Harrison, *The Medical War: British Military Medicine in the First World War* (Oxford 2010); S.C. Craig, D.C. Smith ed., *Glimpsing Modernity. Military Medicine in World War I* (Newcastle upon Tyne 2015); Fiona Reid, *Medicine in First World War Europe. Soldiers, Medics, Pacifists* (2017).

<sup>38</sup> Een greep: Otto F. Apel, *MASH: An Army Surgeon in Korea* (Lexington 1998); Robert J. Wilensky, *Military medicine to win hearts and minds: aid to civilians in the Vietnam War* (Lubbock 2004); Zahava Solomon en Bruce Oppenheimer, ‘Social Network Variables and Stress Reaction—Lessons From the 1973 Yom-Kippur War’, *Military Medicine* 151-1 (1 January 1986) 12–15; Michael E. DeBakey, ‘History, the Torch That Illuminates: Lessons From Military Medicine’, *Military Medicine* 161-12 (1 December 1996) 711–716.

<sup>39</sup> Hieruit is vaak de conclusie dat militair geneeskundige diensten veel leren in oorlog, dus dat oorlogen in feite goed zijn voor de geneeskunde. Tegen deze stelling zijn weer belangrijke argumenten aan te voeren: zie onder meer van L.F.J.M. van Bergen, ‘Surgery and War: The discussion about the usefulness of war for medical progress’, in: Thomas Schlich ed., *The Palgrave Handbook for the History of Surgery* (Londen 2018) 389-407.

<sup>40</sup> M.C.M. Bricknell, ‘The evolution of casualty evacuation in the British Army in the 20<sup>th</sup> century (part 3) – 1945 to present’, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 149 (2003) 87.

Veel minder publicaties belichten de waarde van de militaire geneeskunde in vreedstijd. Over het algemeen geldt dat de diensten hun bestaan steeds moesten rechtvaardigen.<sup>41</sup> Een aanverwant (en terugkerend) thema is de problematiek om voldoende militair-geneeskundig personeel, vooral artsen, aan te trekken. Megan Fitzpatrick betoogt dat het Britse *Royal Army Service Corps* tijdens de Koude Oorlog kampte met ernstige personeelstekorten, wat een negatieve invloed had op de militaire gezondheidszorg.<sup>42</sup> Ook de studies over de Nederlandse militaire geneeskunde besteden aandacht aan de personeelsproblematiek en het gebrek aan erkenning. Volgens Gerard Haneveld kende de MGD van de Koninklijke Marine in de twintigste eeuw een ontwikkeling ‘van stiefkind tot professionele wasdom’, waarbij technologische ontwikkelingen hand in hand gingen met steeds hogere eisen aan het medisch personeel en de gezondheidszorg op schepen.<sup>43</sup> In *Pro Patria et Patienti* van medisch historicus Leo van Bergen lezen we dat de MGD van de landmacht tussen 1814 en 1950 (gekenmerkt door lange perioden waarin niet werd gevochten) vaak worstelde met te weinig geld en een gebrekkige status, twee factoren die elkaar versterkten, met als gevolg dat de organisatie onvoldoende op haar oorlogstaak was berekend.<sup>44</sup> Een andere rode draad in zijn betoog is de ambivalente rol die militaire artsen hebben, aangezien zij met het ene been in het medische en met het andere in het militaire domein staan, waardoor belangenconflicten kunnen optreden.

Dit proefschrift zal nieuw licht schijnen op de genoemde problematiek in vreedstijd. Waar *Pro Patria* eindigt in 1949, na de dekolonisatieoorlog in Indonesië, zal dit onderzoek de draad omstreeks 1950 oppakken, toen de blik van de KL werd gericht op de potentiële vijand achter het IJzeren Gordijn. Er zal worden nagegaan of er tijdens de Koude Oorlog opnieuw sprake was van dezelfde of mogelijk juist andere structurele problemen, en in hoeverre die doorwerkten op de oorlogsvoorbereiding. Ook zal er in dit onderzoek aandacht zijn voor de ethische dimensie van het functioneren van legerartsen, met de nadruk op de tweespalt tussen de medische en de militaire belangen. Moderne wapens, vooral nucleaire, garandeerden een ongekend aantal slachtoffers, waardoor militaire artsen werden geconfronteerd met de vraag of een militair-medische voorbereiding op een kernoorlog überhaupt wel mogelijk en (moreel) verantwoord is. Met toevoeging van deze laag wordt de institutionele geschiedschrijving van de MGD vervlochten met het

---

<sup>41</sup> Bobby A. Wintermute, *Public Health and the US Military. A History of the Army Medical Department, 1818-1917* (Londen 2015).

<sup>42</sup> Meghan Fitzpatrick, ‘The Trouble with Peace: The Royal Army Medical Corps’ Cold War Recruitment Conundrums’, *War & Society* 37:2 (2018) 129-145.

<sup>43</sup> Gerard T. Haneveld en Paul C. van Royen, *Vrij van zichtbare gebreken. De medische zorg bij de Nederlandse zeemacht in de negentiende eeuw* (Amsterdam 2001); Gerard T. Haneveld en Anselm J. van der Peet ed., *Van stiefkind tot professionele wasdom. De medische zorg bij de Nederlandse zeemacht in de twintigste eeuw* (Amsterdam 2005).

<sup>44</sup> Leo van Bergen, *Pro Patria et Patienti. De Nederlandse militaire geneeskunde 1795-1950* (Nijmegen 2019).



verhaal van de betrokkenen. Zo biedt dit boek ook inzicht in de vraag hoe de Koude Oorlog op individueel niveau – vanuit een specifieke beroepsgroep – is beleefd.<sup>45</sup>

### **Analytische benadering**

De militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen vonden niet alleen maar plaats aan de bureaus van de legerleiding en het Ministerie van Defensie in Den Haag. Ook lagere commandanten kregen ermee te maken, zelfs Jan Soldaat in de kazerne ontkwam niet aan de dreiging van de Koude Oorlog en de maatregelen die in dat kader werden genomen. Om een volledig beeld te krijgen van de impact van de oorlogsvoorbereidingen, zal in deze studie ook de belevingswereld van de betrokken functionarissen op ‘werkniveau’ voor het voetlicht worden gehaald. Zij zagen zichzelf beslist niet als toneelspelers in het grote afschrikkingstheater. Dat hun dagelijks werk op politiek niveau bijdroeg aan het handhaven van de vrede erkenden zij, maar tegelijk beklemtoonden vooral officieren dat hun taak was gelegen in het “voeren van oorlog” en het “bewaken van de geloofwaardigheid”.<sup>46</sup> Militairen werden van hogerhand ook aangemoedigd om zo te denken. Over die mentaliteit schreef brigadegeneraal b.d. J.M.J. Bosch: “Altijd speelde op de achtergrond de kans dat wat werd geoefend, keiharde werkelijkheid kon worden.”<sup>47</sup> Vanuit dat standpunt leverden de geneeskundige voorbereidingen niet alleen een symbolische bijdrage aan de vrede, maar waren ze ook een soort verzekeringspremie voor het ondenkbare geval dat de Koude Oorlog toch heet werd.<sup>48</sup> Tenslotte kon niemand de ware intenties van de Sovjet-Unie doorzien, maar dat die vijandig waren stond volgens beroepsofficieren buiten kijf. Paradoxaal genoeg was men er tegelijkertijd van overtuigd dat hoe meer de voorbereidingen waren afgestemd op daadwerkelijke oorlogsomstandigheden, des te geloofwaardiger ze waren, en des te groter de kans dat de Sovjet-Unie van een aanval kon worden weerhouden.<sup>49</sup> Deze dubbelzinnige logica hield de militaire Oost-West-confrontatie ruim veertig jaar lang in stand — om de vrede te bewaren moet men zich met grote toewijding voorbereiden op oorlog: *si vis pacem para bellum*.

Het gevaar van nucleaire wapens, hoe abstract dat ook was, werd universeel begrepen. Toch waren er vele, soms conflicterende opvattingen hoe met dat probleem moest worden omgegaan. Op hoofdlijnen bestaat een vrij duidelijk onderscheid. De politicoloog David S. Meyer liet zien dat er in de vs in feite drie verschil-

---

<sup>45</sup> Historicus Matthew Grant bestudeert de Koude Oorlog vanuit een sociaalhistorisch perspectief en benadrukt dat er vele verschillende individuele opvattingen en houdingen bestonden ten aanzien van kernwapens. Matthew Grant, ‘Making sense of nuclear war: narratives of voluntary civil defence and the memory of Britain’s Cold War’, *Social History* 44:2 (2019) 229-254.

<sup>46</sup> R. Heslinga, ‘De doelstelling van de strijdkrachten’, *Militaire Spectator* 134:9 (1965) 401-402.

<sup>47</sup> J.M.J. Bosch, ‘De operationele inzetbaarheid: marges en knelpunten’ in: J. Hoffenaar e.a., *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 140.

<sup>48</sup> Melissa Smith, ‘Architects of Armageddon: the Home Office Scientific Advisers’ Branch and civil defence in Britain, 1945-68’, *The British Journal for the History of Science* 43:2 (juni 2010) 149-180.

<sup>49</sup> Zie bijvoorbeeld: J. Hoffenaar, ‘De logica van de Koude Oorlog’, *Militaire Spectator* 182:2 (2013) 64-73.

lende denkkaders, of *masterframes*, naast elkaar bestonden.<sup>50</sup> Volgens de redentie van het *Common Security frame* vormden kernwapens een grotere bedreiging dan welke vermeende vijand ook. De inherente risico's van deze massavernietigingswapens konden niet worden aanvaard en daarom moest de internationale gemeenschap de ontmanteling van alle kernkoppen tot doel hebben. Het *Cold War frame* daarentegen plaatste de dreiging van de Sovjet-Unie bovenaan, terwijl nucleaire wapens een essentieel ingrediënt waren van de nationale en internationale veiligheid. Volgens dat perspectief was het beëindigen van de Sovjet-Unie de enige manier om een einde te maken aan de machtsstrijd. Tussen deze uitersten lag het *Managed Rivalry frame*, waarin zowel het existentiële gevaar van kernwapens als de dreiging Sovjet-Unie werden erkend. In dit laatste frame ontbrak het aan een duidelijk eindpunt van de Koude Oorlog.<sup>51</sup>

Deze benadering is niet meteen nuttig bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag van deze studie. Wel maakt de indeling van de masterframes inzichtelijk dat opvattingen over kernwapens met elkaar botsten en de onderlinge concurrentie aangingen. Het verloop van de Koude Oorlog maakt duidelijk dat bepaalde denkkaders in verschillende fasen de overhand kregen. In Nederland was begin jaren vijftig het anticommunistische vijanddenken (*Cold War frame*) in brede lagen van de bevolking gemeengoed.<sup>52</sup> Dat sterke vijandbeeld legitimeerde de afschrikingspolitiek en de daarmee gepaarde kernwapenwedloop.

De tweede helft van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig stonden juist in het teken van ontspanning (*Détente*) tussen de grootmachten. Volgens de historicus Duco Hellema leek het gevaar van oorlog, althans op het Europese continent, drastisch af te nemen.<sup>53</sup> De NAVO bevorderde deze ontwikkeling. In november 1967 verscheen het *Report of the Council on the Future Tasks of the Alliance*, ook wel bekend als het rapport-Harmel, dat de NAVO stuurde in de richting van politieke toenadering tot het Oosten. Diverse Europese regeringen gaven gehoor aan deze nieuwe beleidskoers die moest leiden tot een betere Oost-Westrelatie. Vooral de West-Duitse bondskanselier Willy Brandt streefde naar een betere verstandhouding met de communistische leiders. Gedreven door de vrees voor een wereldwijde nucleaire catastrofe, besloten de leiders uit Washington en het Kremlin om kernproeven en het aantal kernwapens aan banden te leggen. Het verminderen van het aantal strategische kernwapens kan worden omschreven in de termen van het *Managed Rivalry frame*.

---

<sup>50</sup> Meyer, 'Framing national security', 173-192.

<sup>51</sup> Ibidem, 178.

<sup>52</sup> H.F.L.O. de Liagre Bohll, 'De rode beer in de polder: een herinterpretatie van de 'lange jaren vijftig' in: C. Kristel, *Met alle geweld: botsingen en tegenstellingen in burgerlijk Nederland* (Amsterdam 2003) 214-229.

<sup>53</sup> Duco Hellema, 'De Brezjnev-jaren, 1964-1982. De apotheose van de Sovjetmacht', in: Jan Hoffenaar, Jan van der Meulen en Rolf de Winter, *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 27.

Eind jaren zeventig was er van de ontspanning echter weinig over. Naar aanleiding van de toenemende bewapeningswedloop nam de vredesbeweging in de jaren tachtig een hoge vlucht. Het streven naar nucleaire ontwapening als een alternatief voor de politiek van wederzijds verzekerde vernietiging (*Common Security frame*) won in Nederland sterk aan kracht.<sup>54</sup> Ook in dit onderzoek zal er aandacht zijn voor de verschuivende en concurrerende politiek-maatschappelijke opinies over kernwapens, die de historische achtergrond vormen van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen.

Dit proefschrift wil echter verder gaan dan het categoriseren van opvattingen, en vooral ook blootleggen hoe de politiek van de Koude Oorlog werd vertaald in de 'harde' en feitelijke wereld van de MGD-organisatie, het materieel en het militair-geneeskundig beleid. Daarnaast wordt beoogd deze institutionele geschiedenis te vervlechten met de subjectieve en psychologische dimensies van perceptie, ervaring en beleving van de betrokkenen. Hierbij dient een recente publicatie, *Cold War Civil Defence in Western Europe* (2022) als voorbeeld. Hierin zijn verschillende analytische niveaus ("*policy, materiality, practice and vision*") tot een coherent geheel gesmeed aan de hand van het concept *sociotechnical imaginaries*.<sup>55</sup> Sociaalwetenschapper Sheila Jasanoff, die het begrip in 2009 muntte, bedoelt hiermee: "*collectively held, institutionally stabilized, and publicly performed visions of desirable futures, animated by shared understandings of forms of social life and social order attainable through, and supportive of, advances in science and technology.*"<sup>56</sup> Vrij vertaald: collectief uitgedragen visies van een wenselijke toekomst, gegrond in het institutionele en maatschappelijke geloof in de wetenschappelijke en technologische vooruitgang. Nu klinkt 'desirable futures' wat vreemd in de context van oorlogsvoorbereidingen, maar waar het om gaat is dat nationale overheden in het kader van de Koude Oorlog probeerden om op verschillende manieren een positieve wending te geven aan de aanzienlijke risico's van de afschrikingspolitiek.<sup>57</sup> In films, voorlichtingsmateriaal, oefeningen en overheidsmaatregelen lag telkens de nadruk op een wenselijke of in iedere geval een maakbare toekomst: maatschappelijke weerbaarheid was essentieel voor het behoud van vrede, welvaart en democratie; en mocht er onverhoopt toch een oorlog uitbreken, dan kon men die met inachtneming van de juiste maatregelen overleven.

---

<sup>54</sup> *Ogenschijnlijk* omdat een kleine meerderheid van de Tweede Kamer ondanks het maatschappelijk verzet toestemming gaf voor de plaatsing van de nucleaire kruisvluchtwapens in Nederland.

<sup>55</sup> Marie Cronqvist, Rosanna Farbøl en Casper Sylvest eds., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication [z.p.] 2022).

<sup>56</sup> Cronqvist, Rosanna Farbøl en Casper Sylvest eds., 'Introduction: New Paths in Civil Defence History' in: Cronqvist et al. eds., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication 2022) 6.

<sup>57</sup> Peter Bennesved en Casper Sylvest, 'Embedding preparedness, Assigning Responsibility: The Role of Film in Sociotechnical Imaginaries of Civil Defence' in: Cronqvist et al. eds., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication 2022) 106.

In deze studie heeft het concept *Sociotechnical imaginaries* een verklarende functie: het helpt de denkwijze en beweegredenen van de actoren (militairen en militair-geneeskundigen) te duiden. Bij het bestuderen van de bronnen wordt aangenomen dat de toekomstbeelden binnen de institutionele omgeving van de krijgsmacht tot stand kwamen vanuit een denkwijze die de nadruk legde op oplossingen: een fenomeen dat ook in de hedendaagse krijgsmacht wel wordt geassocieerd met een *can do*-mentaliteit. In de KL werden voor problemen telkens toepasbare oplossingen voorgedragen. Ook aan het militair-geneeskundige takenpakket, waaronder de oorlogsvoorbereiding vielen, gaven de betrokkenen een positieve draai. De nadruk lag op de doelstelling van de MGD, die was gelegen in het bevorderen van de militaire gezondheid en dus de inzetbaarheid van de KL. Volgens de logica van de Koude Oorlog was de vrede daarmee gebaat, een duidelijk voorbeeld van een positieve uitkomst. De dienst streefde naar het *beheersen* van de risico's in verschillende oorlogssituaties, dus ook de risico's die gepaard gingen met kernwapens.

De neiging van militairen om risico's te beheersen en de nadruk te leggen op concrete oplossingen is onderdeel van een omvangrijker proces waarin toekomstvisies gestalte krijgen. Er zijn vier fases te onderscheiden. Eerst speculeren militairen, wetenschappers en politici over toekomstige conflictscenario's en risico's in ruime zin, een fase die wordt gekenmerkt door het verzamelen en interpreteren van informatie (in de literatuur de fase van *origins* genoemd). Vervolgens raken de controleerbare elementen in deze toekomstvisies in de krijgsmacht geïstitutionaliseerd door middel van voorschriften, routines en organisatiestructuren (*embedding*). Bij zulke processen is altijd sprake van weerstand (*resistance*), waarbij kritiek te beluisteren valt op de ontstane toekomstvisies, het gevolgde beleid of het onderliggende normenstelsel. De laatste fase is voortzetting (*extension*), waarbij de nadruk ligt op het in stand houden dan wel aanpassen van de geïstitutionaliseerde verbeelding door de tijd heen.<sup>58</sup> Het is vooral interessant te onderzoeken in hoeverre de inzichten over nucleaire oorlogvoering gedurende de Koude Oorlog ontwikkelden.<sup>59</sup> In historisch onderzoek naar de Britse civiele verdediging tijdens de Koude Oorlog is al aangetoond dat: "*the original underlying assumptions [about nuclear weapons, TD] gradually became buried, and were unlikely to be revisited or reassessed in light of changes in the political strategic or scientific situation.*"<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Cronqvist, Rosanna Farbøl, Casper Sylvest eds., 'Introduction: New Paths in Civil Defence History' in: Cronqvist et al., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication 2022) 8.

<sup>59</sup> Over institutionele taaiheid is door verschillende auteurs geschreven: Jacques Ellul, *Propaganda: The Formation of Men's Attitudes* (New York 1973); Thomas S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago 1996); Iain Munro en Christian Huber, 'Kafka's Mythology: Organization, Bureaucracy and the Limits of Sensemaking', *Human Relations* 65:4 (2012) 523-543.

<sup>60</sup> Smith, 'Architects of Armageddon'.

In de conclusies van de volgende hoofdstukken zal worden getoetst in hoeverre of de beeldvorming over een kernoorlog binnen de MGD ook ‘vastgeroest’ was en of militair-geneeskundigen bij hun oorlogsplanning uitgingen van ‘desirable futures’. Duidelijk moet worden waar de krijgsmacht grenzen legde voor wat betreft hetgeen wel en niet kon worden besproken.<sup>61</sup> Doemdenkers die twijfelden aan de opgedragen taak mochten in elk geval geen vaste grond onder de voeten krijgen. Deze aanname zal in de volgende hoofdstukken aan de hand van primair bronnenmateriaal worden getoetst.

### **Bronnen en perspectief: de stabiliteit van de Koude Oorlog**

Het is verleidelijk om de Koude Oorlog achteraf te zien als periode van vrede en stabiliteit, met voor de kernwapens een hoofdrol in het voorkomen van een oorlog tussen Oost en West.<sup>62</sup> Nu plaatst dit onderzoek geen vraagtekens bij de afschrikwekkende werking van kernwapens.<sup>63</sup> Wel vormt de onzekerheid waarmee alle oorlogsvoorbereidingen waren omgeven het uitgangspunt.<sup>64</sup> Het concept van kernwapens als middel van oorlogspreventie ontwikkelde zich met horten en stoten. Begin jaren vijftig stonden deskundigen pas aan het begin van een lange discussie over de bruikbaarheid van deze wapens.<sup>65</sup> Degenen die zich met deze materie bezighielden wisten dat centrale concepten in de afschrikingspolitiek, zoals ‘nuclear threshold’, ‘escalation’ en ‘second strike’, niet door ervaring waren gestaafd.<sup>66</sup> Het idee dat kernwapens zorgen voor stabiliteit was ook niet vrij van kritiek. Hoe zouden de kernmachten reageren bij een misverstand, een incident of lokaal conflict? Critici wezen daarom op de precare aard van de *balance of terror*: in theorie leek het evenwicht stabiel, maar de werkelijkheid was weerbarstiger. Vredesactivisten verbonden hieraan een vergaande conclusie: om de mensheid tegen haar ondergang te beschermen, moesten de kernwapens de wereld uit. Tijdgenoten wisten niet of en hoe de Koude Oorlog zou eindigen. De rol van kernwapens daarbij was onvoorspelbaar. Vanuit dat perspectief en met de deelvragen indachtig wordt naar de bronnen gekeken.

De zoektocht naar relevante bronnen over de nucleaire planning van de NAVO kent diverse obstakels. Zo zijn sommige bronnen vernietigd, andere bevinden zich in gerubriceerde archieven. Een aantal beleidsstukken is inmiddels ontsloten, maar een groot deel is nog afgeschermd.<sup>67</sup> Het belangrijkste bronnenmateriaal is

---

<sup>61</sup> Marli Huijer, *Discipline. Overleven in overvloed* (Amsterdam 2013) 254.

<sup>62</sup> Duco Hellema, ‘De Koude Oorlog in Nederland. Een fijne tijd’, *Historisch Nieuwsblad* 5 (juni 2011) 30-41.

<sup>63</sup> John Lewis Gaddis e.a. eds., *Cold War Statesmen Confront the Bomb: Nuclear Diplomacy Since 1945* (Oxford 1999).

<sup>64</sup> Zie ook: Jan Hoffenaar, ‘That came as a surprise to me’, in: Jan Hoffenaar ed., *Wat een vondst! Verhalen uit de geschiedenispraktijk* (Amsterdam 2020).

<sup>65</sup> Gaddis, *Cold War Statesmen*.

<sup>66</sup> Michael Quinlan, *Thinking About Nuclear Weapons: Principles, Problems, Prospects* (Oxford 2009).

<sup>67</sup> Om een voorbeeld te noemen: tijdens mijn eerdere onderzoek naar het ‘kruisrakettendebat’ vond ik in de Nederlandse archieven betrekkelijk veel informatie over de politieke besluitvorming rond de mogelijke

afkomstig van de Inspecteur Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (IGDKL), de hoogste medische autoriteit binnen de landmacht, die de beschikking had over een gelijknamig stafbureau (de Inspectie Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht; eveneens aangeduid met de afkorting IGDKL) dat bestond uit verschillende secties op het gebied van bijvoorbeeld medisch-wetenschappelijk onderzoek, materieel en personeel. De overgrote meerderheid van het bewaarde archiefmateriaal heeft evenwel betrekking op de vredesbedrijfsvoering. Belangrijke stukken over de verliesverwachtingen zijn onvindbaar.<sup>68</sup> Het archief bevat verder maar enkele dossiers met betrekking tot de verdediging tegen atomaire, biologische en chemische strijdmiddelen. Ertussen zitten weliswaar zeer interessante bronnen uit de vroege jaren vijftig, maar aanvullend materiaal is noodzakelijk om tot een beter inzicht te komen in militair-geneeskundige oorlogsplanning. Gezien de vele hiaten kan voor dit onderzoek over de oorlogsvoorbereidingen van de MGD wel gesproken worden van een 'documentary deficit'.<sup>69</sup>

Het gat in de bronnen maakt het onderzoek in 'collateral documents' noodzakelijk: er zal uitvoerig gebruik worden gemaakt van documenten die op indirecte wijze gerelateerd zijn aan het onderzoeksthema. Zulke bronnen gaan meestal over de bedrijfsvoering van de MGD, waarbij de voorbereidingen op een (nucleaire-) oorlog niet expliciet aan de orde komen. Wel laten bijvoorbeeld de jaarverslagen van de IGDKL zien hoeveel officieren waren ingedeeld in de stafsecties van de militair-geneeskundige staven en met welke onderwerpen zij zich bezighielden. Op die manier (een soort *indirect approach*, om een militaire term te hanteren) ontstaat toch een algemeen beeld van de activiteiten en aandachtsgebieden van de MGD tijdens de Koude Oorlog. En dat algemene beeld is onontbeerlijk bij het formuleren van een antwoord op de onderzoeksvraag.

Naast het archief van de inspectie van de geneeskundige dienst is ook gebruik gemaakt van de archieven van het 1 Legerkorps, de Generale Staf/Landmachtstaf en de politieke leiding van Defensie. Hier zijn ook enkele stukken aangetroffen over de oorlogsvoorbereidingen van de MGD. Een belangrijke aanvulling vormen de archieven van de Rijksverdedigingsorganisatie-Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (RVO-TNO), het Ministerie van Binnenlandse Zaken, het digitale archief van de Noord-Atlantische Verdragsorganisatie (NAVO).

---

plaatsing, maar nauwelijks relevante stukken over de technische aspecten ervan, zoals de bouwtekeningen van de shelters op de vliegbasis. Deze stukken dragen het stempel *secret*.

<sup>68</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 153: Brief van de Inspecteur met commentaar inzake de geneeskundige onderstelling, 27 april 1966. Dit commentaar gaat over de 'geneeskundige onderstelling 1966', die tot het einde van de Koude Oorlog richtinggevend was voor de oorlogsvoorbereidingen van de MGD. Helaas is het oorspronkelijke stuk niet boven water gekomen.

<sup>69</sup> Deze hiaten worden ook gesignaleerd in: K. Stoddart, *Losing an Empire and Finding a Role: Britain, the USA, NATO and Nuclear Weapons 1964-1970* (Londen en New York 2012) 4-5; Helmut Hammerich, 'Fighting for the heart of Germany. German I Corps and NATO's Plans for the Defense of the North German Plain in the 1960s' in: Jan Hoffenaar and Dieter Kruger, *Blueprints for Battle: Planning for War in Central Europe, 1948-1968* (Lexington: University Press of Kentucky, 2012) 156.

Ook daarin liggen stukken over de militaire geneeskunde. Veel literatuur is te vinden in de Historische Verzameling Militair Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht, waar geheel onverwacht de notulen van de Geneeskundige Verdedigingsraad (GVR) bleken te zijn ondergebracht. Tot slot beschikt het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH) over enkele waardevolle losse stukken over de MGD.

Een andere belangrijke aanvulling bestaat uit publicaties van militair-geneeskundigen, gericht aan collega's binnen de MGD, alsook officieren of medici daarbuiten. Deze teksten verschenen in diverse militaire vakbladen, met name het *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* (NMGT), bestemd voor militaire artsen, en *Polsslag*, het lijfblad van de officieren van de Geneeskundige troepen (niet-medici). Ook in de tijdschriften *Militaire Spectator*, *Carré* en *Orgaan van de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap* verschenen stukken van de hand van militair-geneeskundigen.<sup>70</sup> Enkele uitzonderingen daargelaten, hebben helaas maar weinig betrokkenen hun herinneringen over hun diensttijd aan het papier toevertrouwd. Er is voor gekozen om geen poging te doen dit gemis met *oral history* te compenseren, omdat de hoofdvraag met het beschikbare bronnenmateriaal kon worden beantwoord.<sup>71</sup>

In dit onderzoek is niet alleen aandacht voor militair-ambtelijke, maar ook politieke opvattingen met betrekking tot de medische oorlogsvoorbereidingen. Onder meer de Handelingen van de Tweede Kamer zijn doorzocht op discussies over de MGD. Omdat het aantal zoekresultaten viel te overzien, was het niet nodig de gekozen zoektermen te voorzien van restricties of booleaanse operatoren.<sup>72</sup> Alle resultaten waarin de gekozen zoektermen voorkwamen, zijn doorgenomen en beoordeeld op relevantie, oftewel: brachten politici de MGD in verband met oorlogsvoorbereidingen? Dat bleek niet bijzonder vaak het geval, hetgeen in hoofdstuk 6 zal worden verklaard.

Verder is in de database *delpher.nl* gezocht naar krantenartikelen waarin dit onderwerp aan de orde komt. De gekozen zoekterm was opnieuw de MGD en alle varianten daarop. Daarbij moet worden aangetekend dat de zoekfunctie van *delpher* is gebaseerd op optische tekenherkenning of *Optical Character Recognition* (OCR),

---

<sup>70</sup> Voor het NMGT kon een digitale lijst met alle verschenen artikelen tussen 1947 en 1989 worden geraadpleegd. Een dergelijke lijst was voor *Polsslag* niet beschikbaar. Alle jaargangen moesten fysiek worden doorgenomen en worden beoordeeld op relevantie. Hetzelfde gold voor *Carré* en *Orgaan van de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap*. De *Militaire Spectator* is online te raadplegen en beschikt over een goede zoekfunctie: <https://militairespectator.nl/artikelen-archief>

<sup>71</sup> Daarbij kleefden er ook nog praktische bezwaren aan het afnemen van interviews. Er volgde maar één reactie op mijn oproep in het NMGT aan voormalig dienstplichtige artsen om contact met mij op te nemen voor een vraaggesprek. Ten tweede vond het onderzoek deels plaats tijdens de coronapandemie, waardoor fysiek afspreken (in mijn ogen een voorwaarde voor een diepgaand gesprek) niet mogelijk was.

<sup>72</sup> De gekozen zoekterm daarbij is militair geneeskundige dienst en alle voor de hand liggende varianten daarop: MGD, militaire geneeskunde, militair-geneeskundig, militair-geneeskundige, militair-medisch, militair-medische, militaire zorg. Daarnaast is gezocht op gerelateerde termen: militaire arts, officier-arts, officieren-arts, officier van gezondheid, hospitaal, militair ziekenhuis, gewonden.

een proces dat enige beperkingen kent. Bepalend is onder meer de kwaliteit van de scan, het oorspronkelijke bronmateriaal (het papier, de typografie en druk kwaliteit). Dat wil zeggen dat het voor de software moeilijker is oudere teksten te herkennen; de OCR van de kranten is beter naarmate ze dichter bij het heden komen. Er is dan ook rekening mee gehouden dat enkele krantenartikelen uit de vroege periode van de Koude Oorlog niet in de zoekresultaten zijn weergegeven. Dit vormt echter geen groot probleem, omdat in de zoekpraktijk is gebleken dat ook de krantenartikelen uit de jaren vijftig goed zijn vertegenwoordigd in de resultatenlijsten. Op basis van deze selectie was het mogelijk een beeld te verkrijgen van de manier waarop de MGD in de kranten ter sprake kwam.

Tot slot waren de civiele vakbladen zoals het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en vooral *Medisch Contact* van belang. Hierin verschenen artikelen met kritische beschouwingen over de oorlogsvoorbereidingen en het defensiebeleid. In samenhang met deze artikelen verschenen er diverse kritische bundels en monografieën over de medische gevolgen van een kernoorlog, vaak geschreven door dezelfde auteurs die zich in tijdschriften kritisch uitlieten. Deze verkondigen, samen met de pamfletten van de vredesbeweging, een tegengeluid.

### **Afbakening en verantwoording**

Op donderdagochtend 5 december 1962 werden twee militairen bloedend binnengebracht in het Arnhemse Gewestelijk Militair Hospitaal. Dit keer geen oefening. Kort daarvoor had tweede luitenant A.G.H. Kerckhoffs op het infanterieschietkamp de Harskamp splinters van een ontplofte handgranaat in zijn rechteronderbeen gekregen. Ook de dienstplichtige soldaat die het ongeluk had veroorzaakt was gewond geraakt.<sup>73</sup> De hospitaalstaf zag zich opeens geconfronteerd met 'oorlogsletsel'. Het geleerde moest nu in de praktijk worden gebracht: de slachtoffers registreren, kleding verwijderen en de wonden schoonmaken. Ondertussen moest een diagnose worden gesteld en vond een bespreking van de vervolgbehandeling plaats.<sup>74</sup> Het liep goed af. Een dag later was de luitenant al in staat de pers monter doch bescheiden te vertellen over zijn heldhaftige optreden. Door de granaat snel weg te schoppen had hij erger voorkomen. De medici keken tevreden toe. "Het gaat hem geestelijk en lichamelijk goed", zo noteerde een journalist uit de mond van de chef van het hospitaal.<sup>75</sup> De soldaat kwam niet aan het woord (of moest zwijgen), maar hij mocht van geluk spreken dat hij zijn eigen geklungel had overleefd.

Buiten dit krantenbericht is de stem van de Nederlandse militaire patiënt tijdens de Koude Oorlog opvallend afwezig. Over het algemeen kende de krijgsmacht een jonge en gezonde populatie. Keuringsartsen onderwierpen jaarlijks tienduizenden dienstplichtigen aan een lichamelijk en geestelijk gezondheids-

---

<sup>73</sup> 'Gewonde luitenant: "jullie maken er te veel drukte over"', *Het Vrije Volk* 7 december 1963.

<sup>74</sup> Bewijs ontbreekt, maar het ligt zeer voor de hand dat deze standaardprocedure is gevolgd.

<sup>75</sup> 'Gewonde luitenant: jullie maken er te veel drukte over', *Het Vrije Volk* 7 december 1962.



onderzoek, waarna geschikt bevonden rekruten een verplichte vaccinatie ontvingen. Later kwamen de rekruten nog in contact met de MGD via de lessen in persoonlijke hygiëne en Eerste Hulp aan het Front (EHAF). Als militaire ‘huisartsenpost en apotheker’ zag de MGD vooral dienstplichtigen met alledaagse klachten en kwalen. Al met al weinig voor de patiënten om over naar huis te schrijven.

Dit alles neemt niet weg dat buiten het spreekuur helaas ook ernstige ongevallen plaats hadden en soms liepen die minder goed af dan het bovengenoemde granaat-incident. Hoeveel slachtoffers de MGD in deze periode precies heeft behandeld is niet bekend, maar aangezien het aantal militaire ‘vredesdoden’ ten tijde van de Koude Oorlog wordt geschat op meer dan 3100, is het vrijwel zeker dat het aantal militairen met letsel in die jaren veel hoger lag.<sup>76</sup> Het grootste aantal gewonden kwam door verkeersongevallen, die soms gepaard gingen met traumatische verwondingen. Het is natuurlijk interessant om erachter te komen wat de patiënten van hun medische behandeling vonden. Maar daarover valt zoals gezegd weinig te lezen. De meest voor de hand liggende verklaring is dat de medische behandeling van de ‘vredesgewonden’ in principe goed was en niet onderdeed voor wat men in de burgermaatschappij gewend was. Een overlevende van de vliegcrash bij de Kolonel van der Palmkazerne in Bussum, waar op 14 november 1957 een Amerikaanse straaljager neerstortte met zes doden en zestien gewonden als gevolg, had voor zijn geneeskundige verzorging in het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht “niets dan lof”.<sup>77</sup> Bovendien lag de aandacht van de media en de autoriteiten bij zulke incidenten doorgaans op de oorzaken en niet op de medische behandeling en verzorging.

Er zijn overigens wel enkele gevallen bekend van (vermeende) nalatige militair-geneeskundige zorg. In 1958 werd de dood van een dienstplichtig soldaat in verband gebracht met een gebrekkige militair-geneeskundige verzorging, wat zelfs leidde tot Kamervragen.<sup>78</sup> Een jaar later kwam de MGD opnieuw in opspraak omdat er tuberculose was uitgebroken op een militaire kazerne.<sup>79</sup> Dat kwam door gebrekkige hygiëne en het was de legerartsen aan te rekenen dat zij dit hadden laten gebeuren. Een reeks van onjuist behandelde patiënten was in 1975 aanleiding voor de oprichting van de werkgroep militaire artsen van de Vereniging voor Dienstplichtige Militairen (VMDM). En daarmee is de lijst nog niet uitgeput. Zulke gevallen kunnen een indicatie zijn voor de algehele toestand van de militair-geneeskundige zorg. En natuurlijk beloven die feiten in een veel eenvoudiger vredessituatie weinig goeds voor de praktijk van oorlogsgeneeskunde, waarbij de dienst te maken krijgt met een veel groter aantal gewonden. Maar dat neemt niet weg dat er voor elke

---

<sup>76</sup> Frank Oosterboer, ‘Omgekomen in militaire dienst. Vredesverliezen tijdens de Koude Oorlog’ *Dpl Sld* 2012. Het betreft hier een verwijzing naar een online publicatie, in augustus 2023 geraadpleegd en te vinden op: <https://www.jeoudekazernenu.nl/Publicaties/Publicaties.html>

<sup>77</sup> ‘Weer thuis uit hospitaal’, *Twentsch dagblad Tubantia* 12 december 1957.

<sup>78</sup> ‘Dood van soldaat niet te wijten aan M.G.D.’, *Leeuwarder courant* 24 juni 1958.

<sup>79</sup> ‘Tbc in legerkamp MGD schuldig aan grove nalatigheid?’, *Trouw* 18 december 1958.

klacht waarschijnlijk vele (duizenden) behandelingen met een goede afloop waren. Juist door het ontbreken van harde cijfers, kunnen incidenten, wel of niet door de patiënt zelf aangekaart, geen representatief beeld geven van de kwaliteit van de MGD.

In deze studie is vooral gebruik gemaakt van het oordeel van militair-geneeskundigen, andere militairen van de krijgsmacht, politici, maar ook critici. Waar wordt gesproken over militair-geneeskundigen, dan ligt de nadruk op de artsen van het dienstvak Geneeskundige dienst en de niet-medici van het dienstvak Geneeskundige troepen. Tot deze dienstvakken behoorden ook apothekers, tandartsen, psychiaters en veterinairs, maar zij komen alleen aan het woord wanneer ze zich over de kernwapenthematiek uitspraken. Buiten de grenzen van dit onderzoek valt ook de overzeese inzet van de MGD in Korea, Nieuw-Guinea, Suriname en Libanon, omdat er uit dit relatief kleinschalige optreden nagenoeg geen relevante lessen werden getrokken voor de algemene oorlogsvoorbereidingen in groter verband.<sup>80</sup> Tot slot is ervoor gekozen om geen comparatieve analyse te verrichten naar de oorlogsvoorbereidingen van militair-geneeskundige diensten in verschillende NAVO-landen omdat er te weinig relevante literatuur is om een vergelijkende studie op te baseren.

---

<sup>80</sup> Geïnteresseerden in de inzet van Nederlandse militair-geneeskundigen worden verwezen naar Laurens van Aggelen, *Regiment Geneeskundige Troepen. Al helpende dien ik de overwinning* (Arnhem 2022). Een proefschrift over de medisch-ethische problematiek bij de inzet van Nederlandse militair-geneeskundigen in missiegebieden is: Francesca Hooft, *White Coats, Green Jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency 1990-2020* (2022).

# Hoofdstuk 1: In de wetenschap

In september 1949 verscheen het *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* (NMGJ) in een ongebruikelijke vorm. Voor het eerst wijdde het blad een dubbeldik nummer geheel aan de medische aspecten van de atoomoorlogvoering, volgens de redactie een bij uitstek belangwekkend onderwerp voor officieren-arts. De enige auteur, reserveofficier van gezondheid 1<sup>e</sup> klasse K.H. Ephraïm, begon zijn tachtig pagina's lange artikel met een dwingend advies:

“wat de toekomst ook brengen moge, het zal in ieder geval nodig zijn, dat iedere officier van gezondheid én iedere niet-militair medicus op de hoogte is van de fundamentele feiten van de atoomphysica, opdat hij, indien er praeventieve middelen gevonden worden om de gevolgen van een atoomexplosie te voorkomen of te mitigeren, deze met kennis van zaken zal kunnen hanteren. (...) Alleen een goed inzicht maakt het mogelijk nuchter en zakelijk de gevolgen van een atoomexplosie onder ogen te zien en voorkomt, dat men in angstige waanvoorstelling verstrikt raakt.”<sup>81</sup>

Hiermee was de toon gezet. Tijdens de Koude Oorlog volgden nog andere publicaties waarin militairen opdracht kregen het hoofd koel te houden ten aanzien van de nucleaire dreiging. Deze boodschap deed ook opgeld bij de civiele verdediging, waar soms identiek voorlichtingsmateriaal in gebruik was.<sup>82</sup> Vooral de brochures van de Bescherming Bevolking (BB) met de titel ‘Wenken voor de bescherming van uw gezin en uzelf’ zijn door de publieke opinie echter met de nodige scepsis ontvangen. Soms werd deze informatie ronduit geridiculiseerd.<sup>83</sup> Dat is op zich niet verwonderlijk. De onvoorstelbare, vernietigende werking van atoomwapens werd in de loop van de jaren vijftig voor steeds meer mensen duidelijk, waardoor het advies om kalm te blijven werd geassocieerd met naïviteit en betutteling.

Er waren militair-geneeskundigen die dat beeld van die allesvernietigende gevolgen bleven bestrijden. Een luitenant-kolonel van de Geneeskundige troepen, J. de Lange, stelde in 1973 dat er een streng onderscheid moest worden gemaakt tussen strategische en tactische kernwapens. Tegen de laatste categorie konden troepen in het veld zich een zekere mate van passieve bescherming bieden, door

---

<sup>81</sup> K.H. Ephraïm, ‘Medische aspecten van de atoomoorlogvoering’, *NMGJ* 2 (1949) 258.

<sup>82</sup> Bij de BB was in gebruik: *Voorschrift nr. 3310: Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst* (eerste druk; 1953). Samengesteld op last van de IGDKL door de sectie 2, Praeventieve geneeskunde en inlichtingen, van de IGDKL met medewerking van de RVO.

<sup>83</sup> P. Valkenburgh, *Mensen in de Koude Oorlog. Sociologische bijdrage tot onze kennis van internationaal-politieke conflictsituaties* (Meppel 1964); Van der Boom, *Atoomgevaar? passim*.

zich in te graven of zich zoveel mogelijk onder pantser te verplaatsen. Dat was geheel anders bij een atoomaanval op een stad, waartegen burgers nauwelijks bescherming hadden.<sup>84</sup> De Lange verkondigde in feite het oorlogsscenario waarvan de MGD impliciet uitging: een conventioneel gevecht met incidenteel gebruik van NBC-strijdmiddelen, een scenario waarin de militaire geneeskunde van grote waarde kon zijn. Een Britse officier deelde die opvatting in 1976: "Tactics have responded to the threat and field formations deploy dispersed and hidden to make it difficult for the enemy to identify a worthwhile nuclear target. Very large numbers are unlikely to be affected, therefore, by any given tactical nuclear weapon and those who are casualties would number a high proportion of dead."<sup>85</sup> De zogenaamde *Artsenklapper* – een algemeen instructieboek voor officieren-arts van de MGD – vermeldde in 1979 dat de inzet van kernwapens weliswaar ernstige consequenties had, maar niet per se hoefde te leiden tot een wereldwijde catastrofe.<sup>86</sup> Een handvol invloedrijke buitenlandse auteurs schetste in de jaren tachtig een scenario waarbij de daadwerkelijke inzet van twee kernwapens niet leidde tot een escalatie, maar juist tot een beëindiging van de oorlog tussen Oost en West.<sup>87</sup>

De tegenstrijdige zienswijzen, die ook onder militair-geneeskundigen leefden, vragen om een nadere beschouwing. Waarom leek de MGD consequent vast te houden aan het idee van een 'beheersbare kernoorlog', terwijl de wetenschap steeds aantoonde dat een nucleaire oorlog niet kon en mocht worden gevoerd, omdat die onherroepelijk op een armageddon zou uitlopen? Achtereenvolgens komt in dit hoofdstuk aan de orde hoe de dienst relevante informatie over kernwapens en hun uitwerking verkreeg en interpreteerde, hoe en met welk doel deze informatie in de organisatie werd ingebed en als laatste hoe de dienst omging met kritiek op de institutionele omgang met massavernietigingswapens. Door het betoog heen zullen verschillende invloedrijke buitenlandse contemporaine auteurs worden geciteerd. Zij schiepen de kaders waarbinnen de discussie in de militair-geneeskundige gemeenschap in Nederland plaatsvond. De oorlogsvoorbereidingen van de MGD vonden namelijk niet plaats in een soort vacuüm, maar werden voortdurend beïnvloed door informatie afkomstig van de bondgenoten.

---

<sup>84</sup> J. de Lange, 'Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)', *Polsslag* 7:5 (september 1973) 15.

<sup>85</sup> Shaw, 'Medical planning factors', 211.

<sup>86</sup> Dit handboek is beschikbaar bij de Historische Verzameling Militair Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht, Korporaal van Oudheusdenkazerne te Hilversum.

<sup>87</sup> De Britse generaal b.d. Sir John Hackett beschreef in *The Third World War: The Untold Story* (Londen 1982) een fictief verloop van de derde wereldoorlog, eindigend met een kernaanval op respectievelijk Birmingham en Minsk. De Amerikaanse strateeg Luttwak voorspelde in 1986 dat een oorlog "would end very soon if any nuclear weapons, however small, would detonate by any side on any target". Edward N. Luttwak, *On the meaning of victory. Essays on strategy* (New York 1986) 75.

## De schok van het nieuwe

In de ochtend van 6 augustus 1945 viel de atoombom met de bijnaam 'Little boy' op de Japanse stad Hiroshima. Na een oogverblindende lichtflits ontwikkelde zich een gasbol die initiële temperaturen van wel tienallen miljoenen graden Celsius bereikte.<sup>88</sup> Hierdoor barstte een deel van de stad onmiddellijk in vlammen uit. De daaropvolgende schokgolf zorgde voor een grote overdruk die muren als bordkarton omverblies. Ioniserende straling drong in de lichamen van de slachtoffers door, waardoor de moleculaire structuur van de cellen en het bloed werden vernietigd. Kort na de explosie had de stad te kampen met een hevige vuurstorm waartegen de overlevende brandweerlieden volkomen machteloos stonden. Een uur later begon het zacht te regenen. Het was geen gewone neerslag, maar vette druppels die zwarte vlekjes op de huid achterlieten. Deze radioactieve *fall-out* hield zeven uur aan. Een ooggetuige schreef over de gevolgen van de aanval:

“De soldaten waren haast nog vreselijker om te zien. Ik kwam er ontelbare tegen die tot aan de heupen waren verbrand. Hun huid was verschroeid zodat je het rauwe, vochtige vlees zag. Op het moment van de explosie moeten ze hun helmen hebben opgehad. Hun hoofdhaar was immers niet verbrand. Het was net of ze zwartgeblakerde kommen op hun hoofd droegen. Gezichten hadden ze niet meer. Hun ogen, mond en neus waren verbrand, het leek wel of hun oren weggesmolten waren. Je kon nauwelijks de voorkant van de achterkant onderscheiden.”<sup>89</sup>

De huiveringwekkende getuigenissen kregen pas decennia later een grotere bekendheid in het Westen.<sup>90</sup> Aanvankelijk konden de kranten alleen maar proberen om de lezers duidelijk te maken dat de atoombommen die de Japanse steden in de as hadden gelegd, extreem krachtig waren. Een Nederlands bericht van vlak na de atoomaanval op Hiroshima meldde dat een atoomexplosie gelijk stond aan een aanval met tweeduizend bommenwerpers van het allergrootste formaat.<sup>91</sup> Zelfs voor krantenlezers die oorlogsgeweld aan den lijve hadden ondervonden, was dat evenwel een abstract gegeven. Alleen een zeer selecte groep wetenschappers kon bevroeden hoe krachtig 'de bom' werkelijk was, maar ook deze ingewijden hadden

---

<sup>88</sup> A. B. Pittock, T. P. Ackerman en P. J. Crutzen, *Environmental Consequences of Nuclear War Volume I: Physical and Atmospheric Effects* (1986) 5.

<sup>89</sup> Jef de Loof en Mieke de Loof, *En niemand hoort je huilen* (Leuven 1983) 12. Jef de Loof was jarenlang de drijvende kracht achter Artsen voor Vrede, de enkele jaren geleden in de NVMP opgegane Vlaamse tak van de IPPNW.

<sup>90</sup> De internationale vredesbeweging nam in de jaren tachtig het initiatief om getuigenverslagen van de slachtoffers van Hiroshima en Nagasaki in het Engels te vertalen. Dokter Takashi Nagai zette zijn getuigenis in 1949 op papier, maar het verscheen pas in 1984 in het Engels als *The Bells of Nagasaki*. Zijn studie naar de pediatrische gevolgen van de atoombom, *Living Beneath the Atomic Cloud Testimonies*, was een jaar eerder in het Engels verschenen.

<sup>91</sup> 'Atoomsplitsende bom uitgevonden', Het Parool 7 augustus 1945; 'Nieuw Amerikaansch wapen', *De oprechte Dalfser courant* 8 augustus 1945.

geen scherp beeld van de vernietigende effecten. Voordat de atoombom voor het eerst werd ingezet, was het wapen slechts eenmalig in een woestijn in New Mexico getest.

Meer wetenschappelijke informatie volgde echter snel. Binnen tien maanden na de aanvallen op Japan verschenen de eerste rapporten over atoomslachtoffers in Amerikaanse medische tijdschriften, waarna artsen met elkaar in discussie gingen over het ontstaan van brandwonden door thermische straling.<sup>92</sup> Ook hadden medici oog voor de gevolgen van radioactiviteit. Belangrijk op dat gebied was de in 1946 opgerichte *Atomic Bomb Casualty Commission*, een samenwerkingsverband tussen Amerikaanse en Japanse wetenschappers met als centraal onderzoeksthema de effecten van ioniserende straling op de mens. Later in het betoog zal deze commissie nog kort ter sprake komen. In november 1947 begon Chicago University met de cursus 'How to treat victims of an atomic war'. De organisatoren vonden het van vitaal belang dat de medische wetenschap aandacht besteedde aan dit thema. Met gevoel voor understatement sprak een woordvoerder tegen de pers: "If an atomic bomb were to hit Chicago, we would have quite a mess on our hands."<sup>93</sup>

In Nederland werd deze urgentie voorlopig slechts door enkelen gevoeld. De aandacht binnen de Koninklijke Landmacht (KL) was hoofdzakelijk gericht op de legeropbouw en de politieke situatie in Indonesië. Op atoomgebied bleef het bij literatuursignaleringen en enkele samenvattingen van artikelen uit bijvoorbeeld het *Bulletin of Atomic Scientists, Contemporary Issues*, of het *Journal of the American Medical Association*.<sup>94</sup> Meer viel wellicht ook niet te doen omdat wetenschappelijke informatie op atoomgebied nog schaars was. Sinds de invoering van de *Atomic Energy Act* in augustus 1946 gold in de Verenigde Staten een verbod op het verstrekken van atoomgegevens aan het buitenland. Deze wet was vooral in het leven geroepen om te voorkomen dat andere landen hun eigen atoombom konden ontwikkelen, maar ook over de effecten van dit wapen was de Amerikaanse overheid weinig mededeelzaam. In het Amerikaanse wetenschappelijke landschap heerste veel sterker dan in Nederland een code van geheimhouding.<sup>95</sup> Met het oog op zulke beperkingen was het dan ook een unicum dat een maand eerder, in juli 1946, de in Suriname geboren kapitein ter zee G.B. Salm als afgevaardigde van de Koninklijke

---

<sup>92</sup> Suzan E. Lederer, 'Going for the burn: medical preparedness in early Cold War America', *Journal of Law, Medicine and Ethics* (2011).

<sup>93</sup> Lederer, 'Going for the burn', 50.

<sup>94</sup> Zie bijvoorbeeld de stand van zaken op het gebied van atoomwapens in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1949*, 31<sup>e</sup> jaargang (1950) 118. NB: het *Wetenschappelijk Jaarbericht* was een jaarlijks verschijnende bundel met daarin artikelen over relevante strategische, operationele, tactische en technische ontwikkelingen met betrekking tot de krijgsmacht van het voorgaande jaar. De auteurs golden als erkende autoriteiten in hun vakgebied. De auteurs van het genoemde artikel waren verbonden aan de Afdeling Militair Wetenschappelijk Onderzoek der Hogere Krijgsschool.

<sup>95</sup> Jeroen van Dongen, Friso Hoeneveld en Abel Streefland, 'Introduction' in: Jeroen van Dongen ed., *Cold War science and the transatlantic circulation of knowledge* (Leiden en Boston 2015) 4.

Marine een nucleaire test op het atol Bikini in de Stille Oceaan mocht bijwonen.<sup>96</sup> Deze Amerikaanse uitnodiging kwam overigens niet voort uit een neiging tot openheid, maar diende een politiek doel. De *US Navy* wilde in het bijzijn van een internationaal publiek aantonen dat een marinevloot een redelijke mate van bescherming had tegen een atoomexplosie. Hieruit diende uiteraard de conclusie te volgen dat dit krijgsmachtdeel ook in de toekomst een rol van betekenis kon blijven spelen.<sup>97</sup>

Zijn spectaculaire ervaring deelde Salm drie maanden later met officieren van de (toen nog niet Koninklijke) Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap.<sup>98</sup> Na een uitvoerige uitleg van een collega-officier over de natuurkundige principes van de atoombom, vertelde Salm onder meer dat hij na de explosie aan boord van een schip was geweest dat zich op slechts vijfhonderd meter van *ground zero* (het middelpunt van de explosie, het zogeheten springpunt) had bevonden. De Amerikaanse autoriteiten hadden dit toen veilig verklaard. Over de gezondheidsrisico's ervan was hem waarschijnlijk niets bekend.<sup>99</sup> In elk geval bood het dikke pantser van een schip volgens Salm's observaties voldoende weerstand tegen de drukgolf en thermische straling. Over radioactiviteit was hij minder zeker. Toch kwam hij tot de slotsom dat er tegen de atoombom bescherming mogelijk was.

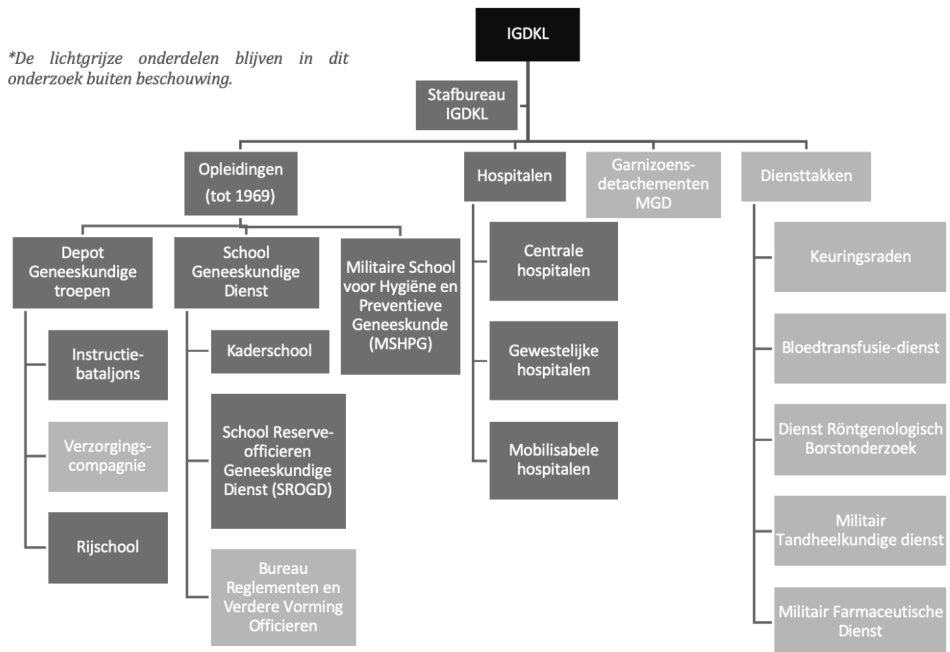
---

<sup>96</sup> 'Surinamer ziet atoombom vallen', *Amigoe di Curaçao* 3 juli 1946.

<sup>97</sup> James L. Nolan jr., *Atomic doctors. Conscience and complicity at the dawn of the nuclear age* (Harvard University Press: Cambridge Massachusetts en Londen) 170.

<sup>98</sup> 'Lezing gehouden voor de Vereniging ter beoefening van de krijgswetenschap op 2 oktober [sic] 1946 te 's-Gravenhage, door den Kapitein ter Zee G.W. Salm en Majoor dr. H.W. Brunning', *Orgaan Krijgswetenschap 1946-47* (1948 z.p) 1-37.

<sup>99</sup> Een onderneming waaraan gezondheidsrisico's waren verbonden, zo is nu bekend. Destijds schoven de Amerikaanse officieren de waarschuwingen van medici maar al te vaak terzijde. Of Salm later gezondheidsklachten heeft gehad als gevolg van de kernproef is onbekend.



**Figuur 1:** De onder de IGDKL ressorterende instanties en eenheden, 1949-1969.

Hoewel de medische implicaties van de atoombom in Salms voordracht niet aan de orde kwamen, waren er wel militair geneeskundigen in Nederland die zich zorgen maakten over het onheilspellende scenario van een atoomoorlog. Het onderwerp leefde vooral binnen het stafbureau van de Inspecteur Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (IGDKL). Omdat deze functionaris nog veelvuldig ter sprake zal komen, is een korte introductie hier op zijn plaats. Hij was hoofdverantwoordelijk voor het militair-geneeskundig beleid en legde verantwoording af aan de chef van de Generale Staf (CGS) over het militair-geneeskundig personeel, de kwaliteit van hun opleiding, alsook het beleid en het wetenschappelijk onderzoek aangaande de militaire geneeskunde. Verder stond de IGDKL aan het hoofd van de hospitalen. Om uitvoering te kunnen geven aan zijn taken, beschikte hij over een uitgebreide staf, bestaande uit verschillende secties (Figuur 1). De inspecteur had over geneeskundige eenheden evenwel geen gezag: dat berustte bij de commandanten van het leger te velde en de territoriale troepen, die in hoofdstuk twee nog aan bod komen (Figuur 2).



Het geheel van militair-geneeskundige onderdelen wordt formeel aangeduid als de **Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht** (in deze studie aangeduid als MGD)

Dit geheel staat vredeestijd onder *toezicht* van de IGDKL:

- hij ontwerpt beleid en voorziet de Chef van de Generale Staf en de hoogste geneeskundige commandanten van advies
- hij staat aan het hoofd van het dienstvak Geneeskundige dienst (waartoe alle artsen, tandartsen en apothekers behoren) en het dienstvak Geneeskundige troepen (waartoe alle niet-medici behoren); voor personeel zie Hoofdstuk 3.

**MGD binnen het legerkorps**

Onder bevel van de legerkorpscommandant, die met geneeskundig advies wordt bijgestaan door de *legerkorpsarts* tevens commandant 102 Geneeskundige groep

**MGD bij de Territoriale troepen**

Onder bevel van de Territoriale Bevelhebbers, die met geneeskundig advies worden bijgestaan door de commandanten van de Geneeskundige groepen

**Militair-geneeskundige instanties**

- Vallen in vredes- en oorlogstijd onder de verantwoordelijkheid van de IGDKL
- Zie voor een overzicht Figuur 1.

**Figuur 2:** Bevelsverhoudingen binnen de MGD.

Binnen de staf van de IGDKL was het officier van gezondheid dr. H.J. Van der Giessen (hij werd later zelf inspecteur) die als eerste aanstuurde op breed georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de medische consequenties van het gebruik van atomaire, biologische en chemische (ABC-)strijdmiddelen (de afkorting ABC werd eind jaren de jaren zestig vervangen door NBC, afgeleid van nucleair, biologisch chemisch).<sup>100</sup> Hij vroeg de getalenteerde biochemicus J.A. Cohen om dit onderzoek op touw te zetten. De laatste kreeg de dagelijkse leiding over het op 1 oktober 1947 opgerichte Medisch Biologisch Instituut, dat aanvankelijk was gehuisvest in een laboratorium van de Universiteit Leiden.<sup>101</sup> De kosten kwamen voor rekening van de Rijksverdedigings-organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (RVO-TNO), die ook andere laboratoria onder haar hoede had. Deze koepelorganisatie ter bevordering van de wetenschap in het belang van de landsverdediging werd op haar beurt gefinancierd door het Ministerie van Oorlog.<sup>102</sup> De IGDKL stelde academisch geschoold personeel beschikbaar voor dit project.

Cohen bleek de juiste man op de juiste plek. Na zijn studie geneeskunde in Leiden had hij zich in het vermaarde biochemisch laboratorium van Cambridge

<sup>100</sup> J.A. Cohen, 'Medisch biologisch laboratorium der rijksverdedigingsorganisatie', *NMGT* 21-3 (1969) 107.

<sup>101</sup> Het Medisch Biologisch Laboratorium kreeg in 1953 een nieuw onderkomen in wat later zou uitgroeien tot het TNO-complex aan de Lange Kleiweg te Rijswijk.

<sup>102</sup> RVO-TNO was op zijn beurt weer onderdeel van de centrale organisatie TNO. Zie: Jeroen van Dongen en Friso Hoeneveld, 'Quid pro quo: Dutch Defense Research during the Early Cold War', in: Jeroen van Dongen ed., *Cold War science and the transatlantic circulation of knowledge* (Leiden en Bostpn 2015) 101.

University gespecialiseerd in de werking van adrenaline op enzymsystemen van de koolhydraatstofwisseling. Tijdens de Tweede Wereldoorlog was Cohen als officier van gezondheid van de Prinses Irene Brigade gedetacheerd bij het streng geheime *Chemical Warfare Experimental Station* in Porton Down, waar zijn specialisme bruikbaar was in verband met het onderzoek naar strijdgassen.<sup>103</sup> In 1948 resulteerde zijn onderzoek in een promotie aan Cambridge University en bij terugkomst in Nederland mocht hij zich rekenen tot een van 's lands meest vooraanstaande deskundigen in de chemische oorlogvoering.<sup>104</sup>

Toen het onderzoek van het Medisch Biologisch Instituut in de herfst van 1947 begon, lag de aandacht voornamelijk op de verdediging tegen zenuwgassen.<sup>105</sup> Een zeer dodelijke variant was sarin, dat werd gezien als een effectief wapen. Dat chemische strijdmiddelen de onderzoeksagenda bepaalden, had ook te maken met de persoonlijke expertise van Cohen en het gemis aan personeel met relevante kennis van de atomaire en biologische strijdmiddelen. Naarmate de wetenschappelijke staf zich vanaf het begin van de jaren vijftig geleidelijk uitbreidde met nieuwe expertise, was het mogelijk om een omvangrijker onderzoeksprogramma op te zetten, dat ook de nucleaire en biologische wapens omvatte. De buitenwereld kreeg hiervan maar weinig mee, want veel onderzoeksgegevens waren geheim. Zelfs rapporten die waren gebaseerd op open bronnen kregen het stempel vertrouwelijk en daardoor geen algemene publiciteit, "daar dit tot onnodige alarmering zou kunnen leiden."<sup>106</sup> Alleen in wetenschappelijke artikelen en tijdens toespraken en symposia werd soms een tipje van de sluier opgelicht.<sup>107</sup>

De MGD werd bevolkt door academisch gevormde officieren en zij moeten hebben begrepen dat het wetenschappelijk onderzoek naar de volkomen nieuwe ABC-gevaren een kwestie van lange adem was. Desalniettemin had de organisatie op korte termijn behoefte aan betrouwbare informatie over deze gevaren, zodat praktische maatregelen konden worden getroffen. Het was evenwel de vraag wie de handschoen kon oppakken. De eerdergenoemde Ephraïm, werkzaam bij de Sectie Hygiëne van de IGDKL, bleek de juiste kandidaat om zich verder in de materie te verdiepen. Deze officier-arts toonde belangstelling voor radioactieve straling en de

---

<sup>103</sup> Gradon Carter en Brian Balmer, 'Chemical and Biological Warfare and Defense, 1945-90' in: Robert Bud en Philip Gumett, *Cold War Hot Science. Applied research in Britain's defence laboratories 1945-1990* (Londen 1999) 295-338.

<sup>104</sup> H.S. Jansz, 'J.A. Cohen: Never a dull moment' in: H. Beukers, M. Gruber en R. Matthijssen, *Nederlandse Vereniging voor Biochemie: De eerste 60 jaar* (Utrecht 1987) 85. Zie ook: Herman Roozenbeek en Jeffrey van Woensel, *De geest in de fles. De omgang van de Nederlandse defensieorganisatie met chemische strijdmiddelen 1915-1997* (Amsterdam 2010).

<sup>105</sup> J. Jonker, *Van RVO tot HDO: 40 jaar Defensieonderzoek TNO* (Delft 1987) 38.

<sup>106</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Aanbieding rapport verdediging tegen biologische wapens [No. 52 G 1836], 's-Gravenhage 7 oktober 1952.

<sup>107</sup> Zie bijvoorbeeld: G.J. Sizoo, 'Het MBL-symposium, NMG 23-3 (1971) 150.

medische implicaties ervan. Niet onbelangrijk was dat hij deze complexe stof op een toegankelijke manier wist te presenteren voor een lekenpubliek.<sup>108</sup>

### Het onderzoek in een stroomversnelling

De timing van de publicatie van Ephraïms bovengenoemd artikel over atoomwapens in het *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* kon nauwelijks beter. Kort ervoor, op 29 augustus 1949, had de Sovjet-Unie – veel eerder dan deskundigen hadden verwacht – haar eerste atoombom tot ontploffing gebracht. Het politiek-strategische gevolg ervan was dat de vs zijn atoommonopolie verloor en dat het vijandelijk gebruik van deze wapens op het toekomstige slagveld niet langer kon worden uitgesloten. Deze situatie zorgde ervoor dat de belangstelling voor atoomwapens onder militair-geneeskundigen wereldwijd een ‘turbo-injectie’ kreeg. Dat blijkt onder meer uit de toename van Engelstalige literatuur over dit onderwerp in deze periode.<sup>109</sup> Ook bij ontmoetingen tussen artsen uit verschillende landen kwam dit onderwerp ter sprake. Begin mei 1950 stond “la défense contre la bombe atomique” voor het eerst op de agenda van het *Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires* tijdens zijn dertiende internationale congres in Nice en Monaco.<sup>110</sup>

Ook in Nederland was de belangstelling voor het onderwerp inmiddels flink aangewakkerd. De cgs, luitenant-generaal H.J. Kruls (1945-1949), gaf op 28 januari 1950 opdracht tot de oprichting van de Atoom-Energie Advies Commissie (AAC). Dit gezelschap moest studie verrichten naar “de invloed van atoomenergie op de Nederlandse landsverdediging, zoals deze binnen het raam van de internationale overeenkomsten wordt voorbereid.”<sup>111</sup> De commissie telde een natuurkundige en negen officieren, onder wie Ephraïm. Hij was destijds “de enige ingewerkte officier

---

<sup>108</sup> Ephraïm, ‘Medische aspecten’, 258.

<sup>109</sup> Een kleine greep uit de artikelen in die vlak voor en na 1949 verschenen: *U.S. Defense Atomic Support Agency. Radiological Defense*. (Washington, DC: 1948-1951); Raymond W. Bliss, ‘Atomic Warfare Confronts Army Medical Department’, *Armored Cavalry Journal* (November-December 1947) 36-37; ‘What Every Medical Officer Should Know About the Atomic Bomb’, *Bulletin of the U.S. Army Medical Department* (deel 1, maart 1948, 187-198; deel 2, april 1948, 269-283; deel 3, mei 1948, 350-362; deel 4, juni 1948, 422-433; pt. 5, July 1948, 504-517); J. P. Cooney, ‘Psychological Factors in Atomic Warfare’, *Canadian Army Journal* (January 1951) 19-22; *U.S. Armed Forces Medical Policy Council. Handbook of Atomic Weapons for Medical Officers* (U.S. Government Printing Office: Washington, DC 1951); William L. Wilson, ‘Medical Effects of Atomic Weapons’, *Medical Arts and Sciences, A Scientific Journal of the College of Medical Evangelists* (Spring 1951); Eugene P. Cronkite, ‘Atomic Warfare Medicine’ (With reference to problems of the medical profession after the bombing of American cities or of troops in the field and to acute radiation injury.) *U.S. Naval Institute Proceedings* (September 1951) 932-941; Chevy Chase, ‘Medical Aspects of Atomic Warfare in Europe’ in: Jerome B. Green, *The Tactical Employment of Atomic Weapons in the Defense of Central Europe* (Johns Hopkins University: December 1952).

<sup>110</sup> K.H. Ephraïm, ‘Boekbespreking’, *NGMT* 5-9 (1952) 259.

<sup>111</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Bijlage behorende bij brief van Hoofdkwartier van de Generale Staf van 16 augustus 1950, nr. A.C.277 Geheim.

van gezondheid” op het vakgebied van “atoomenergie” en zijn kennis kwam goed van pas.<sup>112</sup>

De eerste en ook belangrijkste vraag die de commissie ter tafel bracht, was van politiek-strategische aard. Viel het gebruik van atoomwapens op Nederlands grondgebied in de nabije toekomst te verwachten? De commissie dacht van niet. De Sovjet-Unie kon immers nog niet veel wapens hebben en Nederland was niet van groot strategisch belang, zo was de veronderstelling. Het lag meer voor de hand dat het oorlogspotentieel van Groot-Brittannië, Frankrijk en de Verenigde Staten het doelwit vormde van atoomaanvallen. Naarmate de vijand een omvangrijker atoomarsenaal ter beschikking kreeg en de bondgenootschappelijke verdediging sterker werd, moesten echter ook atoomaanvallen op Nederlandse verkeersinstallaties en – knooppunten, industriecentra en opslagplaatsen voor mogelijk worden gehouden. Tactisch gezien kon het wapen ook worden ingezet ter afsluiting van belangrijke wegen of tegen concentraties van troepen of schepen. Het meest lugubere scenario was de inzet van atoombommen op steden om het moreel van de bevolking te breken.

Los van haar inschatting van de vijandelijke mogelijkheden en intenties rees bij de commissie de vraag naar de mogelijke atoomsteun van de VS in het geval van een Sovjetaanval op West-Europa. Konden atoomwapens een rol spelen in het vertragen en desorganiseren van een vijandelijke opmars? Kon een Nederlandse rivierverdediging op deze wijze worden gesteund of viel het gebruik van deze wapens alleen tegen het vijandelijke achterland te verwachten? De antwoorden op deze en andere vragen werden verder uitgewerkt in de zogeheten Militaire veronderstelling van 1950, een door de Generale Staf vervaardigde uiteenzetting over het te verwachten verloop van een mogelijke oorlog met de Sovjet-Unie.<sup>113</sup>

Hoewel de dreigingsperceptie omgeven was met grote onzekerheden, ging de AAC ervan uit dat beschermingsmaatregelen en voorlichting, toegepast in de civiele sector en in het leger, de impact van een atoomaanval aanzienlijk konden reduceren. De Tweede Wereldoorlog had geleerd dat het moreel van de bevolking – mits goed voorbereid – niet hoefde te breken door bombardementen. Goede voorbereidingen hadden volgens de deskundigen weer tot gevolg dat de waarschijnlijkheid van zo'n aanval afnam omdat de doelen dan voor een tegenstander “beduidend minder lonend worden”.<sup>114</sup> Mocht een atoomaanval onverhoopt toch plaatsvinden, dan moest Nederland in staat zijn om de initiële schok te overleven en zo lang mogelijk standhouden. Intussen kon dan het Amerikaanse nucleaire vergeldingspotentieel zijn verwoestende werk doen, waardoor de Sovjet-Unie op de knieën

---

<sup>112</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Brief 00714Z1, 14 juli 1950, Atoom-Energie Advies Commissie, ondertekend door de generaal-majoor-arts dr. J.Th. Wilkens.

<sup>113</sup> J.A.M.M. Janssen, ‘Inspelen op een nieuw fenomeen. Nederland en de dreiging van een atoomoorlog’ in: J. Hoffenaar en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* (Den Haag 1992) 133.

<sup>114</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Bijlage behorende bij brief van Hoofdkwartier van de Generale Staf van 16 augustus 1950, nr. A.C.277 Geheim.

werd gedwongen. Dat Japan al na twee atombommen had gecapituleerd was van weinig betekenis. Dat land had immers in 1945 geen enkel uitzicht op een overwinning.

### **De atoomexplosie en haar uitwerking op de mens**

De legertop wilde voorzorgsmaatregelen nemen, want de KL moest haar doelstelling – het verdedigen van de Nederlandse staatsbelangen – zo goed mogelijk en onder alle omstandigheden kunnen uitvoeren. Om die reden bracht de AAC in de loop van 1950 de technische effecten van atoomwapens zo nauwkeurig mogelijk in kaart. De werkzaamheden werden verdeeld over drie subcommissies die de werking van “atoomenergie” op respectievelijk mensen, gebouwen en op militaire uitrustingsstukken onderzochten. De studie naar de uitwerking op mensen (en levensmiddelen) stond onder leiding van Ephraïm, want hij was de enige ingewijde arts op dit gebied. Aan zijn zijde vond hij twee vertegenwoordigers van de Generale Staf en een kenner van chemische oorlogvoering. Het is onwaarschijnlijk dat deze leden wat betreft nucleaire kennis op hetzelfde niveau stonden als Ephraïm.

Na een verkennend literatuuronderzoek meende de subcommissie te beschikken over voldoende nauwkeurige gegevens over de *nominal a-bomb*, de plutoniumbom die was gebruikt tegen Nagasaki.<sup>115</sup> Op basis hiervan vervaardigde Ephraïm een aantal thematische rapporten, bedoeld voor de militaire leiding. Het eerste was een uiteenzetting van wat een atoomexplosie deed met mensen. De drie belangrijkste effecten kwamen aan de orde, namelijk de drukgolf, de intense hitte en de radioactieve straling (hierna ioniserende straling). Nu meende de commissie dat de effecten van drukgolf en hitte reeds bij de MGD bekend waren. De drukgolf, of *blast*, was weliswaar vele malen krachtiger dan bij conventionele explosieven, maar van relatief geringe betekenis. Met de “secundaire *blast* effecten”, met name rondvliegend puin, diende ernstig rekening te worden gehouden. De perforaties, fracturen, kneuzingen en snijwonden die hiervan het gevolg waren, leverden echter geen bijzondere pathologische en therapeutische problemen op. Hetzelfde gold volgens de rapporteurs voor brandwonden als gevolg van vlammen en de korte maar intense ‘flits’ van thermische (infrarode en ultraviolette) straling.

Daarentegen ging de impact van onzichtbare ioniserende straling gepaard met grote onzekerheid. Bekend was dat een deel van de energie van een atoomexplosie vrijkwam in de vorm van schadelijke alfa-, bèta- en gammadeeltjes, en neutronen. Alfadeeltjes konden niet door de huid heendringen, maar als ze via de luchtwegen in het lichaam terecht kwamen, waren zij zeer gevaarlijk. Bètadeeltjes konden enige millimeters in het lichaam doordringen en brandwonden achterlaten op de onbeschermdde huid. Gelukkig was tegen alfa- en bètadeeltjes eenvoudige bescherming mogelijk. Daarentegen hadden gamma-deeltjes en neutronen een

---

<sup>115</sup> Hierbij ging men uit van een explosieve kracht van 20 kiloton, ofwel 20.000 ton (20.000.000 kilo) dynamiet.

enorm doordringend vermogen. Deze straling drong dwars door het lichaam heen en kon onherstelbare schade aan het organisme en de celstructuur aanbrengen. Alleen materiaal met een zeer hoge dichtheid bood afdoende bescherming.

Het rapport beschreef niet alleen de effecten van ‘acute straling’. Bij een atoomexplosie was ook sprake van radioactief ‘restafval’ dat in de atmosfeer werd geslingerd. Deze stofdeeltjes, in de Nederlandse bronnen ook wel aangeduid als “residu activiteit”, konden het rampgebied besmetten en groot gevaar opleveren. Zorgelijk was ook dat radioactief geladen stof via opstijgende lucht hoog in de atmosfeer terecht kon komen, waar het door de wind werd meegevoerd om op soms grote afstand als fall-out neer te dalen. Over de precieze gevaren ervan en de effecten op de mens heerste nog onduidelijkheid.<sup>116</sup>

Uit de opsomming van de gevaren bleek dat *bescherming* de beste oplossing was voor het nucleaire gevaar. De AAC onderstreepte dat een goede bouwwijze van militaire en civiele constructies, degelijke schuilplaatsen en verstandige voorlichting “veel ellende kunnen voorkomen”.<sup>117</sup> Troepen in het veld moesten ook bescherming kunnen vinden in speciale kleding en een verbeterd gasmasker. Tot die tijd was improvisatie het devies. Zelfs een zakdoek kon bescherming bieden tegen thermische straling en radioactief geladen stofdeeltjes, zo werd verondersteld.

Maar wat als militairen al hadden blootgestaan aan een atoomexplosie? De leden van de AAC tastten hierover nog grotendeels in het duister. De pathologie en therapeutische behandelmethoden bij stralingsletsel vormden namelijk een heel nieuw onderzoeksterrein binnen de geneeskunde. Op basis van Amerikaanse bronnen ging de AAC ervan uit dat het toedienen van bloed positieve resultaten tweewegbracht, maar gezien de vele vraagtekens hieromtrent liet Ephraïm deze aspecten verder rusten. Meer viel er te zeggen over de moeilijkheden bij de behandeling van grote aantallen slachtoffers met brandwonden. Dit letsel vormde volgens hem een ernstig probleem voor de militaire geneeskunde.<sup>118</sup> Het hoofd sectie Preventieve geneeskunde van de staf van de IGDKL, dr. B.J.W. Beunders, alsmede de docenten oorlogschirurgie aan de School Reserveofficieren Geneeskundige Dienst (SROGD), dr. J.K.W. Neuberger en dr. J.Th. Grond, beaamden dat de aandacht van de Generale Staf moest worden gevestigd op het probleem van de massale verbrandingen.<sup>119</sup> Zo liet de MGD zich kennen als een oplossingsgerichte organisatie of, iets scherper gezegd, als een organisatie die zich vooral richtte op die aspecten van het probleem waarvoor een oplossing (nog enigszins) mogelijk leek.

---

<sup>116</sup> Wetenschappers wezen in de loop van de gevaren steeds sterker op de gevaren van fall-out, maar kregen ook stevig weerwoord van collega's. Dat leidde eind jaren vijftig tot de *fall out controversy*, een debat dat in 1963 werd beslecht door een verbod op bovengrondse kernproeven.

<sup>117</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Bijlage behorende bij brief van Hoofdkwartier van de Generale Staf van 16 augustus 1950, nr. A.C.277 Geheim.

<sup>118</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. A.B.C. Commissie, Subcommissie 1, confidentieel no. 10. De problemen van massa-behandeling van brandwonden. Sleen 9-5-1951.

<sup>119</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Losse notitie ‘Neuberger’, zonder officieel kenmerk.

Het streven naar oplossingen leidde echter tot de nodige frustratie. Deskundigen wezen namelijk niet alleen op het potentieel grote aantal verbrande patiënten, maar ook op hun kwetsbaarheid voor infecties. Mogelijk was het immuunsysteem van de getroffenen door ioniserende straling aangetast. Het infectiegevaar werd verder vergroot doordat veel slachtoffers eerste hulp zouden ontvangen van leken. Bij ernstig verbrande slachtoffers dreigde ook een shocktoestand, ofwel een snel optredende storing van de bloedsomloop, waarbij de bloedstroom niet meer aan de behoeften van het lichaam in rusttoestand kan voldoen. De oorzaken en behandeling van dit syndroom vroegen om meer onderzoek. Vooral nog was bekend dat de patiënt bloed moest worden toegediend, maar het problematische was dat juist aan bloedplasma een tekort bestond.<sup>120</sup> Dus ook wat de massale verbrandingen aanging, raakten de betrokken deskundigen op een dood spoor.

Terecht stelde Ephraïm de vraag of Nederland de lasten en kosten kon dragen voor de opbouw van de noodzakelijk geachte medische organisatie en voorraadvorming. Zonder de vraag te beantwoorden, opperde de arts om voorlopig zoveel mogelijk gebruik te maken van eenvoudige, goedkope en voldoende beschikbare middelen, die massaal door leken konden worden toegepast. Te denken viel aan brandwondenverband en -zalf. Een ander concreet voorbeeld was een zoutoplossing, die kon worden geïnjecteerd ter preventie van shock bij brandwonden-slachtoffers. Daaruit bleek dat de AAC nog naarstig op zoek was naar manieren om het militair-geneeskundig optreden onder nucleaire omstandigheden enigermate effectief te maken. Bovendien betekende het idee van een “tegengif” mogelijk een morele opsteker voor de troep.<sup>121</sup> De consulent voor plastische chirurgie en de consulent voor shockbehandeling van de landmacht plaatsten daarbij wel de kanttekening dat de behandeling van shock en brandwonden in werkelijkheid gecompliceerder was dan door Ephraïm werd voorgesteld.<sup>122</sup>

### **Vertrouwen in de vooruitgang**

Ofschoon er grote vraagtekens stonden bij de behandelmogelijkheden, heerste er een algemeen vertrouwen in toekomstige uitvindingen die de overlevingskansen moesten doen stijgen. Dat is goed verklaarbaar. Vanuit het concept *sociotechnical imaginaries* is al verondersteld dat de MGD voortdurend probeerde te denken in termen van oplossingen, zelfs voor de moeilijkste problemen. Het optimisme klinkt door in voorgestelde innovaties, die soms een hoog *science fiction*-gehalte hadden. Zo werd gespeculeerd over de ontwikkeling van een “gamma-straalscherm” en een

---

<sup>120</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. A.B.C. Commissie, Subcommissie 1, confidencieel no. 10. De problemen van massa-behandeling van brandwonden. Sleen 9-5-1951.

<sup>121</sup> Ibidem.

<sup>122</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Brief van dr. J. Spaander aan de IGDKL (No. U. 299/51 Dir.), Utrecht 21 september 1951.

“neutronenscherm”, die schadelijke straling moesten tegengaan.<sup>123</sup> Deze gedachten pasten in het technologisch optimistische tijdsbeeld van de jaren vijftig. Het gevaar was dat feiten en ideeën die niet strookten met het (optimistische) toekomstbeeld, moeilijk vaste voet aan de grond kregen.

Sterk was het vertrouwen in de medische wetenschap, die meer en meer ingebed raakte in een omgeving van onderzoeksinstituten en machtige industrieën. Deze samenwerking leidde tot belangrijke medische sprongen voorwaarts, bijvoorbeeld toen vanaf 1952 een vaccin tegen polio werd ontwikkeld. Ook de leden van de AAC lieten hun vertrouwen blijken in de voortschrijdende geneeskunde. Ephraïm vermeldde dat de inname van flavonen en cysteïne – respectievelijk antioxidanten die voorkomen in fruit en natuurlijk aminozuur – mogelijk bescherming kon bieden tegen hevige ioniserende straling. In 1951 meldde de *Militaire Spectator* dat Engelse onderzoekers bezig waren met het verwerken van zeewier tot een vervangend middel van bloedplasma, waaraan als gezegd op dat moment een ernstig tekort bestond.<sup>124</sup> Onder dat bericht werd vermeld dat in de VS werd geëxperimenteerd met mosterdgas (!) als geneesmiddel tegen leukemie – een ziekte die ook door ioniserende straling kon worden veroorzaakt. De techniek stond voor niets.

Een essentieel technisch hulpmiddel voor de MGD was volgens Ephraïm de ‘persoonlijke dosimeter’.<sup>125</sup> Een dergelijk apparaat moest worden ontwikkeld omdat het onmisbaar was bij de diagnose van grote aantallen atoomslachtoffers. Medici moesten kunnen nagaan welke patiënten nog gebaat zouden kunnen zijn bij een veeleisende therapie en welke patiënten ten dode waren opgeschreven omdat zij een te hoge stralingsdosis hadden ondergaan. De harde waarheid was dat er nu eenmaal te weinig artsen, hulpverleners, materiaal en medicamenten, bloed, bloedplasma, antibiotica en speciale diëten waren om alle patiënten onmiddellijk een gelijke behandeling te geven. Het was onvermijdelijk dat de aanwezige medici handen te kort zouden komen bij een kernwapenaanval.<sup>126</sup> Maar dosimeters zouden militair-geneeskundigen in staat stellen om (te proberen om) het beste te doen voor zoveel mogelijk slachtoffers.

Die apparaten moesten wel snel worden ontwikkeld en aangeschaft. In 1951 vreesde Ephraïm dat de inzet van atoombommen tegen militaire doelen steeds waarschijnlijker werd, terwijl de ioniserende straling – “de lange arm van het atoomwapen” – bij de nieuwe generatie nucleaire wapens veel groter was, met als gevolg een groeiend gevaar van een groot aantal stralingsslachtoffers.<sup>127</sup> Er was volgens Ephraïm ook geen praktische reden om langer te wachten met research ten

---

<sup>123</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Bijlage behorende bij brief van Hoofdkwartier van de Generale Staf van 16 augustus 1950, nr. A.C.277 Geheim.

<sup>124</sup> ‘Uit de buitenlandse vakpers’, *Militaire Spectator* 120:8 (1951) 496.

<sup>125</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. A.B.C. Commissie, Subcommissie 1, confidentieel no. 7. Persoonlijke dosimeters. Sleen 14-3-1951.

<sup>126</sup> Ibidem.

<sup>127</sup> Ibidem.



bate van het ontwikkelen van zo'n dosimeter. Dat vergde volgens hem geen uitgebreide laboratoriumfaciliteiten en kon plaatsvinden in een militair hospitaal. De werkgroep die dit apparaat moest ontwikkelen, kon betrekkelijk klein zijn: een chemicus of apotheker voor advies en bereiding van de nodige chemicaliën, een röntgenoloog of röntgentechnicus voor de bediening van de apparatuur, en een proefleider. Er was geen extra te werven personeel noch bijzonder materieel vereist, enkel een goed röntgentoestel (dat in hospitalen doorgaans aanwezig was), aldus de officier-arts.<sup>128</sup>

Om het voorstel van Ephraïm beter te kunnen beoordelen, ging de IGDKL te rade bij de voorzitter van TNO, prof. dr. G.J. Sizoo, een man die bekend kwam te staan als het boegbeeld van het Nederlandse defensieonderzoek.<sup>129</sup> Deze hoogleraar in de fysica (specialisatie kernfysica) aan de Vrije Universiteit te Amsterdam wees erop dat een militair hospitaal geen geschikte plaats was voor research naar zulke apparatuur.<sup>130</sup> Een chemisch laboratorium en personeel met een wetenschappelijke achtergrond waren dwingende vereisten. De kritiek van Sizoo was terecht. Binnen zijn organisatie was al onderzoek gaande naar dosimeters en daaruit kwam een veel gecompliceerder beeld naar voren.<sup>131</sup> Er waren niet één, maar diverse typen stralingsmeters noodzakelijk bij de (medische) hulpverlening na een atoomramp. Zo waren tactische dosimeters nodig om de totaal geïncasseerde stralingsdosis van een militaire eenheid te kunnen bepalen. Intensiteitsmeters, vaak geigertellers genoemd, waren bedoeld om de plaatselijk heersende stralingsintensiteiten te kunnen lezen. Residuele dosimeters hadden tot doel nauwkeuriger dan met een tactische dosimeter per persoon vast te stellen, hoeveel de totaal geïncasseerde dosis bedroeg. Het was alleen dit laatste type dat Ephraïm voor ogen stond. Sizoo was er echter niet van overtuigd dat de ontwikkeling van juist dit type voorrang moest hebben boven het onderzoek naar andere stralingsdetectoren.<sup>132</sup>

Ondanks deze bedenkingen bleef de IGDKL overtuigd van de noodzaak van dosimeters. Dat blijkt uit zijn brief van 4 december 1953 aan de CGS, luitenant-generaal B.R.P.F. Hasselman (1951-1957), waarin hij de chef-staf waarschuwde dat een atoom-aanval wel "tienduizenden slachtoffers" tot gevolg kon hebben. De inspecteur wees er met klem op dat een snelle triage niet zonder dosimeters kon plaatsvinden.<sup>133</sup> Uit deze mededeling blijkt wel dat de inspecteur oog had voor de potentieel rampzalige consequenties van een dergelijk scenario. Maar zijn

---

<sup>128</sup> Ibidem.

<sup>129</sup> J. Jonker, 'Aan het woord: professor doctor G.J. Sizoo' in: J. Jonker, *Van RVO tot HDO* (1987) 18.

<sup>130</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Persoonlijke dosimeters (51 G 441 Vertrouwelijk). Brief van prof. Sizoo aan IGDKL, 6 april 1951.

<sup>131</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 286. Rapport Medisch Biologisch Instituut TNO stralingsdetectie bij een atoomramp 1949.

<sup>132</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Persoonlijke dosimeters (51 G 441 Vertrouwelijk). Brief van prof. Sizoo aan IGDKL, 6 april 1951.

<sup>133</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief IGDKL aan CGS. Oefening atoomoorlog op 17 en 18 sept. '53 aan ABC-School te Breda.

opmerking geeft natuurlijk ook te denken. Geloofde de inspecteur werkelijk dat zijn dienst zich op dit scenario kon voorbereiden? Nooit gaf hij expliciet antwoord op deze vraag. Wat wel vaststaat, is dat het voorgestelde onderzoek naar dosimeters niet van de grond kwam. De aanschaf van kant-en-klare dosimeters die door andere NAVO-landen waren ontwikkeld, was mogelijk voordeliger en legde in elk geval geen beslag op de beschikbare onderzoekscapaciteit. Verschillende Amerikaanse en Franse dosis- en stralingsmeters deden vanaf het einde van de jaren vijftig hun intrede bij de KL, ruim vijf jaar nadat de behoefte aan deze apparatuur voor het eerst was aangekaart. Dat is een aanwijzing dat de atoombescherming niet de prioriteitenlijsten van de Nederlandse krijgsmacht aanvoerde.

### **Atoomvoorschriften**

De beeldvorming over kernwapens binnen de MGD was een continu leerproces. Telkens vergaarden de stafofficieren van de IGDKL en de andere betrokkenen meer kennis over de gevaren van atoomwapens. Mede op basis van de rapporten van Ephraïm begonnen officieren medio 1952 een voorstelling te krijgen van de omvang van de medische problemen na een vijandelijke atoomaanval. Op basis van de beschikbare informatie konden de betrokkenen al concluderen dat de mogelijkheden tot hulpverlening beperkt waren. Maar opvallend genoeg werd toch benadrukt dat de militair-geneeskundige oorlogstaak moest worden voortgezet. Een atoomaanval was weliswaar vreselijk, maar betekende niet het einde. Dit idee, met de expliciete boodschap dat er na een enkele kernaanval nog hoop was om te overleven, bleef tot het einde van de Koude Oorlog zijn stempel drukken op het beleid van de MGD en de krijgsmacht in het algemeen. Het raakte geïnstitutionaliseerd door met name voorschriften, oefenscenario's en andere vaste procedures. In de literatuur wordt dit proces ook wel de ontwikkeling van *knowledge-laden routines* genoemd.<sup>134</sup> Bij de omgang met lastige problemen zorgen deze routines voor "*moral or cognitive templates for interpretation and action.*"<sup>135</sup> Militaire voorschriften gaven de organisatie dus vertrouwen, houvast en hoop bij de omgang met complexe problemen.

Hieronder zal worden verduidelijkt hoe deze inzichten tot formele doctrine werden verheven. Daarvoor is het nodig om terug te gaan naar oktober 1952, toen het Interservice ABC-comité onder voorzitterschap van vice-admiraal b.d. A.S. Pinke werd opgericht. Tot de leden behoorden ook de inspecteurs van de geneeskundige diensten van de drie krijgsmachtdelen. Waar de eerder besproken AAC probeerde om de legerleiding te informeren over het nieuwe gevaar, moest het nieuwe ABC-comité beleidsadviezen inzake de bescherming van de strijdkrachten en de burger-

---

<sup>134</sup> Lynn Eden, *Whole World on Fire: Organizations, Knowledge, and Nuclear Weapons Devastation* (Cornell 2006).

<sup>135</sup> Peter A. Hall en Rosemary C.R. Taylor, 'Political Science and the Three New Institutionalisms', *Political Studies* XLIV (1996) 938-939.

bevolking indienen bij het Comité Verenigde Chefs van Staven, het hoogste overlegorgaan van de krijgsmacht.

Het ABC-comité had een omvangrijk takenpakket. Het advies betrof de verdere ontwikkeling van grondslagen, praktische preventieve maatregelen, materieel en uitrusting, instructie en opleiding en tot slot organisatie.<sup>136</sup> Ook moest er coördinatie worden gezocht tussen de maatregelen van de krijgsmachtdelen, om te voorkomen dat er dubbel werk werd verricht. Het ging dus praktisch gezien om het complete defensiebeleid op het vlak van non-conventionele wapens, oftewel wapens die niet gangbaar waren – de vreemde eend in de bijt. In zeker opzicht was en is de groepsaanduiding misplaatst, aangezien elk van deze ABC-strijdmiddelen een geheel eigen karakter heeft. Bovendien zijn kernwapens van een heel andere vernietigende orde. De enige overeenkomst tussen ziekteverwekkers, strijdgassen, en ioniserende straling is hun ‘eigenaardige’, onzichtbare, ziekmakende en/of dodelijke werking.

Aan de oprichting van het ABC-comité is goed te zien dat het beleid ten aanzien van atomaire, biologische en chemische strijdmiddelen van begin af aan hoofdzakelijk gericht was op beschermingsmaatregelen. Maar wat verstond men daar eigenlijk onder? Overduidelijk was dat de overlevingskans rond het springpunt nihil was. Desalniettemin wezen wetenschappers – niet in de laatste plaats prof. dr. Sizoo van TNO – erop dat er in de periferie van de explosie wel degelijk bescherming mogelijk was.<sup>137</sup> Het dienstvoorschrift *Wat iedere militair dient te weten over het geval van een atoombom aanval* uit 1952 begon met de zin: “(...) denkt niet, dat het gebruik van atoombommen (...) de uitroeiing van het mensdom betekent. Het is voor de militair, die niet over speciale beschermende uitrusting beschikt, zeer wel mogelijk zich te verdedigen tegen een atomische aanval (...) en maatregelen voor zelfbescherming te nemen teneinde de gevolgen zoveel mogelijk te beperken.”<sup>138</sup> De atoombom was volgens de auteurs “gewoon een nieuw wapen” en als doctrine gold “dat de soldaat te velde, zittend in een smalle onoverdekte loopgraaf van 1.80 meter diep, mits hij de voorgeschreven beschermingsmaatregelen onvoorwaardelijk opvolgt, op meer dan 800 meter van het hypocentrum, praktisch zeker een explosie overleeft”.<sup>139</sup> Deze boodschap is vaker te lezen in militaire periodieken uit die tijd.<sup>140</sup> Het Amerikaanse leger had hiervoor, zo betoogde men, het bewijs

---

<sup>136</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Generale Staf / Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.196, inventarisnummer 4267. Bescherming strijdkrachten tegen ABC-gevaaren. Brief van de vice-admiraal A.S. Pinke aan de minister van Marine, 15 mei 1952.

<sup>137</sup> Janssen, ‘Inspelen’, 133.

<sup>138</sup> *Voorschrift nr. 1226, Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval*. Vastgesteld bij aanschrijven van de Minister van Oorlog 4 september 1952, Hoofdkwartier van de Generale Staf, Sectie G3 nr 7192.

<sup>139</sup> *Ibidem*.

<sup>140</sup> K.L. Goldbach en H. van Nouhuys, ‘Geneeskundige aspecten voor de troepen te velde, verbonden aan het gebruik van tactische atoomwapens’, *Militaire Spectator* 124:2 (1955) 81.

geleverd.<sup>141</sup> Daar hadden in de jaren vijftig oefeningen met duizenden militairen plaatsgevonden. Velen hadden zittend in een loopgraaf, op ‘veilige’ afstand een kernexplosie aan den lijve ondervonden.<sup>142</sup>

Praktisch gezien waren veel concrete beschermingsmaatregelen tegen atoomwapens het domein van het Wapen der Genie. Specifiek de ABC-school in Breda ontfermde zich met behulp van Amerikaanse documentatie over het geven van praktisch advies voor de bescherming van de troepen te velde. Daarbij ging het onder meer om het markeren van radioactief besmet gebied en het bouwen van veldversterkingen en schuilplaatsen. Technici wisten onder meer te berekenen hoeveel meter aarde nodig was om een bepaalde hoeveelheid straling tegen te gaan. Deze en andere informatie werd vertaald naar praktisch lesmateriaal, dat vervolgens aan de troepen werd uitgereikt door gespecialiseerde rondreizende instructieteams. Die moesten ervoor zorgen dat het treffen van beschermingsmaatregelen een ‘tweede natuur’ werd voor de troepen te velde.

Ook officieren van de MGD moesten zich hiermee vertrouwd maken, maar van hen werd eveneens medische kennis op ABC-gebied verwacht. Daarom verscheen in 1953 de in zakelijke maar toegankelijke bewoordingen geschreven *Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst*.<sup>143</sup> Het belangrijkste doel van dit voorschrift was legerartsen in staat te stellen om het aantal slachtoffers van een atoomexplosie zoveel mogelijk te beperken. Dat was zonder meer mogelijk: het aantal slachtoffers van Hiroshima en Nagasaki had beperkt kunnen worden als de inwoners op de hoogte waren geweest van de aard van het wapen en de “eigenaardigheid” van zijn uitwerking, zo werd verondersteld.<sup>144</sup>

Allereerst moest de legerarts de werking van atoom- en waterstofbommen begrijpen en zich ook enigszins verdiepen in de natuurkundige aspecten ervan. Dat was belangrijk, want als de bom onverhoopt zijn verwoestende werk deed, dan moest hij de gevaren in het rampgebied kennen en herkennen. Zo kon hij voorkomen dat hij zelf het slachtoffer werd van straling. Kennis van de apparatuur voor het herkennen en meten van radioactiviteit was dan ook een vereiste. De betreffende paragrafen van de handleiding werden ondersteund met grafieken,

---

<sup>141</sup> Linn, *Elvis's Army*, passim.

<sup>142</sup> Ofschoon zij de explosie overleefden, kreeg een deel van hen als gevolg van deze experimenten op latere leeftijd te maken met uiteenlopende klachten, van leukemie tot depressies en angststoornissen. Vanwege de geheimhoudingsplicht die de getuigen van de atoomproeven kregen opgelegd, bleven hun ervaringen tot in de jaren negentig onbesproken. Zie bijvoorbeeld de Documentaire *The Atomic Soldiers* (2019) van regisseur Morgan Knibbe. Ook het Canadees-Amerikaans mediabedrijf Vice, dat onder meer een tijdschrift, website, televisie- en filmproductiebedrijf omvat, besteedde in 2018 aandacht aan dit thema. Zie: <https://www.vice.com/en/article/wjk3wb/what-does-a-nuclear-bomb-blast-feel-like>

<sup>143</sup> *Voorschrift nr. 3310: Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst* (eerste druk; 1953). Samengesteld op last van de IGDKL door de sectie 2, Praeventieve geneeskunde en inlichtingen, van de IGDKL met medewerking van de RVO.

<sup>144</sup> *VS 3310. Handleiding atoombescherming*, 7.

tabellen, formules en een rekenschema. Verder ging zij in op de beschermingsmogelijkheden en de ontsmetting van het personeel.

Wat bij artsen mogelijk de meeste interesse wekte, was de symptomatologie, pathologie en therapie van de slachtoffers. De samenstellers waren er eerlijk over dat het letsel van de patiënten zeer gecompliceerd kon zijn. Een statistische verdeling van het aantal atoomslachtoffers als gevolg van blast, verbranding en straling was daarom niet mogelijk. Wel werd beklemtoond dat de helft van de Japanse atoomdoden was bezweken aan de gevolgen van verbrandingen. Het zeer grote aantal brandwondenpatiënten was dus het grootste zorgpunt. Over moeilijk behandelbare brandwonden, zoals netvliesverbranding, stond niets vermeld. Deze waren volgens het voorschrift in Japan niet voorgekomen.<sup>145</sup> Onvermeld bleef ook hoe men moest omgaan met ernstig verbrande en in shock verkerende patiënten. Het onderzoek naar de pathofysiologische aspecten, de vloeistofhuishouding van het verbrande lichaam en het geschiktste soort brandwondenverband was in 1953 nog in volle gang zodat het nog ontbrak aan universele richtlijnen.<sup>146</sup> Het enige dat de handleiding de medicus adviseerde was om de behandeling toe te passen “die hij heeft leren kennen als de meest efficiënte.”<sup>147</sup> De nadruk lag dus duidelijk op de mogelijkheden in plaats van onzekerheden.

Voorts gaf de handleiding een lange beschrijving van de symptomen van het ‘acute stralingsyndroom’, zodat de arts deze kon leren herkennen. De ongelukkige slachtoffers gaven in de ergste gevallen al na enkele uren verschillende graden van shock te zien, gecombineerd of kort daarop gevolgd door misselijkheid, braken en diarree, en koorts. Hoewel er in de eerste dagen geen pijn was, klaagden de patiënten over algemene malaise, depressie en lichamelijke vermoeidheid. Deze symptomen konden tijdelijk afnemen en daarna in volle hevigheid terugkeren tot de dood erop volgde. Het ziektebeeld kon gepaard gaan met haaruitval, spontane bloedingen, en degeneratieve veranderingen aan de organen. Slachtoffers die waren blootgesteld aan een middelzware dosis, leden in hoofdzaak aan dezelfde symptomen, maar die ontwikkelden zich wat later en waren minder ernstig. Lichte gevallen van stralingsziekte genazen volgens het voorschrift binnen twee maanden,

---

<sup>145</sup> VS 3310. *Handleiding atoombescherming*, 81. Uit later Amerikaans onderzoek bleek dat er wel degelijk Japanse slachtoffers waren geweest met permanente oogschade door verbranding, zie: Ruth W. Shnider, *Compilation of Nuclear Test, Flash Blindness & Retinal Burn Data and Analytic Expressions for Calculating Safe Separation Distances Final Report* (Washington april 1971) 20. (<https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/AD0742837.pdf>). Het meest recente Defensiehandboek *Index\_35\_310 Beginselen van de verdediging tegen nucleaire strijdmiddelen* (2019) stelt het volgende: “de knipreflex is van weinig nut omdat in de ruim 0,1 s benodigd voor deze reflex reeds genoeg energie is afgegeven voor het veroorzaken van verbranding”. Zie: [https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_353100000000\\_10/1](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_353100000000_10/1)

<sup>146</sup> J.Th. Grond en J.K.W. Neuberger, ‘De behandeling van verbrandingen aan het front en bij massale rampen’, *NMG 5-2* (1952) 46-80; Hai-Fei Liu, Feng Zhang en William C. Lineaweaver, ‘History and Advancement of Burn Treatments’, *Annals of Plastic Surgery* 78-2 (februari 2017) 2-8.

<sup>147</sup> VS 3310. *Handleiding atoombescherming*, 80.

maar deze patiënten leden wel aan een verlies van eetlust, malaise, haaruitval, diarree en een neiging tot bloeden.<sup>148</sup>

Naast de symptomen noemde het voorschrift diverse “dubieuze factoren” die het stellen van een diagnose van de patiënt bemoeilijkten. Zo werd het vermoeden uitgesproken dat straling kon zorgen voor celbeschadiging, maar dit proces van ionisatie was in 1953 nog niet opgehelderd. De meest gangbare uitleg was dat bestraling een storing veroorzaakt in de celfunctie en celdeling. Men vermoedde dat zelfs één enkele ionisatie voldoende kon zijn om een ongecontroleerde deling van cellen (een kwaadaardige tumor) te veroorzaken. Zoiets was na een atoomexplosie nog niet meteen zichtbaar, maar op langere termijn wel. Deskundigen vreesden zelfs dat schade aan de cellen via het genetisch materiaal kon worden doorgegeven aan het nageslacht (wat bleek mee te vallen). Al met al heerste over de consequenties van straling veel ongerustheid en onzekerheid, terwijl er geen algemene uitspraak kon worden gedaan over de veilig toelaatbare stralingsdosis die een persoon kon ondergaan. Maar ook hier kreeg de onzekerheid niet de overhand.

Met de kennis van nu staat wel vast dat de gevaren van straling voor het individu op de langere termijn ernstig werden onderschat. In de Verenigde Staten gold destijds een toelaatbare dosis van 0,3 röntgen (r) per week, in vredesomstandigheden welteverstaan.<sup>149</sup> Omgerekend is dat een dosis van ongeveer 34 Sievert (Sv, een eenheid die tegenwoordig wordt gehanteerd voor de equivalente dosis ioniserende straling waaraan een mens in een bepaalde periode wordt blootgesteld), of 408 Sv per jaar.<sup>150</sup> Volgens de huidige Arbowet geldt voor werknemers die tijdens het werk te maken hebben met ioniserende straling een maximale effectieve dosis van 20 millisievert (mSv) per jaar.<sup>151</sup> De eerdergenoemde handleiding uit 1953 stelde enkel dat de toelaatbare dosis afhankelijk was van de omstandigheden. De gefluisterde boodschap was dat hulpverleners in oorlogstijd al dan niet vrijwillig een hogere (ofwel een te hoge) dosis moesten aanvaarden.

Een therapie tegen stralingsziekte was niet bekend en de handleiding kon er dus geen noemen.<sup>152</sup> Beschadigde cellen kon men niet vervangen. Alleen het toedienen van vers bloed (dus verse bloedcellen) behoorde tot de behandel mogelijkheden. Afgezien daarvan bood de tekst enige ‘troost’ met de veronderstelling dat het aantal slachtoffers van de initiële straling betrekkelijk gering was, ongeveer 15 procent, “terwijl het effect van residuaire straling zelfs te verwaarlozen klein zal zijn”, zo werd verondersteld.<sup>153</sup> Logischerwijze kwamen de langetermijngevolgen van radioactieve bestraling pas veel later aan het licht,

---

<sup>148</sup> Ibidem, 109.

<sup>149</sup> Ibidem, 83.

<sup>150</sup> Een handige rekentool: <https://www.unitsconverters.com/nl/Rontgen-Naar-Sievert/Unittounit-6309-3988>

<sup>151</sup> <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/ioniserende-straling/werken-met-dosislimieten>

<sup>152</sup> *Handleiding atoombescherming*, 109.

<sup>153</sup> Ibidem, 109.

waardoor het absolute en relatieve aantal stralingslachtoffers hoger kwam te liggen.<sup>154</sup>

Het enige dat artsen in feite konden doen, was zich richten op de verschijnselen die men wél herkende en meende te kunnen behandelen. Bekend was dat ontstekingen konden zorgen voor de zeer ernstigste complicaties. De hoop bestond dat het toedienen van antibiotica dat probleem kon verhelpen. Meer zekerheid konden de experts eenvoudig niet bieden. Gezien deze ontnuchterende conclusie is het merkwaardig, maar in zekere zin ook wel begrijpelijk, dat het laatste hoofdstuk van de handleiding gaat over de toepassing van atoomenergie voor vredesdoeleinden. Met het gevaar van kernwapens moest men leren leven, het was niet anders. Maar tegelijkertijd moest er ook oog zijn voor het nut van deze technologie. Zo besloten de samenstellers met een positieve gedachte – een *desirable future*.

### **Het gevaar onderschat**

De informatievoorziening over atoomwapens kende vele gebreken. Het weinige relevante onderzoek dat in Nederland plaatsvond bij TNO had een experimenteel karakter en niet meteen een praktische, militaire toepassing. De enige ervaringsdeskundige in de Nederlandse krijgsmacht, de eerdergenoemde kapitein ter zee Salm, was wetenschapper noch arts. De Nederlandse kennis op dit gebied was dus opgebouwd met behulp van open informatiebronnen uit de vs en dossiers die beschikbaar waren voor Nederlandse leden van NAVO-werkgroepen.

Het is daarom goed eens te kijken naar de officiële voorlichting uit de Verenigde Staten. Het lijkt erop dat die verre van volledig was en soms zelfs opzettelijk misleidend. Om te beginnen met de onvolledigheid: de informatie uit Washington had geen oog voor het ontstaan van grote branden als gevolg van een atoomexplosie. Dat is opvallend, want het gevaar hiervan is tegenwoordig onbetwist. Grote vuurhaarden onttrekken de zuurstof uit het getroffen gebied, met als gevolg dat de vuurstorm zichzelf aanwakkert en steeds hoger oplaait. De via de grond aangezogen lucht kan grote snelheden bereiken waardoor voorwerpen en zelfs mensen kunnen worden meegezogen. Historica Lynn Eden heeft in *Whole earth on fire* aangetoond dat de vuurstorm als gevolg van atoomexplosies in de vs structureel is genegeerd. Dat schrijft zij toe aan de ‘vastgeroeste’ denkwijze binnen de Amerikaanse luchtmacht. Tijdens het luchtoffensief tegen nazi-Duitsland werd uitsluitend gerekend met de effecten van *blast* en de benodigde tonnage aan explosieven om bepaalde doelen te elimineren. Deze manier van denken gaf houvast en voldeed in Amerikaanse ogen.<sup>155</sup> Omdat de Nederlandse krijgsmacht veel gebruik

---

<sup>154</sup> Evan B. Douple (e.a.), ‘Long-term Radiation-Related Health Effects in a Unique Human Population: Lessons Learned from the Atomic Bomb Survivors of Hiroshima and Nagasaki’, *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 5 (2011) 122-133.

<sup>155</sup> Eden, *Whole World*.

maakte van open bronnen uit de vs, bleef de vuurstorm ook in de atoomvoorschriften van de KL onderbelicht.<sup>156</sup>

Bekender is de onderschatting van radioactieve straling. Oprechte onwetendheid speelde hierbij een rol. De Amerikaanse arts J.F. Nolan, die betrokken was geweest bij de ontwikkeling van de atombom, stuitte op dit probleem. Zijn waarschuwingen over radioactiviteit werden door de militaire autoriteiten meermaals in de wind geslagen, simpelweg omdat ze de ernst van de onzichtbare gevaren niet inzagen.<sup>157</sup> Maar er was meer aan de hand. Er zijn ook voorbeelden bekend waarbij de Amerikaanse autoriteiten opzettelijk informatie over de gevolgen van ioniserende straling achterhielden. Zo leken de effecten van een atoomexplosie minder erg dan zij werkelijk waren.<sup>158</sup> De ontvullende waarheid werd zo veel mogelijk in de doofpot gestopt. De langetermijneffecten van stralingsziekte kwamen pas later aan het licht en bleven bovendien tot het einde van de Koude Oorlog vragen oproepen. Zelfs een 'onaantastbare autoriteit' als Ephraïm kon de werkelijke gevaren nog niet helemaal doorzien.

Een belangrijke reden voor het moedwillig bagatelliseren van de effecten van het gebruik van atoomwapens was dat de Amerikaanse regering onder president Harry S. Truman wilde voorkomen dat de publieke opinie zich al te zeer tegen het Amerikaanse defensiebeleid zou keren, aangezien atoomwapens daarin een sleutelrol vervulden.<sup>159</sup> Ook speelde de schuldvraag met betrekking tot de Japanse slachtoffers van Hiroshima en Nagasaki mogelijk een rol.<sup>160</sup> Een Amerikaanse arts van de eerdergenoemde *Atomic Bomb Casualty Commission*, die onderzoek deed naar veelal jonge atoomslachtoffers van de genoemde Japanse steden, deelde dat vermoeden in zijn autobiografie. Voordat hij aan zijn werk in Japan begon, waren er al gezaghebbende rapporten over de medische effecten van radioactiviteit verschenen, maar hij mocht deze niet inzien. Zijn verklaring: "I think it may have stemmed from a desire to avoid greater backlash from the Japanese

---

<sup>156</sup> In het handboek voor de geneeskundige troepen uit 1984 bleef het bij een terloopse opmerking dat een vuurstorm als gevolg van een kernexplosie de zuurstof uit een schuilgelegenheid kon onttrekken. Zie: *Voorschrift nr. 1350/K1: Handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen* (vierde druk; 1984) 11-3. Een oplossing voor dit probleem kon het voorschrift niet bieden. Naar buiten gaan impliceerde min of meer levend verbrand worden, blijven zitten in de schuilkamer betekende onherroepelijk de verstikkingsdood. Velen in Hamburg (1943) Dresden (1945) en Tokyo (1945) hadden dit noodlottige dilemma in de laatste momenten van hun leven gekend. Zie verder: Charles Scawthorn, John M Eiding, Anshel J Schiff (eds.), *Fire Following Earthquake (American Society of Civil Engineers: Technical Council on Lifeline Earthquake Engineering, Band 26)* (z.p. 2005) 68.

<sup>157</sup> James L. Nolan jr., *Atomic doctors. Conscience and complicity at the dawn of the nuclear age* (Harvard University Press: Cambridge Massachusetts en Londen).

<sup>158</sup> Spencer R. Weart, *The Rise of Nuclear Fear* (Harvard University Press: Cambridge 2012) 58-60; Janet Farrell Brodie, 'Radiation Secrecy and Censorship after. Hiroshima and Nagasaki', *Journal of Social History* 48-4 (2015) 842-864; William King, 'A weapon too far: The British radiological warfare experience, 1940-1955', *War in History* 29-1 (2022) 205-227.

<sup>159</sup> <https://www.history.com/this-day-in-history/truman-refuses-to-rule-out-atomic-weapons>

<sup>160</sup> Zie ook: Paul Boyer, *By the Bomb's Early Light. American Thought and Culture At the Dawn of the Atomic Age* (Chapel Hill 1994) 181-240.



themselves if the full story of the bombs effects on people, especially children, had been told at that time."<sup>161</sup> Het algemene publiek kreeg dus een geruststellend praatje op de mouw gespeld. De Amerikaanse voorlichtingsfilm *The medical aspects of nuclear radiation* uit 1950 deed het voorkomen alsof de stralingszieken succesvol konden worden behandeld met bloedtransfusie en penicilline, terwijl de media werden beschuldigd van het verspreiden van 'falsehoods' over straling.<sup>162</sup>

Nederlandse officieren namen deze Amerikaanse bronnen doorgaans tamelijk kritiekloos over. Ook de Nederlandse militaire documentatie getuigt namelijk van een onderschatting van straling. In het eerdergenoemde voorschrift uit 1952 staat te lezen dat men de dodelijke gevolgen van radioactieve straling niet moest overdrijven. "(...) er zijn artikelen geschreven over de verschrikkelijke verwondingen en ziekten, die het gevolg zouden zijn van deze straling. Die verhalen zijn echter gedeeltelijk of geheel onjuist."<sup>163</sup> De meeste schade van een atoomexplosie was het gevolg van hitte en luchtdruk, zo werd in datzelfde document benadrukt. Deze boodschap lijkt letterlijk te zijn overgenomen van de Amerikaanse propaganda. Ook Ephraïm, die de materie goed had bestudeerd, beweerde in 1952 dat de stofkolom (de bekende 'paddenstoel') die ontstond na een atoomexplosie – "geen zeer groot direct gevaar zal opleveren".<sup>164</sup>

Deze desinformatiecampagne had overigens maar een beperkte houdbaarheid omdat er steeds meer onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar straling verscheen, vooral halverwege de jaren vijftig. Die informatie bereikte ook het grote publiek. Noemenswaardig is de uit de hand gelopen operatie *Castle* in maart 1954, een Amerikaanse kernproef op het atol Bikini. De waterstofbom *Castle Bravo* die daar explodeerde had niet alleen veel meer kracht dan geleerden hadden voorspeld, maar ook de effecten van fall-out bleken een veel grotere reikwijdte te hebben dan toe dan toe was aangenomen. Het verontrustende bewijs daarvoor kwam van een Japans visserschip, dat zich op ongeveer 130 km van de explosie bevond.<sup>165</sup> De gehele bemanning kreeg last van stralingsziekte, met een dode tot gevolg.

---

<sup>161</sup> James N. Yamazaki, *Children of the Atomic Bomb. An American Physicians Memoir of Nagasaki, Hiroshima, and the Marshall Islands* (Durham en Londen 1995) 4. Dit vermoeden wordt bevestigd in Sean L. Malloy, "A Very Pleasant Way to Die": Radiation Effects and the Decision to Use the Atomic Bomb against Japan', *Diplomatic History* 36-3 (juni 2012) 515-545.

<sup>162</sup> Martin Halliwell, 'Cold War Ground Zero: Medicine, Psyops and the Bomb', *Journal of American Studies* 44-2 (2010) 325.

<sup>163</sup> *Voorschrift nr. 1226: Wat iedere militair dient te weten in geval van een atoombomb aanval* (eerste druk 1952) 5.

<sup>164</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. Bijlage behorende bij brief van Hoofdkwartier van de Generale Staf van 16 augustus 1950, nr. A.C.277 Geheim.

<sup>165</sup> De precieze afstand tussen het schip en de explosie is niet vast te stellen, maar één bron noemt een afstand van 82 mijl (131 km). John Swenson-Wright, 'The Lucky Dragon Incident of 1954: A failure of crisis management?' in: Makoto Iokibe e.a. eds., *Japanese Diplomacy in the 1950s. From Isolation to Integration* (Londen 2008) 140.

Toen deze berichten naar buiten kwamen, was het afzwakken van de gevolgen van kernwapens niet langer geloofwaardig, zeker niet voor militaire artsen. De IGDKL maakte zich al in juli 1954 in een brief aan de Generale Staf zorgen over de langetermijneffecten van radioactieve straling: “zonder deze effecten te willen chargeren meen ik nochtans, dat zij de aandacht ten volle waard zijn, daar b.v. met de genetische effecten de volwaardigheid van het menselijke ras in de toekomst gemoeid is.” Hij waarschuwde er verder voor dat “de klassieke A-bom” niet mocht worden onderschat. Zijn vermoeden werd gevoed door het grote aantal ziektegevallen door celbeschadiging in Japan.<sup>166</sup> Tijdens een internationaal medisch congres in Cannes in september 1957 bevestigden Japanse artsen “the belated appearance of blood disorders and cancerous phenomena among the survivors of the atomic attacks on Hiroshima and Nagasaki”.<sup>167</sup> De eerdere vrees voor schadelijke langetermijneffecten, die ook al tot uitdrukking kwam in de eerdergenoemde handleiding, bleek gegrond. De waarschuwing van de inspecteur was uitzonderlijk. Het lijkt erop dat hij zijn verontrusting over atoomwapens wilde delen, zonder daarbij meteen uitvoerbaarheid van militair-geneeskundige taak in twijfel te trekken. Het is helaas niet bekend of, en zo ja, hoe de CGS op de brief heeft gereageerd.

De verontrustende nieuwsberichten over straling hadden zeker een negatieve invloed op de maatschappelijke beeldvorming over kernwapens. Desondanks bleef vaststaan dat de militair-geneeskundige oorlogstaak onder alle omstandigheden moest worden voortgezet. Officiële bronnen binnen de krijgsmacht benadrukten in verschillende bewoordingen dat het moreel van de troepen niet ondermijnd mocht raken door een gevoel van machteloosheid ten opzichte van ‘de bom’. Vanuit het oogpunt van de gevechtsbereidheid was het belangrijk om al te sombere, ontnuchterende en demoraliserende inzichten weg te laten uit de militaire voorlichting, of op zijn minst ervoor te zorgen dat deze niet de boventoon voerden. Zo verscheen in 1955 een artikel in de *Militaire Spectator* waarin stond dat eerste hulp aan het front (EHAF) voor stralingszieken “niet nodig was” (lees: geen zin had). De slachtoffers moesten enkel worden afgevoerd naar een geneeskundige eenheid. De behandeling bestond “in den beginne uitsluitend uit volkomen geestelijke en lichamelijke rust. De patiënt mag drinken als hij er om vraagt.”<sup>168</sup> De leidende gedachte bleef dat de gevaren inherent aan het atoomslagveld geen afbreuk mochten doen aan de taakvoortzetting. In een artikel uit 1961 in datzelfde tijdschrift over fall-out concludeerde een luitenant-kolonel: “Als de enkele man een volledige opleiding en degelijke ‘training’ heeft genoten, zal óók de fall-out voor hem niet

---

<sup>166</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief van IGDKL (23 juli 1954) zonder duidelijke geadresseerde, maar afgaande op het correspondentienummer (G2/1880/C/Conf.) lijkt het te gaan om het Hoofdkwartier van de Generale Staf, Sectie G2 (inlichtingen).

<sup>167</sup> Meeting of the World Congress of Doctors held at Cannes, 27th – 29th September 1957. [https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/7/17250/AC\\_52-D\\_268\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/7/17250/AC_52-D_268_ENG.pdf)

<sup>168</sup> Goldbach en Van Nouhuys, ‘Geneeskundige aspecten’, 89.

meer betekenen dan: duisternis, koude en modder. Met andere woorden: de uitvoering van zijn taak zal moeilijker zijn omdat hem meer eisen worden gesteld, maar hem niet weerhouden om zijn opdracht uit te voeren.”<sup>169</sup>

Wie wilde kon altijd wel aanknopingspunten vinden om het acute en directe gevaar van het ‘absolute wapen’ te relativëren. Illustratief is het artikel van een kapitein van de Geneeskundige troepen, A.P. van der Heyden, uit 1962, waarin hij schreef over triage en ontsmetting van patiënten na een atoomaanval. Volgens hem hadden militairen na een kort verblijf in het rampgebied waarschijnlijk geen last van een gevaarlijke dosis residuaire radioactiviteit (stofdeeltjes). Indien deze stofdeeltjes toch waren ingeademd, dan was dat “minder belangrijk” dan de uitwendige straling, omdat de “meestal geringe” radioactiviteit van deze deeltjes vrij snel terugliep. Verder benadrukte de schrijver dat het een misverstand was dat alle patiënten afkomstig uit het rampgebied zelf een bron van besmetting vormden voor de geneeskundige inrichting en het personeel: ook dit zou “in de meeste gevallen erg meevallen”. Alle aandacht van het ontsmettingspunt nabij een geneeskundige inrichting moest zijn gericht op patiënten die waren blootgesteld aan fall-out. Men zou hier kunnen volstaan met enkele maatregelen. Het ontdoen van kleding en het wassen van blootgestelde lichaamsdelen was volgens de schrijver meestal voldoende. Een goede helmdiscipline voorkwam dat er veel radioactief stof in het hoofdhaar zou zitten, en eventueel kon het haar worden afgeschoren en de hoofdhuid gewassen. Volgens hem kon men “wel degelijk maatregelen nemen om in geval van A-besmetting tot een eenvoudige, snelle werkwijze [...] te komen.”<sup>170</sup>

Uit het voorgaande blijkt dat het toekomstig oorlogsbeeld op zijn minst ambivalent was. Enerzijds bestond er vanuit militair-medische hoek erkenning voor de ernst van de kernwapenproblematiek. Ephraïm en anderen begrepen dat de behandelmogelijkheden voor atoomslachtoffers zeer beperkt waren. Het voortschrijdend inzicht over stralingsziekte en de gevaren van fall-out moet hun vrees hebben versterkt. Anderzijds was de handhaving van het moreel van groot militair en politiek belang. De militair(-geneeskundige) voorlichting liet geen ruimte voor twijfel over de taakvoortzetting, want dat deed afbreuk aan de militaire effectiviteit. Voor de samenstellers van de dienstvoorschriften was het zaak om op zakelijke toon informatie te verschaffen, zonder daarbij het accent te leggen op de vrijwel onoplosbare medische problemen die het gevolg waren aan de inzet van kernwapens. Een doemscenario vormde immers geen vruchtbare bodem voor het motiveren van de geneeskundige hulpverlening.

Voorzichtige formuleringen waren dus geboden. De officiële informatie over kernwapens, zoals die viel te lezen in voorschriften, was feitelijk juist en oprecht, maar er werden geen ontvullende conclusies aan verbonden. De officiële

---

<sup>169</sup> F.J. van Neer, ‘Radio-actieve neerslag van militaire betekenissen’, *Militaire Spectator* 130:1 (1961) 26.

<sup>170</sup> A.P. van der Heyden, ‘De radioactief besmette patiënt in de geneeskundige inrichting’, *NMG* 15:3 (maart 1962) 72.

boodschap voor zowel officieren als manschappen luidde steeds: een atoomoorlog is een ernstige zaak, maar hoeft niet het einde te betekenen. Maar wat het wél betekende, werd bewust vaag gehouden. Het waren vooral de critici van buiten de krijgsmacht die de medische omstandigheden na een atoomaanval in alle gruwelijkheid schetsten. Ook bespraken zij de medisch-ethische dimensie ervan, die in het vijfde hoofdstuk aan bod komt.

### **Wetenschappelijk onderzoek voor de krijgsmacht**

Niet alleen de voorlichting over nucleaire, biologische en chemische gevaren, maar ook de ontwikkeling van beschermende uitrusting ertegen stond al vanaf het begin van de jaren vijftig op de agenda.<sup>171</sup> Het eerdergenoemde interservice ABC-comité moest het wetenschappelijk onderzoek op dat gebied aansturen en coördineren, maar dat was niet eenvoudig want de krijgsmachtdelen hadden uiteenlopende belangen. Zo bleek de marine vooral geïnteresseerd in detectie van ABC-strijdmiddelen aan boord van oorlogsschepen, terwijl de luchtmacht belangstelling toonde in de mogelijkheden om gevechtspiloten te beschermen tegen verblinding door de felle lichtflits van een kernexplosie.<sup>172</sup> De ontwikkeling van ABC-materieel met een krijgsmachtbrede toepassing kreeg prioriteit. Vooral detectie- en ontsmettingsmiddelen waren overal nuttig en konden met het oog op verschillende toepassingsmogelijkheden worden ontwikkeld. Hieronder vielen onder andere radiologische meetinstrumenten, praktisch hanteerbare bad-, was-, en sproei-installaties en luchtfilters. Die konden de luchttoevoer naar de binnenruimtes van voertuigen, gebouwen en eventueel schepen vrijwaren van radioactief geladen stoffeeltjes en aerosolen (ziekteverwekkers in dampvorm). Een ander project was de aanpassing van het gasmasker K in 1960 zodat het een betere bescherming bood tegen zenuwgassen.<sup>173</sup>

De genoemde deelprojecten maakten de ABC-bescherming enigszins behapbaar en realiseerbaar. Hieruit komt andermaal het oplossingsgerichte denken binnen de krijgsmacht naar voren: technische innovaties konden de overlevingskansen van militairen in zekere mate vergroten. Daarbij realiseerden deskundigen zich ongetwijfeld dat de beschermingsmogelijkheden tegen nucleaire wapens in principe beperkt waren. Om die reden kreeg de protectie tegen strijdgassen in de loop van de Koude Oorlog steeds meer nadruk.<sup>174</sup> Niettemin bleef de grondgedachte dat ook de gevolgen van atomaire wapens konden en moesten worden ingedamd.

---

<sup>171</sup> NL-HaNA, Generale Staf 1945-1972, 2.13.196, inv.nr. 4267. Bescherming strijdkrachten tegen ABC-gevaren. Brief van de vice-admiraal A.S. Pinke aan de minister van Marine, 15 mei 1952

<sup>172</sup> Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Losse stukken, Toegang 057, inventarisnummer 6075. Nota van Chef Luchtmachtstaf aan de directeur Materieel Luchtmacht (DMLu) betreffende flitsblindheid bij nucleair conflict. Helm bescherming met "gold plated goggles".

<sup>173</sup> P. Tesselaar en K. Brunt, 'De historie van het gasmasker in de Nederlandse krijgsmacht' *Militaire Spectator* (1976) 201-202.

<sup>174</sup> Roozenbeek en Van Woensel, *De geest*, 195.

Gezien deze vaste overtuiging is het niet vreemd dat het militair-geneeskundig onderzoek naar de therapie voor atoomslachtoffers voortging, zij het in de schaduw van het bredere ABC-beleid. Begin jaren vijftig kreeg de juiste therapie van brandwonden veel aandacht.<sup>175</sup> Hieruit volgde echter geen militair-geneeskundig onderzoeksprogramma, want in het voorjaar van 1955 concludeerde het ABC-comité dat de civiele medische sector al genoeg onderzoek deed op dat gebied.<sup>176</sup> De urgente vragen rond bloedtransfusie en plasma werden bestudeerd in Europees samenwerkingsverband, omdat op dit gebied grote mogelijkheden van theoretische en praktische uitwisseling werden gezien.<sup>177</sup> De shocktoestand vormde eveneens “een zeer groot probleem” voor de militaire geneeskunde, maar ook deze materie was te complex om te verrichten met de beperkte faciliteiten en deskundigheid binnen de MGD.<sup>178</sup> Dat gold nog sterker voor de biologische effecten van straling, een onderwerp dat was omgeven met grote vraagtekens. Voor deze problemen moest de militaire geneeskunde een beroep doen op een externe onderzoeksinstelling.

De enige plek in Nederland waar de problematiek omtrent ioniserende straling kon worden onderzocht voor de krijgsmacht, was het reeds genoemde Medisch-Biologisch Instituut van RVO-TNO, dat vanaf 1954 huisde in Rijswijk. Deze instelling, die als gezegd onder leiding stond van Cohen en meer bekendheid kreeg onder de naam Medisch-Biologisch Laboratorium (MBL), werd door het Ministerie van Oorlog/Defensie gefinancierd, maar viel formeel onder het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen. Door deze constructie kende het laboratorium in beginsel een grote vrijheid om zelfstandig onderzoek uit te voeren, zolang dat gerelateerd was aan atomaire, biologische en chemische strijdmiddelen. De door het RVO-TNO-bestuur ingestelde Medische Contact Commissie onderhield de contacten tussen de MGD en het laboratorium.<sup>179</sup>

Het onderzoek naar de effecten van ioniserende straling op het menselijk lichaam begon al aan het begin van de jaren vijftig op kleine schaal. Een decennium later waren verschillende afdelingen van het MBL hiermee bezig. De fysische afdeling was technisch gericht en ontwikkelde onder meer radiologische meetapparatuur. De farmacologische afdeling verrichtte onderzoek naar stralingsbeschermende

---

<sup>175</sup> Zie bijvoorbeeld: Grond, ‘Behandeling van verbrandingen’, 46-58 en 61-79; A. Kraayeveld, ‘New technique for local treatment of burns’, *NMG 5* (1952) 80; R. Bollegraaf, ‘ACTH of cortison bij oogverbrandingen’, *NMG 5* (1952) 223; J.K.W. Neuberger, ‘Oogverbrandingen’, *NMG 5* (1952) 224; J.Th. Grond, ‘Oogverbrandingen’, *NMG 5* (1952) 225; J.K.W. Neuberger, ‘Horizons in burn surgery’, *NMG 5* (1952) 48.

<sup>176</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie, Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO), nummer toegang 2.13.205, inventarisnummer 56. ‘Notulen van de 35ste vergadering van het comité bescherming strijdkrachten tegen abc-gevaren, 2 maart 1955.

<sup>177</sup> Binnen het Pact van Brussel (een militaire samenwerking tussen Frankrijk, Groot-Brittannië en de Benelux-landen; die in 1954 was opgegaan in de West-Europese Unie) was een werkgroep geformeerd die zich op deze thematiek stortte.

<sup>178</sup> NL-HaNA, Def / Rijksverdedigingsorganisatie TNO, 2.13.205, inv.nr. 56. ‘Notulen van de 35ste vergadering van het comité bescherming strijdkrachten tegen abc-gevaren, 2 maart 1955.

<sup>179</sup> Roozenbeek en Van Woensel, *De geest*, 193.

(profylactische) stoffen, terwijl de radiobiologische afdeling zich hoofdzakelijk bezighield met verschillende behandelmethoden van stralingsziekte. Tot slot deed de biochemische afdeling onderzoek naar de werking van straling en chemische stoffen op het erfelijke materiaal (de chromosomen) van de mens.

Het behoeft geen lang betoog dat het fundamentele onderzoek bijzonder complex van aard was. Dat gold niet alleen voor de materie, maar ook voor de werkwijze binnen het laboratorium. Die stelde op een multidisciplinaire aanpak – een integratie van verschillende biologische niveaus, variërend van molecuul tot het proefdier. Daarbij waren verschillende disciplines betrokken, zoals toxicologie, fysiologie, biochemie en moleculaire biologie, alsook elektro- en neurofysiologie. Verder werd samengewerkt met andere laboratoria van RVO-TNO, alsmede het in 1956 opgerichte Radiobiologisch Instituut. Dat laatste maakte deel uit van de gezondheidsorganisatie TNO: een tak van TNO die zich bezighield met de ontwikkeling van medische kennis en innovaties ten behoeve van de samenleving. Ook Nederlandse universiteiten waren hierbij betrokken.<sup>180</sup>

Naast dit fundamentele onderzoek kwamen er soms opdrachten vanuit de maatschappij, vooral in verband met het toenemend gebruik van isotopen in vele takken van natuurwetenschappen, de industrie, de landbouw en de geneeskunde. Soms gaven internationale gebeurtenissen aanleiding tot onderzoek. Naar aanleiding van de publieke onrust over fall-out na operatie *Castle Bravo* benaderde de *Federation of American Scientists* de VN om een onderzoek te doen naar de effecten van kernproeven wereldwijd. Het hierna opgerichte *Scientific Committee on the effect of atomic radiations* van de VN vroeg TNO om in Nederland metingen te verrichten naar onder meer de aanwezigheid van het radio-isotoop strontium-90. TNO concludeerde dat de impact op de gezondheid nog onbetekenend was bij de toenmalige frequentie van kernproeven.<sup>181</sup> Desondanks was het genoemde VN-comité overtuigd geraakt van de schadelijke werking van kernwapens op de gezondheid wereldwijd.<sup>182</sup> Dit resulteerde onder meer in een internationaal verbod in 1963 op bovengrondse kernproeven (*Partial Test Ban Treaty*).

Zeker niet het minst belangrijk waren de praktisch gerichte opdrachten die het MBL voor de krijgsmacht uitvoerde. Zo gaf het ABC-comité opdracht voor een studie naar het shocksyndroom. Dit leidde eind 1958 tot een nieuw militair geneeskundig voorschrift over dat onderwerp.<sup>183</sup> Het MBL wist daarbij een zekere mate van wetenschappelijke onafhankelijkheid te behouden, maar sommige militairen bekeken die status met argusogen. “Het militaire programma (...) dient steeds de basis te blijven” van het onderzoek, zo benadrukte de voorzitter van een KL-werkgroep die de ABC-gerelateerde behoeften binnen de landmacht bepaalde. In elk

---

<sup>180</sup> Jonker, *Van RVO tot HDO*, 5.

<sup>181</sup> ‘Schadelijke werking nog onbetekenend’, *Overijsselsch Dagblad* 8 mei 1957.

<sup>182</sup> Sarah Bridger, *Scientists at war. The ethics of Cold War Weapons Research* (Harvard University Press, Cambridge Massachusetts en Londen) 25.

<sup>183</sup> *Voorschrift nr. 8-103: De shocktoestand en zijn behandeling* (eerste druk; 1958).

geval moest worden voorkomen dat wetenschappers “programmaloos” gegevens gingen uitwisselen – ofwel onderzoek verrichten waarvan het praktisch militair nut niet meteen evident was.<sup>184</sup> Het Ministerie van Oorlog/Defensie zag zichzelf namelijk als broodheer van RVO-TNO.

Vanaf 1961 poogde ook de IGDKL met de oprichting van de afdeling NBC-zaken binnen zijn stafbureau meer sturing te geven aan het laboratorium. Er bestond begrijpelijkerwijze vooral behoefte aan concrete onderzoeksresultaten die nuttig waren bij de bescherming van militairen en zo mogelijk hun medische behandeling. De kapitein-arts J.W. Thiessen, het eerste hoofd van de afdeling NBC-zaken, was, net als de in 1952 afgezwaaide Ephraïm, goed ingevoerd in de problematiek van ioniserende straling. Hij zou optreden als intermediair tussen de MGD en het MBL en daarbij onderzoeksopdrachten formuleren.<sup>185</sup> Thiessen realiseerde zich dat er nog weinig voor stralingszieken kon worden gedaan. Behalve het voorkomen van infecties en het waken over een goede vochtbalans en lichaamstemperatuur van de patiënt, konden artsen in feite nog steeds weinig meer bieden dan ‘psychologische ondersteuning’. Herhaaldelijke bloedtransfusies zouden kunnen helpen, zo werd algemeen verondersteld, maar het lichaam moest zagezegd de rest doen. Toch koesterde de arts nog hoop dat er “spoedig een aanmerkelijk betere behandeling” van het acute stralingssyndroom mogelijk zou zijn als gevolg van ontwikkelingen in de beenmergtherapie. Moderne faciliteiten, met voldoende hoeveelheden en soorten antibiotica, in samenhang met de ontwikkelingen in de bloedtransfusie, boden uitzicht op een lagere mortaliteit van stralingslachtoffers.<sup>186</sup>

Over het algemeen werd dit wetenschappelijk optimisme binnen het MBL gedeeld. Beenmergtherapie was destijds een veelbelovend onderzoeksgebied.<sup>187</sup> Daarbij ging het in wezen om de behandeling van het beenmergsyndroom, een ziekte die zich voordeed bij slachtoffers die een hoge stralingsdosis hadden ondergaan. De ziekte zorgde voor een uitval van de functie van het beenmerg. Hierdoor werden geen bloedcellen meer aangemaakt, met als gevolg onder meer een afname van het afweermecanisme. Nu behelsde de beenmergtherapie de vervanging van beschadigde beenmergcellen door gezonde. Het probleem was echter dat de bijwerkingen de patiënten veelal fataal werden omdat niet zozeer de gastheer, maar de getransplanteerde cellen een intolerantie ontwikkelden en zich van de gastheer afstootten.<sup>188</sup> De onderzoekers begrepen dit fenomeen geleidelijk

---

<sup>184</sup> NL-HaNA, Generale Staf 1945-1972, 2.13.196, inv.nr. 4267. Kort verslag van een tussentijdse bespreking van enige ABC-aangelegenheden door een aantal leden van de ABC-werkcommissie van de KL, 7 april 1953.

<sup>185</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 154. Bijdrage van de IGDKL voor het Jaarboek KL 1967 (1444/66 d.d. 2-1-1967).

<sup>186</sup> J.W. Thiessen, ‘Het acute stralingssyndroom’, *NMGT* 12 (1960) 301-307.

<sup>187</sup> Medewerkers van het MBL (onder leiding van dr. G. Mathé), waren daadwerkelijk aanwezig bij de behandeling van patiënten, zoals in Parijs bij de behandeling van Joegoslavische slachtoffers van een kernramp. Zie ook: ‘TNO was aanwezig bij leukemie-behandeling’ *De Volkskrant* 23 februari 1959.

<sup>188</sup> O. de Vos, ‘Recente ontwikkelingen op het gebied van de beenmerg- en orgaantransplantatie’, *NMGT* 21 (september-oktober 1968) 295; ‘Genetisch onderzoek aan gekweekte cellen van zoogdier en mens’

beter, maar tot het einde van de jaren zestig konden nog geen overlevenden van deze therapie worden genoteerd.<sup>189</sup> Niettemin leverde het laboratorium een waardevolle bijdrage aan het speurwerk. Plaatsvervangend directeur dr. E.M. Cohen (niet te verwarren met de eerdergenoemde laboratoriumdirecteur dr. J.A. Cohen) zei daarover: “het feit dat we – meer dan 20 jaar nadat de eerste atoombom werd neergeworpen – althans iets kunnen bereiken om hetzij de weerstand tegen straling te vergroten, of getroffen en te helpen, is hoopgevend.”<sup>190</sup>

Het onderzoek leidde echter niet tot een wetenschappelijke doorbraak of een praktische toepassing voor de krijgsmacht, zoals therapieën of effectieve beschermingsmethoden. Kort gezegd: beschadigde cellen kon men niet zomaar vervangen en van het gehoopte medicijn tegen kanker kwam niets terecht. Het aanvankelijke enthousiasme voor transplantatie raakte in de jaren zeventig dan ook wat bekoeld.<sup>191</sup> Naast de complexiteit van de materie vormde de personele onderbezetting van het MBL ook een belangrijke hinderpaal. De zes verschillende afdelingen telden elk slechts vijf vaste laboranten, aangevuld met promovendi. Binnen de afdeling radiobiologie waren begin 1963 slechts vier vaste wetenschappers werkzaam.<sup>192</sup> Het aantal experts was in Nederland dun gezaaid, wat het werven van extra personeel weinig kansrijk maakte. Verder was de vereiste apparatuur inadequaat. Het ging dan met name om stralingsbronnen, die onmisbaar waren in het grensverleggende stralingsonderzoek.

De laboranten begrepen uiteraard dat een uitbreiding van de onderzoekscapaciteit extra geld vereiste. De politieke top van het Ministerie van Defensie en het bestuur van RVO, waarin veel hooggeplaatste militairen zaten, waren echter sceptisch of het benodigde geld wel goed besteed werd. Sommigen militairen beweerden zelfs dat het fundamenteel onderzoek vooral een persoonlijke “hobby” van de medewerkers van het MBL was, omdat het te weinig concrete resultaten boekte.<sup>193</sup> J.A. Cohen moest de critici voortdurend overtuigen van het belang van fundamenteel onderzoek voor de landsverdediging, zo blijkt uit zijn vele toespraken ter rechtvaardiging van het bestaan van zijn onderzoeksinstelling. Daarmee had de directeur geregeld succes. “Met zijn grondige kennis van zaken en goed gefundeerde argumenten wist hij [J.A. Cohen] degenen die haast hadden met de ontwikkeling van

---

<sup>189</sup> B. Löwenberg, ‘Beenmergtransplantatie in ontwikkeling’, *NTVG* 122-10 (1978) 332.

<sup>190</sup> Uiteenzetting over de achtergronden van de research, verricht in het Medisch-Biologisch Laboratorium RVO-TNO en kort overzicht van de opbouw en werkzaamheden van dit laboratorium, ter gelegenheid van de inspecteurs van de Militair Geneeskundigen Diensten en hun gasten aan het Medisch Biologisch Laboratorium op 24 februari 1966, gegeven door de plaatsvervangend directeur van het MBL, dr. E.M. Cohen.

<sup>191</sup> J. Vreeken, ‘Commentaren. Beenmergtransplantatie’, *NTVG* 122-10 (1978) 337.

<sup>192</sup> NA, Ministerie van Defensie, Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO) 2.13.205 inv. 1436. Memorandum betreffende het door het Medisch Biologisch Laboratorium RVO-TNO in de komende periode te voeren beleid, 22 februari 1963.

<sup>193</sup> Van Dongen, ‘*Quid Pro Quo*’, 101-121.



een effectieve behandeling van troepen in het veld, ervan te overtuigen dat nog even geduld moest worden betracht”, memoreerde een werknemer van het MBL.<sup>194</sup>

De vraag om geduld was echter nog iets anders dan de vraag om extra subsidies. Die kwamen alleen binnen voor onderzoek waarvan het praktisch nut voor de krijgsmacht buiten kijf stond. Wilde het MBL aanspraak maken op externe geldstromen, vooral onderzoeksbudgetten van de NAVO en de VS, dan moest het laboratorium onderzoek doen binnen de kaders van de bondgenootschappelijke samenwerking.<sup>195</sup> Noemenswaardig is het *Mutual Weapons Development Program*, een in 1953 door de VS opgericht fonds voor de financiering van defensie-gerelateerd onderzoek van de Amerikaanse bondgenoten. Als tegenprestatie moesten de onderzoeksresultaten uiteraard worden gedeeld met de Amerikaanse defensie-industrie. Vanuit Washington bestond vooral vraag naar extra onderzoek naar specifieke chemische strijdmiddelen.<sup>196</sup> Actief bijdragen aan bondgenootschappelijke onderzoeksprogramma's had trouwens niet alleen financiële voordelen. Het MBL kreeg daarmee ook toegang tot gegevens die anders achter gesloten deuren bleven. In beginsel was onafhankelijk onderzoek dus wel het streven van RVO-TNO, maar uiteindelijk gold ook hier de volkswijsheid 'de betaler bepaalt'.

Om de voortschrijdende wetenschap bij te kunnen houden was het laboratorium dus in toenemende mate afhankelijk van investeringen uit de defensiegemeenschap. Daardoor dreigde het MBL steeds meer 'legergroen' te raken. In academisch opzicht was dat laatste een uitgesproken nadeel, want steeds maatschappijkritischer studenten en universiteitsbesturen distantieerden zich vanaf het einde van de jaren zestig van het defensie-gerelateerde onderzoek. Binnen het MBL ontstonden dan ook zorgen over de groeiende kloof met de academische wereld. Nadrukkelijk drong zich de vraag op welke richting het laboratorium moest volgen. De "oudere medewerkers" van het laboratorium – onder wie de leidinggevend – omarmden de oorspronkelijke visie van het MBL, die was gericht op het inperken van de gevolgen van ABC-wapens.<sup>197</sup> Daarentegen stelden vooral de jonge onderzoekers – onder wie toekomstige leidinggevend – hun medisch-biologisch onderzoek liever in dienst van de menselijke gezondheid. Research naar radio-isotopen is hiervan een goed voorbeeld, omdat het ook gebruikt kon worden in de

---

<sup>194</sup> Jansz, 'J.A.Cohen', 87.

<sup>195</sup> L.W.C. Adank, 'Een minder bekend programma van wederzijdse hulpverlening', *Militaire Spectator* (1961) 291-293.

<sup>196</sup> NA, Ministerie van Defensie, Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO) 2.13.205 inv. 1436. Uiteenzetting over de achtergronden van de research, verricht in het Medisch-Biologisch Laboratorium RVO-TNO en kort overzicht van de opbouw en werkzaamheden van dit laboratorium, ter gelegenheid van de inspecteurs van de Militair Geneeskundigen Diensten en hun gasten aan het Medisch Biologisch Laboratorium op 24 februari 1966, gegeven door de plaatsvervangend directeur van het MBL, dr. E.M. Cohen.

<sup>197</sup> NA, Ministerie van Defensie, Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO) 2.13.205 inv. 1436. J.A. Cohen, E.M. Cohen en A. Rorsch, *Over de taak van het medisch biologisch laboratorium RVO-TNO in verleden heden en toekomst*, 21 juli 1969.

diagnostiek en behandeling van ziekten. Volgens Cohen was het de vraag of de critici op lange termijn nog de bereidheid konden opbrengen om zich in dezelfde of zelfs sterkere mate te richten op onderzoek ten behoeve van de militaire verdediging.<sup>198</sup>

Met het plotselinge overlijden van Cohen in 1969 verloor het MBL zijn boegbeeld en belangrijkste vertegenwoordiger. Het instituut, dat mede daardoor in een soort identiteitscrisis verkeerde, was de daaropvolgende jaren minder goed in staat zijn belangen te behartigen. Ondertussen concentreerde het beleid van het Ministerie van Defensie zich om financiële redenen alsnog sterker op de kerntaken van de krijgsmacht. Hieruit volgde dat het fundamenteel medisch-biologisch onderzoek, voor zover dat nog werd verricht binnen het MBL, voortaan niet meer hoefde te rekenen op extra subsidies. De Defensienota 1974 vermeldde dat wetenschappelijk onderzoek meer dan voorheen het karakter moest hebben van *operations research*.<sup>199</sup> Dit had onder meer betrekking op de ontwikkeling van militair materieel en de gebruiksveiligheid ervan. Dat was een kolfje naar de hand van het Chemische Laboratorium en het Fysische Laboratorium van RVO-TNO. Binnen de beperkte mogelijkheden richtte het MBL zich op het onderzoek naar het gebruik van stralingsbronnen en chemische stoffen en de implicaties voor mens en milieu. Een positieve bijkomstigheid was dat de onderzoeksresultaten ook bruikbaar waren in de civiele sector. Hiermee werd enigszins tegemoetgekomen aan de wensen van de medewerkers. Juist door die toenemende oriëntatie op civiele toepassingen, rees de vraag of het MBL nog wel thuishoorde bij de defensietak van TNO. Het antwoord was uiteindelijk nee. In 1978 ging het gehele laboratorium op in de eerdergenoemde Gezondheidsorganisatie TNO.

De teloorgang van het MBL wijst op een fundamentele ontwikkeling. In de loop van de jaren zestig en zeventig had de krijgsmacht moeten accepteren dat de wetenschap geen antwoord had op de vernietigende werking van kernwapens op het menselijk weefsel. De inmiddels tot luitenant-kolonel gepromoveerde Thiessen en de eveneens deskundige kapitein-arts H. Galjaard (later hoogleraar humane genetica) konden weinig meer voor de krijgsmacht betekenen. Hun vertrek naar civiele onderzoekscentra betekende evenwel een *knowledge drain* voor de IGDKL.<sup>200</sup> Er waren nu geen deskundige legerartsen meer die de medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen op nucleair gebied konden bijhouden, laat staan daaraan een bijdrage leveren. Alleen praktische informatie die in voorschriften of andere documentatie was vastgelegd, bleef bewaard. De jaarverslagen van de IGDKL wezen telkens weer op het gemis aan een capabel afdelingshoofd binnen de sectie NBC-

---

<sup>198</sup> NA, Ministerie van Defensie, Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO) 2.13.205 inv. 1436. J.A. Cohen, E.M. Cohen en A. Rörsch, *Over de taak van het medisch biologisch laboratorium RVO-TNO in verleden heden en toekomst*, 21 juli 1969.

<sup>199</sup> *Defensienota 1974: Om de veiligheid van het bestaan. Defensiebeleid in de jaren 1974-1983* (Den Haag 1974) 114.

<sup>200</sup> Thiessen vertrok voor onderzoek naar de Verenigde Staten en Galjaard werd professor aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

zaken, waardoor er in feite geen beleid op dit gebied kon worden gevoerd.<sup>201</sup> Relevante informatie moest nu worden verkregen via informele contacten, of van de in 1967 opgerichte Medische Adviescommissie, die de IGDKL moest informeren over algemene wetenschappelijke ontwikkelingen in de civiele geneeskunde.

Een algemene heroriëntatie op de bescherming tegen chemische wapens leidde enigszins de aandacht af van het gemis aan nucleaire expertise. Deze trend, die in de hele krijgsmacht viel waar te nemen, had te maken met strategische veronderstellingen. Zonder hier te veel vooruit te lopen op het volgende hoofdstuk, ging het om de officiële wijziging van de NAVO-strategie in 1967, waarmee de alliantie beoogde minder afhankelijk te worden van de (vroegtijdige) inzet van kernwapens. Deze strategiewijziging rechtvaardigde echter niet de verminderde aandacht voor medisch-nucleaire zaken.

### **Een dosis realisme**

“Ik heb vele militairen al horen zeggen: ik wou dat het kernwapen nooit was uitgevonden”, zo verzuchtte de stafmedewerker van het Defensiestudiecentrum kolonel R. Scholten tijdens een hoorzitting van de Tweede Kamer op 7 november 1977 die geheel was gewijd aan de neutronenbom. Wat hij daaraan toevoegde is veelzeggend: “Ik meen dat men ervan mag uitgaan dat ook, en misschien juist, de militairen beter dan wie ook beseffen met welke wapens wordt gespeeld en wat de uitwerking van deze wapens is. Als men ooit de analyse, doelmanalyse en planning van kernwapens heeft meegemaakt en zich is gaan realiseren waarmee men bezig is dan krijgt men kippevel.”<sup>202</sup> Inderdaad leken militairen de effecten van kernwapens steeds beter te begrijpen. Desondanks bleven de militaire publicisten in de loop van de Koude Oorlog wijzen op de noodzaak van het voortzetten van de militaire en militair-geneeskundige taak onder nucleaire omstandigheden. Het uitgangspunt bleef dat beschermingsmaatregelen veel ellende konden voorkomen. Daaruit spreekt de eerdergenoemde *can do*-mentaliteit. Maar die houding kwam dus niet voort uit kennisgebrek of lichtzinnigheid. Vooral het gebrek aan een zinvol alternatief was doorslaggevend. Niets doen, de handdoek in de ring gooien, was uitgesloten.

Door het voortschrijdend wetenschappelijk inzicht was de geïnstitutionaliseerde beeldvorming van overleving en taakvoortzetting echter al eerder onder druk komen te staan. Al in 1961 was een serie artikelen in een gezaghebbend Amerikaans medisch tijdschrift verschenen over de desastreuze gevolgen van een thermonucleaire aanval op de stad Boston. Van georganiseerde geneeskundige hulp

---

<sup>201</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 222, 223, 224. Jaarverslagen IGDKL, periode 1975-1975.

<sup>202</sup> *Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Hierna HTK), zitting 1977-1978, 14847 ERBB-Wapen*, pagina 61.

kon dan geen sprake zijn.<sup>203</sup> Deze boodschap contrasteerde scherp met het voorlichtingsmateriaal van de Amerikaanse overheid waarin burgers werd getoond hoe zij een atoomaanval konden overleven. Volgens de kritische onderzoekers berustte deze voorlichting op een illusie. Het onderzoek werd niet door de Nederlandse kranten opgemerkt, maar enkele artsen hier te lande kregen de boodschap wel degelijk mee. Zij organiseerden daarover op kleine schaal lezingen. “Hebben wij bij een atoom-oorlog nog een kans”, luidde de titel van een voordracht uit 1961.<sup>204</sup> Het opzettelijk weglaten van het vraagteken doet vermoeden dat voor kritische artsen het antwoord al vastlag.

In de loop van de jaren zestig kalfde het geloof in de ontwikkeling van een effectieve therapie voor stralingsziekte verder af. In 1968 stelde het hoofd van de radiobiologische afdeling van het MBL, prof. dr. O. de Vos, in voorzichtige bewoordingen al dat het toepassen van beenmergtherapie op grote schaal in een kernoorlog onmogelijk was.<sup>205</sup> Naar aanleiding van de mogelijke invoering binnen de NAVO van het *Enhanced Radiation Reduced Blast*-wapen (in de volksmond ook wel de ‘neutronenbom’), schreven prof. dr. D.W. van Bekkum en prof. dr. G.W. Barendsen van het Radio Biologisch Laboratorium van de Gezondheidsorganisatie TNO in 1977 een artikel in *NRC Handelsblad* over het afschuwelijk lijden als gevolg van stralingsziekte:

“De verschijnselen [van het hersensyndroom] zijn verlies van motorische coördinatie van controle over de bewegingen en van het normale reactievermogen. Daarnaast treedt bij zulke hoge doses binnen enkele uren ernstig braken en diarree op en de mensen sterven na een of enkele dagen. (...) [Het] darmsyndroom wordt veroorzaakt door het uitschakelen van de bedekkende laag van cellen aan de binnenkant van de darm, die nodig is voor de resorptie van vloeistoffen. Als dit niet gebeurt krijgen de mensen diarree. Die diarree is niet te stuiten en is ook niet te behandelen. Men kan deze mensen nog een poosje in leven houden door heel intensieve transfusies van vocht. Dat is echter niet definitief levensreddend. Dit ziektebeeld is volledig te vergelijken met dat wat optreedt bij cholera-patiënten.”<sup>206</sup>

Deze slachtoffers hadden vrijwel geen overlevingskans.

Patiënten die een lagere stralingsdosis hadden ondergaan, kregen het beenmergsyndroom, dat gepaard ging met “allerlei soorten infecties en bloedingen

---

<sup>203</sup> V.W. Sidel, H.J. Geiger en B. Lown, ‘II The physician's role in the post-attack period’, *New England Journal of Medicine* 266 (1962) 1137-1145.

<sup>204</sup> J. van der Bijl, ‘Wageningen en Omstreken’, *Medisch Contact* 24 (november 1961) 739.

<sup>205</sup> O. de Vos, ‘Recente ontwikkelingen op het gebied van de beenmerg- en orgaantransplantatie’, *NMG 21* (september-oktober 1968) 301.

<sup>206</sup> ‘Neutronenbom doodt minder snel dan de militairen beweren’, *NRC Handelsblad* 14 september 1977.

en sterven na een ziekte duur die varieert van twee tot acht weken op dezelfde manier als mensen met de z.g. aplastische anemie of leukemie (bloedkanker).” Therapie was maar zeer beperkt mogelijk, want daarvoor was bij voorkeur beenmerg van de patiënt zelf nodig, “dat vóór de bestraling is afgenomen en bij lage temperatuur en veilig voor neutronenstraling is bewaard. In oorlogstijd is deze behandeling echter veel te ingewikkeld, behalve misschien voor enkele sleutelfiguren die er dan wel tevoren voor moeten worden aangewezen.”<sup>207</sup> Beide geleerden ontvingen een uitnodiging om hun standpunt ten aanzien van het neutronenwapen verder toe te lichten in de Tweede Kamer.<sup>208</sup> De eveneens aanwezige directeur van het Chemisch Laboratorium van RVO-TNO, dr. A.J.J. Ooms, stelde onomwonden: “Beenmergtransplantatie en dergelijke zijn in de gevechtssituatie bijna uitgesloten”.<sup>209</sup> Beenmergtransplantatie was ook zeer riskant voor de patiënt. Toen in 1985 de kernreactor van Tsjernobyl ontplofte, ondergingen dertien slachtoffers deze therapie. Slechts twee overleefden.<sup>210</sup>

Ook de mogelijkheden om bescherming te vinden tegen radioactieve straling bleven zeer beperkt. Wetenschappers zochten lange tijd naar profylactisch toedienbare stoffen; de zogenaamde radicalen (stoffen) konden gammastraling, maar niet zozeer neutronenstraling, uit het lichaam ‘afvangen’. Volgens Ooms waren de resultaten daarvan in 1977 “niet erg hoopgevend, terwijl wij met dergelijke onderwerpen al een jaar of tien bezig zijn. De doorbraak is er nog niet.”<sup>211</sup> Amerikaanse wetenschappers van de eerdergenoemde *Atomic Bomb Casualty Commission* moesten in de jaren negentig concluderen dat veel vragen uit de jaren vijftig over de schadelijke gevolgen van atoomwapens nog altijd onbeantwoord waren.<sup>212</sup>

In de overlevingskansen van ernstige verbrande slachtoffers kwam evenmin verbetering. Tijdens een symposium over brandwonden in Brussel in 1966 drukte een docent aan de Franse *Ecole médico-militaire* zijn toehoorders met de neus op de feiten. Hij sprak over een “therapie van de wanhoop” en “een hulp die altijd te laat komt”.<sup>213</sup> De docent oorlogschirurgie aan de Nederlandse School Geneeskundige Dienst (SGD), dr. R. Brummelkamp, was sterk onder de indruk van wat hij die middag hoorde. Hij observeerde:

“Met een licht schouderophalen en een kort handgebaar distantieerde Pessereau [de spreker] zich van deze “catastrophe absolue”. Hij keek enige

---

<sup>207</sup> Ibidem.

<sup>208</sup> HTK, zitting 1977-1978, 14847 ERRB-Wapen, pagina 77-78.

<sup>209</sup> Ibidem.

<sup>210</sup> Zie bijvoorbeeld: ‘Transplantaties van beenmerg na kernramp grotendeels mislukt’, *NRC Handelsblad* 22 augustus 1989.

<sup>211</sup> HTK, zitting 1977-1978, 14847 ERRB-Wapen, pagina 16.

<sup>212</sup> Yamazaki, *Children*.

<sup>213</sup> R. Brummelkamp, ‘Reflecties en impressies over brandwonden (symposium gehouden te Brussel november 1966)’, *NMG* 21 (maart april 1968) 66.

ogenblikken in de stilte van de zaal. Pessereau verkocht zijn gehoor geen knollen voor citroenen. Waarom zou hij ook? De zaal wist immers alles reeds op voorhand. Men kon een speld horen vallen.”<sup>214</sup>

Toch wilde Pesserau niet defaitistisch overkomen. Hij beklemtoonde dat de hulpverlening na een enkele atoomontploffing zinvol was en moest worden voortgezet.

Hooggeplaatste functionarissen vonden dat scenario echter niet realistisch. Lord Solomon ‘Solly’ Zuckerman, die van 1960 tot 1966 de functie van *Chief Scientific Adviser* van het Britse *Ministry of Defence* bekleedde, voorspelde dat een beperkte nucleaire oorlog door vergeldingsaanvallen onvermijdelijk zou escaleren tot een totale nucleaire oorlog, met als gevolg het einde van “organised life as we know it”.<sup>215</sup> Hoe dan ook zou elk gebruik van atoomwapens, hoe beperkt ook, het grootste gedeelte van het slagveld verwoesten. Ergo: een beperkte kernoorlog bestond niet. Toch rekende Zuckerman zich niet tot de vredesbeweging. Nucleaire afschrikking was in zijn ogen een legitiem middel om oorlog te voorkomen en daarmee zijn we terug bij de politieke doelstelling van deze wapens. Wel was hij pertinent tegen het ontwikkelen en produceren van steeds meer en krachtiger kernwapens. Zuckerman betoogde dat het aanwezige nucleaire potentieel ruimschoots voldoende was voor een geloofwaardige afschrikingsstrategie.

In de krijgsmacht kreeg dit inzicht in de jaren zestig langzaam voet aan de grond. Tijdens een NAVO-conferentie in 1961 gaf Zuckerman een toespraak waarin hij probeerde zijn toehoorders te overtuigen van de waanzin van *limited nuclear war* – “few such strikes would ‘remove from the map some smaller members of NATO’”.<sup>216</sup> Militairen en burgerfunctionarissen in de zaal hoorden de toespraak stilzwijgend aan. Na afloop volgde geen applaus. De woorden van Zuckerman waren op dat moment zeker in militaire kringen nog vrij controversieel. Hooggeplaatste officieren waren het niet gewend om de taakvoortzetting in twijfel te trekken, laat staan de hele bondgenootschappelijke strategie kritisch tegen het licht te houden. Toch was zijn pleidooi niet aan dovemansoren gericht. Uit bronnen blijkt dat Nederlandse en buitenlandse officieren er geleidelijk steeds meer van overtuigd raakten dat de inzet van kernwapens niet viel te beheersen. De gevaren van radioactiviteit werden ook niet langer gebagatelliseerd. In de *Militaire Spectator* verschenen in de eerste helft van de jaren zestig nog artikelen over de potentiële schade die kernwapens de vijand konden toebrengen, maar daarna lijkt het besef te zijn doorgedrongen dat de effecten van een nucleaire oorlog eigenlijk niet te berekenen waren.<sup>217</sup> De eerdergenoemde Grond, die bij de MGD bekend was als chirurg en

---

<sup>214</sup> Ibidem.

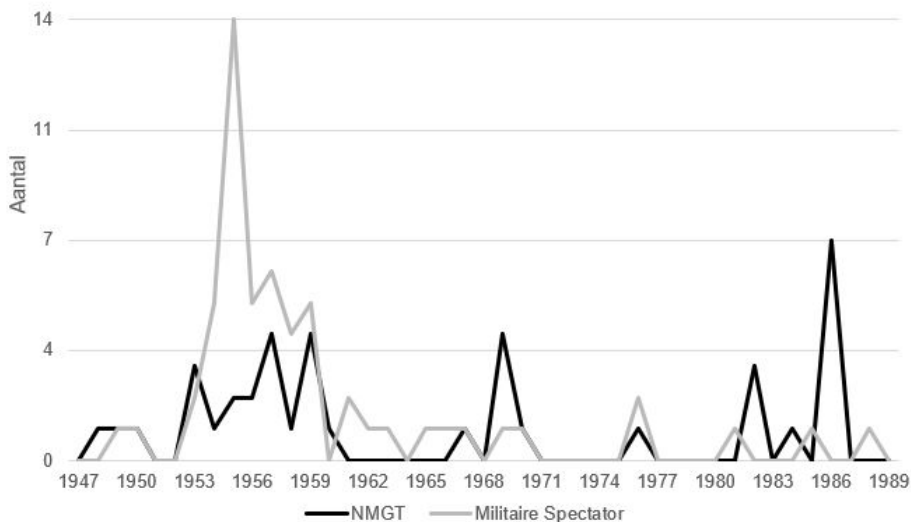
<sup>215</sup> Robert Maguire, ‘Scientific Dissent amid the United Kingdom Government’s Nuclear Weapons Programme’, *History Workshop Journal* 63 (2007) 124.

<sup>216</sup> Maguire, ‘Scientific Dissent’, 125.

<sup>217</sup> Ben Schoenmaker en Floribert Baudet, *Officieren aan het woord. De geschiedenis van de Militaire Spectator 1832-2007* (Amsterdam 2007) 173.

brandwondenexpert, vatte het in 1985 (toen hij de dienst al had verlaten) nog kernachtiger samen: “Noch door geneeskundige hulp noch door zelfbescherming is een effectief verweer mogelijk tegen de gevolgen van het geweld dat thans in een derde wereldoorlog ontketend kan worden.”<sup>218</sup>

De meeste militair-geneeskundigen bleven echter hardnekkig zwijgen over dit onderwerp. Dat blijkt uit een analyse van artikelen in het NMGT en *Militaire Spectator* (Figuur 3). De onderstaande grafiek toont het aantal artikelen over NBC-gerelateerde onderwerpen, opgemaakt uit de digitale index van het eerste tijdschrift. In de jaren vijftig verschenen nog diverse artikelen over de invloed van atoomwapens op de militaire geneeskunde. Later komt dit onderwerp nauwelijks nog ter sprake. Alleen in de jaren tachtig duikt het begrip NBC weer op, maar bij nadere bestudering lijken de auteurs vrijwel uitsluitend aandacht te schenken aan de ‘c’ van chemische wapens.



**Figuur 3:** Artikelen over ABC/NBC-oorlogvoering in vakbladen.

Het lijkt erop dat militair-geneeskundigen wegkeken voor het feit dat er voor veel slachtoffers niets kon worden gedaan. In elk geval bestond er van hun zijde een bewuste veronachtzaming – een oblivion – van de medisch-ethische discussie die daarover werd gevoerd. Over de ellende die men te wachten stond in zelfs een beperkt nucleair scenario werd in de militaire vakliteratuur gezwegen. Kwam dat door het gebrek aan relevante expertise binnen de MGD? Die verklaring

<sup>218</sup> Hans Grond, ‘Kunnen wij een derde wereldoorlog overleven?’ in: Bernard Delfgaauw en Hans Grond ed., *De nucleaire dreiging. Er is geen weg naar vrede, vrede is de weg* (Kampen 1985) 115.

lijkt niet sluitend. Er waren inderdaad weinig echte medische NBC-deskundigen, maar men hoefde geen specialist te zijn om de ernst van de zaak onder ogen te zien. Een sterkere verklaring is dat militaire publicisten niet te veel aandacht wilden schenken aan een uitzichtloze situatie. Defaitisme ondermijnde de strategie van afschrikking. Tevens kon het praten over de massale potentiële vernietiging angst of onrust opwekken, waardoor bestaande structuren en regels binnen het militaire apparaat dreigden te worden aangetast, met zelfs insubordinatie tot gevolg. Daardoor kwam de inzetbaarheid van de krijgsmacht in gevaar. Dat botste met de filosofie van de NAVO, die een krachtig signaal wilde afgeven dat het bondgenootschappelijk territorium koste wat kost zou worden verdedigd. Voor alle troepen onder het bondgenootschappelijk commando was het geloof in de taakuitvoering en -voortzetting van kapitaal belang. Een zekere gelatenheid, of beter gezegd acceptatie ten aanzien van kernwapens was hun niet vreemd: die waren nu eenmaal een onmisbaar ingrediënt in de bondgenootschappelijke strategie van afschrikking.

Ook destijds werd het zwijgen over de gevaren van een nucleaire oorlog al meermalen gesignaleerd. In 1956 sprak een auteur zelfs van een ‘conspiracy of silence’, een complot van politici en overheidsfunctionarissen om de werkelijke nucleaire gevaren te verbergen.<sup>219</sup> Die aantijging ging wel wat ver, maar zoals in de Inleiding al is aangegeven, probeerden overheden de risico’s van de afschrikkingstrategie in ieder geval in woord en geschrift beheersbaar te houden. Vanuit die gedachte valt ook te begrijpen dat zeker binnen de krijgsmacht bepaalde aspecten van het nucleaire geweld moedwillig werden verzwegen.

Een anekdote van de eerdergenoemde officier-arts Galjaard lijkt dat beeld te bevestigen. Eind jaren zestig had hij in dienst van de MGD geopperd om een documentairefilm te maken over de impact van een atoombom op het centrum van Amsterdam, met als doel om dienstplichtige militairen aan de hand van een concreet voorbeeld te instrueren over de werking en gevolgen van atoomwapens. De strekking moest wetenschappelijk onderbouwd zijn, en gericht aan een “intelligent publiek” van dienstplichtige artsen en functionarissen van de civiele verdediging.<sup>220</sup> De IGDKL gaf Galjaard en twee van zijn collega’s toestemming om aan de slag te gaan en stelde nagenoeg geen grenzen aan hun budget. Door de complexiteit van het onderwerp en de grote hoeveelheid beeldmateriaal dreigde de film echter veel te lang te worden. Langzamerhand verloren de makers hun interesse in het project waardoor het project in 1971 een stille dood stierf in de montage.<sup>221</sup> Zij erkenden dat ze deze klus hadden onderschat, maar geheel tegen verwachting viel er bij de militaire leiding geen enkele teleurstelling te ontwaren. Tot de verbazing van

---

<sup>219</sup> W.F. Wertheim, *De gevaren van de atoombom. Wetenschappelijke onderzoekers waarschuwen* (Amsterdam en Antwerpen 1956) 5.

<sup>220</sup> <https://anderetijden.nl/aflevering/440/Atoombom-op-de-Dam>

<sup>221</sup> De filmopnames zijn onder de trefwoorden ‘Medische aspecten nucleaire aanval’ bewaard in het filmarchief van het NIMH. Hiermee heeft het televisieprogramma *Andere tijden* een interessante documentaire gemaakt getiteld *Atoombom op de dam* (op tv verschenen in 2005).



Galjaard was er “niemand die ons nou eens opbelde en zei: jongens, zouden jullie dat niet af willen maken”.<sup>222</sup> Achteraf vermoedde hij dat de militaire leiding aanvankelijk wel had ingestemd met het maken van de voorlichtingsfilm, maar bij nader inzien opgelucht was dat de film onvoltooid bleef zodat dienstplichtigen de sombere en indringende boodschap ervan bespaard bleef.

Het vermoeden van een soort ‘conspiracy of silence’ werd nog sterker toen Galjaard (die inmiddels professor was), Thiessen en anderen in maart 1970 uitleg gaven aan de vaste Kamercommissie voor de Civiele Verdediging over het scenario van een kernaanval op Nederland. De heren verkondigden dat het medisch apparaat in Nederland onder de druk van de grote aantallen gewonden zou bezwijken. Bij aanvang had de vaste commissie nog het voornemen de inlichtingen te delen met de hele Tweede Kamer. Na afloop van de voordracht volgde echter de mededeling dat de commissie “tot haar grote spijt om technische en organisatorische redenen [heeft] moeten besluiten van die vorm van rapportage af te zien. Zij beperkt zich tot het – alleen voor de leden der Kamer – ter inzage leggen van een helaas gebrekkige en onvolledige weergave van de gehouden discussie, zoals deze ontleend is aan geluidsbanden.”<sup>223</sup> Over deze gang van zaken zijn destijds, voor zover bekend, geen verdere Kamervragen gesteld.

Het opstapelende bewijs dat geen organisatie of medicijn was opgewassen tegen kernwapens bepaalde de communis opinio: dit wapen mocht nooit worden gebruikt en Nederland streefde er dan ook naar om het defensiebeleid minder afhankelijk te maken van kernwapens. Toch bleef de nucleaire afschrikking de hoeksteen van de NAVO en van de strijdkrachten achter het IJzeren Gordijn. Dat betekende simpelweg dat de MGD, net als zijn buitenlandse tegenhangers, tot het einde van de Koude Oorlog was gericht op het voortzetten van zijn taken onder alle omstandigheden, ook al werd de rol van kernwapens niet expliciet benoemd. In het volgende hoofdstuk zal hier nader op worden ingegaan. Daarbij zullen onder meer de grondslagen van de militair-geneeskundige organisatie en doctrine de revue passeren.

## **Conclusie**

De beeldvorming over een kernoorlog binnen de MGD kende vele tegenstrijdigheden. Op zuiver medisch-technisch niveau stond de MGD machteloos. Begin jaren vijftig was het voor ingewijden al duidelijk dat er voor de zeer grote aantallen slachtoffers van een kernexplosie weinig behandelmogelijkheden waren. De komende jaren vervloog ook de hoop op snelle medische doorbraken. Tegelijkertijd groeide het inzicht in de dodelijke gevaren van fall-out en de logistieke problemen bij de massale afvoer van patiënten met gecompliceerd letsel. Ofschoon verschillende

---

<sup>222</sup> <https://anderetijden.nl/aflevering/440/Atoombom-op-de-Dam>

<sup>223</sup> HTK, vergaderjaar 1971-1972, document 11641 nr. 1. *Effect van en bescherming tegen C-, N- en B-wapens. Verslag van hoorzittingen.*

militair-geneeskundigen naar de pen grepen om deze problematiek in militaire vaktijdschriften uiteen te zetten en oplossingen aan te dragen, deden veel collega's er het zwijgen toe. Uit bronfragmenten valt op te maken dat zij begrepen dat de organisatie zich nooit adequaat kon voorbereiden op de medische gevolgen van een kernwapenconflict.

Maar ondanks de dominantie van de medische machteloosheid, zaten de betrokkenen niet bij de pakken neer. Zij legden het accent op datgene wat wél voor de patiënten kon worden gedaan: de wondbehandeling en het preveniëren van het shocksyndroom en infecties. In geen geval mocht men vastlopen op de ongekende problemen die met het nucleaire scenario gepaard gingen. Dat was zinloos en werkte alleen maar verlamdend, waarmee patiënt noch organisatie gebaat was. Op het niveau van de MGD en de krijgsmacht in het algemeen kwam de nadruk te liggen op beschermingsmaatregelen en voorlichting die de gevolgen van een kernexplosie konden mitigeren. In de jaren vijftig toonde Amerikaans onderzoek dat er tegen een atoomexplosie - uiteraard op ruime afstand! - daadwerkelijk bescherming mogelijk was. Bij gebrek aan een beter alternatief nam de KL deze conclusies over. In voorschriften viel te lezen: ingraven, en als daarvoor geen tijd is: plat op de grond liggen. Het idee van 'survival' raakte zo in de organisatie ingebed.

De neiging om een hoopvolle of in elk geval betekenisvolle invulling te geven aan de oorlogsvoorbereidingen, past binnen het theoretisch concept van de *sociotechnical imaginaries*. Afwijkende ideeën kregen steevast minder aandacht of werden zelfs geheel aan de aandacht onttrokken. Het verzwijgen, bagatelliseren of relativeren van stralingseffecten is daarvan het meest sprekende voorbeeld. In de volgende hoofdstukken komt aan bod of en zo ja hoe deze toekomstbeelden sturing gaven aan de doctrine en organisatiestructuur (hoofdstuk 2), opleiding en oefeningen (hoofdstuk 3), alsmede de civiel-militaire samenwerking (hoofdstuk 4). Vervolgens zal worden nagegaan in hoeverre er binnen de militair geneeskundige beroepsopvattingen sprake was van *desirable futures* (hoofdstuk 5) en vanuit welke perspectieven de politiek reflecteerde op de problematiek binnen de MGD (hoofdstuk 6).

## Hoofdstuk 2: Een hybride organisatie

Vanaf het begin tot het einde van de Koude Oorlog speelden kernwapens een essentiële rol in het Westerse veiligheidsbeleid. Winston Churchill schreef dat “nothing preserves Europe from an overwhelming military attack except the devastating resources of the United States in this awful weapon.”<sup>224</sup> Ook van Sovjetzijde ging na 1949 een voortdurende nucleaire dreiging uit. Gezien de invloed van kernwapens op militair-strategisch niveau, ligt het voor de hand dat kernwapens een vast ingrediënt vormden in de operationele oorlogsplannen van de Koninklijke Landmacht. Het vorige hoofdstuk liet echter zien dat wetenschappers, maar ook militairen, steeds beter begrepen dat het verloop en de gevolgen van een kernoorlog eigenlijk niet waren te bevatten of te voorspellen. Het incorporeren van kernwapens in de oorlogsplanning bleek dan ook zeer ingewikkeld en dat gold met name voor de MGD. Toch konden deze wapens niet buiten beschouwing blijven. Het risico bestond namelijk dat de afschrikingsstrategie op een zeker moment door een ongeluk of miscalculatie zou falen.<sup>225</sup> De strateeg Albert Wohlstetter wees er in 1958 in zijn essay *The Delicate Balance of Terror* op dat de stabiliteit tussen Oost en West niet gegarandeerd was.<sup>226</sup> Tijdens de langdurige gewapende vrede in West-Europa waren diplomatieke sturing en voortdurende militaire waakzaamheid vereist.

De onzekerheidsfactor die kernwapens met zich meebrachten en de noodzaak om geloofwaardige oorlogsvoorbereidingen te treffen, werpen de vraag op met welk toekomstig oorlogsscenario de MGD nu precies rekening hield. Voor zover dit onderzoek heeft kunnen nagaan, was dat nergens concreet vastgelegd. Wel kan het antwoord worden herleid uit een analyse van de militair-geneeskundige organisatiestructuur en alle ideeën die daaraan ten grondslag lagen. Die ideeën zijn terug te vinden in de militaire vakbladen, waarin officieren onder meer van gedachten wisselden over het moderne militaire optreden, de rol van atoomwapens, de militair geneeskundige organisatie en logistiek, alsmede de procedures en werkwijze te velde. De officier van gezondheid P. van den Broek schreef in 1956: “Nieuwe hospitaalorganisaties ontstaan in tijd van vrede, op grond van oorlogservaring (eigene of zich eigen gemaakte anderer [sic]), kennis en gezond

---

<sup>224</sup> John Lewis Gaddis e.a. eds., *Cold War Statesmen Confront the Bomb: Nuclear Diplomacy since 1945* (New York en Oxford 1999).

<sup>225</sup> Nederland en bijvoorbeeld ook Denemarken bleven daarom vastklampen aan alternatieve scenario's, waarin de civiele verdediging daadwerkelijk een functie had van 'verzekeringspremie': een hulpdienst voor het geval dat een lokaal of regionaal conflict zou escaleren. Recent onderzoek heeft aangetoond dat ideeën over de noodzaak van een civiele verdediging zelfs plaatselijk konden verschillen, zoals in Groot-Brittannië.

<sup>226</sup> Het betreft een essay uit 1958, waarvan de verkorte versie het volgende jaar werd gepubliceerd: Albert Wohlstetter, 'The delicate balance of terror', *Foreign Affairs* 37:2 (januari 1959) 211-234.

verstand.”<sup>227</sup> Kortom, de organisatie van de MGD in oorlogstijd was het product van uitvoerige discussies. Door die in samenhang te bespreken, valt beter te begrijpen hoe militair-geneeskundigen het toekomstige slagveld voor zich zagen, en waar volgens hen de grenzen van de militair-geneeskundige inzetbaarheid lagen. Daarmee krijgen we ook beter inzicht in de rol van kernwapens binnen de oorlogsvoorbereidingen, waarmee dit hoofdstuk bijdraagt aan het antwoord op de onderzoeksvraag van dit proefschrift.

Eerst volgt hieronder een beschrijving van de opbouw en organisatie van de MGD in het eerste naoorlogse decennium, van 1945 tot 1955, waarbij de nadruk wordt gelegd op de militair-geneeskundige eenheden bij de troepen te velde. Dat proces valt echter niet goed te begrijpen zonder de politieke, strategische en operationele context. Daarom komen hier ook de algemene oorlogsvoorbereidingen van de KL en de plannen van de NAVO aan bod. Daarna volgt het debat onder officieren tussen 1955 en 1960 over de al dan niet noodzakelijke aanpassing van de militair-geneeskundige organisatie aan de (mogelijke) inzet van kernwapens. Vervolgens komen de daadwerkelijke wijzigingen in de organisatie in de jaren zestig aan bod, en vooral waarom deze niet tot algemene tevredenheid van de autoriteiten leidden. Tot slot wordt gekeken naar de latere wijzigingen in de organisatie en hoe die samenhangen met strategische koerswijzigingen, militair-operationele en technische ontwikkelingen. Met verwijzingen naar de situatie bij de NAVO-bondgenoten zal de organisatiegeschiedenis van de MGD dan ook in een bredere (internationale) context worden geplaatst.

### **Opbouw in bondgenootschappelijk verband**

In de zomer van 1945 stond de IGDKL aan het hoofd van een organisatie die vanaf de grond opnieuw moest worden opgebouwd. Onder zijn toezicht moesten duizenden militair-geneeskundigen worden opgeroepen, opgeleid en uitgerust voor hun uitzending naar Indonesië, waar de Nederlandse krijgsmacht probeerde om – zoals dat vanuit Nederlands perspectief werd gezien – orde en gezag te herstellen. Intussen deden de in Nederland achtergebleven militair geneeskundigen wat zij konden om de keuringsraden, het opleidingsdepot, de hospitalen, de herstellings-oorden en het Rijksmagazijn voor geneesmiddelen draaiende te houden. Deze onderdelen waren respectievelijk belast met de algemene werving en selectie van militairen, de opleiding van militair geneeskundig personeel, alsmede geneeskundige zorg en revalidatie. Maar zolang de belangrijkste taken van de krijgsmacht in Indonesië lagen, kon er van een evenwichtige troepenopbouw in Nederland amper sprake zijn.

---

<sup>227</sup> P. van den Broek, ‘De militair geneeskundige dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1956*, 38<sup>e</sup> jaargang (1957) 323.

Spoedig kwam hierin echter verandering. Het feit dat Nederland praktisch onverdedigd was, baarde de militaire top namelijk steeds meer zorgen.<sup>228</sup> De oplopende internationale spanningen waren hier debet aan. De Westerse geallieerden en de Sovjet-Unie konden geen overeenstemming bereiken over de toekomst van het verslagen Duitsland. Bovendien trok de Sovjet-Unie steeds meer gebieden in haar invloedssfeer, wat door het Westen als zeer bedreigend werd ervaren. De communistische coup in Praag in februari 1948 zorgde voor olie op het vuur. Als reactie op deze gebeurtenissen sloten de Benelux-landen, Frankrijk en Groot-Brittannië in maart 1948 het Pact van Brussel (ook wel de Westerse Unie), waarin onderlinge militaire samenwerking werd afgesproken. Het pact kwam in Westerse ogen geen moment te vroeg. De blokkade van Berlijn in juni 1948 leek opnieuw een schrijnend voorbeeld van communistische agressie.

De leiding over het militaire bondgenootschap berustte bij de Britse veldmaarschalk B.L. Montgomery, die werkte aan een plan voor de opbouw van de Europese defensie.<sup>229</sup> Het zwartste scenario was een grootschalige Sovjet-opmars richting de Noordzee. Die aanval moest tot staan worden gebracht, waarbij de verdedigers zoveel mogelijk gebruik moesten maken van natuurlijke hindernissen. Het recente verleden had immers aangetoond dat vooral de Rijn kon fungeren als een machtige barrière. In de laatste fase van de Tweede Wereldoorlog hadden de strijdkrachten van nazi-Duitsland langs die rivier enige tijd effectief weerstand geboden. Het lag dan ook voor de hand om de verdediging tegen de Sovjet-Unie daar te concentreren.

Alle bondgenoten moesten hieraan een militaire bijdrage leveren en Nederland vormde geen uitzondering. Schoorvoetend ging het kabinet-Drees met de wensen van Montgomery akkoord.<sup>230</sup> De Europese bondgenoten stonden gelukkig niet alleen. Dankzij de verder aangehaalde trans-Atlantische betrekkingen, kreeg de Europese defensie een belangrijke steun in de rug van de Verenigde Staten, zowel op militair als economisch gebied. Met de oprichting in april 1949 van de NAVO, waarin Washington de eerste viool speelde, kon met de gezamenlijke verdediging pas echt een begin worden gemaakt. In dat jaar verschoof de aandacht van de Nederlandse krijgsmacht van Indonesië naar de militaire opbouw in bondgenootschappelijk verband.

We zullen nu de militaire planning in iets meer detail bekijken. Nederland had toegezegd een legerkorps van drie divisies op de been te brengen. Deze strijdmacht vormde de noordflank van de Rijn beveiligen, langs de IJssel. De Generale Staf onder leiding van generaal-majoor Kruls werkte daarop het zogeheten Legerplan 1950 uit: de drie divisies waren mobilisabel, ofwel bestaand uit oproepbaar reservepersoneel. Eén ervan bestond uit Indië-veteranen, de overige

---

<sup>228</sup> Jaap Hoogeboezem, *H.J. Kruls. Een politieke generaal* (Amsterdam 2010).

<sup>229</sup> Montgomery was officieel voorzitter van het Western Union Commanders-in-Chief Committee.

<sup>230</sup> J.W.L. Brouwer, *Om de beheersing van de Defensie-uitgaven, 1948-1951* (1990).

twee uit dienstplichtigen van nieuwe lichten. Naast dit veldleger zou de KL territoriale eenheden oprichten voor de bewaking van belangrijke gebieden, objecten en installaties in Nederland, zoals vliegvelden, havens en belangrijke bruggen. Het 'Plan 1950' zou de basis voor de opbouw van de KL gaan vormen, maar voorlopig was het alleen nog maar een plan. Er woedde namelijk nog een felle politieke discussie over de hoogte van het defensiebudget, maar ook over gedane toezeggingen van de legerleiding aan de NAVO voor een grotere Nederlandse militaire bijdrage, zonder dat daarvoor eerst toestemming was gegeven door het kabinet. Daarnaast bestond er binnen en buiten de krijgsmacht onenigheid over de vraag waar het zwaartepunt van de defensieopbouw moest liggen: bij de landmacht, de luchtmacht, de marine, of een combinatie van deze krijgsmachtdelen.

Een andere reden voor de vertraging, was dat de uitrusting en het materieel voor de militaire opbouw niet op voorhand aanwezig waren. Voor dat probleem kwam echter snel een oplossing. In het kader van het *Mutual Defense Assistance Program* (MDAP) mocht Nederland de levering van militaire goederen uit de VS tegemoetzien. Dat trok de legerleiding in Den Haag over de streep om de voorheen toegepaste Engelse militaire organisatiestructuur te verruilen voor de Amerikaanse. Daarbij gold een zwaarwegend militair-tactisch argument. De gevechtseenheden in de Amerikaanse infanteriedivisie hadden door de indeling van zwaardere en meer trefzekere wapens een grotere vuurkracht. De stootkracht van de achttienduizend man sterke infanteriedivisie naar Amerikaans model was vooral gelegen in de toevoeging van een bataljon zware tanks. De drie infanterieregimenten, die samen het leeuwendeel van de troepensterkte vormden, beschikten elk nog eens over een eigen eskadron zware tanks. Dat was organieke steun die de Britse organisatie ontbeerde.

Voordat de militaire en ook economische steun van de VS goed en wel op gang was gekomen, kreeg het Westen een schok te verwerken. Met het uitbreken van de oorlog in Korea in de zomer van 1950 werd het door de NAVO gevreesde scenario van een massale communistische verrassingsaanval keiharde realiteit in Oost-Azië. De Noord-Koreaanse invasie kon ternauwernood door de Amerikanen tot staan worden gebracht. Onder de vlag van de Verenigde Naties (VN) verleenden diverse landen steun aan Washington. Ook Nederland nam deel aan de strijd. Het *Netherlands Detachment United Nations* (NDVN) had ruwweg de sterkte van een bataljon en was toegevoegd aan de Amerikaanse *2<sup>nd</sup> Infantry Division*. In dat verband werden in totaal 4.748 Nederlandse militairen uitgezonden.<sup>231</sup> Velen hadden al gevechtservaring opgedaan tijdens de dekolonisatieoorlog in Indonesië, en in enkele gevallen al tijdens de Tweede Wereldoorlog. Toch was het detachement onvoldoende voorbereid. De intensiteit van de strijd in Korea was groot, niet alleen door het vijandelijk optreden, maar ook door de barre klimaatomstandigheden en

---

<sup>231</sup> Informatieblad van het Nederlands Instituut voor Militaire Historie over Nederlandse inzet in de Korea-oorlog van 1950 tot 1955. <https://www.defensie.nl/downloads/brochures/2021/03/03/korea-oorlog>

het vaak moeilijk begaanbare terrein. Het werd een uitputtingsslag. De frontlijn bewoog verschillende malen op en neer over het Koreaanse schiereiland, om tenslotte te stabiliseren langs de 38<sup>e</sup> breedtegraad. In 1953 stemden beide zijden in met een wapenstilstand die tot op de dag van vandaag voortduurt.

Het uitbreken van de oorlog in Korea had verschillende gevolgen voor het verloop van de Koude Oorlog. Allereerst werd het Westerse wantrouwen in de communistische landen nog groter, net als de vrees dat ook (West-)Europa een communistische aanval stond te wachten. De opbouw van de strijdkrachten van de NAVO-bondgenoten kwam door dit dreigingsbeeld in een stroomversnelling. De eerste stappen naar een wereldwijde wapenwedloop waren gezet.<sup>232</sup> In Nederland kreeg het kabinet steun voor een verdubbeling van het defensiebudget en een verhoging van de jaarlichting dienstplichtigen tot 40.000 man. Verder werd de actieve diensttijd van het merendeel van de dienstplichtigen verlengd van twaalf tot twintig maanden.<sup>233</sup> In hoog tempo werden de rekruten opgeleid en ondergebracht in parate eenheden. Ook deed de regering in de NAVO-raad toezeggingen dat het eind 1954 vijf divisies (waarvan één paraat, ofwel onmiddellijk inzetbaar) beschikbaar zou stellen. Deze legeruitbreiding vond haar neerslag in 'Plan-1952'.

De ervaringen in Korea waren ook van invloed op het militaire denken. Het NDVN leerde in Korea waardevolle lessen op onder meer het gebied van tactiek, gevechtshandelingen en het (handhaven van het) moreel.<sup>234</sup> De opleiding van Nederlandse dienstplichtigen was hiermee gebaat. Verder hadden Nederlanders als onderdeel van de *2nd Infantry Division* inzicht gekregen in het optreden in regiments- en divisie-verband. Ook kreeg de reorganisatie van de KL naar Amerikaans model, die kort voor het uitbreken van de oorlog in gang was gezet, een extra steun in de rug.<sup>235</sup>

Een nog belangrijker les was dat conventionele legers hun betekenis niet hadden verloren. Duidelijk was dat het bestaan van nucleaire wapens niet automatisch leidde tot de inzet ervan. Korea valideerde daardoor de bestaande NAVO-plannen, die uitgingen van een snelle opmars van de Sovjettroepen, die uiteindelijk met conventionele strijdmiddelen tot staan zou worden gebracht langs natuurlijke hindernissen. In die zin volgden de militaire plannenmakers de bekende weg: "The victors of the Second World War planned and trained their forces as if nothing had fundamentally changed, envisaging lengthy major campaigns on land, at sea and in the air, conducted on the same lines as those they had experienced between 1941 and 1945."<sup>236</sup> Een kanttekening was dat de NAVO-verdediging uiteindelijk tijdswinst moest opleveren, zodat de Amerikanen hun strategische luchtmacht op beslissende

---

<sup>232</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 70

<sup>233</sup> *Ibidem*, 69.

<sup>234</sup> *Voorschrift nr. 1300: Lessen van de Koreaanse Oorlog. Twee delen* (eerste druk; 1952).

<sup>235</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 88.

<sup>236</sup> Michael Carver, 'Conventional warfare in the nuclear age' in: Peter Paret ed., *Makers of modern strategy. From Machiavelli to the Nuclear Age* (Princeton 1986) 779.

wijze in de strijd konden werpen. Dit impliceerde in feite dat zij konden overgaan tot het afwerpen van atoombommen, maar daarbij moet worden opgemerkt dat de Truman-regering de inzet van atoombommen zag als uiterste noodmiddel. Zoals in het vorige hoofdstuk is besproken, hield de atoomwerkgroep van de landmacht (de AAC) medio 1950 een atoomaanval op Nederlands grondgebied vooralsnog voor onwaarschijnlijk.

Vanaf 1950 werd de opbouw van de KL stevig ter hand genomen, maar anders dan gepland, ging de legerleiding voorlopig uit van een meer evenwichtige opbouw van 1 Legerkorps. In oktober 1954 moest dat bestaan uit drie divisies, waarvan één paraat en twee mobilisabel (*Figuur 4*).<sup>237</sup> De NAVO stelde daarbij vast dat de divisies voldoende logistieke ondersteuning moesten hebben van de legerkorpstroepen, anders kon de verdediging niet langer dan een paar dagen standhouden. Dat was een goede reden om de nodige aandacht te schenken aan de organisatie van de geneeskundige eenheden.

Ten opzichte van de vooroorlogse organisatie was de geneeskundige dienst er aanzienlijk op vooruit gegaan. De Nederlandse divisie van 1940 was met ongeveer tienduizend man bijna de helft kleiner en had geen organieke geneeskundige ondersteuning; die was toen nog ondergebracht in de zogenoemde legerkorps-trein.<sup>238</sup> Bovendien was het algemene opleidingspeil toen niet bepaald hoog.<sup>239</sup> In die tijd moest ook nog een groot beroep worden gedaan op het Nederlandse Rode Kruis.<sup>240</sup> Met de invoering van de Amerikaanse legerorganisatie in 1950 trok de krijgsmacht de gehele medische verzorging van militairen in oorlogstijd naar zich toe, en speelden medische hulptroepen voortaan alleen nog een bijrol in de oorlogsplanning. De legerleiding ging namelijk er van uit dat de krijgsmacht zelf in zijn medische zorg kon voorzien.

---

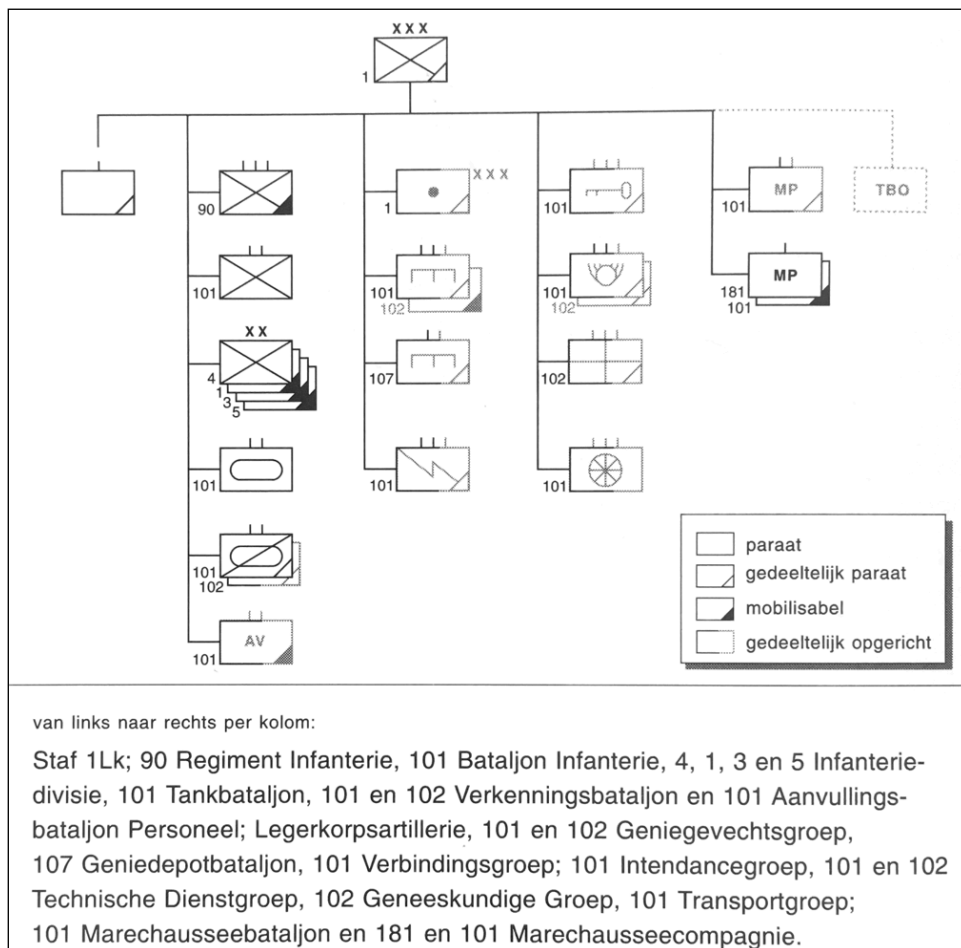
<sup>237</sup> Mobilisabele divisies bestonden uit dienstplichtigen die met groot verlof waren. Zij waren dus niet in actieve militaire dienst, maar konden bij dreigend oorlogsgevaar, of voor een zogenaamde herhalingsoefening onder de wapens worden geroepen.

<sup>238</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 56.

<sup>239</sup> H.M. van der Vegt, 'Militaire geneeskundige dienst' in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1949*, 31<sup>e</sup> jaargang (1950) 250.

<sup>240</sup> Van Bergen, *Pro patria*, passim.



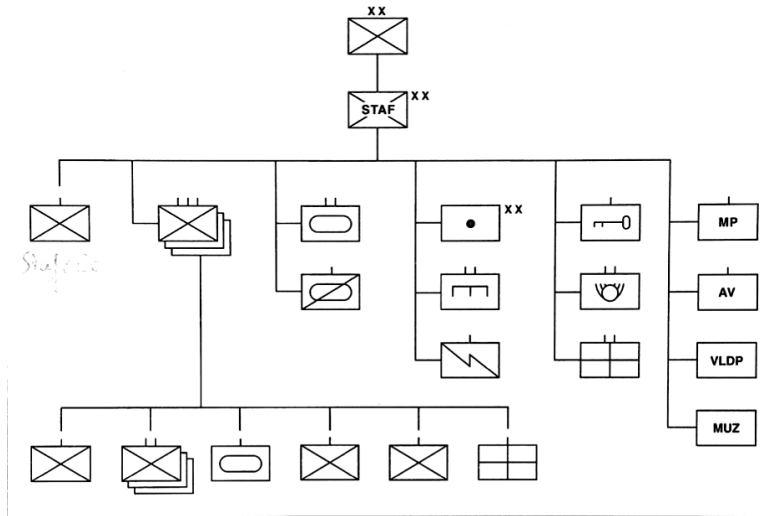


**Figuur 4:** Samenstelling 1 Lk (juli 1955) inclusief 102 Geneeskundige groep.<sup>241</sup>

Ook vergeleken met de organisatie van de Britse infanteriedivisie, die de KL als voorbeeld hanteerde tijdens de Indonesische onafhankelijkheidsoorlog, had de Amerikaanse infanteriedivisie van ongeveer 18.000 man een vrij uitgebreide geneeskundige component (Figuur 5). Elk van de drie infanterieregimenten kende een geneeskundige compagnie onder bevel van een regimentsarts. De laatste kon, in samenspraak met de regimentscommandant, geneeskundige steun toewijzen aan de infanteriebataljons die op dat moment in gevecht waren. Verder beschikten de divisiestaf, het geniebataljon en de afdeling veldartillerie elk over een eigen geneeskundig detachement onder een officier-arts, zodat ook deze onderdelen voorzien waren van eerste hulp aan het front. Bovenop deze organieke geneeskundige steun, had elke divisie een Geneeskundig bataljon onder commando van de

<sup>241</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 94.

divisiearts, bestaande uit ziekenauto's, verzamelploegen en verbandplaatsen. Ook op legerkorpsniveau waren nog verschillende geneeskundige onderdelen ondergebracht. Hun functies komen hierna uitgebreid aan de orde.



van links naar rechts per kolom:

Stafcompagnie infanteriedivisie; drie regimenten infanterie (elk bestaande uit: een staf en stafcompagnie, drie bataljons infanterie, een eskadron zware tanks - aanvankelijk waren er ook regimenten zonder deze eskadrons; zij hadden een compagnie 8 tp en een compagnie zware mitrailleurs -, een compagnie zware mortieren, een verzorgingscompagnie en een geneeskundige compagnie); een bataljon zware tanks en een verkenningseskadron; divisie-artillerie, een divisiegeniebataljon en een verbindingsafdeling; een intendancecompagnie, een technische-dienstbataljon en een geneeskundig bataljon; een divisie-marchausseecompanie, een aanvullingscompagnie personeel, een veldpost-detachment en een muziekkorps.

**Figuur 5:** Geneeskundige onderdelen van de Infanteriedivisie 1954.<sup>242</sup>

Eind 1954 lagen de fundamenten van de bondgenootschappelijke verdediging stevig op hun plaats. Het legerkorps beschikte over de parate 4 Divisie evenals de mobilisabele 1, 3 en 5 Divisie, alle naar Amerikaans organisatiemodel en daarmee rijk voorzien van geneeskundige ondersteuning. Wat betreft de legerkorpstroepen was één vijfde paraat. Verder beschikte de KL over territoriale eenheden voor de bewaking en beveiliging van het Nederlands grondgebied. Op papier zag het er goed uit, maar voor de MGD bleef evenwel nog genoeg te wensen

<sup>242</sup> Ibidem, 85.

over. De organisatie was in die tijd nog onder de geplande sterkte. De geneeskundige eenheden binnen het legerkorps waren pas gedeeltelijk opgericht.

Ondanks de tekorten, en de overgang van de Britse naar de nieuwe Amerikaanse organisatiestructuur die gepaard ging met “de grootste moeilijkheden”, bestond er hoop dat de tekorten konden worden aangevuld.<sup>243</sup> Geleidelijk arriveerden tenten, chirurgisch instrumentarium en ambulances, afkomstig uit Amerikaanse en Canadese dumpvoorraden. Vanaf de tweede helft van de jaren vijftig stroomde tevens nieuw vervaardigd materieel binnen: in 1955 NEKAF jeeps en in 1958 de DAF YA-126 ziekenauto - ook wel ‘gewondenbak’ genoemd - voertuigen die dankzij hun grote betrouwbaarheid bijna tot het einde van de Koude Oorlog in dienst bleven (*Tabel 1*).

**Tabel 1:** Belangrijke materiele aankopen voor de MGD.

Jaar	Type	Aantal
Vanaf 1945	Tenten, chirurgisch instrumentarium	Divers
Vanaf 1950	Dodge WC64 Ambulance	Onbekend
Vanaf 1950	Willy's jeep	Onbekend
1955	NEKAF (M38A1) Jeep voor gewonden-transport	Onbekend
1958	DAF ya-126 ‘gewondenbak’	Circa 500
1963	AMX Pantserwagens gewondentransport	46
1964	DAF yp-408 Pantserwiel gewonden-transport	28
1968	M113 Pantserwagens gewondentransport	56
1977	YPR-765 Pantserwagens gewonden-transport	105
1979	Landrover gewondentransport	512
Vanaf 1980	Vervanging chirurgisch instrumentarium	Divers
1985	Mercedes-Benz 508D Ambulance	1985

### Een logistieke dienst

Alvorens we verdergaan met een meer gedetailleerde beschrijving van de verschillende geneeskundige eenheden en hun functies, is het goed om te benadrukken dat de MGD een ondersteunende dienst was, die het optreden van gevechtseenheden moest faciliteren. Om die reden was de MGD ingedeeld bij het

---

<sup>243</sup> H.M. van der Vegt, ‘Militaire geneeskundige dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1949*, 31<sup>e</sup> jaargang (1950) 265.

logistieke apparaat van het leger.<sup>244</sup> In de staven van (grotere) eenheden was een Sectie S4/G4 aanwezig die ging over de bevoorrading, het materieelonderhoud en de geneeskundige zorg. De doelstelling van de militaire geneeskunde omstreeks 1950 was in alle landen in grote trekken gelijk, namelijk “het bevorderen van een zo groot mogelijke paraatheid op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het op peil houden, c.q. het opvoeren van de manpower van de strijdkrachten in de meest ruime zin”.<sup>245</sup> Het aandeel van de MGD in het opvoeren van het oorlogspotentieel bestond in vredestijd vooral uit het selecteren van mannen die geschikt waren voor militaire dienst en ervoor zorgen dat zij gezond bleven. In oorlogstijd werden deze taken aangevuld – of beter gezegd naar de achtergrond gedrukt – door medisch logistieke, curatieve en verplegende taken.

De oorlogsgeneeskunde was in beginsel gericht op zoveel mogelijk doen voor zoveel mogelijk gewonden.<sup>246</sup> Hoeveel men kon doen was uiteraard afhankelijk van de beschikbare mensen en middelen. De insteek was zieken en lichtgewonden zo snel mogelijk te laten terugkeren naar hun eigen eenheid. De ernstiger gevallen moesten zo snel mogelijk onder medische behandeling komen om hun overlevingskansen te vergroten en de kans op blijvende invaliditeit te verkleinen. Hun medische behandeling was uiteraard vanuit humanitair oogpunt noodzakelijk, maar ook omwille van het moreel. Militairen moesten ervan verzekerd zijn dat zij in goede handen waren, mochten ze onverhoopt gewond raken. Onvoldoende zorg verminderde “de bereidheid van de soldaat om de noodzakelijke risico’s te aanvaarden”, aldus een vaste order uit 1952 voor de sectie geneeskundige dienst van het legerkorps. De aanblik van niet-afgevoerde gewonden had een nadelige werking op het moreel.<sup>247</sup> Alleen al daarom moest de medische zorg goed functioneren.

Uit tactisch belang was het belangrijk te voorkomen dat de mobiliteit van de gevechtseenheid werd beperkt door niet-verplaatsbare gewonden.<sup>248</sup> Bovendien bood de gevechtszone evenmin een veilige en geschikte plaats voor het verrichten van een medische behandeling. Het militair-geneeskundig optreden was dan ook allereerst gericht op de afvoer van patiënten naar verder achterwaarts gelegen behandelaatsen. Deze evacuatie verliep langs verschillende tussenstations, die de schakels vormden van de geneeskundige afvoerketen (Engels: *evacuation chain*).

---

<sup>244</sup> F.H.A. Kothe, ‘Wezen en karakter der militaire geneeskunde’, *Militaire Spectator* 125:1 (1956) 58.

<sup>245</sup> Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten (‘s-Gravenhage 1952) 9.

<sup>246</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Vaste order nr. 1. Sectie Geneeskundige Dienst. Staf 1 L.K., 8 juli 1952: “de geneesk. eenheden moeten zo goed mogelijke hulp aan een zo groot mogelijk aantal verlenen”. Elders aangetroffen: “*The planned mission should always be „doing the for the most”, but the motivation must be doing the best for the most” within the prevailing resources*”. Citaat uit: Van den Broek, ‘De militair geneeskundige dienst’, 323.

<sup>247</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Vaste order nr. 1. Sectie Geneeskundige Dienst. Staf 1 L.K., 8 juli 1952. Ook in de vakliteratuur werd deze gedachte geuit: A. Lina, ‘Markering - toen en voortaan’, *Militaire Spectator* (1969) 211.

<sup>248</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Vaste order nr. 1. Sectie Geneeskundige Dienst. Staf 1 L.K., 8 juli 1952.

Voor de rest van dit betoog is het belangrijk nader kennis te maken met dit begrip. In principe moest de gewonde eerst worden gelokaliseerd door een gewondenverzorger, die zich doorgaans dichtbij of soms zelfs tussen de gevechtshandelingen bevond. Laatstgenoemde moest de gewonde zo mogelijk kalmeren en eerste hulp aan het front (EHAF) verlenen. Bij bloedingen betekende dat meestal het aanbrengen van snelverband. Patiënten die niet meer konden lopen, moesten per brancard worden vervoerd naar de dichtstbijzijnde officier-arts. Vanuit diens geïmproviseerde hulppost verleende de arts voortgezette eerste hulp en maakte hij de patiënt gereed voor transport naar een verder achterwaarts gelegen militair geneeskundige inrichting voor een uitgebreide medische behandeling.

Voordat transport überhaupt mogelijk was, moest de patiënt eerst worden veiliggesteld van levensbedreigende bloedingen en obstructies van de luchtwegen. Als de arts verschillende gewonden tegelijk te zien kreeg, moest hij bepalen welke gevallen de grootste urgentie hadden en als eerste in aanmerking kwamen voor uitgebreide medische hulp. Bij een gebrek aan transportmiddelen – en dat was vaak het geval – bepaalde *triage* de volgorde bij de afvoer van de gewonden. Er waren verschillende zienswijzen op triage mogelijk, maar in het algemeen kregen de ernstigste gevallen voorrang bij transport en behandeling.<sup>249</sup> Bij een plotseling massaal aantal gewonden golden andere prioriteiten. De aandacht was dan allereerst gevestigd op de slachtoffers die een redelijke kans op overleven hadden. In elk geval was het achterliggende idee van triage het redden van zoveel mogelijk levens en ledematen met de beschikbare medische capaciteit. De medisch-ethische aspecten van triage komen in hoofdstuk 5 nog aan bod.

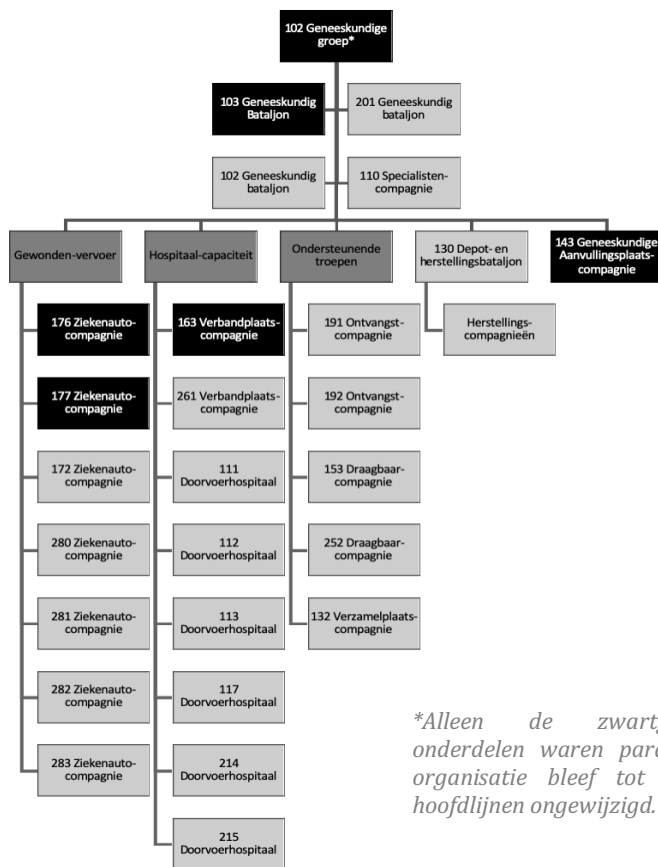
De hierboven beschreven medische verzorging op bataljons/regimentsniveau vormde het *eerste echelon*, ofwel de eerste schakel van de geneeskundige afvoerketen. Voor alle patiënten die een uitgebreidere medische behandeling nodig hadden, volgde de vaak barre tocht naar het *tweede echelon*, waar de onderdelen van het geneeskundig bataljon van de divisie zich bevonden. Hier voerde de divisiearts het bevel over een ziekenautocompagnie (met dertig ambulances), een verzamelplaatscompagnie (verantwoordelijk voor het verzamelen van gewonden) en een verbandplaatscompagnie. De laatstgenoemde eenheid kon eenmaal in bedrijf uitgroeien tot een klein tentencomplex, waar triage, voorbehandeling en hoogstnoodzakelijke levens- en ledemaat-reddende chirurgische ingrepen konden plaatsvinden. De compagnie kon zich ook desgewenst opsplitsen in maximaal drie kleine verbandplaatsen. Deze waren bij voorkeur achterin het divisievak en buiten vijandelijk schootsbereik gelegen.

Complexe operaties en langdurige verpleging waren bij de verbandplaats niet mogelijk. Daarvoor waren de gewonden aangewezen op de geneeskundige verzorging van het *derde echelon*: vooral de achterin het legerkorpsvak aanwezige doorvoerhospitaal. Hier waren diverse medisch specialisten werkzaam, onder wie

---

<sup>249</sup> *Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie* (eerste druk 1952). Hierin zijn de beginselen van de triage uiteengezet.

algemene chirurgen, een orthopedisch en een kaakchirurg, een oogarts, een KNO-arts, een neuroloog, een uroloog, alsmede anesthesisten, internisten, röntgenologen, een apotheker en een tandarts.<sup>250</sup> Eenmaal in bedrijf waren deze inrichtingen met een capaciteit van vierhonderd bedden stationair van aard. Het Nederlandse legerkorps beschikte tijdens de Koude Oorlog op papier over zes van zulke doorvoershospitaal, die waren ingedeeld bij de grotendeels mobilisabele 102 Geneeskundige groep onder het bevel van de legerkorpsarts (die zijn meerdere vond in de legerkorpscommandant).<sup>251</sup> Verder voorzag 102 Geneeskundige groep in transport en aanvullende eerste en tweede echelons medische zorg. Tot slot verzorgde zij de technische en logistieke ondersteuning van alle geneeskundige eenheden te velde (*Figuur 6*).



*\*Alleen de zwartgekleurde onderdelen waren paraat. Deze organisatie bleef tot 1988 in hoofdlijnen ongewijzigd.*

**Figuur 6:** 102 Geneeskundige groep: de geneeskundige kern van 1 Lk.

<sup>250</sup> Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Losse stukken, toegang 057, inv.nr. 3595. 'Voorlopige richtlijnen. Het doorvoershospitaal'.

<sup>251</sup> De personele bezetting van alle eenheden bleef gedurende de Koude Oorlog een hekel punt – geregeld was een aantal sleutelposities vacant.

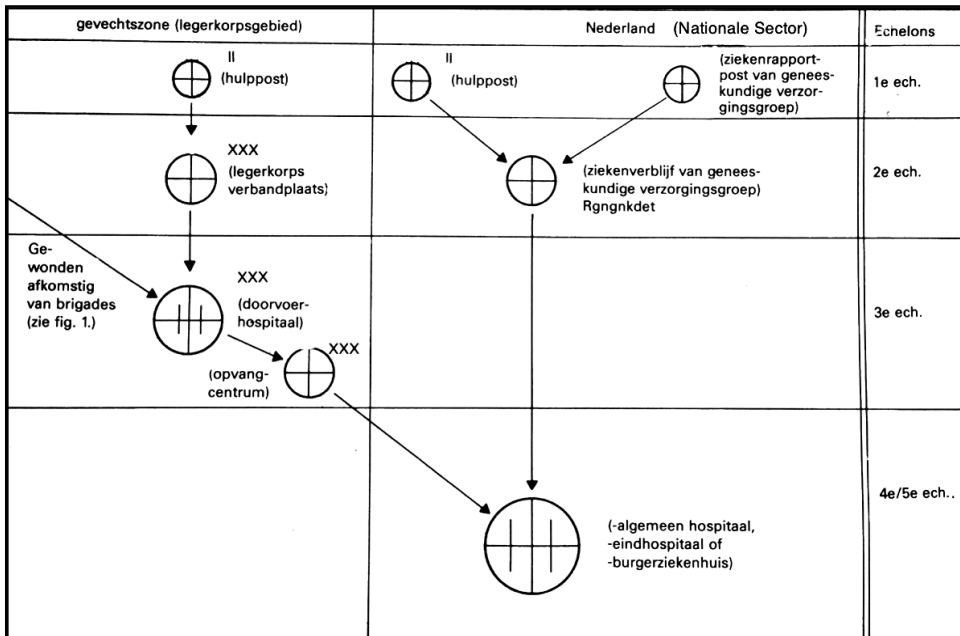
Patiënten die naar verwachting na hun behandeling binnen afzienbare tijd konden terugkeren naar hun eenheid, konden na hun ontslag uit het doorvoerhospitaal op krachten komen in 130 Depot- en herstellingsbataljon. Degenen die voorlopig of helemaal niet meer geschikt waren voor militaire dienst werden naar geneeskundige inrichtingen op hogere echelons gebracht. Die bevonden zich niet in het legerkorpsvak, maar in het logistieke aanvoergebied (etappegebied) en het achterland, vaak aangeduid als de Nationale Sector.

Het *vierde echelon* lag nog verder achter het front en voorzag in langdurige verpleging van gewonden en zieken. Het ging om gewestelijke hospitalen en kantonnementshospitalen (een begrip uit de vooroorlogse periode, waarmee kleinere hospitalen in een militair kantonnement – een geografisch afgescheiden gebied – werden aangeduid) die in gebouwen waren gehuisvest. Daarnaast voorzagen mobilisabele veldhospitalen in aanvullende opnamecapaciteit bij een plotselinge stijging van het aantal slachtoffers, bijvoorbeeld na een vijandelijk luchtbombardement op een stad of vliegveld. Het ging om rudimentaire tentencomplexen met beperkte geneeskundige behandelingsmogelijkheden. Anders was dat op het *vijfde echelon*, waar alle medische specialismen vertegenwoordigd waren in het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht en het Militair Hospitaal in Den Haag. Complexe vervolgooperaties en langdurige observatie behoorden daar tot de mogelijkheden. Op datzelfde echelon bevond zich ook het Militair Revalidatiecentrum te Doorn, alsmede de psychiatrische klinieken in Leiden en Bergen op Zoom. Aan deze paragraaf is een schematisch overzicht van de geneeskundige afvoerketen toegevoegd (*Figuur 7*).

In de rest van dit hoofdstuk ligt de nadruk op de organisatie van de militaire geneeskunde in het legerkorpsgebied. De MGD in de Nationale Sector, die synoniem staat voor hospitalen, komt in hoofdstuk 4 nog uitgebreid aan de orde. Voor de volledigheid van het verhaal moet hier overigens al worden vermeld dat er in de Nationale Sector ook geneeskundige eenheden van beperkte omvang waren, maar enkel in het voorbijgaan worden genoemd. Zo hadden territoriale eenheden van bataljons- of brigadesterkte (net als bij het legerkorps) eigen geneeskundige ondersteuning op het eerste en tweede echelon. Daarnaast waren er kleine, regionaal georganiseerde geneeskundige detachementen die eerste en tweede echelons medische zorg konden verlenen aan militairen gelegerd in kazernes, verbindingscentra, werkplaatsen en depots.<sup>252</sup> Voor de behandeling van zieken en lichtgewonden konden deze detachementen hulpposten en verbandplaatsen inrichten in bestaande gebouwencomplexen. Dat was nodig omdat hoogwaardige bedden in regionale ziekenhuizen beschikbaar moesten blijven voor zwaargewonden.

---

<sup>252</sup> Territoriale geneeskundige detachementen waren verdeeld over de garnizoenen in Nederland, maar de organisatie van deze eenheden blijven in dit proefschrift verder buiten beschouwing.



**Figuur 7:** De geneeskundige afvoerketen schematisch weergegeven.<sup>253</sup>

### Overleven in het atoombijperk

Terwijl de eerste fase van opbouw van de KL halverwege de jaren vijftig zijn voltooiing naderde, kreeg het dreigingsbeeld van het nucleaire slagveld steeds meer gestalte. In Nederlandse militaire vakbladen verschenen stukken over dat onderwerp, daarmee aansluitend bij een internationale discussie over kernwapens die al gaande was sinds de verwoesting van Hiroshima en Nagasaki. In hoofdstuk 1 is de medische problematiek al uit de doeken gedaan; hierna volgt een bespreking van de organisatorische veranderingen binnen de MGD die voortkwamen uit het internationale debat over de invloed van kernwapens op de oorlogvoering.

Het voert te ver om alle zienswijzen gedetailleerd uit de doeken te doen, maar het is wel van belang om de hoofdlijnen van het kernwapendebat in kaart te brengen alvorens we verder ingaan op de zienswijze van Nederlandse militairen. Een van de eerste prominente tegenstanders van kernwapens was de Amerikaanse geleerde en overheidsadviseur Edward Mead Earle. Hij vond dat atoomwapens zo afschuwelijk waren dat oorlogvoering geheel verbannen moest worden. Hij is vooral bekend geworden door zijn uitspraak uit 1946: "Unless we destroy war, war will ultimately destroy us."<sup>254</sup> Zijn zienswijze vond navolging in de vredesbeweging, die streefde naar totale nucleaire ontwapening. De ideeën van de bekende strateeg

<sup>253</sup> VS2-1350/K1 (1984).

<sup>254</sup> Edward Mead Earle, 'The Influence of Air Power Upon History', *Yale Review* XXXV (juni 1946) 577-593.



Bernard Brodie waren eveneens radicaal te noemen, maar anders dan Earle probeerde hij wel om kernwapens een plaats te geven in de nieuwe wereldorde. Onder zijn redactie verscheen het boek met de veelzeggende titel *The Absolute Weapon: Atomic Power and World Order* (1946), waarin werd gesteld dat er tegen de atombom geen verdediging mogelijk was.<sup>255</sup> Dit betekende dat twee tegenstanders die beide beschikten over kernwapens elkaar ongelimiteerde vernietiging konden toebrengen. Het inzicht dat hiermee geen enkel politiek doel was gebaat, moest regeringsleiders ervan weerhouden atoomwapens daadwerkelijk in te zetten. Het enige nut van deze wapens school in hun dreigende en afschrikwekkende werking, aldus nog steeds Brodie. Dit had verstrekkende gevolgen voor strijdmachten wereldwijd: "Thus far the role of the armed forces was to win wars. From now on its chief purpose must be to avert them. It can have almost no other purpose."<sup>256</sup>

Nucleaire afschrikking plaatste vraagtekens bij de rol van de krijgsmacht en het idee stuitte daarom op flink verzet van militairen. Dat gold het minst voor de luchtmacht, die naar eigen zeggen een onmisbare rol had te vervullen in het overbrengen van kernwapens naar de vijand. Enkele bommen, afgeworpen door strategische bommenwerpers, waren voldoende om een natie op de knieën te dwingen.<sup>257</sup> Deze strategie impliceerde echter dat het handhaven van veel grondtroepen en een omvangrijke vloot van minder groot belang was. Officieren van de land- en zeemacht stelden zich echter op het standpunt dat atoomwapens hoogstens zorgden voor meer *efficiency*: de luchtvloot kon met minder vliegtuigen evenveel vernietiging toebrengen aan steden en industriële centra van de vijand. Maar op zich deed dat niets af aan het nut van het leger en de marine, want zonder fysieke beveiliging van grondgebied en zeeroutes zou elke strategie falen. Om verder aan te tonen dat de *US Army* en *US Navy* een belangrijke rol te vervullen hadden in het volgende conflict, probeerden deskundigen van het leger en de marine middels proeven aan te tonen dat er wel degelijk bescherming mogelijk was tegen atoomwapens. De Amerikaanse luitenant-generaal J.M. Gavin bracht het probleem kort en zakelijk onder woorden: "you had to show you could live with nuclear weapons – either that or simply go out of business."<sup>258</sup> Vanuit die optiek werd het 'a-wapen' door militaire auteurs omschreven als een nieuw soort super-artillerie, ofwel zeer krachtige explosieven die de oorlogvoering weliswaar beïnvloedden, maar niet onmogelijk maakten.

---

<sup>255</sup> Bernard Brodie, *The Absolute Weapon: Atomic Power and World Order* (Harcourt 1946).

<sup>256</sup> Zie onder meer: David MacIsaac, 'Voices from the central blue: The Air Power Theorists' in: Peter Paret ed., *Makers of modern strategy. From Machiavelli to the Nuclear Age* (Princeton 1986) 640.

<sup>257</sup> Deze gedachte raakte achterhaald door het besef dat een *first strike* mogelijk niet beslissend genoeg was, waardoor de vijand in staat was tot een nucleaire vergeldingsactie (*second strike capability*). Vooral toen de Sovjet-Unie eind jaren vijftig ging beschikken over intercontinentale raketten, die goed beschermd waren en een *first strike* konden overleven, werd deze gedachte definitief begraven.

<sup>258</sup> Linn, *Elvis's Army*, 73.

In essentie ging het debat dus over de mogelijkheid om kernwapens daadwerkelijk te gebruiken. Het was echter niet zo dat alle militairen daarvan waren overtuigd. In *Defence of the West* uit 1950 stelde de bekende militaire theoreticus B.H. Liddell Hart dat de daadwerkelijke inzet van kernwapens door rivaliserende kernmachten onmogelijk was, want dat betekende het einde voor beide. Toch hoefde er voor het voortbestaan van de krijgsmacht niet te worden gevreesd. Nucleaire afschrikking slaagde er namelijk niet in een 'gewone' oorlog uit te sluiten. Geheel gepantserde en gemotoriseerde beroepslegers zouden volgens Hart het niet-nucleaire slagveld van de toekomst gaan bepalen.<sup>259</sup> Ook achter het IJzeren Gordijn leek er geen zuchtje twijfel te bestaan over de aanhoudende noodzaak van conventionele legers. De hoogste baas van de NAVO merkte in 1955 op: "Some theorists have argued that in the atomic age, armies are useless, but it should be borne in mind that the Soviets have not found theirs useless yet. A very significant part of their resources was still going into building up their army."<sup>260</sup> Zoals eerder gezegd had de oorlog in Korea het pleidooi voor de handhaving van 'conventionele legers' kracht bijgezet.

In de VS was inmiddels wel een discussie op gang gekomen over de invloed van atoomwapens op de militaire organisatie. Aanleiding vormde het groeiende scala aan zogenaamde tactische kernwapens, zoals atoomartillerie (geschut dat relatief kleine atoomprojectielen kon verschieten).<sup>261</sup> De nuclearisering van de *US Army* werd daarmee in gang gezet. Kernwapens begonnen halverwege de jaren vijftig ook een vast onderdeel te vormen van de bondgenootschappelijke oorlogsplanning. In 1954 introduceerde de NAVO voor het eerst atoomartillerie op het slagveld tijdens de internationale oefening *Battle Royal*. De verwachting bestond dat ook de Sovjet-Unie op termijn ook over zulke wapens zou beschikken. Dat overtuigde Nederlandse stafofficieren en divisiecommandanten deel te nemen aan de Amerikaanse *atomic weapons*-cursus aan de *NATO Special Weapons School* in het Beierse Oberammergau.<sup>262</sup> Zo schoot het idee van een beheersbare atoomoorlog steeds dieper wortel in het Nederlandse militaire denken. In dit kader is in de literatuur ook wel gesproken van de periode van de 'nucleaire romantiek'.<sup>263</sup>

De Amerikanen begonnen als eerste na te denken over een militaire organisatie die was toegesneden op het vechten en overleven op het atoomslagveld. Het in West-Duitsland gelegerde *US VII<sup>th</sup> Corps* experimenteerde vanaf 1953 met

---

<sup>259</sup> Michael Carver, 'Conventional warfare in the nuclear age' in: Peter Paret ed., *Makers of modern strategy. From Machiavelli to the Nuclear Age* (Princeton 1986) 781.

<sup>260</sup> Generaal A.M. Gruenther, de *Supreme Allied Commander in Europe* (SACEUR), in zijn openingsrede tijdens de *Shape medical conference*, mei 1955.

<sup>261</sup> In mei 1953 testten de Amerikanen de eerste atoomgranaat: een nucleair projectiel dat door het enorme 280mm kanon M65 'Atomic Annie' werd verschoten. Datzelfde jaar deed dit geschut zijn intrede bij de in West-Duitsland gelegerde Amerikaanse troepen.

<sup>262</sup> Sanders, 'Tactische kernwapens', 346.

<sup>263</sup> Ivo van de Wijdeven, 'De angst van het Warschaupact voor de NAVO' in: Alfred Staarman, Mathieu Willemsen en Monique Brinks, *Als de Russen komen* (Soesterberg 2019) 131.

verschillende nieuwe divisiestructuren. Een belangrijke veronderstelling was dat grote troepenconcentraties uit de tijd waren omdat deze een lonend doelwit vormden voor nucleaire wapens. Ook een statische verdediging vanuit vaste opstellingen was onverstandig omdat een enkel kernwapen het vermogen had om een omvangrijk gebied te verwoesten, samen met alle daarin aanwezige troepen. Om de vijand geen lonend doel te presenteren, moesten de NAVO-eenheden, gecamoufleerd en in kleine verbanden, met voldoende onderlinge tussenruimte van elkaar optreden.<sup>264</sup> Een grote mobiliteit moest het mogelijk maken om vanuit verspreide posities snel een concentratie van vuurkracht te bereiken. De toenmalige organisatie bleek daarvoor niet geschikt. “The World War II type organisations, no matter how packaged, would not adapt themselves to nuclear tactics. The one exception was our armoured divisions.”<sup>265</sup> Volgens sommige commentatoren was de ‘ideale’ moderne divisie in staat tot verdediging van een groot gebied en beschikte het voor die taak over snel transport met helikopters, terwijl atoomraketten voor de lange afstand de plaats van artillerie overnamen.<sup>266</sup> Aan ambitie en ideeën in elk geval geen gebrek, maar de implementatie was een ander verhaal.

In samenhang met de discussie over de ‘atoomorganisatie’ werden de inzetmogelijkheden van tactische kernwapens serieus overwogen. Sommigen veronderstelden dat de drempel om de tactische kernwapens op het slagveld in te zetten lager was dan de strategische inzet van zware kernwapens op bijvoorbeeld civiele doelen. “Of course, so long as Russia has the H-bomb, we are bound to cling to this ‘suicidal’ weapon. It would be a lunatic action to take the lead in unleashing this menace. This being so, we now become dependent, for the containment of aggression, upon tactical atomic and conventional weapons”, aldus Lieutenant-Colonel F.O. Miksche in zijn boek *Atomic Weapons and Armies* (1955).<sup>267</sup> Uit dit citaat komt het idee naar voren dat er een gradueel onderscheid bestond tussen tactische en strategische kernwapens (de H-bomb, of waterstofbom). Volgens deze zienswijze vielen tactische kernwapens in dezelfde categorie als conventionele wapens, en waren ze dus in zekere zin acceptabele strijdmiddelen.

De regering van president Truman (1945-53) hield inderdaad de mogelijkheid open om kernwapens daadwerkelijk lokaal of op ‘beperkte’ wijze in te zetten, maar alleen als het echt niet anders kon. Truman zag een dergelijk wapen als een “instrument of terror and weapon of last resort”.<sup>268</sup> Zijn opvolger, president Eisenhower (1953-1960) had een heel andere visie. Onder zijn bewind kenden de Verenigde Staten maar één oorlogsplan: elke agressie van de Sovjet-Unie, hoe gering ook, moest rekenen op een massale nucleaire vergelding door de simultane inzet van kernbommen en -raketten. Deze wapens gingen onder zijn bewind een centrale

---

<sup>264</sup> Dit principe was ook bij klassieke strategen bekend als “getrennt marschieren, vereint schlagen” (Molkte).

<sup>265</sup> James Gavin, *War and Peace in the Space Age* (Londen 1959) 136-137.

<sup>266</sup> *Ibidem*.

<sup>267</sup> F.O. Miksche, *Atomic Weapons and Armies* (Londen 1955) 16.

<sup>268</sup> Bridger, *Scientists at war*, 14.

rol vervullen in het Amerikaanse veiligheidsbeleid. De westerse conventionele troepenmacht langs het IJzeren Gordijn vormde slechts een 'struikeldraad' waarmee het totale oorlogspotentieel van de VS in werking werd gezet. Het doel van *Massive Retaliation* was het voorkomen van oorlog. Het schrikbeeld van de totale vernietiging moest de Sovjet-Unie van elk soort van agressie – hoe gering ook – weerhouden.

Het inzicht dat kernwapens niet bedoeld waren om daadwerkelijk te gebruiken, maar louter een afschrikwekkende functie hadden, was voor velen nog te revolutionair om te bevatten.<sup>269</sup> De militair-operationele planning van de NAVO ging uit van de daadwerkelijke inzet van nucleaire wapens. Paradoxaal genoeg kwam dit de afschrikingsstrategie juist ten goede. Hoe groter de uitvoerbaarheid van de plannen en de wil om kernwapens als uiterste middel in te zetten, des te geloofwaardiger de vergeldingsstrategie.

De buitenlandse (vooral Amerikaanse) discussie over kernwapens werd in Nederland dan ook met belangstelling gevolgd, zo blijkt uit de publicistiek. In algemene zin leken Nederlandse officieren niet te twijfelen aan het nut van de krijgsmacht in de volgende oorlog. De vrees voor een totale nucleaire vernietiging van de grondtroepen en de vloot leefde bij hen niet of nauwelijks. Dat kwam in het begin van de jaren vijftig vooral, zoals in het vorige hoofdstuk al duidelijk is gemaakt, doordat deskundigen de kans klein achtten dat Nederland het doelwit zou worden van kernwapens. De noodzaak om de landmacht op geheel nieuwe leest te schoeien was dan ook nog niet aanwezig. De Generale Staf gaf in eerste instantie alleen opdracht tot een verkennende literatuurstudie over de effecten van atoomwapens. De aanbevelingen die daaruit voortvloeiden, wezen vooral op de fysieke effecten van atoomwapens en de beschermingsmaatregelen. De bondgenoten wezen de weg. In 1953 en 1954 nam een twintigtal Nederlandse officieren deel aan cursussen van de NAVO over vechten en overleven op het atoomslagveld.<sup>270</sup> Van hun bevindingen deden zij in 1955 uitgebreid verslag in twee themanummers van de *Militaire Spectator*. Inhoudelijk besloegen de artikelen tal van onderwerpen, variërend van tactiek tot logistiek en militaire geneeskunde. Daarmee stimuleerden zij binnen de KL een bredere discussie over kernwapens. In het voorwoord van het tweede themanummer constateerde de CGS luitenant-generaal Hasselman dan ook dat de gedachten over de atoomoorlog "thans vastere vorm [beginnen] aan te nemen".<sup>271</sup> De redactie voegde daaraan toe dat de inhoud van de artikelen op sommige punten mogelijk tegenstrijdig was, maar dat kwam een waardevolle

---

<sup>269</sup> John Lewis Gaddis, *We know now. Rethinking Cold War History* (Oxford 1997) 222.

<sup>270</sup> C. Sieben, *Beheersing van militaire macht. Een studie naar enkele ontwikkelingen van wapentechnologie, de structuurkenmerken van militaire organisaties en de aanpak van het beheersingsvraagstuk* (Meppel 1991).

<sup>271</sup> B.R.P.F. Hasselman, 'Voorwoord voor de atoomoorlognummers', *Militaire Spectator* 124 (januari 1955) 4.

gedachtewisseling en “een verruiming van de kennis op het gebied van deze jonge vorm van militaire wetenschap” juist ten goede.<sup>272</sup>

### **Problemen voor de MGD**

Een van de artikelen in de ‘atoomnummers’ van de *Militaire Spectator* ging over de militair-geneeskundige aspecten van de inzet van tactische kernwapens. De kracht en effecten van de explosie waren zo groot dat de vijand geen lonend kernwapendoelwit mocht worden geboden. Dat vergde een grotere troepenspreiding, wat weer voor langere aan- en afvoerlijnen zorgde.<sup>273</sup> Militair-geneeskundigen begrepen dat ook de afstanden tot de behandelplaats zouden toenemen, waardoor de overlevingskansen van de gewonden achteruitgingen. Daarnaast verhoogden de langere aan- en afvoerlijnen de kwetsbaarheid om afgesneden te worden door de vijand. Zo groeide het risico dat eenheden op het slagveld geïsoleerd raakten van de eigen hoofdmacht, met als gevolg dat (geneeskundige) voorraden niet meer konden worden aangevuld en gewonden niet meer worden afgevoerd.

Niet alleen de afstanden, maar ook het aantal te verwachten gewonden zouden toenemen. Om een inschatting te kunnen maken van het aantal gewonden onder conventionele gevechtssomstandigheden, hanteerde de MGD Amerikaanse rekenmodellen.<sup>274</sup> Deze keuze lag voor de hand omdat Nederland, in tegenstelling tot de vs, geen recente praktijkervaring had met grootschalig militaire optreden tegen een reguliere vijand.<sup>275</sup> De MGD raamde de dagelijkse verliezen (*daily admission rate*) voor de gehele KL aanvankelijk op 0,6 per 1000 per dag. Dat betekende dat een troepenmacht van 100.000 man dagelijks zestig gewonden opnam, ofwel  $0,6 \times 100 \times 30 = 1800$  per maand, dus 1,8 procent van de totale sterkte.<sup>276</sup> Het cijfer lijkt misschien aan de lage kant, maar we moeten bedenken dat slechts de helft van de troepenmacht in de frontlinie lag. De andere helft had ondersteunende of administratieve taken achter het front. Bovenop de gevechtsverliezen moesten de *non-battle casualties* (zieken en verongelukten) worden opgeteld. Ook dat aantal kon uit tabellen worden afgeleid: 1,7 per 1000 per dag.<sup>277</sup> Hierdoor liepen de totale verliezen op naar 6900 man per maand, of 6,9

---

272 Redactie, ‘De atoomnummers van de Militaire Spectator’, *Militaire Spectator* 124 (januari 1955) 40.

273 Goldbach en Van Nouhuys, ‘Geneeskundige aspecten’, 88-93.

274 Deze verliezen waren gespecificeerd in het Amerikaanse voorschrift *FM 101-10*. Dit voorschrift werd door de IGDKL gehanteerd in zijn voordracht tijdens de *SHAPE Medical Conference* in mei 1955, pagina 166.

275 Recente oorlog boden te weinig houvast. De gevechten in 1940 waren van zeer korte duur. De Korea-oorlog bood wat dat betref ook te weinig houvast. Het NDVN telde 121 gesneuvelden plus 4 vermisten. Exacte cijfers zijn niet bekend, maar het is aannemelijk dat er honderden Nederlandse gewonden waren. Voor de verliezen, zie Informatieblad van het Nederlands Instituut voor Militaire Historie over Nederlandse inzet in de Korea-oorlog van 1950 tot 1955. <https://www.defensie.nl/downloads/brochures/2021/03/03/korea-oorlog>

276 De specifieke gevechtssomstandigheden en het dagelijks ontslag van patiënten uit het hospitaal maakten de rekensom ingewikkelder, maar die factoren zijn omwille van de overzichtelijkheid in het voorbeeld weggelaten.

277 *FM 101-10*, 360.

procent van de totale sterkte. En hierbij kwamen nog de doden, doorgaans nog een vijfde van het aantal gewonden.

Deze ruwe slachtofferprognoses kwamen door de mogelijke inzet van tactische atoomwapens op losse schroeven te staan. Deze wapens waren nooit op het slagveld ingezet, maar het was aannemelijk dat de vernietigende kracht veel gewonden zou veroorzaken. In een geheim NAVO-rapport van september 1954 stond dat de eerder gehandhaafde slachtofferprognoses van de strijdkrachten drastisch omhoog moesten: “[atomic casualties] must now be considered and it is estimated that the percentage allocation of fixed hospital beds [...] should be at least doubled.”<sup>278</sup> Stafofficieren van de MGD zaten hierdoor met de handen in het haar. Het archief van de IGDKL bevat een Amerikaanse schatting uit 1955, waarin de verliesverwachting voor de land-, zee-, en luchtmachtstromen stond vermeld. Voor een oorlogsperiode van twee maanden gold een verliespercentage van 9,7 procent conventionele gewonden en 17,6 procent atoomgewonden, bij elkaar opgeteld 27,3 procent (!) van de totale sterkte.<sup>279</sup>

Volgens het genoemde document moesten de luchtmacht en marine relatief de zwaarste verliezen incasseren. Voor de luchtmacht gold na zestig dagen: 29,4 procent gedood, 45,2 procent gewond en slechts 25,4 procent bleef ‘ongedeerd’. Een verklaring is dat vliegbases met hun relatief dichte infrastructuur een zeer belangrijk en ‘lonend’ atoomdoelwit vormden. Ook de verliezen van de zeemacht zijn opmerkelijk hoog. Het document ging uit van een intense nucleaire strijd op zee. De marine moest rekenen op 40 procent doden en ‘slechts’ 4 procent gewonden. De ratio achter deze verhoudingen was dat het marinepersoneel op afstand van de atoomexplosie relatief goed beschermd was tegen fall-out, hitte en straling, maar bij een nabije explosie was de overlevingskans van gewonden op open zee nihil.

Procentueel waren de verliezen van de grondtroepen naar schatting lager, maar omdat de landmacht veruit het grootste krijgsmachtdeel vormde, ging het wel om de grootste absolute aantallen. De gevechtseenheden in de *combat zone* leden de zwaarste verliezen. Zij moesten na twee maanden rekenen op 10,2 procent gedood (tegenover 1,8 procent in een conventionele oorlog) en 10,3 procent gewond (tegenover 7,9 procent in een conventionele oorlog). Wat daarbij opvalt is niet het aantal gewonden, maar de spectaculaire stijging van het aantal doden als gevolg van atoomaanvallen. De samenstellers gingen ervan uit dat de directe uitwerking van de kernexplosie buitengewoon dodelijk was en dat veel gewonden al zouden zijn gestorven voordat de hulpverlening ter plaatse was. In een conventionele oorlog

---

<sup>278</sup> Report on Measures Essential for the Support of the Capabilities Plan 1957. A.C.E. (Standing Group Modified) (10 september 1954) ([http://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54\\_ENG\\_PDP.pdf](http://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54_ENG_PDP.pdf)).

<sup>279</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Amerikaanse schatting van het aantal doden en gewonden door atoomwapens, 9 juni 1955.

was er op elke vijf slachtoffers één dode te betreuren, maar in een nucleaire oorlog was deze verhouding één op één.<sup>280</sup>

Omdat veel troepen zich buiten het gevechtsgebied zouden bevinden, lag het percentage voor het totale percentage slachtoffers van de landmacht aanzienlijk lager: 6,9 procent gedood (tegenover 1,2 procent in een conventionele oorlog), en 6,8 procent gewond (tegen 6 procent gewond). Hierbij moesten nog de niet-gevechtsverliezen, verongelukten en zieken worden opgeteld, plus nog die van de overige krijgsmachtdelen. Al met al begrepen de betrokken officieren dat de Derde Wereldoorlog hun schrikbarende verliezen in het vooruitzicht stelde. Teruggrijpend op het vorige hoofdstuk, waren niet enkel de aantallen gewonden, maar ook de complexiteit van hun letsel zorgwekkend. De medische behandeling was hooguit “symptomatisch”.<sup>281</sup> Dat had belangrijke implicaties voor de ziekenhuiscapaciteit, die in hoofdstuk 4 nog uitgebreid ter sprake komen. Daar volgt ook een vertaling van de percentages naar absolute aantallen.

Hoewel er veel giswerk kwam kijken bij al deze verliesverwachtingen, twijfelde niemand eraan dat overal langs de afvoerketen een grote discrepantie zou ontstaan tussen het verwachte aantal patiënten en de beschikbare capaciteit.<sup>282</sup> Naar verwachting was 27 procent van de opgenomen atoomgewonden gedoemd in de geneeskundige afvoerketen te sterven. Dat percentage contrasteerde met de cijfers van het *US Medical Corps*, dat de sterfte van gewonden tijdens de Tweede Wereldoorlog had weten te beperken tot 4 procent.<sup>283</sup>

Deze inktzwarte prognoses waren niet alleen bekend bij hogere (staf-)officieren die toegang hadden tot geclassificeerde NAVO-gegevens. Een artikel in de *Militaire Spectator* uit 1955 liet zien dat een infanteriedivisie eigenlijk ophield te bestaan na een nucleaire voltreffer van 20 kiloton:

“Indien we nu aannemen, dat het aantal troepen in de ‘A’ en ‘B’ gebieden [het rampgebied van 22 km<sup>2</sup>] tezamen 15.000 bedraagt, dat is gemiddeld 500 man per km<sup>2</sup>, dan is het aantal slachtoffers: Gedood: ± 4.000 man. Gewond: ± 11.000 man. Totale verliezen: ± 15.000 man of wel de gehele troepensterkte.”<sup>284</sup>

Zelfs als de troepen waren ingegraven bedroeg het aantal slachtoffers nog minstens zeventuizend man. Nuchter beschouwd was dit nog altijd een forse aderlating voor

---

<sup>280</sup> Ibidem.

<sup>281</sup> H.J. van der Giessen, ‘Verslag van het 15e congres van het Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires, en van de 19e zitting van het Office Militaire et Documentation van dit Comité’, *NMGT* 11:2 (1958) 42.

<sup>282</sup> Van den Broek, ‘De militair geneeskundige dienst’, 328.

<sup>283</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Amerikaanse schatting van het aantal doden en gewonden door atoomwapens, 9 juni 1955.

<sup>284</sup> Goldbach en Van Nouhuys, ‘Geneeskundige aspecten’, 88.

de gevechtskracht van de divisie. Ervan uitgaan dat de resterende achtduizend man nog in staat zouden zijn geweest tot een effectieve weerstand, zoals de schrijvers lijken te suggereren, getuigde van weinig realisme. Toch vonden zij het belangrijk erop te wijzen dat het treffen van de juiste beschermingsmaatregelen echt effect had.<sup>285</sup> Een ruime spreiding van de troepen kon de verliezen drastisch beperken en bovendien zou de vijand moeite hebben met het aanwijzen van een geschikt doelwit.

### **Improvisatie is troef**

Een beperking van de vijandelijke inzet van tactische atoomwapens deed de kansen op een succesvolle verdediging groeien, zo werd verondersteld. De hamvraag was hoe de militair-geneeskundige organisatie moest anticiperen op dit scenario. In de zoektocht naar antwoorden werd de buitenlandse vakliteratuur nauwlettend gevolgd. De officier-arts P. van den Broek schreef in 1956 over de uiteenlopende visies die leefden onder Franse officieren die zich met deze materie bezighielden.<sup>286</sup> De eerste groep achtte het bestaande systeem nutteloos en pleitte daarom voor een totale reorganisatie van de geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen, ten einde de klappen van een nucleaire oorlog zo goed mogelijk op te kunnen opvangen. Anderen waren pessimistischer. Hun boodschap liet zich als volgt samenvatten: "Laat de zaak maar zoals zij is; tegen een toekomstige ABC-oorlog kan de dienst toch nooit opgewassen zijn; zij zal haar best doen en meer valt er niet te beloven." De derde groep bestond uit "onverbeterlijke optimisten" die vonden dat er geen aanpassing in de organisatie nodig was, maar dan op basis van de veronderstelling dat kernwapens zo afschrikwekkend zijn dat deze nooit zullen worden ingezet.<sup>287</sup> Die opvatting valt goed te rijmen met de eerdergenoemde visie van Liddell Hart. De vraag die zich nu aandient, is hoe de Nederlandse officieren zich verhielden tot de bovengenoemde zienswijzen.

Om erachter te komen hoe Nederlandse officieren dachten over de rol van de MGD op het atoomslagveld, zijn alle relevante artikelen over dat onderwerp, die hoofdzakelijk verschenen in het NMGT, onder de loep genomen. Wat telkens opvalt is de pragmatische zienswijze van de auteurs. Zonder uitzondering vonden zij dat de evacuatie en behandeling van gewonden onder alle denkbare omstandigheden moest worden voortgezet. Het ging de auteurs er dus vooral om wat er nog mogelijk was met de beperkte middelen die beschikbaar waren. Wel wezen zij er op dat ieder snoeien op de geneeskundige slagorde onaanvaardbaar was met het oog op de geneeskundige taak onder nucleaire omstandigheden.<sup>288</sup>

---

<sup>285</sup> Ibidem, 88.

<sup>286</sup> G. Gillyboeuf, 'Considerations sur la service de sante aux armees devant l'eventualite d'une guerre atomique, biologique ou chimique', *Revue du Corps de Sante Militaire* (maart 1956) 90. Geciteerd in: Van den Broek, 'Geneeskundige dienst', 328.

<sup>287</sup> Ibidem.

<sup>288</sup> Van den Broek, 'De militair geneeskundige dienst', 328.



Verder bestond er grote overeenstemming dat de militair-geneeskundige werkwijze te velde diende te rusten op drie kernbegrippen, namelijk continuïteit, leidbaarheid en flexibiliteit. Het begrip continuïteit hield in dat het vervoer en de opname van gewonden nooit mocht stoppen, dat stond eigenlijk buiten kijf. Het streven naar een geneeskundige afvoerketen die zonder hapering kon functioneren, vereiste adequate vervoersmiddelen want “een voortreffelijk ingericht en georganiseerd hospitaal met vijfhonderd lege bedden in het etappegebied is van geen enkel nut voor de gevechtszone, als de middelen om de gewonden er heen te brengen ontbreken.”<sup>289</sup> In dat opzicht lag een uitbreiding van het aantal gewondenjeeps en ambulances voor de hand. Een dergelijk verzoek moest echter worden gezien in verhouding tot de materieelverzoeken van andere onderdelen van het legerkorps.

Om de afvoercapaciteit te vergroten keken militair-geneeskundigen als eerste naar de aanschaf van extra voertuigen. Maar sommige auteurs braken al in de jaren vijftig een lans voor het creëren van luchttransport voor patiënten. Zij zagen de helikopter met haar snelheid, vliegbereik en landingsmogelijkheden als hét gewondentransportmiddel van de toekomst.<sup>290</sup> Ook het comfort van de patiënt ging er sterk op vooruit, omdat hem een barre tocht over hobbelige onverharde wegen bespaard bleef. Idealiter kon de patiënt linea recta naar de meest geschikte behandelplaats worden gebracht. Verschillende geneeskundige echelons konden dan worden overgeslagen, wat de geneeskundige afvoerketen als geheel vereenvoudigde. Niet in de laatste plaats bevorderde het gebruik van helikopters het moreel omdat “de militair aan het front weet dat geneeskundige hulp nabij is als hij gewond raakt.”<sup>291</sup> De nadelen waren echter talrijk. De zwaarst wegende waren de hoge kosten van de machines en hun relatieve kwetsbaarheid, het veeleisende onderhoud, de beperkte vervoerscapaciteit en de afhankelijkheid van weersomstandigheden en landingsmogelijkheden.<sup>292</sup> Ten langen leste zagen maar weinig officieren de aanschaf van een groot aantal gewondenhelikopters als een reële optie.<sup>293</sup>

Het tweede kernbegrip was leidbaarheid, wat betekende dat de commandant van de geneeskundige organisatie te allen tijde de beschikking moest hebben over de meest essentiële geneeskundige middelen en eenheden. Het verkrijgen van deze voorwaarde lokte evenwel de nodige discussie uit, die samenhang met de vraag naar de plaats van de logistiek binnen de divisie. In een poging de infanteriedivisie ‘lichter’ en dus beweeglijker te maken, neigde de Generale Staf ernaar de logistieke eenheden van de divisie zoveel mogelijk op een

---

<sup>289</sup> Ibidem.

<sup>290</sup> H. Stigter, ‘De helikopter als ambulance-vliegtuig’, *NMGT* 9:9 (1956) 255; P. Meyboom en D. Smit, ‘De verbandplaatscompagnie in het legerkorps’, *NMGT* 9:9 (1956) 275.

<sup>291</sup> Stigter, ‘De helikopter’, 255.

<sup>292</sup> Deze en andere nadelen komen uitgebreid aan bod in: Rolf de Winter, *Van iedereen en niemand: de helikopter en de Nederlandse krijgsmacht, 1945-2020* (Proefschrift: Universiteit Utrecht 2023).

<sup>293</sup> G.H. Louwen, ‘Blijft de geneeskundige dienst achter?’, *NMGT* 16:10 (oktober 1963) 321-322.

hoger bevelsniveau (dat van het legerkorps) te concentreren. Indien het nodig was konden deze eenheden door de legerkorpscommandant worden toegevoegd aan de divisie. De IGDKL ging mee in deze gedachte.<sup>294</sup> Het voordeel van een concentratie van geneeskundige capaciteit onder de legerkorpsarts, was dat er op die manier een beter overzicht bleef bestaan van het totaal aan beschikbare middelen en waar deze het beste konden worden ingezet. Vooral onder nucleaire omstandigheden viel daar veel voor te zeggen, tenminste in theoretische zin. Na een atoomexplosie konden de reservetroepen linea recta worden toegewezen aan geneeskundige eenheden die zich in de periferie van het rampgebied bevonden.

Critici stelden echter dat het wegnemen van geneeskundige capaciteit van de lagere bevelsniveaus de divisie weliswaar 'lichter' en beweeglijker maakte, maar ook minder zelfstandig. Officieren probeerden de noodzaak van mobiele reserves op divisieniveau aan de hand van een casus te visualiseren. Het artikel van J.H. Trommel uit 1956 over een vijandelijke atoomaanval op een infanteriebataljon is daarvan een goed voorbeeld.<sup>295</sup> Volgens hem kon het bataljon, nadat het door een tactisch kernwapen was getroffen, spoedig een conventionele aanval verwachten. Uiteraard was het in dat geval niet in staat tot een adequate verdediging. Wel diende de geneeskundige dienst in deze bedreigde stelling zijn werk voort te zetten, dat kon niet anders. Extra problematisch was dat het geneeskundig peloton zelf mogelijk ook verliezen had geleden, terwijl naburige geneeskundige eenheden eveneens hun handen vol hadden. Om aan deze situatie het hoofd te bieden, was een versterkte, zeer mobiele geneeskundige reserve op divisieniveau noodzakelijk. Deze ploeg van onbepaalde omvang moest zich vanuit relatieve veiligheid naar het rampgebied spoeden, om daar de gewonden snel met gewondenjeeps te evacueren. Belangrijk was dat dit gebeurde "zonder de [militaire] operaties al te zeer te storen", aldus nog steeds Trommel, waaruit duidelijk naar voren kwam dat de gevechtseenheden op het slagveld voorrang kregen op de medische troepen.<sup>296</sup>

Ook anderen pleitten voor een versterking van de geneeskundige component van de divisie.<sup>297</sup> Een verdere discussie hierover, "die aan de doctrinevorming binnen de Nederlandse militair geneeskundige dienst een waardevolle bijdrage had kunnen leveren", werd echter tot spijt van een criticus "gecoupeerd op een wijze, die niet in overeenstemming was met de wetenschappelijke standing van ons Nederlandse vakblad [het NMGT]".<sup>298</sup> Toch lieten officieren de gedachte van een geneeskundige versterking van de divisie niet los. Enige jaren later stelde een officier van de Geneeskundige troepen, G.S.J. Goverts, dat de MGD in staat moest zijn

---

<sup>294</sup> 'Naschrift van de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht en Koninklijke Luchtmacht', *NMGT* 9:11 (1956) 321.

<sup>295</sup> J.H. Trommel, 'Oorlogvoering en de geneeskundige dienst', *NMGT* 9:3 (1956) 91.

<sup>296</sup> Trommel, 'Oorlogvoering', 91.

<sup>297</sup> H.J. Bartelings en P. van den Broek, 'Gedachten over de "New Look" van de Geneeskundige Dienst', *NMGT* 9:11 (1956) 319.

<sup>298</sup> Van den Broek, 'De militair geneeskundige dienst', 328.

om conventionele en nucleaire gewonden binnen redelijke tijd af te voeren, in elk geval zolang de verdediging standhield.<sup>299</sup> Om die reden vond hij dat de geneeskundige dienst van de divisie moest worden uitgebreid met twee hulpposteenheden, twee draagbaarpelotons, een verbandplaatspeloton, een chirurgische ploeg en een shockbehandelingsploeg. Voorts was de aanvulling van een gewondenjeep en een douche-installatie gewenst voor de ABC-ontsmetting. Deze eenheden konden eventueel worden samengesteld uit geneeskundige eenheden op legerkorpsniveau.

Het laatste van de drie kernbegrippen was flexibiliteit, ook wel aangeduid als soepelheid of aanpassingsvermogen. Dat betekende in de eerste plaats het kunnen loslaten van starre organisatieschema's. De mogelijkheid tot 'schuiven' met verzorgingseenheden moest worden ingebouwd. Zo kon de bataljonscommandant vanuit de 'goederentrein', waar zich het leeuwendeel van de verzorgende eenheden van het bataljon bevonden, extra geneeskundige capaciteit toewijzen aan de zogenaamde 'gevechtstrein' van het bataljon, die verantwoordelijk was voor verzorging van de eenheden tijdens het gevecht.<sup>300</sup>

Een officier maakte in 1960 in het NMGT een vrij gedetailleerde schets van geïmproviseerde hulpverlening na een kernexplosie in het frontgebied.<sup>301</sup> Volgens hem begon alles bij het vergaren van inlichtingen over het nulpunt, de springhoogte, het 'kaliber', de weersomstandigheden, en de troepsituatie op het moment van de aanval. Op basis daarvan moest de divisiearts in allerijl een schatting maken van de verliezen.<sup>302</sup> De volgende stap was in samenspraak met de divisiecommandant bepalen welke geneeskundige middelen moesten worden toegewezen aan de commandant binnen het getroffen explosiegebied. Als vuistregel gold dat er voor elke 250 gewonden minimaal een hulppost was vereist, die de beschikking had over een draagbaarpeloton (aangevuld met gewondenjeeps) om de gewonden te verzamelen. Ziekenauto's en gewondenjeeps moesten zo mogelijk worden aangevuld met gewone vrachtauto's. Daarbij merkte de auteur wel op dat het overige militaire verkeer van de evacuatie geen hinder mocht ondervinden.<sup>303</sup>

De officier vervolgde zijn artikel met een beschrijving van de geneeskundige inrichtingen. Het eerste verzamel- en ontsmettingspunt was de met specialistenploegen versterkte verbandplaats, die was aangewezen voor het gereedmaken van gewonden voor verder transport naar achteren. Niet-vervoerbare gewonden konden hier medische behandeling ondergaan. De afstand van de verbandplaats tot het explosiepunt moest relatief klein zijn, doch ver genoeg om geen hinder te

---

<sup>299</sup> G.J.S. Goverts, 'De uitwerking der kernwapenexplosies en de daaruit voortvloeiende maatregelen voor de geneeskundige dienst III', *NMGT* 13:12 (december 1960) 366.

<sup>300</sup> J.B.M. van den Boom, 'De echelonnering van de bevelvoerings- en verzorgingsorganen van een pantserinfanteriebataljon (mech) tijdens het beweeglijk optreden', *Militaire Spectator* 132:1 (1963) 14-15.

<sup>301</sup> Goverts, 'De uitwerking', 366.

<sup>302</sup> Ibidem.

<sup>303</sup> Ibidem.

ondervinden van “nablijvende radioactiviteit”.<sup>304</sup> De schrijver benadrukte dat geneeskundigen zoveel mogelijk gebruik moesten maken van reeds bestaande plaatselijke onderkomens. Met behulp van kaart- en terreinstudie moesten hulp-posten en verbandplaatsen worden ingericht in “oude versterkingen, kastelen, bunkers, schuilkelders, gewelven, spoorweg- en autotunnels.” Het betrekken van zulke onderkomens kostte minder tijd dan het opzetten van een tentenkamp.<sup>305</sup>

Ook andere auteurs benadrukten het belang van flexibiliteit en improvisatie onder rampomstandigheden, niet in de laatste plaats bij de rolverdeling van het personeel. De beperkte medische capaciteit moest optimaal worden benut. Dat maakte het absoluut noodzakelijk dat geneeskundigen zich beperkten tot strikt medische zaken.<sup>306</sup> Zo moest het lokaliseren en evacueren van slachtoffers – normaal gesproken een taak van gewondenverzorgers – worden overgelaten aan leken. Zo konden de gewondenverzorgers hun aandacht richten op de behandeling van lichtgewonden. De leiding berustte in dat scenario bij officieren van de Geneeskundige troepen (die wel medische basiskennis hadden maar geen medisch-academische opleiding). Artsen konden zich dan volledig storten op de moeilijkste taken: de triage en behandeling van zwaargewonden. In augustus 1952, tijdens de *Medical Planning Conference* aan het *Supreme Headquarters Allied Powers in Europe* (SHAPE) in Parijs, stelde *Captain Coggins*, de afgevaardigde van het Amerikaanse *Special Weapons and Research Bureau* van de NAVO dat in een atoomoorlog vermoedelijk niet meer dan één op de vijfhonderd slachtoffers door een medicus kon worden behandeld. De Amerikaan concludeerde: “Iedere burger of militair zal dus eerste-hulpmaatregelen moeten leren.”<sup>307</sup>

De IGDKL, die bij deze conferentie aanwezig was geweest, had met speciale belangstelling geluisterd naar de mededelingen over de medische aspecten van de atoomoorlog.<sup>308</sup> Hij hechtte grote waarde aan beschermende maatregelen, maar over verschillende onderwerpen bestond nog geen eenduidigheid. Zo waren de meningen verdeeld over de bescherming van een verbandplaats of hospitaal tegen gammastraling. Enerzijds werd voorgesteld om de hele verbandplaats in te graven ter bescherming tegen atoomwapens. Amerikaans onderzoek had namelijk uitgewezen dat zelfs ondiepe putten de stralingsdosis tot een zestiende van de oorspronkelijke waarde konden verminderen.<sup>309</sup> Toch hadden praktische bezwaren de overhand. Een auteur had berekend dat de bescherming van een minimaal aantal tenten zeer veel tijd kostte. Zulke werkzaamheden hielden het hele hospitaal-

---

<sup>304</sup> Ibidem.

<sup>305</sup> J. de Lange, ‘Ingraven, ook de verbandplaats!’, *NMG* 13:4 (april 1960) 99.

<sup>306</sup> Van der Giessen, ‘Verslag’, 33-44.

<sup>307</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Samenvatting voordracht *Captain Coggins* U.S.N. M.C. tijdens de *Medical Planning Conference* 13 en 14 augustus 1952.

<sup>308</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3942. J.Th. Wilkens, kort verslag van de conferentie van de chefs van de geneeskundige diensten der NATO-landen, gehouden in het hoofdkwartier van SHAPE te Parijs, 2 t/m 4 oct.

<sup>309</sup> J. de Lange, ‘Schuilplaatsen tegen radio-actieve neerslag’, *NMG* 13:6 (juni 1960) 192.

personeel meer dan tien uur onafgebroken bezig. Zelfs met graafmachines kostte het nog zeven uur arbeid om vier cruciale afdelingen inclusief chirurgische tent in te graven.<sup>310</sup> Zulke werkzaamheden pasten misschien wel bij een loopgravenoorlog, maar niet bij het soort beweeglijk optreden dat de Generale Staf voor ogen stond. Het risico van fall-out werd daarmee aanvaard: bij plotselinge radioactieve neerslag moest iedereen zichzelf maar zien te redden.

De bovenstaande uitgangspunten kwamen in september en oktober 1957 aan de orde tijdens het 15<sup>e</sup> congres van het *Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires*. Tijdens de bijeenkomst kwam het tot een algemene consensus dat de massale aantallen slachtoffers alleen met behulp van naburige geneeskundige en niet-geneeskundige eenheden konden worden opgevangen. De noodzaak om te improviseren werd daarmee letterlijk aanvaard. Op het eerste echelon mocht slechts een minimum aan medische hulp worden geboden.<sup>311</sup> Adequate medische hulp ter plaatse was uitgesloten, geen enkele organisatie was voor die taak toegerust. Uitgangspunt was de gewonden, met verbeterde transportmiddelen, zo snel en efficiënt mogelijk af te voeren tot buiten het rampgebied. Uiteindelijk lag het lot van de patiënten in handen van militair-geneeskundigen op hogere echelons en medici in burgerziekenhuizen, maar die zorg moesten alle op het congres vertegenwoordigde landen naar eigen inzicht organiseren.

Gezien de NAVO-verliesverwachtingen leek een uitbreiding van de MGD een logische keuze, maar lag dat niet zo eenvoudig. Naar aanleiding van het bovengenoemde congres concludeerde de IGDKL dat er juist *geen* uitbreiding van de geneeskundige diensten te velde nodig was. Dit is natuurlijk een opvallende uitspraak, zeker omdat hij niet vermeldde waarop hij zijn standpunt baseerde. Maar nemen we het medisch potentieel in Nederland in ogenschouw, dan wordt evenwel duidelijk dat een uitbreiding van de militair-geneeskundige capaciteit vanuit medisch oogpunt uiteraard wel wenselijk was, maar simpelweg niet mogelijk. De inspecteur wist dat het al moeilijk genoeg was de MGD op de huidige sterkte te handhaven, laat staan de organisatie uit te breiden. Veel functies voor beroepsofficieren-arts waren nog vacant, een kwestie die in Hoofdstuk 6 nog uitgebreid aan de orde komt. In de overweging van de inspecteur zal ook hebben meegespeeld dat de medische capaciteit van de burgerziekenhuizen in oorlogstijd niet verder in gevaar mocht komen door nog meer artsen in militaire dienst op te roepen. De complexe kwestie van de verbondenheid van de militaire en civiele zorgsector komt in hoofdstuk 4 nog aan bod.

Een uitbreiding van de geneeskundige dienst was dus niet aan de orde, maar ook een reorganisatie van de bestaande capaciteit moest wachten. De Generale Staf wilde namelijk het gehele logistieke apparaat beter afstemmen op de noden van moderne gevechtseenheden. Al met al betrof het een complexe opdracht, die naar

---

<sup>310</sup> Ibidem.

<sup>311</sup> Van der Giessen, 'Verslag', 42.

goed militair gebruik werd uitbesteed aan een werkgroep van deskundigen.<sup>312</sup> Als voorbeeld nam zij de Amerikaanse *Pentomic division*, een afgeslankte divisie die was afgestemd op de eisen van het atomaire slagveld.<sup>313</sup> De zogenaamde 'divisie atoom' was gestructureerd rond gevechtsgroepen die naar gelang de omstandigheden de beschikking kregen over gevechtssteun en verzorgende eenheden, zodat zij zelfredzaam waren en meer verspreid konden optreden. In 1957 verkoos de Generale Staf een gefaseerde implementatie van de divisie atoom: eerst moesten de gevechtseenheden de nieuwe structuur aangemeten krijgen, daarna kwam de logistieke component aan de beurt. Een gelijktijdige reorganisatie zou het leger te veel ontwrichten. De MGD moest geduld hebben.<sup>314</sup>

### **De MGD in beweging**

Terwijl de Generale Staf zich boog over de nieuwe organisatiestructuur, waren op NAVO-niveau besluiten genomen die de verdere koers en organisatie van de KL en de MGD zouden bepalen. Deze besluiten hingen samen met een strategische koerswijziging. In mei 1957 aanvaardde de NAVO officieel de strategie van *massive retaliation* (zoals gezegd al sinds 1953 het strategisch uitgangspunt van de vs). Grootschalige agressie van het Warschaupact zou met massale nucleaire middelen worden beantwoord, op strategisch niveau, maar ook op het slagveld met tactische kernwapens. Dit gegeven moest de Sovjet-Unie ervan weerhouden een aanval uit te voeren, want dat zou onherroepelijk leiden tot haar vernietiging. De aanvaarding van deze strategie maakte de grondtroepen van de NAVO echter niet meteen overbodig. Zij moesten allereerst incidenten, infiltraties en plaatselijke aanvallen het hoofd kunnen bieden zonder meteen kernwapens in te zetten. Ook dienden zij in staat te zijn een vijandelijk kernwapenoffensief lang genoeg te overleven zodat de NAVO de tijd kreeg om een vernietigend tegenoffensief te lanceren (*second strike capability*).<sup>315</sup>

Essentieel was de vijand zo ver mogelijk oostwaarts tegen te houden. In 1958 besloot het bondgenootschap de Rijn-IJssellinie te verlaten en de Weser-Fuldalinie aan te wijzen als de belangrijkste verdedigingslinie. Dit confronteerde de legerleiding echter wel met nieuwe problemen. Zij moest ervoor zorgen dat de eenheden van het legerkorps na waarschuwing, het zogenaamde *simple alert*, op tijd hun verdedigingsposities konden bereiken. Dat gold ook voor de MGD, die met de invoering van de voorwaartse verdediging te maken kreeg met een veel langere geneeskundige afvoerketen. In 1963 trad dat probleem nog sterker naar voren toen

---

<sup>312</sup> Een mogelijke aanvullende verklaring voor de trage heroriëntatie was dat de vs het voortouw moest nemen. Ook de beperkte financiering zal een rol hebben gespeeld.

<sup>313</sup> De achtergronden van de *Pentomic Division* worden beschreven in: Linn, *Elvis's Army*.

<sup>314</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 152-156; C. Sieben, *Beheersing van militaire macht. Een studie naar enkele ontwikkelingen van wapentechnologie, de sturctuurkenmerken van militaire organisaties en de aanpak van het beheersingsvraagstuk* (Meppel 1991) 71, 73.

<sup>315</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 166-174.

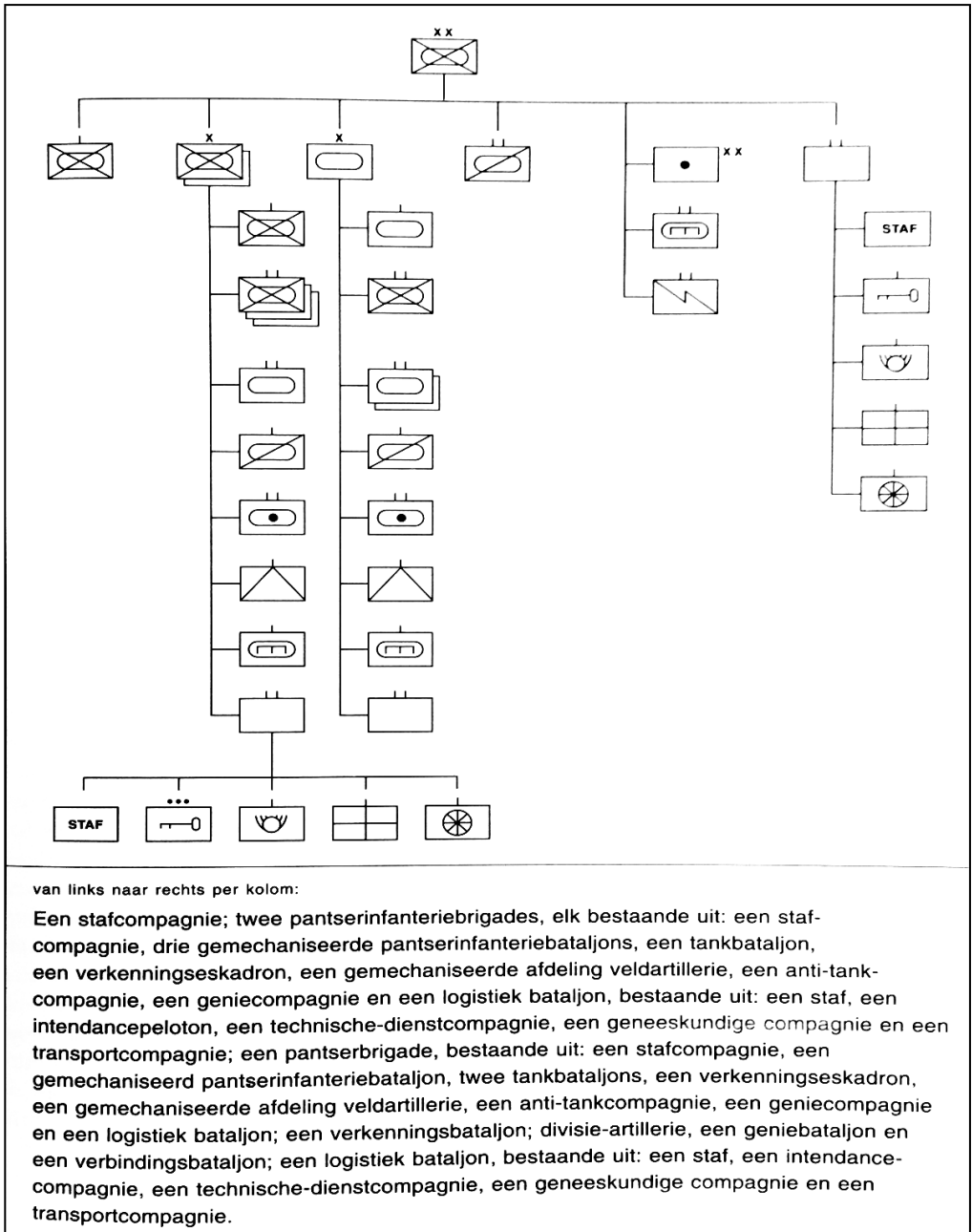
de NAVO besloot dat de vijandelijke strijdkrachten ten oosten van de Weser moesten worden vernietigd. De aan- en afvoerlijnen van het legerkorps werden daarmee nog verder opgerekt. Daarmee drong zich het probleem op van *maldeployment*, ofwel de vraag of het voltallige legerkorps met logistieke steun in staat was op tijd het slagveld te bereiken. De permanente legering van enkele parate eenheden in West-Duitsland loste dit probleem niet op, want het viel te betwijfelen of die troepen de vijand lang genoeg konden tegenhouden.

Ondanks de operationele problemen, moest de militaire organisatie moest aan deze nieuwe strategie worden aangepast, zoveel was duidelijk. Mobiliteit en reactietijd speelde een uiterst belangrijke rol in de strategische koerswijziging. Vanuit deze overwegingen had de *Commander Landforces Central Europe* (LANDCENT) in 1958 een nieuwe organisatiestructuur ontwikkeld, die het beweeglijk optreden onder voortdurende nucleaire dreiging centraal stelde (*Figuur 8*). De zogenaamde LANDCENT-structuur diende als blauwdruk voor de divisie van alle NAVO-legers, maar we zullen zien dat er nog wel enige ruimte was voor een eigen, nationale, inbreng, vooral voor wat betreft de materiële samenstelling.

Vanaf eind 1960 begonnen de inmiddels parate 1 en 4 Divisie met hun transformatie. Zij werden het komende decennium *gemotoriseerd* en *gemechaniseerd*. Jan Soldaat, die voorheen naar het front marcheerde, zou zich voortaan onder voortdurende kernwapendreiging in gepantserde voertuigen over het slagveld verplaatsen. De gemotoriseerde pantserinfanteriebataljons kregen gepantserde wielvoertuigen; de gemechaniseerde pantserinfanteriebataljons gingen bestaan uit pantserrupsvoertuigen. De vuurkracht en beweeglijkheid van de gevechtseenheden namen daardoor sterk toe. Mobiliteit maakte een grotere spreiding mogelijk, waardoor eenheden een “minder lonend” ofwel minder logisch kernwapendoel vormden. De gepantserde voertuigen boden voorts een zekere mate van bescherming tegen de effecten van kernwapens. Verder konden de gepantserde eenheden vanuit een verspreide opstelling snel een nieuwe (geconcentreerde) uitgangspositie betrekken voor het voeren van een solide verdediging of tegenaanval.

De realisatie van de nieuwe LANDCENT-structuur ging niet over één nacht ijs. In plaats van de gemengde gevechtsgroepen van de ‘divisie atoom’ ging de divisie bestaan uit twee pantserinfanteriebrigades en een pantserbrigade, plus ondersteunende en verzorgende divisietroepen. Om wanorde te vermijden, verliep de reorganisatie stapsgewijs. Eerst kwamen de gevechtseenheden aan de beurt. De ondersteunende eenheden moesten wederom wachten. Dat kon in feite ook niet anders, want de indeling van de geneeskundige component binnen de divisie was nog een twistpunt. De vraag was over welke organieke geneeskundige steun de bataljonscommandanten, de brigadecommandanten en de divisiecommandant moesten beschikken. Omdat een uitbreiding van de totale personeelscapaciteit onmogelijk was, ging een vergroting van de geneeskundige capaciteit op het ene niveau, automatisch ten koste van een ander niveau. Een uitbreiding van het aantal

voertuigen viel wel te realiseren, maar ook over de verdeling van nieuwe transportmiddelen voor de geneeskundige eenheden was het laatste woord nog niet gezegd.



**Figuur 8:** De Landcent-divisie, met daarbinnen de geneeskundige onderdelen.



Aan de indeling van de geneeskundige pelotons van de manoeuvre-eenheden ging de nodige discussie vooraf.<sup>316</sup> Op last van de IGDKL werd in 1961 een speciale werkgroep ingesteld die verschillende voorstellen deed. Uiteindelijk viel de keuze op een uitbreiding van de geneeskundige pelotons van de gemechaniseerde (met gepantserde rupsvoertuigen uitgeruste) pantserinfanteriebataljons met drie AMX-gewondentransportvoertuigen en extra gewondenjeeps en ziekenauto's.<sup>317</sup> De geneeskundige pelotons van de gemotoriseerde pantserinfanteriebataljons kregen een ambulance-versie van het DAF YP-408 pantserwielvoertuig toegewezen. De geneeskundige pelotons van de cavalerie- en verkenningseenheden werden uitgerust met M113 pantserrupsgewondenvoertuigen. In alle pelotons verdwenen de draagbaarploegen want die voldeden niet meer aan de aangescherpte mobiliteitseisen. Na goedkeuring van de voorstellen, en nadat de genoemde voertuigen vanaf 1964 uit de fabriek rolden, ging de reorganisatie van de geneeskundige pelotons van de manoeuvre-eenheden van start.

De reorganisatie van het geneeskundig bataljon, verantwoordelijk voor de tweede echelons geneeskundige zorg van de divisie, verliep moeizamer. Enerzijds gingen er stemmen op om dit bataljon op te heffen en de vrijgekomen middelen te verdelen over de geneeskundige compagnieën van de brigades. Dit maakte de brigades zelfstandiger, zo ging de gedachte. Anderzijds werd gesteld dat een versterking van de geneeskundige compagnieën ten koste ging van de beweeglijkheid van de brigades. Een tussenoplossing leek voorlopig het beste. Het geneeskundig bataljon op divisieniveau bleef dus voorlopig behouden maar werd wel splitsbaar zodat de geneeskundige capaciteit desgewenst onder bevel van de zelfstandig opererende brigades kon worden gesteld.<sup>318</sup>

De IGDKL kreeg eind 1961 opdracht van de sectie G4 (logistiek) van de Generale Staf om de reorganisatie van het splitsbare geneeskundig bataljon vorm te geven, maar ook daaraan zaten nog haken en ogen. Als voorwaarde gold dat de bataljonsstaf gehandhaafd moest blijven en een uitbreiding van het personeelsbestand was uitgesloten. Toch diende de IGDKL een organisatievoorstel voor een groter bataljon in. De officieren van de sectie G1 (organisaties) van de Generale Staf konden dit niet aanvaarden en maakten een nieuw ontwerp. Het geneeskundig bataljon 'nieuwe stijl' beschikte over een bataljonsstaf en een stafdetachment, en vier gelijke geneeskundige compagnieën, elk bestaande uit een verzamelplaatspeloton en een ziekenautospeloton voor het verzamelen en transporteren van zieken en gewonden, alsmede een verbandplaatspeloton. Dat laatste beschikte over

---

<sup>316</sup> G.J.S. Goverts, 'De geneeskundige dienst en de reorganisatie van de infanteriedivisie (I)', *Militaire Spectator* 132:5 (1963) 219.

<sup>317</sup> Overigens was de keuze voor het AMX-materieel van Franse makelij niet onbetwist omdat de relatief lage hoogte van het interieur ertoe leidde dat patiënten in een ongemakkelijke houding moesten zitten. Zie verder: G.H. Louwen, 'Ontwikkelingen op het gebied van gewondenvervoer bij de Koninklijke Landmacht', *NMGT* 16:1 (januari 1963) 253-260.

<sup>318</sup> Sieben, *Beheersing*, 92

honderd bedden, een chirurgische groep met een operatietafel en enkele andere specialisten. Per operatietafel konden per etmaal gemiddeld dertig spoedeisende operaties worden verricht.<sup>319</sup> Zo kon de divisie dagelijks hulpverleners aan 120 zwaargewonden, althans op papier.

Met de implementatie van dit organisatie-model in 1963 kwamen echter de nodige gebreken aan het licht. In september van dat jaar liet de legerkorpscommandant de CGS weten dat de nieuwe organisatievorm niet voldeed.<sup>320</sup> Het stafdetachment van het geneeskundig bataljon had te weinig personeel om zijn taken goed te kunnen uitvoeren. Bij de geneeskundige compagnieën schortte het nog aan de interne logistiek, ofwel de aanvoer en verdeling van medicamenten, voeding en brandstof. Een mogelijkheid was de toevoeging van een verzorgingspeloton en de uitbreiding van de bataljonsstaf met een stafdetachment tot een sterkte van 89 man, maar deze maatregelen brachten de sterkte weer terug op het niveau van de oude organisatie. De Generale Staf ging uiteindelijk akkoord met de uitbreiding van het aantal staffuncties, maar met de indeling van een verzorgingspeloton stemde de stafofficier (G4) niet in.<sup>321</sup> De geneeskundige compagnieën moesten het doen met de bevoorrading die zij al tot hun beschikking hadden.

De organisatorische perikelen binnen de MGD zijn hier bewust wat uitvoerig geschetst omdat zij laten zien dat er met veel - en deels tegen elkaar in werkende - factoren rekening moest worden gehouden. De legerleiding wilde beweeglijke en zelfstandig optredende brigades, maar hoe groter de logistieke ondersteuning des te logger zij werden. Pas begin 1967 nam de organisatie een vaste vorm aan. De onderdelen van het splitsbare geneeskundig bataljon werden definitief ondergebracht als geneeskundige compagnieën binnen de brigades. Zo beschikte elke brigade over een verbandplaatspeloton en een ziekenautospeloton. Daarnaast had elk manoeuvrebataljon een met gepantserde gewondentransportvoertuigen uitgerust geneeskundig peloton.<sup>322</sup>

Het geneeskundig bataljon (waar de verbandplaatsen tot dan toe waren ingedeeld) verdween uit de organisatie. Omdat ook de andere ondersteunende eenheden op divisieniveau verdwenen, was daarmee de overgang naar de LANDCENT-structuur een feit. Het proces van mechanisatie en motorisatie was afgerond. Het legerkorps beschikte over zes geheel zelfstandige brigades, elk met een eigen geneeskundige component (*Figuur 9*). Daarbij moet worden aangetekend dat de geneeskundige ondersteuning op legerkorpsniveau op hoofdlijnen ongewijzigd bleef. Bevredigend was de nieuwe organisatie echter niet. De zelfstandige brigades waren minder snel en beweeglijk dan gewenst.<sup>323</sup> In de militaire publicistiek

---

<sup>319</sup> G.J.S. Goverts, 'De geneeskundige dienst en de reorganisatie van de infanteriedivisie (slot)', *Militaire Spectator* 132:8 (1963) 381.

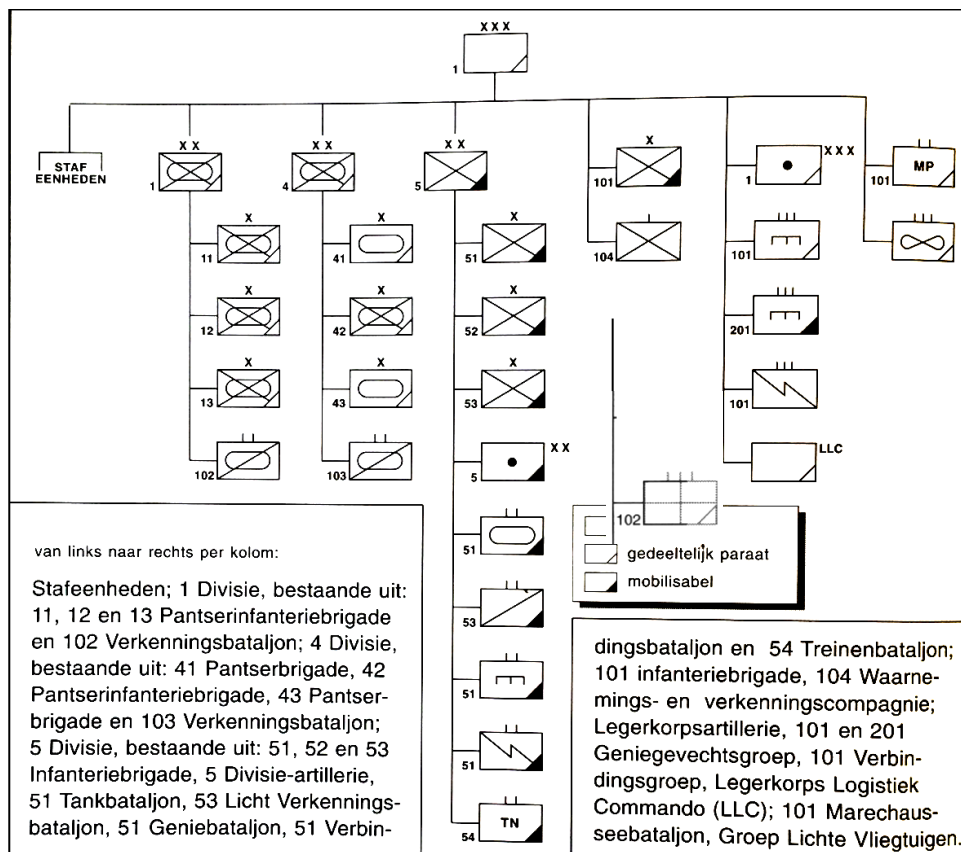
<sup>320</sup> Sieben, *Beheersing*, 92.

<sup>321</sup> *Ibidem*.

<sup>322</sup> M113, AMX-13, YP-408, YPR-765.

<sup>323</sup> Roozenbeek ed., *In dienst*, 169.

verschenen dan ook telkens nieuwe suggesties voor verbetering. Het dilemma van de mobiliteit versus logistieke zelfstandigheid bleef de organisatorische discussies tijdens de Koude Oorlog bepalen.<sup>324</sup>



**Figuur 9:** Samenstelling 1 Lk eind 1971. De zes pantser- en pantserinfanteriebrigades hadden elk een geneeskundige compagnie. 102 geneeskundige groep (groen) is in figuur 6 uitgewerkt.

### Naar een nieuw oorlogsscenario

Verleggen we de blik van de organisatievorming naar de strategie, dan valt op dat het concept van *Massive Retaliation* op zijn zachtst gezegd omstreden was. Politici, militairen en wetenschappers begrepen al begin jaren vijftig dat het verloop van een kernoorlog niet viel te voorspellen, of die nu met tactische of strategische kernwapens zou worden gevoerd. Soms gaven ze dat openlijk toe. Toen er bij de NAVO-stafoefening *Carte Blanche* in juni 1955 een atoomoorlog werd gesimuleerd, citeerde *Trouw* een hooggeplaatste Amerikaanse luchtmacht officier die zei dat het

<sup>324</sup> T. van den Berg, 'De geneeskundige dienst in de moderne oorlogvoering', *Militaire Spectator* 135:2 (1966) 88; Gramberg, 'Gemoderniseerde', 132-133.

daadwerkelijk voeren van een atoomoorlog “een dwaze waan” was.<sup>325</sup> President Eisenhower verwoordde dat in 1959 beeldender: “you might as well go out and shoot everyone you see and then shoot yourself.”<sup>326</sup> De militaire beroepsgroep moest daarom zien te wennen aan het idee dat de functie van de krijgsmacht hoofdzakelijk was gelegen in haar afschrikkende werking. De socioloog Morris Janowitz schreef in 1968: “The military profession must face the political imperative that the outbreak of war is no longer seen inevitable nor in the national interest.”<sup>327</sup>

Het voorkomen van oorlog was dus allesbepalend, maar toch bleef één vraag de gemoederen bezighouden: wat als de afschrikking zou falen? Vooral onder Amerikaanse defensiedeskundigen bestonden er ernstige zorgen dat een inschattingfout kon leiden tot een wereldwijde nucleaire oorlog, waarbij niet alleen de Sovjet-Unie maar ook Europa en de vs van de aardbodem zouden verdwijnen. De Sovjet-Unie beschikte namelijk over een steeds groter kernwapenarsenaal en vooral ook de mogelijkheid om een *second strike* uit te voeren. Een ongeluk of misverstand kon een massale wederzijdse vernietiging met nucleaire wapens uitlokken. Met dat doemscenario voor ogen, begonnen deskundigen tegen het einde van de jaren vijftig te pleiten voor een grotere strategische keuzemogelijkheid of flexibiliteit.<sup>328</sup>

Die twijfels speelden ook in Washington. Het jaar 1961 markeerde een nieuwe fase in het strategisch beleid van de vs. De in 1953 door president Eisenhower ingevoerde strategie van *Massive Retaliation* (zoals gezegd in 1957 ook door de NAVO omarmd) werd door de nieuwe regering van president Kennedy verlaten. De Amerikaanse defensie-minister Robert S. McNamara (1961-1968) ging aan het werk om de strategische opties van zijn land uit te breiden. Daaruit kwam het idee voort dat een nucleaire oorlog niet per se totaal en allesvernietigend hoefde te zijn, maar kon worden gevoerd “in much the same way more conventional military operations have been regarded in the past”, waarbij het hoofddoel was “the destruction of the enemy’s military forces, not his civilian population”.<sup>329</sup> Erg overtuigd van dit idee raakte McNamara echter niet.<sup>330</sup> Na de uiterst gespannen situatie rond de Cuba Crisis in oktober 1962 kwamen de autoriteiten in het Witte Huis in Washington tot het inzicht dat een beperkte, controleerbare kernoorlog een illusie was.<sup>331</sup> Volgens schattingen had zelfs een ‘beperkte’ kernoorlog naar schatting minstens tien miljoen doden tot gevolg, wat volkomen onaanvaardbaar was. Het beste was om oorlog tussen de supermachten uit te sluiten met de garantie

---

<sup>325</sup> ‘Winnen van een atoomoorlog is een dwaze waan’, *Trouw* 29 juni 1955.

<sup>326</sup> John Lewis Gaddis, *The Cold War. A new history* (New York 2005) 66.

<sup>327</sup> Morris Janowitz, ‘Armed forces and society: a world perspective’ in: Jaques van Doorn ed., *Armed forces and society. Sociological Essays* (Den Haag en Parijs 1968) 16.

<sup>328</sup> Henry Kissinger, *Nuclear Weapons and Foreign Policy* (New York 1957).

<sup>329</sup> Gaddis, *The Cold War*, 79.

<sup>330</sup> Hij was “deeply sceptical of their actual use”. Bridger, *Scientists at War*, 33. Zie ook: Robert McNamara, *Blundering Into Disaster: Surviving the First Century of the Nuclear Age* (New York 1986).

<sup>331</sup> Gaddis, *The Cold War*, 79.

van volkomen wederzijdse vernietiging. Tegen die achtergrond ontstond de term MAD – *mutual assured destruction*.

Wel hield de gedachte stand dat beperkte agressie van de Sovjet-Unie niet automatisch hoefde te leiden tot een nucleair armageddon. De behoefte aan strategische keuzevrijheid kreeg bestond ook binnen de NAVO. Deskundigen vonden dat het mogelijk moest zijn om het verloop van een incident of lokaal conflict eerst af te wachten. Pas als de vijand bewust overging tot escalatie, dan zou het bondgenootschap met gepaste middelen antwoorden. Of dat gebeurde met conventionele of nucleaire middelen, werd bewust in het midden gelaten. Juist hiervan ging een afschrikwekkende werking uit, zo werd gehoopt. Deze onzekerheid had echter een keerzijde: de Franse president Charles de Gaulle of vroeg zich hardop af of de vs nog wel bereid was de Europese bondgenoten in een lokaal conflict te steunen met tactische kernwapens, aangezien dat automatisch zou leiden tot escalatie en de vernietiging van Amerikaanse steden. De West-Europese veiligheid was weliswaar een Amerikaans belang van de eerste orde, maar daarmee was de vraag naar de geloofwaardigheid van die garantie nog niet beantwoord.<sup>332</sup> Desondanks woog het voordeel – minder afhankelijk worden van kernwapens en de risico's op een kernoorlog verkleinen – uiteindelijk het zwaarst.

De officiële invoering van de strategie van *Flexibility in response* door de NAVO in 1967, in het Nederlands vaak vertaald als het aangepaste antwoord, had op de lange termijn een bepalende invloed op de bondgenootschappelijke verdedigingsplannen.<sup>333</sup> “Our whole thinking must change”, zo verzekerde de commandant van de Northern Army Group (NORTHAG) zijn legerkorpscommandanten.<sup>334</sup> Waar het Nederlandse legerkorps tot die tijd uitging van vroegtijdige Amerikaanse atoomsteun om een Sovjetaanval te stoppen, moest voortaan een *direct defence* de vijandelijke aanval indammen of neutraliseren. Dat verhoogde zogeheten atoomdrempel, maar vergde ook een versterking en modernisering van de conventionele strijdkrachten, wat grote financiële consequenties had voor alle NAVO-bondgenoten.

De invoering van de nieuwe strategie onderstreepte ook de operationele kwetsbaarheden van het legerkorps. In een crisissituatie moest het in staat zijn om minimaal dertig uur het vertragend gevecht te voeren, want dit gaf de wereldleiders

---

<sup>332</sup> Voor een heldere uitleg van de strategische ‘koppeling’ tussen de vs en Europa, zie: B.J. van Eenenaam, *48 kruisraketten. Hoogspanning in de lage landen* (‘s-Gravenhage 1988) 17-20.

<sup>333</sup> De strategie van *Flexibility in response*, die was neergelegd in het document MC 14/3, werd op 12 december 1967 goedgekeurd door de Defence Planning Committee van de NAVO en formeel door de NAVO aangenomen op 16 januari 1968. De Koude Oorlog historicus Vojtech Mastny omschrijft het doel van de nieuwe strategie als “confronting the ‘enemy with a credible threat of escalation in response to any type of aggression below the level of a major nuclear attack,’ the strategy was in fact that of ‘flexible escalation.’” Zie: Vojtech Mastny, ‘Was 1968 a Strategic Watershed of the Cold War?’, *Diplomatic History* 29-1 (january 2005); Christopher J. Wattersen, ‘Nuclear weapons and limited war: A return to the nuclear battlefield?’, *Comparative Strategy* 39:1 (2020) 20.

<sup>334</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 227.

extra bedenktijd alvorens zij op de 'nucleaire knop' zouden drukken. Maar volgens deskundigen was de waarschuwingstijd te kort. Waar eerder nog werd uitgegaan van 72 uur, moesten de troepen hun posities nu in 48 uur bereiken. De kans dat het legerkorps niet op tijd beschikbaar zou zijn, nam daardoor toe: de verbetering van de reactietijd was voor de legerleiding een zeer urgent vraagstuk. Enkele reorganisaties van de gevechtseenheden en de logistieke structuur werden in gang gezet. Omdat een bespreking verder niet bijdraagt aan een antwoord op de vraagstelling van dit hoofdstuk, zullen we deze organisatorische kwesties hier laten rusten. Belangrijker is het om verder in te gaan op de gevolgen van de nieuwe strategie voor het oorlogsbeeld waarmee de NAVO rekening hield.

### **De slapende vulkaan**

De invoering van de nieuwe strategie maakte dus geen einde aan de bestaande twijfels. Waren de conventionele troepen wel sterk genoeg voor hun verdedigende taak? Bij een nadere uitwerking van de operationele plannen van het legerkorps bleek de verdediging voorlopig in sterke mate afhankelijk van nucleaire wapens, die nog altijd het hoofdbestanddeel van de afschrikking en het allerlaatste redmiddel van de NAVO-verdediging vormden. "Should deterrence fail each [side] envisaged a period of conventional war – read war in the old style, but done better with modern technologies and communications – followed by nuclear strikes as one side or another began to lose the conventional battle: strategic on the opponent's homeland and tactical on his forces", Aldus Rupert Smith in zijn bekende boek *The utility of force*.<sup>335</sup>

Academici achtten de (eerste) inzet van tactische kernwapens door het Westen echter zeer onwaarschijnlijk.<sup>336</sup> Ook militairen dachten er zo over: "Ieder weldenkend mens kan met zijn klompen aanvoelen dat de [eigen] inzet van kernwapens, of dat nu tactische of strategische zijn, in een dichtbevolkte streek als Midden-Europa met de dag problematischer wordt", aldus generaal b.d. en oud-legerkorpscommandant E.J.C. van Hootegem in 1968.<sup>337</sup> Hij pleitte voor een wezenlijke versterking van de conventionele troepen, maar daarvoor leek het te ontbreken aan politieke wil. Zo bleven er onzekerheden over de geloofwaardigheid van de verdediging en de rol van kernwapens daarin.

Over de mogelijke inzet van massavernietigingswapens door de vijand viel alleen maar te speculeren. Zijn *intentions* waren immers onbekend. In rapporten van de Westerse inlichtingendiensten lag de aandacht daarom op zijn *capabilities*, ofwel datgene waartoe het Warschaupact in staat was. In 1970 verscheen de stafstudie

---

<sup>335</sup> Rupert Smith, *The utility of force. The art of war in the modern world* (Londen 2005) 190.

<sup>336</sup> Philip W. Dyer, 'Will Tactical Nuclear Weapons Ever be Used?', *Political Science Quarterly* 88-2 (juni 1973) 214-229.

<sup>337</sup> E.J.C. Van Hootegem, 'De nieuwe NAVO-strategie. Commentaar op Commentaar', *Militaire Spectator* 136:1 (januari 1968) 4.

*NBC-bescherming ten behoeve van de legerplanning voor de middelbare en lange termijn.*<sup>338</sup> De algemene strekking was dat de vijand beschikte over “een groot aantal” kleine en zware kernwapens, dus moest de KL met de massale inzet ervan rekening houden. De kleine kernwapens konden overal langs het front worden verwacht. Grotere kernwapens van 10 tot 100 kiloton waren te verwachten tegen wijdverspreide doelen zoals eenheden in reserve waarvan de locatie niet nauwkeurig bekend was bij de vijand. Kernwapens van het megaton-vermogen, leenden zich bij uitstek om radioactief besmette gebieden te creëren op de flanken van een doorgebroken Sovjetleger, of voor het vernietigen van grote achterwaarts gelegen doelen zoals havens en vliegvelden. Naar schatting konden de Sovjetstrijdkrachten op de eerste dag van hun offensief mogelijk vijftig kernwapens over een frontbreedte van 100 kilometer inzetten. De verwachting was dat het gebruik van kernwapens op de navolgende dagen afnam; “waarschijnlijk 10 kernwapens per dag voor vuursteun aan speciale fasen van het offensief.”<sup>339</sup>

Naast dit huiveringwekkende nucleaire scenario moest de KL ermee rekening houden dat de vijand op elk moment kon overgaan tot de verspreiding van bacteriën en virussen, met als doel Nederlandse militairen te desorganiseren en te besmetten met (al dan niet dodelijke) infectieziekten zoals influenza, miltvuur (antrax) of Q-koorts. Zulke strijdmiddelen konden de verdediging onmiddellijk of geleidelijk verzwakken en de medische diensten overbelasten.

Het dreigingsrapport uit 1970 vermeldde dat een massale en verrassende inzet van chemische strijdmiddelen in het legerkorpsvak en de Nationale Sector eveneens tot de mogelijkheden behoorde. Het veronderstelde doel daarvan was “het veroorzaken van massa-personeelsverliezen, het bemoeilijken van het tactisch optreden van de tegenstander [i.e. de KL] en het bemoeilijken van activiteiten in het achterland.”<sup>340</sup> Het gebruik van chemische strijdmiddelen bij nacht werkte de desoriëntatie van de verdediger nog verder in de hand. Aangenomen werd dat de Sovjetstrijdkrachten aan de inzet van zenuwgassen en het blaartrekkende mosterdgas de voorkeur gaven boven de klassieke strijdmiddelen zoals bloedvergiftigende strijdgassen (o.a. blauwzuur en chloorcyaan) en verstikkende strijdmiddelen (fosgeen, chloorgas) die “slechts 1 tot 3 procent van de toxiciteit in vergelijking tot de eerstgenoemde bezitten”.<sup>341</sup> Mede daardoor was er minder munitie nodig om dezelfde verliezen toe te brengen, wat een logistiek voordeel voor de Sovjetstrijdkrachten opleverde. Volgens de rapporteurs vormde de inzet van

---

<sup>338</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1954. Stafstudie NBC-bescherming ten behoeve van de legerplanning voor de middelbare en lange termijn, 1970. Dit document was vervaardigd door de sectie G2 (inlichtingen en veiligheid) van de Generale Staf en bevatte een macabere dreigingsanalyse die hoofdzakelijk was gebaseerd op de rapporten van de NAVO *Working Group on NBC-warfare* (AC/196).

<sup>339</sup> Ibidem.

<sup>340</sup> Ibidem.

<sup>341</sup> Ibidem.

chemische strijdmiddelen een normaal onderdeel van de doctrine van het Rode Leger.<sup>342</sup>

Bijzonder verontrustend was het onderzoek naar chemische strijdgassen, waarmee de Sovjet-Unie volgens inlichtingendiensten voortdurend in het geheim bezig was.<sup>343</sup> Er bestonden aanwijzingen dat het Sovjet-onderzoek zich onder andere richtte op biochemische strijdmiddelen zoals alkaloiden: plantaardige stoffen die primair op het centraal zenuwstelsel inwerkten en psychoses konden verwekken. Deze ontwikkelingen maakten detectie, bescherming, ontsmetting en genezing moeilijker.<sup>344</sup> Het meest huiveringwekkende scenario uit het rapport was een massaal en gemengd gebruik van nucleaire, biologische en chemische strijdmiddelen. Maar de waarschijnlijkheid van dit scenario viel onmogelijk te voorspellen, waarmee in feite de angel uit het rapport werd getrokken. Net als bij een slapende vulkaan werden de risico's erkend, maar ontbrak het aan urgentie.

Ofschoon verschillende bronnen erop wezen dat de militaire doctrine van de Sovjet-Unie rekening hield met het voeren van een nucleaire oorlog, leidde dit in de jaren zestig en zeventig aan westerse zijde nauwelijks tot extra beschermingsmaatregelen. Er volgden ook geen pogingen en discussies om de militair-geneeskundige doctrine en organisatie meer af te stemmen op een kernoorlog. Beperkte conventionele oorlogsscenario's bleven het uitgangspunt van de oorlogsvoorbereidingen. Degenen die zich met deze materie bezighielden wisten zich gesterkt door de praktijkervaring van de bondgenoten: "Vietnam [toont] nogmaals aan dat in een beperkt conflict nucleaire wapens geen geschikt militair instrument zijn, omdat de inzet ervan het conflict naar een niveau doet escaleren waar de politieke doelstelling verloren gaat", schreef een officier in 1969 in de *Militaire Spectator*.<sup>345</sup> Daarbij veronderstelden enkelen dat een vroegtijdige inzet van atoom- en waterstofbommen door de Sovjet-Unie eigenlijk niet logisch was. Mocht zij daadwerkelijk de intentie hebben om West-Europa gewapenderhand te overvallen – een scenario waarin steeds minder mensen echt geloofden, vooral door de geleidelijke toenadering tussen Oost en West – dan lag het meer voor de hand dat de Sovjetstrijdkrachten zouden proberen hun numerieke conventionele overwicht uit te buiten.<sup>346</sup>

### **Een nieuwe militair-geneeskundige doctrine**

De invoering van de nieuwe NAVO-strategie leidde tot een herziening van de gevechtshandleiding (1968) en alle aanverwante dienstvoorschriften. Deze namen

---

<sup>342</sup> Ibidem.

<sup>343</sup> 'De koninklijke Landmacht van 1968 tot en met 1971', *Legerkoerier* 18:7 (juli 1968) 6.

<sup>344</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1960. Deelstudie nucleaire, biologische en chemische bescherming ten behoeve van de legerplanning op lange termijn, 1977.

<sup>345</sup> W. van der Horst, 'Uit de vakpers', *Militaire Spectator* 138:6 (1969) 269.

<sup>346</sup> Jan Hoffenaar en Dieter Krüger, *Blueprints for Battle. Planning for War in Central Europe, 1948-1968* (Lexington 2012) 15.



een niet-nucleair optreden onder voortdurende *dreiging* van het vijandelijk gebruik van kernwapens als uitgangspunt.<sup>347</sup> Dit alles had ook zijn weerslag op de MGD. Het militair-geneeskundig takenpakket bleef weliswaar hetzelfde, maar er vond wel een accentverschuiving plaats.<sup>348</sup> Het driedelig voorschrift *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog* (tweede druk), dat verscheen tussen december 1970 en augustus 1973, ging impliciet uit van een oorlogsscenario waarin de daadwerkelijke inzet van kernwapens achterwege bleef. De procedure na een NBC-aanval nam in dit boekwerk maar een zeer bescheiden plaats in. De paragraaf over de geneeskundige eenheden noemt alleen dat een NBC-ontsmettingsploeg onderdeel uitmaakte van het doorvoerhospitaal. Daar moest deze ploeg een ontvangsttent inrichten voor het vaststellen van radioactieve, biologische of chemische besmetting bij patiënten en dienstdoend personeel. Toelating tot de ziekenzaal was alleen geoorloofd na het verwijderen van besmette kleding en uitrusting, het gebruik van de al dan niet geïmproviseerde ontsmettingsdouche, en ontvangst van schone kleding of een pyjama in een naastgelegen tent. Aan de paragraaf is een schema toegevoegd waarop de geneeskundige afvoer uit een rampgebied is weergegeven (*Figuur 10*).

Het voorschrift vermeldt verder dat de behandeling van NBC-slachtoffers (voor zover deze niet onder behandeling van de chirurgische afdeling vielen) een taak was van de niet-chirurgische afdeling onder leiding van een internist (luitenant-kolonel-arts), bijgestaan door een tweede internist (majoor-arts), een neuropsychiater en enkele artsen algemene dienst.<sup>349</sup> Het aanbrengen van een verschil tussen slachtoffers van nucleaire, biologische en chemische wapens werd niet nodig geacht. De paragraaf over de geneeskundige hulppost, die in oorlogsomstandigheden was belast met het verzamelen van gewonden rond een legerplaats of vliegbasis, stelde laconiek dat na een aanval met NBC-strijdmiddelen in principe de “gebruikelijke werkwijzen” moesten worden toegepast.<sup>350</sup> Deze laatste zinsnede vat eigenlijk de strekking van de geneeskundige doctrine samen: met het gebruik van NBC-wapens werd wel rekening gehouden, maar alleen pro forma. Er volgde op deze mogelijkheid geen enkele aanpassing aan de taken en organisatievormen en procedures. Dit zijn belangrijke en ook wel ontluisterende conclusies, waaruit blijkt dat begin jaren zeventig het daadwerkelijk voeren van een non-conventionele oorlog eigenlijk niet voor mogelijk werd gehouden.

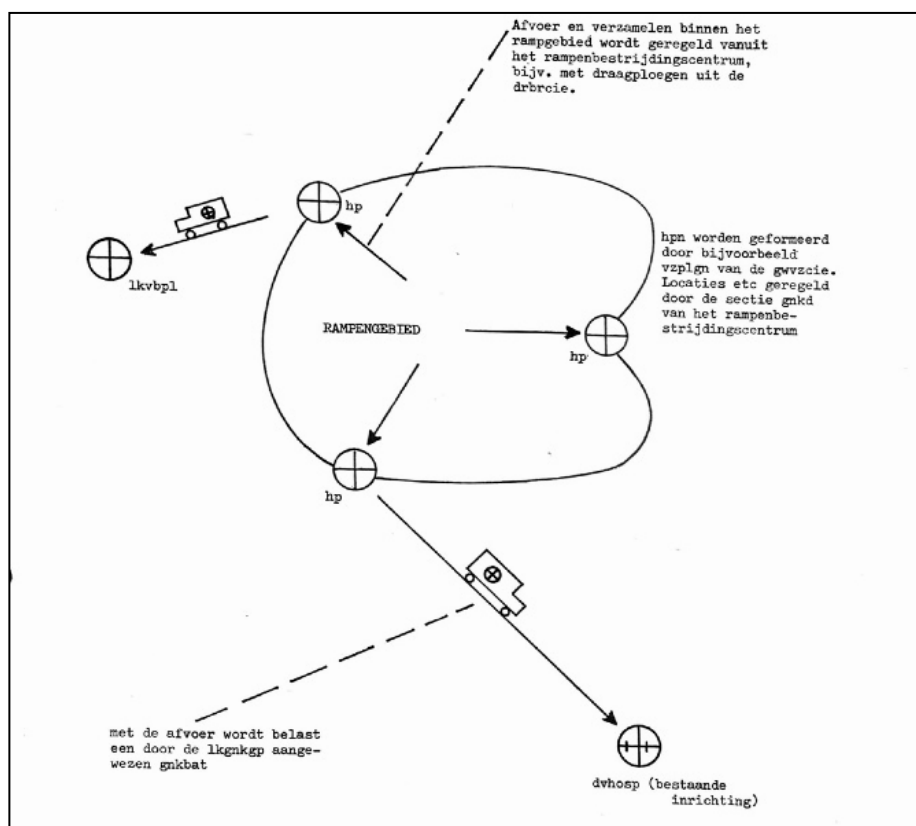
---

<sup>347</sup> VS 2-1386 Gevechtshandleiding (tweede druk; 's-Gravenhage 1968). Zie verder: Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 231.

<sup>348</sup> Het rapport van de commissie Drijber vermeldde: “De taak van de MGD in vreedetijd is het treffen van noodzakelijke maatregelen voor een adequate geneeskundige verzorging en begeleiding van de militair in oorlogstijd.” Zie: *Rapport van de Commissie Militair Geneeskundige Diensten* (z.p 1967).

<sup>349</sup> VS 8-1: *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel II: De geneeskundige dienst in het operatiegebied* (uitgave 7 december 1970).

<sup>350</sup> VS 8-1: *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel III: De geneeskundige dienst KL en KLu buiten de gevechtszone* (uitgave 22 augustus 1973).



**Figuur 10:** Geneeskundige afvoer in rampomstandigheden (na een kernaanval).<sup>351</sup>

Niet alleen de voorschriften gingen steeds meer uit van een beheersbaar, vooral conventioneel, scenario. In de militaire vakbladen lag de nadruk op “het moderne gevecht”, het optreden met gemotoriseerde en gemechaniseerde eenheden. Een officier schreef in 1968: “Men zou het moderne gevecht misschien nog het beste kunnen karakteriseren met het woord macro-guerrillaoorlog. In dat moderne gevecht doen kleine zwaarbewapende gevechtseenheden elkaar zoveel mogelijk afbreuk. Daarbij trachten zij te voorkomen dat zij worden betrokken in een gevecht met de hoofdmacht: het kernwapen.”<sup>352</sup> Deze vorm van optreden was volgens de auteurs al moeilijk genoeg. De snelle verplaatsingen van de pantserwiel- of rupsvoertuigen dreigden het slagveld steeds onoverzichtelijker te maken. Rookontwikkeling bracht het zicht verder terug, terwijl stemgeluid vaak niet boven - de lawaaiige gevechtsvoertuigen kon uitkomen.

<sup>351</sup> VS 8-1: *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel I* (1972).

<sup>352</sup> G. H. van Koesveld, ‘Het moderne gevecht’, *Militaire Spectator* 137:5 (1968) 232.

Ook militair-geneeskundigen moesten met deze ontwikkelingen rekening houden. Het op afstand kunnen volgen van de gevechtshandelingen was een uitdaging, om nog maar te zwijgen over het lokaliseren en ophalen van gewonden onder zulke desoriënterende omstandigheden. In theorie kon de dienstplichtige eerste luitenant-arts, die de bataljonshulppost (BHP) bemande, via zijn radiotoestel op de hoogte blijven van de manoeuvreplannen en de ontwikkeling van het gevecht, maar het bleef behelpen. De verbindingen waren niet altijd optimaal. Improvisatie bleef dus troef. Omdat militair-geneeskundigen niet altijd overal ter plaatse konden zijn, moesten “marsvaardige gewonden” zoveel mogelijk op eigen kracht naar de BHP zien te komen. Verder was belangrijk dat iedere militair Zelfhulp Kameradenhulp (ZHKH) kon toepassen, een vereenvoudigde versie van de cursus EHAf voor gewondenverzorgers, zodat lichte verwondingen door niet-geneeskundigen konden worden verbonden met snelverband. Gewonden die niet konden lopen moesten door kameraden naar de hulppost worden begeleid.<sup>353</sup> Alleen als dat niet mogelijk was, moest een gewondentransportvoertuig van de BHP het slachtoffer ophalen.

Op hogere echelons dreigden eveneens knelpunten te ontstaan. In 1968 schreef de legerkorpschirurg dr. J.Th. Grond in een artikel over de heelkundige problemen te velde dat “de problematiek in een komende oorlog aanzienlijk groter zal zijn en dat het niet onmogelijk moet worden geacht dat de Militair Geneeskundige Dienst dan voor rampsituaties zal komen te staan.”<sup>354</sup> Hij liet aan de hand van een berekening zien dat er per etmaal slechts een beperkt aantal operaties in een verbandplaats kon worden uitgevoerd. Hiermee toonde hij tevens aan dat de MGD in een conventionele oorlog al de handen vol had aan het verlenen van geneeskundige zorg. Er zouden zich ook dan situaties voordoen waarbij de plaatselijk aanwezige, gebruikelijke hulpmiddelen ontoereikend waren. Door de schijnwerper op de problemen in de conventionele oorlog te zetten, verdween het nucleaire strijdtoneel meer naar de achtergrond.

### **Voorgenomen verbeteringen**

Omdat bovengenoemde zorgen over de MGD breder werden gedeeld,<sup>355</sup> stelde de IGDKL in 1968 een algemeen onderzoek in onder leiding van de commissie Doorlichting (CD). Haar opdracht was: “Het toetsen van de organisaties en uitrustingen van alle geneeskundige staven en eenheden binnen de KL en vaststellen welke eisen hieraan in de periode tot 1972 uit doelmatigheidsredenen cq. redenen van logistieke aard moeten worden gesteld.”<sup>356</sup> Als uitgangspunt diende de

---

<sup>353</sup> P. Meyboom en J. de Lange, ‘De werkwijze van het geneeskundig peloton van een pantserinfanteriebataljon (mech)’, *NMGT* 16:8 (augustus 1963) 250.

<sup>354</sup> J.Th. Grond, ‘Problemen van de heelkundige verzorging te velde’, *NMGT* 21 (november-december 1968) 357.

<sup>355</sup> G.H. Louwen, ‘Tijd is leven. Enige gedachten over de geneeskundige afvoer in de gevechtszone’, *NMGT* 25 (november-december 1972) 257; H.J. de Roo, ‘De brigadeverbandplaats’, *NMGT* 26 (juli-augustus 1973) 216.

<sup>356</sup> Lange, J. de, ‘De Commissie Doorlichting geneeskundige diensten, lezing door majoor H. Oosterhof tijdens de jaarvergadering, opgetekend door lkol. J. de Lange’, *Polsslag* 7-2 (maart 1973) 8.

bovengenoemde 'Geneeskundige onderstelling' uit 1966, waarin een prognose was gegeven van de aantallen gewonden en zieken onder conventionele oorlogsomstandigheden.

De CD zag in dat het onderzoeksterrein te omvangrijk was voor de behandeling door één groep experts. Daarom zag een aantal subcommissies het licht die onderzoek deden naar onder meer de handhaving van "Hospitaal Utrecht", het oefenbeleid, de shockbestrijding, de afvoer van gewonden onder oorlogsomstandigheden, en de geneeskundige eenheden op verschillende echelons. De werkgroep 'Operationele Research Geneeskundige Dienst' kreeg op 1 oktober 1970 de taak om de effectiviteit van de geneeskundige dienst te velde onder niet-nucleaire omstandigheden te onderzoeken.<sup>357</sup> De schattingen van deze werkgroep logen er niet om. Op basis van de Duitse en Amerikaanse verliescijfers uit de Tweede Wereldoorlog, in combinatie met de toegenomen effectiviteit van modern wapentuig, verwachtten de rapporteurs dat in een toekomstige oorlog 80 procent van de gewonden chirurgische hulp nodig zou hebben. De helft van de patiënten viel in de categorie "dringend tot zeer dringend". Van hen verkeerde naar schatting een derde in lichamelijke shocktoestand, een stagnatie van de bloedsomloop en de hartfunctie, die door speciale behandelteams eerst moest worden opgeheven alvorens de daadwerkelijke operatie kon beginnen. Dat was essentieel, want studies toonden aan dat shock tijdens de Tweede Wereldoorlog een van de voornaamste doodsoorzaken was van gewonden in de afvoerketen. Tot slot zorgde de toegenomen intensiteit van het moderne gevecht voor een stijging van het aantal psychiatrische patiënten.<sup>358</sup>

In haar algemene conclusies stelde de CD dat de militair-geneeskundigen binnen de KL ontoereikend waren uitgerust voor hun taak. De commissie deed dan ook verschillende voorstellen zodat de MGD beter kon anticiperen op de moderne oorlogsomstandigheden. Op het eerste echelon bestonden er aanvullende materiële behoeften. Idealiter gingen de geneeskundige pelotons van de tank-, pantserinfanterie-, en verkenningsbataljons beschikken over een rijdende BHP.<sup>359</sup> Dit vergde speciaal uitgeruste voertuigen die met het gevecht konden meebewegen. Zo kon de afstand tussen de plaats van verwonding en de verlening van eerste hulp minimaal worden gehouden. Daarnaast moest het instrumentarium van de bataljonsarts een zogenaamde botschroef bevatten. Dit hulpmiddel vereenvoudigde het toedienen van infusen in spoedeisende situaties. Ook was er behoefte aan brandwondenverband, het zogenaamde metalline-noodverband. Dat de oplossing voor de geneeskundige problemen in de moderne oorlogvoering werd gezocht in zulke praktische verbeteringen is opvallend. Het laat zien dat de MGD in de voorste linie niet anders

---

<sup>357</sup> Ibidem, 13.

<sup>358</sup> Louwen, 'Tijd is leven', 257.

<sup>359</sup> Lange, J. de, 'De Commissie Doorlichting geneeskundige diensten, lezing door majoor H. Oosterhof tijdens de jaarvergadering, opgetekend door lkol. J. de Lange', Polsslagen 7-2 (maart 1973) 10.

kon dan *Kurieren am Symptom*: het bleef bij pogingen de overlevingskansen van gewonden onder conventionele gevechtssomstandigheden enigszins te vergroten. Ingrijpende technische en organisatorische verbeteringen kwamen in de plannen niet voor.

Op het tweede echelon was het verbeteren van de gewondenzorg niet eenvoudiger. Binnen het brigadegebied ontbrak het volgens de CD aan “het vereiste hoogwaardig medisch niveau” van zorg.<sup>360</sup> Daarbij kwam een gemis aan middelen om de shocktoestand bij gewonden te bestrijden, en dat was niet het enige. De eerste luitenant-arts H.J. de Roo wees er in 1973 op dat er een tekort aan verbandmiddelen bestond, terwijl het geneeskundig materieel deels was verouderd en vooral ondoelmatig was verpakt en ingedeeld. Hij telde daarbij op de gebrekkige verlichting in de triage-ruimte, het gebrek aan een wasmachine voor linnengoed, de wankele schragenstellen waarop brancards moesten rusten, en het ontbreken van wegwerpinjectiespuiten. Een uitgebreide inventarisatie van de tekorten kwam echter pas eind jaren zeventig op gang.<sup>361</sup>

Een ingewikkelder kwestie betrof de mobiliteit van het verbandplaatspeloton. Een discussie hierover was ook al in de jaren zestig gevoerd tijdens de invoering van de LANDCENT-organisatie, die zoals gezegd nooit tot volle tevredenheid had geleid. Deze inrichting had in theorie een opnamecapaciteit voor circa honderd patiënten en beschikte over “volwaardige algemeen chirurgische mogelijkheden” voor behandeling van lichtgewonden en de hoogstnoodzakelijke levensreddende ingrepen voor zwaargewonden die naar hospitalen in het achterland moesten worden vervoerd.<sup>362</sup> Het probleem was echter dat pas geopereerde patiënten niet mochten worden verplaatst, waardoor de verbandplaats eenmaal in bedrijf een stationair karakter kreeg en zogezegd “een blok aan het been van de brigadecommandant” vormde.<sup>363</sup> De geneeskundige doctrine probeerde dit probleem zoveel mogelijk te omzeilen door operaties te beperken tot de meest acute gevallen, anders dreigde “een opeenhoping” van pas geopereerde [niet-verplaatsbare] patiënten.

Verschillende officieren hadden al betoogd dat het beter was om de chirurgische capaciteit helemaal los te koppelen van de brigadeverbandplaats, en die in te delen bij onafhankelijk optredende chirurgische groepen.<sup>364</sup> Het eindrapport van de werkgroep ‘tweede echelons geneeskundige dienst’ van de CD uit 1972 kwam tot een vergelijkbare slotsom. De vele verplaatsingen van de verbandplaats zorgden voor een inefficiënt gebruik van “hoogwaardig (chirurgisch)

---

<sup>360</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 328. Eindrapport 2<sup>e</sup> echelons geneeskundige dienst, 11 februari 1972.

<sup>361</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 348. Rapportage van de Werkgroep Chirurgisch Instrumentarium.

<sup>362</sup> VS 8-1: *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel II: De geneeskundige dienst in het operatie gebied* (uitgave 7 december 1970).

<sup>363</sup> Gramberg, ‘Gemoderniseerde’, 130.

<sup>364</sup> Ibidem.

personeel en materieel”.<sup>365</sup> Beter was het volgens de genoemde auteurs om de medische capaciteit van de brigadegeneeskundige compagnie te beperken tot twee artsen die ervoor moesten zorgen dat patiënten het vervoer naar het doorvoerhospitaal konden doorstaan.

Met dit voorstel hing het lot van de zwaargewonden echter aan een zijden draadje. De afstand tussen de verbandplaats en het doorvoerhospitaal kon wel oplopen tot dertig à veertig kilometer, en terwijl de patiënt er hulpeloos bijlag, ging deze rit mogelijk over drukke, beschadigde, verstopte of zelfs onverharde wegen met alle vertragingen van dien. De gevolgen laten zich raden. Kapitein van de Geneeskundige troepen G.H. Louwen onderstreepte dit transportprobleem nog maar eens door te wijzen op de “toenemende ernst” van de verwondingen in de moderne oorlog. Als gezegd vereiste 80 procent van de patiënten chirurgische behandeling, waarbij een maximaal tijdsverloop van zes uur tussen het ogenblik van verwonding en het begin van de chirurgische behandeling van levensbelang was (de zogeheten *golden hours of treatment*). Sommigen moesten zelfs binnen twee uur op de operatietafel liggen.<sup>366</sup>

Het bovenstaande probleem vroeg om een versnelde afvoer van de patiënt naar het doorvoerhospitaal. Louwen verwees naar het Amerikaanse succes met luchttransport: “In de eerste wereldoorlog duurde het twaalf tot achttien uren eer een gewonde zijn (definitieve) geneeskundige verzorging kreeg; in de tweede wereldoorlog zes tot twaalf uren en in Korea twee tot vier uren. Het percentage slachtoffers die aan hun verwondingen bezweken kon — globaal genomen — bij deze elkaar opvolgende oorlogen steeds worden gehalveerd!”<sup>367</sup>

Het versnellen van het transport was echter makkelijker gezegd dan gedaan. Een alternatief was het verkleinen van de afstand tussen de patiënt en de behandelaars. Zo ontstond het idee van een klein mobiel chirurgisch veldhospitaal voor de behandeling van spoedeisende gevallen, vlak achter het brigadevak. Idealiter beschikken deze eenheden over mobiele operatiekamers die tezamen een capaciteit voor 120 patiënten hadden. De realisatie van mobiele chirurgische veldhospitaalbataljons.<sup>368</sup> Dat waren in feite grote verbandplaatsen met beperkte chirurgische mogelijkheden, die in de Nationale Sector waren ingedeeld en volgens adjudant-onderofficier-instructeur (van een niet gespecificeerd onderdeel) H.A. Gommans een “onduidelijke taak” hadden.<sup>369</sup> Toch bleken de veldhospitaal eenheden zich slecht te lenen voor ‘ombouw’ naar mobiele chirurgische veldhospitaal. Door hun opheffing dreigde in de Nationale Sector tevens een gemis aan noodopvang te ontstaan.

---

<sup>365</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 328.

<sup>366</sup> Louwen, ‘Tijd is leven’, 257.

<sup>367</sup> Ibidem.

<sup>368</sup> Gramberg, ‘Gemoderniseerde’, 133.

<sup>369</sup> H.A. Gommans, ‘Welke weg slaat de geneeskundige dienst in?’, *Militaire Spectator* 139:7 (1970) 309.

Voorlopig kwam men er niet uit. De organisatie bleef in grote lijnen zoals die was. De eerdergenoemde De Roo vatte de patstelling goed samen: “Het zal moeilijk blijken aan alle verlangens tegemoet te komen en verschil in inzicht [over de ideale geneeskundige organisatie] zal dan ook wel altijd blijven bestaan.”<sup>370</sup> Ook daarom was het aantrekkelijk om de oplossing te zoeken in praktische (materiële) verbeteringen. Tegen het licht van de dramatische scenario’s uit de vorige paragraaf leken zulke initiatieven wellicht weinig zinvol, maar militair-geneeskundigen dachten daar anders over. Zelfs kleine maatregelen die de overlevingskans van de gewonden verbeterden, konden als stappen in de goede richting worden opgevat.

### **Het toekomstig doorvoerhospitaal**

Een apart vraagstuk, waarbij ook weer het probleem van de geringe mobiliteit een rol speelde, was de organisatie van de doorvoerhospitalen van het legerkorps.<sup>371</sup> De CD-werkgroep ‘derde echelons geneeskunde eenheden’ beschreef deze problemen in een rapport van 26 maart 1971: “het grote, starre, logge, niet-splitsbare doorvoerhospitaalbataljon” was praktisch onverplaatsbaar zodra de zorgverlening was begonnen, tenzij daarvoor extra tijd en transportmiddelen ter beschikking stonden.<sup>372</sup> Dit alles kwam natuurlijk niet ten goede aan de operationele flexibiliteit. Voor de ondersteuning van een modern gemechaniseerd legerkorps dat in een grote ruimte beweeglijk moest optreden, was behoefte ontstaan aan kleinere (kernparate) verplaatsbare hospitalen voor medische zorg dicht bij de gevechtszone. Het verdiende de voorkeur dat het doorvoerhospitaalbataljon ging bestaan uit logistiek zelfstandige en onafhankelijk inzetbare hospitaalcompagnieën. De voorgestelde compagnie zou dan moeten beschikken over een triagegroep, een geneeskundige registratiegroep, apotheek, laboratorium, röntgenologisch peloton, een behandel-peloton en vier hospitaalpelotons met een totale opnamecapaciteit van tweehonderd patiënten. De drie toegevoegde chirurgische groepen moesten met hun uitrusting afzonderlijk verplaatsbaar zijn zodat een lokale concentratie van chirurgische capaciteit mogelijk was. Op bataljonsniveau bevond zich een shock- en specialistengroep voor versterking waar dat nodig was. Verder was alle transportcapaciteit samengevoegd, zodat deze in één keer een complete compagnie kon verplaatsen.

Vermeldenswaardig is dat de opname en behandeling van NBC-slachtoffers gold als “deeltaak”, wat opnieuw aangeeft dat de geneeskundige voorbereiding hoofzakelijk was gericht op het verzorgen van conventionele gewonden. Op basis van de geldende verliesverwachtingen (Geneeskundige onderstelling 1966) zag de

---

<sup>370</sup> H.J. de Roo, ‘De brigadeverbandplaats’, *NMGT* 26 (juli-augustus 1973) 227.

<sup>371</sup> S. Vintura, ‘Hoofdstuk VI: Geneeskundige dienst A. Landmacht’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1965*, 47<sup>e</sup> jaargang (1965) 195; Gramberg, ‘Gemoderniseerde’, 132.

<sup>372</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 327. Commissie Doorlichting. Rapport 3<sup>e</sup> echelons geneeskundige dienst 1 Lk, februari 1972.

werkgroep 'Derde echelons geneeskunde eenheden' ook geen aanleiding om het totale aantal bedden uit te breiden.<sup>373</sup>

Wel stond de vraag ter discussie of de medische hulp voor de zwaargewonden wel doelmatig genoeg was georganiseerd. Het loont daarom de moeite om nog kort stil te staan bij de zogeheten 110 specialistencompagnie. Zoals de naam al aangeeft, telde deze eenheid alle medisch-specialismen voor de behandeling van gewonden met ernstig en gecompliceerd letsel. Te denken valt aan kaakchirurgen, urologen, KNO-artsen, neurologen, orthopedisch chirurgen, psychiaters en röntgenologen. Zij waren over 27 specialistenploegen verdeeld, die waar dat nodig was steun konden leveren aan verbandplaatsen en doorvoerhospitaal. Een toegevoegd veldlaboratorium bood ruimte voor onderzoek. Nu was het zo dat deze capaciteit de overlevingskans van de zwaargewonden in theorie vergrootte. Het voornaamste bezwaar ertegen was echter dat deze specialisten in oorlogstijd aan het nationaal potentieel werden onttrokken. De geneeskundige zorg in Nederland was daarvan de dupe.<sup>374</sup> Het leek de werkgroep 'Derde echelons geneeskunde eenheden' van de CD dan ook beter om alleen de algemene chirurgische capaciteit, alsmede enkele oogartsen en internisten aan het front te behouden. De overige specialisten moesten hun werk verrichten in volwaardige ziekenhuizen op hogere echelons, waar ruimere mogelijkheden bestonden om complexe en tijdrovende behandelingen te verrichten. Het advies van de werkgroep (dat zoals we zullen zien voorlopig niet werd opgevolgd) was om de specialistencompagnie op te heffen en de 'gewone' chirurgische capaciteit te concentreren in het doorvoerhospitaal. Een geneeskundige dienstencompagnie, bestaande uit tandartsen, een hygiënepeloton, een veldlaboratorium en een hulppost, zou dan moeten dienen voor incidentele eerste echelons ondersteuning.

De organisatorische discussie over de MGD laat zien dat de begrensd medische capaciteit zeer bepalend was. Ideeën voor mogelijk efficiëntere organisatievormen waren echter talrijk. Omstreeks 1973 presenteerde de CD een aantal min of meer uitgewerkte adviezen ter verbetering van de militaire geneeskunde in oorlogstijd. Deze voorstellen waren tamelijk ingrijpend en daarbij kwamen nog de materiële behoeften. Toch meenden geneeskundigen dit te kunnen verantwoorden: "Ondanks de financiële beperkingen, waarmee steeds rekening moet worden gehouden, is de vergroting van de overlevingskans voor gewonde militairen het hoofddoel gebleven."<sup>375</sup> De concrete uitvoering stuitte echter op tal van bezwaren, zoals hieronder zal blijken.

---

<sup>373</sup> Ibidem.

<sup>374</sup> Ibidem.

<sup>375</sup> Gramberg, 'Gemoderniseerde', 134.



### **Alle plannen in de ‘wachtkamer’**

Ook al waren de gebreken binnen de MGD op soms pijnlijke wijze aangekaart, voorlopig kwam er geen verbetering in de situatie omdat algemene materiële achterstanden binnen de KL de aandacht van de legertop opeisten. Het probleem was dat er voor modernisering meer investeringsruimte nodig was. Die ruimte moest vrijkomen door het reduceren van de exploitatiekosten, de onkosten die verbonden waren met het functioneren van het militaire bedrijf. Salarissen van militairen en burgerambtenaren vormden de grootste kostenpost. In de jaren zestig was er al gesneden in het personeelsbestand van 1 Legerkorps, maar dat bleek niet genoeg. Het beleid op korte termijn was er daarom onder meer op gericht om zoveel mogelijk dubbele en overbodige functies te schrappen of te automatiseren. Een herstructurering en drastische inkrimping van de landmacht in de Nationale Sector was het volgende doel.

De plannen stonden vermeld in de langverwachte Defensienota 1974. Dit document beschreef in hoofdlijnen de nieuwe opbouw van de krijgsmacht, zodat die de komende tien jaar op financieel verantwoorde wijze in NAVO-verband kon blijven functioneren.<sup>376</sup> Speerpunten voor de KL waren een grotere geoefendheid en een snellere reactietijd, zodat de hoofdmacht van het legerkorps in crisistijd zijn geplande bestemming in het legerkorpsvak op de Noord-Duitse laagvlakte op tijd kon bereiken. Deze algemene verbeterpunten golden ook voor de MGD. Zo had de legerleiding bijvoorbeeld geconstateerd dat het mobiliseren en gereed maken van een doorvoerhospitaal tien dagen in beslag nam, wat in haar ogen te lang was.<sup>377</sup> Bezuinigingen bleven de MGD evenmin bespaard, want de dienst moest een flink aantal overbodige functies schrappen.

Al met al stond de KL dus aan de vooravond van een grote modernisering. De politiek-ambtelijke leiding van het Ministerie van Defensie begreep dat de reorganisatie veel aandacht vergde. Dit zorgde tijdelijk voor een mindere staat van paraatheid; staatssecretaris van Defensie B. Stemerdink sprak zelfs van “gaten in de verdediging”.<sup>378</sup> Dat gepercipieerde veiligheidsrisico was evenwel aanvaardbaar door de politieke toenadering tussen Oost en West. Deze ontwikkeling maakte zelfs op zeer beperkte schaal toenadering mogelijk tussen militairen aan weerszijden van het IJzeren Gordijn. In april 1971 waren tijdens het xxe Internationaal Congres van Militaire Geneeskunde officieren van alle werelddelen bijeengekomen om van gedachten te wisselen over ‘Het militair hospitaal van de toekomst’. De Nederlandse deelnemer luitenant-kolonel G.J.S. Govers stond versteld van de mogelijkheid om in gesprek te gaan met militair-geneeskundigen uit het Oostblok. Het wederzijds

---

<sup>376</sup> Jan Hoffenaar, “De baby is er!” De Defensienota 1974 en het gevecht om de toekomst van de krijgsmacht’ in: Jan Hoffenaar, Jan van der Meulen en Rolf de Winter, *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 37-58.

<sup>377</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Legerraad, nummer toegang 2.13.182, inventarisnummer 105. Bijlage bij brief CGS N.R. 465/GEHEIM. De Koninklijke Landmacht in de jaren 70.

<sup>378</sup> Hoffenaar, “De baby is er!”, 41.

contact bleef “zeer oppervlakkig”, maar hij sprak toch van een “aparte sensatie”.<sup>379</sup> Het geneeskundig rendez-vous in Brussel ademde de geest van Détente. Toch waren critici niet gerust op de ‘Russische glimlach’ en dat verklaart ook waarom investeringen in Defensie nodig bleven.<sup>380</sup>

Tegen de achtergrond van de modernisering konden de geneeskundige diensten van de drie krijgsmacht delen zich niet verheugen op forse investeringen. Ook militair-geneeskundige reorganisaties binnen het legerkorps waren voorlopig niet aan de orde, want dat bracht de paraatheid in gevaar. De behoefte aan verbeteringen en geactualiseerde verliesverwachtingen was er echter niet minder om, zeker met het oog op de steeds effectievere werking van de moderne wapensystemen, zoals *high-velocity ammunition*.<sup>381</sup> Recente conflicten demonstreerden bovendien dat het gevecht ’s nachts geen respijt kende. Het ‘klokrond’ optreden werd de norm en eiste zijn tol. Tijdens de Arabisch-Israëliëse oorlog in 1973 leden de strijdende partijen in korte tijd zware verliezen. Vooral voertuigbemanningen werden het slachtoffer van ernstige verbrandingen ten gevolge van de nieuwste generatie geleide antitankwapens.<sup>382</sup> De Amerikaanse defensiefunctaris W.B. Payne schreef in 1974:

“I believe there is ample evidence that the intensity of combat has changed radically. For a number of years now our models have been giving persistent indications – even without the effect of nuclear weapons – that the loss rates for both attacking and defending forces is higher than those forecast in current manuals. I think these indications are reliable and they are supported by data from the recent Mid-East-War.”<sup>383</sup>

Zulke militair-technische ontwikkelingen moesten worden meegewogen in een zinvolle oorlogsplanning.<sup>384</sup> Ook militair geneeskundigen begrepen dat. Al in 1971 constateerde de majoor van de Geneeskundige troepen H.E. Gramberg in de *Militaire Spectator* dat “gestadige verandering van het wereldgebeuren en de technische ontwikkelingen tot voortdurende bijstelling en aanpassing” van het systeem van geneeskundige verzorging dwingen.<sup>385</sup> Op 16 juni 1976 gaf de legerkorpscommandant wel een eerste aanzet tot een verbetering van de geneeskundige structuur

---

<sup>379</sup> G.J.S. Goverts, ‘Het XXe Congres International de Médecine et de Pharmacie Militaires’, *Polsslag* 5:5 (september 1971) 3.

<sup>380</sup> Met de nodige scepsis schrijft de oud-inspecteur van de infanterie over het ‘glimlachoffensief’ van de Sovjet-Unie. Zie: B. Koning, *De Koude Oorlog. Ontstaan, beloop en bestrijding* (Nijkerk 1960).

<sup>381</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 159. IGDKL, 1<sup>e</sup> concept beleidsnota geneeskundige verzorging KL, 14 mei 1975.

<sup>382</sup> Shaw, ‘Medical planning factors’, 211.

<sup>383</sup> Reiner K. Huber, Lynn F. Jones en Egil Reine, *Military Strategy and tactics. Computer Modeling of Land War Problems* (New York en Londen 1974) 11.

<sup>384</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 159. IGDKL, 1<sup>e</sup> concept beleidsnota geneeskundige verzorging KL, 14 mei 1975.

<sup>385</sup> H.E. Gramberg, ‘Gemoderniseerde militair geneeskundige dienst’, *Militaire Spectator* 140:3 (1971) 130.

van het legerkorps, maar deze plannen bleven hangen in de conceptfase, vooral omdat allerlei planningsfactoren nog onzeker waren. Pas met het voltooiën van een nieuwe raming van de verliesverwachtingen in 1979 kon de gedachtewisseling over de herstructurering van de MGD te velde opnieuw worden geopend.

Binnen het legerkorps stond alleen de vervanging van het meest verouderde materieel op de planning. Het ging om de geleidelijke instroom van de YPR-765 ter vervanging van de bestaande pantserrupsvoertuigen voor gewondentransport. Daarnaast bestelde Defensie een groot aantal Landrover ziekenauto's bij British Leyland Nederland. Deze voertuigen deden medio 1980 hun intrede bij de eenheden, ter vervanging van de vertrouwde maar verouderde DAF YA-126 'gewondenbak' (zie **Tabel 1**, pagina 98). De nieuwe Landrovers verbeterden de kwaliteit van de geneeskundige afvoer aanzienlijk omdat er voor het eerst (beperkte) geneeskundige hulp tijdens het transport mogelijk was.<sup>386</sup> Verder trilde het voertuig minder dan de gewondenjeep en ziekenauto, wat gunstig was voor de stabiliteit van de patiënt.<sup>387</sup> Wel moet daarbij worden aangetekend dat het voertuig aanvankelijk kampte met technische mankementen, vooral veroorzaakt door de Nederlandse aanpassingen aan de Britse voertuigen, wat de reputatie van de 'laro's' schaadde.<sup>388</sup> De behoefte aan helikopters, die al sinds de jaren vijftig op het verlanglijstje van de MGD stonden, werd in 1975 in een nota van de IGDKL nog eens onderstreept, maar de daadwerkelijke aanschaf ervan lag echter nog ver in het verschiet.

Duidelijk is dat de verruiming van de transportcapaciteit van de geneeskundige dienst binnen Defensie niet de hoogste prioriteit genoot. Ook in organisatorische zin is het gebrek aan verbeteringen opvallend. Een verklaring hiervoor is dat de aandacht binnen de MGD in de jaren zeventig vrijwel volledig in beslag werd genomen door de vorming van een nieuwe topstructuur, alsmede een herstructurering van de territoriale eenheden en de opleidingssector.<sup>389</sup> Over deze ontwikkelingen, die vooral hun uitwerking hadden op de Nationale Sector, volgt meer in hoofdstuk 4.

### **Achterstand op NBC-gebied**

De aanschaf van NBC-materiaal voor de KL verdient hier aparte aandacht omdat het laat zien waar de prioriteiten van de legerleiding lagen. Als gezegd was de nadruk in de voorschriften en doctrine in de jaren zestig verschoven naar het voeren van een

---

<sup>386</sup> Het voertuig beschikte over onder meer een afzuig- en inhalatieset, bestaande uit een wandvolumemeter met bevochtiger, gecombineerd met afzuiger en aansluiting voor een resuscitator, beademingsapparatuur, een afzuigkatheter, alsmede over infusievloeistof, een ondersteek, urinalen, verbandbekkens, schoonmaakbenodigdheden, verbandmaterialen, evenals warm en koud water. Zie: G.D.D. Nelis en J. Weller, 'De overdracht van de eerste serie van de Landrover-ziekenauto', *NMGT* 32 (oktober 1979)

<sup>387</sup> A.A.H.J. Sauren en J. Bos, 'Trillingsmetingen aan de ambulance Citroen HY', *NMGT* 132 (juni 1979) 113.

<sup>388</sup> Zie: <https://legervoertuigen.nl/landrover/landrover.htm>

<sup>389</sup> *Defensienota 1974 'Om de veiligheid van het bestaan. Defensiebeleid in de jaren 1974-1983'* (Den Haag 1974) 82.

niet-nucleaire oorlog, maar toch bleven enkele officieren erop wijzen dat het vijandelijk gebruik van NBC-wapens niet mocht worden uitgesloten. Dat aspect vroeg dus om aandacht, zelfs al leek voor velen het uitbreken van een oorlog “op zich al onwaarschijnlijk” en een oorlog met NBC-strijdmiddelen “nog veel onwaarschijnlijker”.<sup>390</sup> Vanuit deze dreigingsperceptie continueerden de IGDKL en het Medisch-Biologisch Laboratorium van RVO-TNO hun onderzoek naar nieuwe uitrustingsstukken die de militair beter konden beschermen tegen de uitwerking van nucleaire, biologische, maar toch vooral chemische strijdmiddelen. Daarbij was bijvoorbeeld al succes geboekt met de ontwikkeling van het zogenaamde huidontsmettingspoeder (HOP), dat kon worden gebruikt voor het neutraliseren van vloeibare chemicaliën op de uniformkleding, de uitrusting en het lichaam. Ook was het al gekomen tot de ontwikkeling van Atropine-injectoren ter bestrijding van zenuwgasvergiftiging en waren er projecten gaande die de strijdkrachten tijdig konden waarschuwen voor het gevaar van chemische en radiologische besmetting.<sup>391</sup>

Toch bleven er medio 1970 nog veel onvervulde wensen op het vlak van de NBC-verdediging. Het sinds 1953 gebruikte gasmasker type K was aan vervanging toe, met name omdat de glazen besloegen en de verstaanbaarheid van de drager van het gasmasker gering was. Verder was er aanvullende beschermende kleding nodig, met name een ‘wegwerp overgooier’ – een transparante plastic hoes die bescherming moest bieden tegen irriterende en blaartrekkende strijdmiddelen in druppelvorm (een sproeiaanval).<sup>392</sup> Ook de bestaande Atropine-injectoren stonden eind jaren zeventig op de lijst om te worden vervangen.<sup>393</sup> Verder bleef de apparatuur waarmee de troepen hun taak in radioactief besmet gebied konden voortzetten in gebreke. De tactische dosimeter, waaraan de pelotonscommandant snel kon aflezen hoeveel initiële kernstraling zijn eenheid had ondergaan, was niet nauwkeurig genoeg voor het aflezen van “snelle gammastraling en neutronen” die bij een kernexplosie vrijkomen.<sup>394</sup> Eveneens verouderd waren de verkenningsmeters die de stralingsintensiteit in het terrein konden meten, bijvoorbeeld tijdens de evacuatie van gewonden. Aan beide typen meters was een gebrek en hetzelfde gold overigens voor de oplaadsystemen. Alleen radiologische besmettingsmeters waren in voldoende aantallen aanwezig.<sup>395</sup> Tot slot bestond er nog behoefte aan overdrukinstallaties die schadelijke stoffen buiten geneeskundige inrichtingen

---

<sup>390</sup> C. J. C. Goedkoop, ‘De nbc-verdediging in het legerkorps’, *Militaire Spectator* 145:5 (1976) 209.

<sup>391</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1954. Stafstudie NBC-bescherming ten behoeve van de legerplanning voor de middelbare en lange termijn, 1970.

<sup>392</sup> Niet te verwarren met de reeds ingevoerde butyl-rubberen pakken die speciaal voor de ontsmettingswerkzaamheden van NBC-secties van het Wapen der Genie waren ingevoerd.

<sup>393</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 411. Majoor D.S.W. Vollema. Memo betreffende: vervanging atropine injectoren, 7 augustus 1981. Zie ook: NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1702. Stukken betreffende de vervanging van atropine-autoinjectoren 1976-1979.

<sup>394</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1954. Stafstudie NBC-bescherming ten behoeve van de legerplanning voor de middelbare en lange termijn, 1970.

<sup>395</sup> Bij het legerkorps twee stuks en in de nationale sector een per bataljon/afdeling of zelfstandige compagnie.

konden houden, alsmede beschermende gewondenrusthoezen tegen nucleaire stofdeeltjes en biologische of chemische strijdmiddelen.<sup>396</sup>

Met de invoering van de genoemde apparatuur en uitrusting werd echter geen haast gemaakt. In 1976 was alleen nog het nieuwe gasmasker ingevoerd (het Canadese model C3). Veel wensen bleven on vervuld, blijkens de nieuwe NBC-behoeftestelling uit 1977. Er waren toen nog steeds geen gewondenrusthoezen, filteroverdrukssystemen en detectieapparatuur om de troep tijdig te waarschuwen voor radioactieve, biologische of chemische besmetting.

De tekorten kregen een zekere urgentie naarmate de chemische dreiging in de tweede helft van de jaren zeventig groeide. Een concrete aanwijzing hiervoor was dat het Warschaupact bij grote oefeningen steeds sterker de nadruk legde op het inzetten van strijdgassen.<sup>397</sup> De 'Deelstudie geneeskundige verzorging in oorlogstijd' van de IGDKL van 9 oktober 1979 ging er dan ook van uit dat er met name rekening moest worden gehouden met een *first use* van chemische wapens door de Sovjet-Unie.<sup>398</sup> In de memorie van toelichting bij de begroting voor het dienstjaar 1981 stonden voornemens om de achterstanden in de NBC-bescherming in te halen, maar dat leidde voornemens niet tot concrete aankopen.<sup>399</sup> Integendeel, de achterstanden namen voorlopig alleen maar toe, wat vooral te maken had met de economische tegenwind, die negatief doorwerkte op het defensiebudget. Verschillende materiële aankopen, waaronder de NBC-beschermende kleding en uitrusting, moesten dan ook opnieuw worden uitgesteld.

Inmiddels schreven verschillende landmacht-officieren op verontruste toon over de gebrekkige bescherming tegen met name chemische strijdmiddelen.<sup>400</sup> In navolging hiervan grepen ook militair-geneeskundigen naar de pen. In 1983 betoogde kolonel-arts J.J.P.A. Besouw in het NMGT dat het cruciaal was dat het geneeskundig systeem bleef functioneren onder NBC-omstandigheden, waarbij hij specifiek doelde op de inzet van chemische wapens. De aanschaf van gasmaskers, gasdichte ziekenauto's en gasvrije ruimtes in de verbandplaats waren daarom essentieel.<sup>401</sup> Degelijke bescherming was temeer noodzakelijk omdat er simpelweg geen therapeutische behandeling bestond voor slachtoffers van een aantal typen zenuwgassen. "Deze slachtoffers hebben geen enkele kans op overleving, zij sterven binnen enkele minuten 'in het veld', tenzij onmiddellijk ter plaatse hulp kan worden geboden", aldus Besouw.<sup>402</sup> Zulke pijnlijke conclusies werden niet vaak getrokken. In plaats van om de hete brij heen te draaien werd hier de harde realiteit onder

---

<sup>396</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1954. Stafstudie NBC-bescherming ten behoeve van de legerplanning voor de middelbare en lange termijn, 1970.

<sup>397</sup> Roozenbeek en Van Woensel, *De geest*, 283.

<sup>398</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1960.

<sup>399</sup> Hoofdstuk X (Departement van Defensie) van de begroting van uitgaven van het Rijk voor het jaar 1981 (met uitzondering van het onderdeel NAVO) 28.

<sup>400</sup> 'NBC-verdediging', *Carre* 6:3 (maart 1983) 23-31.

<sup>401</sup> A.T.M. van Rijn, 'De afvoer van gewonden onder NBC-omstandigheden', *NMGT* 36 (juni 1983) 162.

<sup>402</sup> J.J.P.A. Besouw, 'Weerwoord op het commentaar van majoor-arts Van Rijn', *NMGT* 36 (juni 1983) 163.

woorden gebracht. De herhaalde roep om een effectievere NBC-verdediging zorgde ervoor dat de Defensienota 1984 eindelijk spijkers met koppen sloeg. Toch duurde het nog twee jaar voordat de bestelling van nieuwe radiologische verkenning- en besmettingsmeters doorgang kreeg. De overige NBC-projecten waren in 1990 nog altijd niet verwezenlijkt.<sup>403</sup> Hieruit blijkt dat de NBC-dreiging op zich wel serieus werd genomen, maar ondanks de aanbevelingen van deskundigen paste de aanschaf van beschermende middelen niet in de korte-termijnplanning van de Koninklijke Landmacht. Andere materieelprojecten kregen steevast voorrang.

### **De organisatorische knoop doorgehakt**

Nadat de reorganisatie van de MGD in de Nationale Sector grotendeels was voltooid, kwam de mogelijke herziening van de militair-geneeskundige organisatie in het legerkorps opnieuw onder de aandacht. Maar ook ditmaal moesten verbeteringen passen binnen een groter plaatje. Op 22 augustus 1979 gaf de minister van Defensie opdracht een nieuw ontwerp te maken voor de structuur van de geneeskundige verzorging van gehele krijgsmacht. Diverse commissies waren belast met de uitwerking.<sup>404</sup> Een speerpunt voor het legerkorps was te komen tot een kwaliteitsverbetering, waardoor de overlevingskansen van de patiënt toenamen. Achtereenvolgende commissies gingen met deze opdracht aan de slag, maar kwamen vanwege de complexiteit niet verder dan losse aanbevelingen. De voorgestelde verbetering van de geneeskundige verzorging binnen het legerkorps vergde namelijk “zeer aanzienlijke investeringen in materieel en infrastructuur”, die eigenlijk niet paste binnen het budget.<sup>405</sup>

Ook de organisatorische kwestie liep spaak. In de loop van 1983 werkte een nieuwe KL-stuurgroep plannen uit voor onder andere de structuur van de MGD in het legerkorps.<sup>406</sup> Als richtlijn gold dat er binnen de geneeskundige afvoerketen niet meer dan 2 procent van de gewonden mocht overlijden. Hierdoor kwam de nog altijd onopgeloste kwestie van de chirurgische capaciteit weer in het middelpunt van de aandacht te staan. Om het sterftecijfer inderdaad tot dat percentage te kunnen beperken, moesten acute gevallen binnen een uur worden geopereerd; andere zwaargewonden moesten binnen de *zes golden hours of treatment* op de

---

<sup>403</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 408.

<sup>404</sup> De organisatie die aanvankelijk belast was met het ontwerpen van een nieuwe structuur was de 1 oktober 1979 opgerichte Commissie Geneeskundige Verzorging Krijgsmacht (CGVK). Deze interservice commissie moest zij voor elk krijgsmachtdeel een structuurplan opstellen. De uitwerking kwam toe aan de Commissie Structuur Geneeskundige Verzorging Krijgsmacht (CSGVK), die op 31 juli 1981 in het leven was geroepen. Vanaf 23 juni 1983 moest een KL-Stuurgroep een verdere invulling geven aan het structuurplan voor zover dit de landmacht betrof. De adviezen vonden hun neerslag in het ‘Rapport van de stuurgroep geneeskundige structuur KL’ dat eind 1984 verscheen: zie NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 352. Zie verder: Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie; Algemene Secretarie, Beleidsterrein Militair Personeel, nummer toegang 2.13.5372, inventarisnummer. 361; NL-HaNA, Defensie / Politieke Leiding, 2.13.219, inv.nr. 706.

<sup>405</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 352. Rapport van de KL-stuurgroep CSGVK geneeskundige verzorging KL, 6 december 1984.

<sup>406</sup> Voor de volledigheid, zie noot 388.

operatietafel liggen. Uitstel van behandeling vergrootte het risico op levensbedreigende wondinfecties. Een ander probleem was dat ook de flexibiliteit van de betreffende eenheden nog altijd veel te wensen overliet: onderlinge uitwisseling of aanvulling van geneeskundige capaciteit behoorde niet tot de mogelijkheden. Tot slot vormde ook het gebrek aan medische reserv capaciteit en mobiliteit een struikelblok in het geneeskundig systeem.<sup>407</sup> Het toevoegen van extra geneeskundige capaciteit op een lager bevelsniveau was geen optie want dat vormde een te grote belemmering van de mobiliteit van de brigades.<sup>408</sup> Dit argument, dat ook al in de jaren zestig viel te horen, had nog niets aan kracht ingeboet.

Opnieuw dreigden de plannen voor een kwaliteitsverbetering echter te verzanden in een bureaucratisch getouwtrek. Dat, tezamen met het gemis aan NBC-bescherming, wekte bij sommige militair-geneeskundigen wrevel. Van Besouw – in feite de hoogste baas van de geneeskundige dienst binnen het legerkorps<sup>409</sup> – ventileerde in maart 1983 zijn onvrede in niet mis te verstane bewoordingen: “Bij vele beslissingen die op de hogere niveaus worden genomen, wordt aan het grote belang van een op zijn oorlogstaak berekende militair-geneeskundige dienst in het legerkorps voorbijgegaan. De oorlogstaak van de militair-geneeskundige dienst wordt in het beleid steeds verder naar achteren gedwongen.”<sup>410</sup> Omdat hij die ontwikkelingen niet kon tegenhouden, maar zich wel verantwoordelijk voelde voor de paraatheid van zijn onderdeel, legde hij zijn functie als commandant 102 Geneeskundige groep neer. Veel stof deed dit protest-ontslag echter niet opwaaien omdat het, voor zover valt na te gaan, buiten de MGD niet werd opgemerkt. En dat zegt iets over de marginale positie die de militair-geneeskundigen binnen de landmacht innamen.

In 1984 verscheen dan toch een gedetailleerde uitwerking van eerder gedane reorganisatievoorstellen.<sup>411</sup> Het kwam erop neer dat de geneeskundige mobiliteit binnen de brigades werd vergroot met extra ziekenauto's, terwijl de mobiliteit van de brigades zelf moest toenemen door het wegnemen van de chirurgische specialistengroep bij de verbandplaatsen. De overgebleven artsen op de verbandplaats hielden zich voortaan alleen nog bezig met triage en zo nodig het gereedmaken van patiënten voor verder vervoer. Door de afwezigheid van geopereerde patiënten nam de mobiliteit van deze inrichting toe. Ter compensatie van het verlies van chirurgische capaciteit bij de verbandplaats, moesten lichtchirurgische veldhospitaalcompagnieën worden opgericht. Deze mobiele

---

<sup>407</sup> P.M.M. Feijen, 'Herstructurering geneeskundige dienst KL', *Militaire Spectator* 158:7 (1989) 308-309.

<sup>408</sup> zie NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 352. Rapport van de KL-stuurgroep CSGVK geneeskundige verzorging KL, 6 december 1984.

<sup>409</sup> Besouw was tussen 1974 en 1983 hoofd Sectie geneeskundige dienst 1 Legerkorps (in die hoedanigheid was hij *legerkorpsarts*) tevens Commandant 102 Geneeskundige groep.

<sup>410</sup> A.G.H. Wiggers, 'Commando-overdracht bij 102 Geneeskundige groep', *Polsslagen* 17:2 (1984) 6.

<sup>411</sup> zie NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 352. Rapport van de KL-stuurgroep CSGVK geneeskundige verzorging KL, 6 december 1984.

inrichtingen, die bestonden uit twee pelotons met elk drie operatiekamers, konden spoedeisende operaties uitvoeren waarmee de overlevingskansen van zwaargewonden toenamen. Zij stonden onder bevel van de legerkorpsarts en hij kon deze inzetten waar dat het meest nodig was, bijvoorbeeld naast de brigadeverbandplaats, wanneer er veel gewonden werden verwacht.<sup>412</sup>

In feite was de lichtchirurgische veldhospitaalcompagnie een oud en beproefd concept. In de Tweede Wereldoorlog hadden de Britten tijdens hun veldtocht in Noord-Afrika voor het eerst mobiele chirurgische teams ingezet om dicht bij het front zoveel mogelijk levens en ledematen te redden. De Amerikanen waren hiervan onder de indruk geraakt, zodat zij hun eigen mobiele chirurgische teams introduceerden. Deze bestonden naast operatiekamerhelpers uit een anesthesioloog, een algemeen chirurg, een hersenchirurg, een orthopedisch chirurg, een plastisch chirurg en een thoraxchirurg.<sup>413</sup> Het systeem ontsteeft het experimentele stadium tijdens de oorlog in Korea, toen de *Mobile Army Surgical Hospitals* (beter bekend als MASH) formeel in de organisatie van de *US Army Medical Corps* werden geïncorporeerd.<sup>414</sup> Begin jaren vijftig kende de slagorde van de MGD chirurgische veldhospitaal, letterlijk overgenomen uit de Amerikaanse organisatie, maar deze werden vanaf 1957 weer opgeheven met als argument dat de geneeskundige bataljons van de divisie 'atoom' al beschikten over een chirurgisch hospitaal (NB: de divisie atoom werd echter nooit gerealiseerd, zoals eerder in dit hoofdstuk is uitgelegd, waardoor van de 'vervanging' van de chirurgische veldhospitaal heel lang niets terecht kwam).<sup>415</sup>

Behalve de lichtchirurgische veldhospitaalcompagnie bestonden er plannen voor het oprichten van, zoals die toen te boek stonden, het zwaarchirurgische veldhospitaalbataljon. Dat was bedoeld om achterin het divisievak de minder urgente 'zes-uursgewonden' te opereren, naar schatting 80 procent van de totale gewondenstroom. Hiervoor beschikte elk zwaarchirurgisch veldhospitaalbataljon over achttien operatiekamers. Naast deze zwaarchirurgische hospitaal bleven de reeds bekende stationaire doorvoerhospitaal gehandhaafd. Die waren en bleven de grootste medische inrichtingen in het legerkorpsvak, bestemd voor de uitvoering van niet-spoedeisende operaties. Naast allerhande voorzieningen had het achthonderd bedden en acht operatiekamers.<sup>416</sup> De opbouw van dit tentencomplex vergde de nodige tijd, zodat het legerkorps ermee rekening moest houden dat het doorvoerhospitaal niet onmiddellijk na een verrassingsaanval beschikbaar zou zijn.

---

<sup>412</sup> J.L. Brosky, 'Reorganisatie van de brigadegeneeskundige compagnie', *Polsslag* 23:1 (januari 1989) 17.

<sup>413</sup> Een specialist in operaties aan inwendige organen, gelegen rond de thorax, het middenrif, zoals het hart, de longen en de intrathoracale bloedvaten.

<sup>414</sup> Scott C. Woodard, 'The Story of the Mobile Army Surgical Hospital', *Military Medicine* 168-7 (2003) 503.

<sup>415</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Opheffing Chirurgisch Veldhospitaal i.v.m. Geneeskundig Bataljon (nieuwe stijl), 23 juli 1957.

<sup>416</sup> Feijen, 'Herstructurering geneeskundige dienst', 311.



Een algemeen kenmerk van alle geneeskundige eenheden was een modulaire opbouw. Veel onderdelen gingen voortaan bestaan uit gelijke 'bouwstenen' zodat eenheden snel uitgewisseld en versterkt konden worden, opdat een medisch zwaartepunt kon worden gecreëerd waar dat het meest nodig was.<sup>417</sup> De prognoses gingen er namelijk van uit dat de toekomstige verliezen niet gelijkmatig over het legerkorpsgebied zouden zijn verdeeld. Een uitbreiding van de ziekenautocompagnieën maakte het mogelijk ongeveer tweeduizend gewonden per dag te vervoeren van het tweede naar het derde echelon.

De "voorbereiding voor de realisatie van die plannen" kon echter pas eind 1986 beginnen. Het Legerplan 177-10 vormde hiervan een concretisering.<sup>418</sup> Hiermee kreeg de reorganisatie in de loop van 1988 handen en voeten. Tijdens deze "rommelige fase" bleven de meningen evenwel verdeeld.<sup>419</sup> In 1989 voorspelde een majoor van de Geneeskundige troepen, H.J. Slot, dat de militair-geneeskundige organisatie in de toekomst "vele malen beter dan tot nu toe, in staat moet worden geacht haar taken te vervullen."<sup>420</sup> Anderen waren sceptisch. Door een aanhoudend gebrek aan transportcapaciteit en personeel waren knelpunten en vertragingen op het eerste echelon onvermijdelijk.<sup>421</sup> Het creëren van een ideale organisatie was veel te hoog gegrepen. Een officier voorvoelde dat al vijftien jaar eerder: "Het zal moeilijk blijken aan alle verlangens tegemoet te komen en verschil in inzicht zal dan ook wel altijd blijven bestaan."<sup>422</sup>

## Conclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk werd de vraag gesteld met welk oorlogsscenario de MGD precies rekening hield. Het antwoord is gezocht in het organisatorische verhaal, waarbij steeds de bredere militair-strategische en operationele context in ogenschouw is genomen. Bij de opbouw van de MGD ging men er vanuit dat de volgende oorlog grote overeenkomsten zou vertonen met de Tweede Wereldoorlog. Bij die toekomstvisie kon men bouwen op ervaring. Halverwege de jaren vijftig begonnen de discussies over een eventuele aanpassing van de organisatie aan het optreden onder nucleaire dreiging, die naar verwachting gepaard zou gaan met grotere verliezen. Maar hoe groot de invloed van kernwapens op strategisch niveau ook was, in de praktijk was de oorlogsvoorbereiding minder sterk op het nucleaire scenario afgestemd dan de kernwapendreiging leek te rechtvaardigen. Ook al wezen NAVO-verliesverwachtingen op een substantiële vergroting van het aantal gewonden

---

<sup>417</sup> Ibidem.

<sup>418</sup> J. Stuij, 'Realisatie van het structuurplan geneeskundige verzorging krijgsmacht', *Polsslag* (september 1987) 7.

<sup>419</sup> J. de Lange, 'Commando-overdracht 103 Geneeskundig bataljon', *Polsslag* 23:3 (mei 1989) 15.

<sup>420</sup> H.J. Slot, 'Geneeskundig optreden binnen het manoeuvrebataljon tijdens het verdedigend gevecht', *Militaire Spectator* 158:2 (1989) 74.

<sup>421</sup> Feijen, 'Herstructurering geneeskundige dienst', 308-309; Slot, 'Geneeskundig optreden', 65.

<sup>422</sup> H.J. de Roo, 'De brigadeverbandplaats', *NMGT* 26 (juli-augustus 1973) 227.

met ernstig letsel in een kernoorlog, een aanpassing van de organisatie van het legerkorps en een uitbreiding van de medische capaciteit ging maar zeer moeizaam.

Dit trage aanpassingsproces lag niet aan een onderschatting van de potentiële problemen. Al vroeg wezen militair-geneeskundigen in verkennende rapporten en tijdschriftartikelen op grote, zo niet onoplosbare problemen op het nucleaire slagveld. De betrokkenen moesten erkennen dat de effecten van het meervoudig gebruik van kernwapens op het slagveld simpelweg niet waren te voorspellen. In de zoektocht naar houvast kregen vier zekerheden een prominente plek in het discours binnen de MGD: 1.) de oorlogstaak moest onder alle omstandigheden worden voortgezet; 2.) om de vijand geen 'lonend' kernwapendoel te bieden was een grotere troepenspreiding geboden, wat weer een grotere logistieke zelfstandigheid noodzakelijk maakte; 3.) de toegenomen afstanden tussen de patiënt en de behandelaars – als gevolg van het verspreide optreden – maakten een verbetering van het gewondentransport nodig; 4.) er moest rekening worden gehouden met plotselinge pieken in het aantal slachtoffers, als gevolg van onverhoopte kernwapenexplosies, waarbij alle beschikbare geneeskundige eenheden in de omgeving moesten bijdragen aan de hulpverlening. Improvisatie en flexibiliteit waren geboden.

Alternatieven lagen niet voor de hand. Van een substantiële uitbreiding van de organisatie kon geen sprake zijn, want zelfs al zou de politieke leiding het budget voor de MGD aanzienlijk hebben vergroot (waartoe zij niet geneigd was), dan nog zou het zeer moeilijk zijn geweest om alle functies te laten vervullen (hierover meer in hoofdstuk 6). Bovendien zou een uitbreiding te veel geneeskundig personeel, met name specialisten, aan het nationaal medisch potentieel onttrekken. Ook vanuit militair-tactisch oogpunt was een uitbreiding van de MGD in het legerkorps onwenselijk. Grote medische installaties maakten het leger immers log en kwetsbaar, terwijl het streven juist was naar zoveel mogelijk beweeglijkheid. Zelfs het Amerikaanse leger, dat in de jaren vijftig de 'luxe' kende om te oefenen in het stof van werkelijke atoomexplosies, moest erkennen dat atomaire omstandigheden onmogelijke eisen stelden aan de legerorganisatie, waarop de militair-geneeskundige eenheden vormden daarop geen uitzondering vormden.<sup>423</sup>

Door de aandacht vrijwel uitsluitend te richten op zekerheden en oplosbare problemen, bleven de oorlogsvoorbereidingen zinvol. Dit geconstrueerde toekomstbeeld (*desirable future*) bood steeds minder plaats voor het al dan niet kunnen incasseren van atoomklappen. Vooral vanaf de jaren zestig werd de planning steeds afgestemd op conventionele oorlogvoering en dat paste bij het bondgenootschappelijk streven om de zogenaamde 'atoomdrempel' te verhogen. NBC-functionarissen en hun stafrapporten bleven er nochtans op hameren dat de vijandelijke inzet van nucleaire wapens nog altijd *mogelijk* was, maar dit had weinig effect. Over de *waarschijnlijkheid* ervan viel namelijk enkel te speculeren. Uit verschillende

---

<sup>423</sup> Linn, *Elvis' Army*, 229.

bronnen komt naar voren dat officieren de inzet van kernwapens vanaf de jaren zeventig in toenemende mate beschouwden als 'incident', als aberratie of 'vervelend oponthoud' in een verder conventioneel militair optreden. Over de gevolgen dacht men liever niet te veel na, zo laat ook de militaire publicistiek uit die tijd zien. Toch bleef het knagende besef dat er tegen een kernwapenoorlog in medisch opzicht geen kruid gewassen is. Zeker is dat de legerleiding de aanschaf van nieuw NBC-materieel voortdurend op de lange baan schoof en voorrang verleende aan andere projecten.

Mede ingegeven door de hete oorlogen in Vietnam en het Midden-Oosten, kwam de nadruk binnen de MGD in de jaren zeventig en tachtig te liggen op het vergroten van de overlevingskans van conventionele gewonden en dit streven bleek om verschillende institutionele en organisatorische redenen al moeilijk genoeg. Hieruit komt andermaal de marginale positie van de MGD naar voren, uitgaande van de gedachte dat verbeteringen wel mogelijk waren als er meer geld en aandacht aan waren besteed. Toen in 1989 de Berlijnse Muur viel en de Koude Oorlog ten einde kwam, was de beoogde reorganisatie van de MGD binnen het legerkorps nog niet voltooid. Daarmee valt niet aan de conclusie te ontkomen dat de dienst gedurende de hele Koude Oorlog bleef tobben met een organisatie die niet alleen op een nucleair, maar ook op een grootschalig conventioneel conflict onvoldoende was voorbereid.

## Hoofdstuk 3: Al helpende leert men

“Eén der belangrijkste taken van een legerleiding is er zorg voor te dragen, dat in vreedstijd elke man, elk onderdeel en formatie zo efficiënt mogelijk geoefend wordt voor de taak in oorlogstijd.” - Majoor der Artillerie J.A. de Risseeuw (1951)<sup>424</sup>

“Noodzakelijkerwijs [moet] ook worden gedacht over het onvoorstelbare. Enerzijds kan nucleaire vernietiging niet als een rationele mogelijkheid worden benaderd. Anderzijds moet er toch een voorstelling bestaan van de manier waarop een agressor ervan kan worden weerhouden een conflict te beginnen. Daarvoor zijn voorbereidingen nodig, die berusten op de eigen inschatting van de strategie van de tegenstander en van de middelen die hem ter beschikking staan.” *Handboek voor de soldaat* (1985)<sup>425</sup>

De opleiding en oefening van het grotendeels dienstplichtige militair geneeskundig personeel vormden tijdens de Koude Oorlog een voortdurende bron van zorg. Jaarlijks zag de MGD opeenvolgende lichten jonge mannen zich melden, die in relatief korte tijd, en vaak tegen hun zin, moesten worden gevormd tot volwaardige militairen in functie en rang. Dit vergde een voortdurende inspanning van vooral instructeurs, maar ook van andere opleidingsautoriteiten, die functie-eisen en toetsingsmethoden moesten ontwikkelen. Voor de dienstplichtigen zelf betekende hun tijd in werkelijke dienst, de zogenaamde ‘eerste oefening’, het wennen aan een compleet nieuwe omgeving met eigen regels, normen, waarden en tradities.

Bepalend in het opleidingsproces was het brede takenpakket waarbinnen de oorlogstaak voorop stond. De betrokkenen moesten hun plaats leren innemen in de eerder beschreven geneeskundige afvoerketen, want de inzetbaarheid en daarmee de geloofwaardigheid van het Nederlandse 1 Legerkorps ten opzichte van de NAVO hingen er deels van af. In dit hoofdstuk komt aan de orde hoe de opleidingsautoriteiten van de MGD probeerden het militair-geneeskundig personeelsbestand in voldoende aantallen op het gewenste niveau van paraatheid en inzetbaarheid te brengen en te houden. Daarbij zal ook worden gekeken naar het kritisch commentaar van tijdgenoten.

Eerst komt de ontwikkeling van de verschillende opleidingstrajecten ter sprake, met de nadruk de functies die direct gerelateerd zijn aan de evacuatie en medische behandeling van zieken en gewonden in oorlogstijd. Vanuit de

---

<sup>424</sup> J.A. de Risseeuw, ‘Beginselen van Militaire Oefeningen I’, *Militaire Spectator* 120:2 (1951) 72.

<sup>425</sup> ‘Hoofdstuk 14. Persoonlijke bescherming tegen nbc-strijdmiddelen’ in: VS 2-1350 *Handboek voor de soldaat* (1985) 14-2.

onderzoeksvraag zal hier worden stilgestaan bij de theorielessen over de effecten van atoomwapens. Daarna volgt de oefenpraktijk en de reflectie van deelnemende militair-geneeskundigen op dat onderdeel. De praktische voorbereiding op nucleaire, biologische en chemische omstandigheden komt hier aan bod. De voorgestelde en daadwerkelijk doorgevoerde wijzigingen in het opleidingssysteem vanaf het einde van de jaren zestig laten vervolgens zien waar volgens de betrokkenen de grootste knelpunten bestonden. Daaruit volgt de conclusie in hoeverre nucleaire dreigingsperceptie de denkkaders binnen de MGD bepaalde.

### **Tekorten aan alles**

“Geen gekanker en geklaag over dat, wat er niet is. Dat helpt niet.”<sup>426</sup> Met die woorden probeerde de CGS generaal Kruls in 1950 zijn ondergeschikten te motiveren om de opbouw van de landmacht krachtig ter hand te nemen. ‘Samen de schouders eronder’ vormde het credo in de naoorlogse jaren, ook binnen de kazernes. Dat was natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan. Sinds de heroprichting van de MGD in 1945 bestonden er tekorten aan voertuigen en instructiepersoneel, medisch demonstratiemateriaal en zelfs de meest elementaire opleidingsbenodigdheden zoals leslokalen met schoolborden en krijt.<sup>427</sup> Toch dienden de lessen en oefeningen gewoon door te gaan. Voor de dienst was het essentieel dat er zo snel mogelijk geneeskundige eenheden werden geformeerd; eerst voor de dekolonisatieoorlog in Indonesië en vanaf 1950 voor de legeropbouw in bondgenootschappelijk verband. Kwantiteit ging in die jaren boven kwaliteit.

De opbouw van de organisatie rustte in de jaren vijftig op de schouders van een relatief kleine kern van personeel. Enkelen van hen waren na hun dienstitijd en uitzending naar Indonesië een contract aangegaan als beroepsmilitair. Zij moesten het hebben van praktijkervaring. Een ander deel van de vrijwilligers had een meerjarige militaire opleiding gevolgd.<sup>428</sup> Zij begonnen aan de Onderofficiersschool in Weert, waar gedurende een jaar de vorming van hun fysieke gesteldheid en leiderschapskwaliteiten centraal stonden.<sup>429</sup> Daarna kregen zij een specialistische militair-geneeskundige opleiding tot bijvoorbeeld hoofd gewondenverzorger. Na hun ‘schooltijd’ bekleedden de nieuwbakken sergeanten instructieve en leidinggevende posities, waarbij er verschillende specialisaties en doorstroommogelijkheden in het verschiep lagen.

Beroepsofficieren-arts vormden een betrekkelijk klein gezelschap binnen de MGD. Enkelen hadden na het behalen van hun universitaire graad en hun

---

<sup>426</sup> H.J. Kruls, ‘Waar werken wij voor? Wat bereiken wij? VIII’, *Militaire Spectator* 119:7 (1950) 579.

<sup>427</sup> J.E. Swart, ‘Over de opleidingen bij het depot geneeskundige troepen’, *NMGT* 2-7 (juni 1949) 217.

<sup>428</sup> Op uitzondering van de dienstplichtige onderofficieren en officieren geneeskundige troepen die na hun dienstitijd een kort dienstcontract aangingen.

<sup>429</sup> Later werd dit opleidingscentrum omgedoopt tot Koninklijke Militaire School (KMS). Zie verder: A. A. J. C. Schouwenaars, ‘De Koninklijke Militaire School’, *Militaire Spectator* 148:10 (1979) 462; Willem Bevaart, *De Onderofficier in het Nederlandse leger 1568-2001* (’s-Gravenhage 2001).

tewerkstelling als dienstplichtig-arts gekozen voor een militaire loopbaan. Anderen waren al op jongere leeftijd een contractverbintenis met de krijgsmacht aangegaan. De medicijnenstudie van deze zogenaamde ‘contractartsen’ was betaald door het Ministerie van Oorlog/Defensie en als tegenprestatie dienden zij minimaal tien jaar als beroepsofficier-arts. Hun militaire (basis)opleiding, die nog uitgebreid aan de orde komt, verschilde overigens niet wezenlijk van die van de dienstplichtige artsen. Wel volgden zij aanvullende stafcursussen, want deze categorie officieren was bestemd hogere staffuncties te vervullen. Het wervingsbureau van Defensie selecteerde kandidaten daarom ook in de eerste plaats op hun vermogen om een officiersfunctie te vervullen – hun medische ambities waren secundair.<sup>430</sup> Gezien het voortdurende tekort aan beroepsofficieren maakten zij kans op een snelle promotie en bevordering tot brigade-arts, divisiearts, of staffunctionaris bij de IGDKL, waar zij zich konden richten op beleidszaken. Kortom, beroepsofficieren-arts vervulden veelal bureaufuncties waarbij zij nauwelijks patiënten te zien kregen.<sup>431</sup>

Met het geringe aantal beroeps-artsen konden niet alle militair-geneeskundige officiersvacatures worden vervuld, ook niet wanneer zij werden bijgestaan door aanzienlijke aantallen dienstplichtige collega’s. Daarom deed de MGD noodzakelijkerwijs een groot beroep op niet-medische officieren, die eerst een reguliere officiersopleiding aan de Koninklijke Militaire Academie (KMA) en daarna een militair-geneeskundige cursus aan de School Geneeskundige Dienst (SGD) hadden gevolgd, waar zij onder meer medische basiskennis opdeden. Deze officieren maakten deel uit van het in 1954 opgerichte dienstvak Geneeskundige troepen. In de rang van vaandrig of tweede luitenant waren deze ‘troepers’ vaak plaatsvervangend commandant van een geneeskundig peloton. Sommigen van hen klommen bijvoorbeeld op tot commandant van een ziekenautocompagnie of stafofficier bij de sectie geneeskundige dienst van het Eerste Legerkorps.<sup>432</sup> In al hun functies namen zij vooral militaire taken voor hun rekening. In oorlogstijd was de plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton bijvoorbeeld belast met terreinverkenning, operatiebevelen maken en uitvoeren, of zelfs de commandovoering (ook al lag die verantwoordelijkheid tot in de jaren tachtig formeel bij de arts).<sup>433</sup> Even onmisbaar waren de ‘troepers’ als coördinator van het gewondenvervoer.<sup>434</sup> In die rol werden zij wel omschreven als “zwervend apostel op de routes van de ziekenauto’s”.<sup>435</sup>

Er waren echter bijna voortdurend te weinig officieren Geneeskundige troepen. Dat kwam door de beperkte animo voor dit dienstvak, dat in de militaire

---

<sup>430</sup> A.B. Haartsen, ‘De beroepsofficier-arts I’, *NMGT* 22 (januari 1969) 29.

<sup>431</sup> Edz. de Vries, ‘Het geneeskundig beleid van een krijgsmacht’, *Orgaan van de KBVK* 4<sup>e</sup> aflevering (‘s-Gravenhage 1967) 50.

<sup>432</sup> Z.S. Stadt, ‘De militair Geneeskundige dienst heeft niet-medici nodig’, *Polsslag* 5-4 (juli 1971) 7-10.

<sup>433</sup> Herman Louwen, *Mijn dienstitijd (1954-1989)* (Leusden 2003) 12.

<sup>434</sup> T. van den Berg, ‘De Geneeskundige Troepen een dienstvak zonder toekomst...?’, *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 3.

<sup>435</sup> J. Woldhuis, ‘De taak van officieren geneeskundige troepen bij het 1e Legerkorps’, *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 6.

wandelgangen namelijk bekend stond als “pseudo-medisch” en “half militair”.<sup>436</sup> Pogingen om de instroom van nieuwe kandidaten te bevorderen, waren maar deels succesvol. Eerst werd de toelatingsdrempel verlaagd. Zo begon in 1962 een tweejarig leertraject tot officier Speciale diensten der Geneeskundige troepen, bestemd voor onder andere ex-reserveofficieren die *geen* KMA-opleiding hadden gehad, maar na hun diensttijd wel een beroepsverbintenis waren aangegaan. Door deze gang van zaken ging de status van de troepers er niet op vooruit; tot een grote aanloop van nieuwe kandidaten kwam het in elk geval niet. Het aanzien van het dienstvak Geneeskundige troepen moest dus omhoog, die gedachte lag ten grondslag aan de invoering in 1974 van een vierjarig opleidingstraject tot beroeps-officier Geneeskundige troepen aan de KMA in Breda. Daar konden kadetten een volwaardige opleiding tot beroepsofficier volgen, met inbegrip van specialistische vakken met betrekking tot de geneeskundige dienst. Deze integrale opleiding had een minder geïmproviseerd karakter en oversteeg het cursusniveau, zo was de gedachte. Tezelfdertijd startte een twejarige cursus (uitgebreider dan de eerder aangeboden cursus) tot officier Geneeskundige troepen aan het Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst (OCMGD), bestemd voor officieren van andere dienstvakken die een overstap wilden maken naar de MGD. In beide trajecten vormde de eenjarige Specialistisch Militaire Opleiding een vast onderdeel, waar de deelnemers een opleiding volgden tot onderdeelcommandant, bijvoorbeeld commandant van een verbandplaatspeloton van een brigade geneeskundige compagnie.<sup>437</sup>

De vereniging van officieren van de Geneeskundige Troepen zag het ontstaan van deze nieuwe opleidingsmogelijkheden als een veelbelovende ontwikkeling, die eraan bijdroeg dat het dienstvak kon uitgroeien tot “een volwaardig deel van de KL”.<sup>438</sup> Toch hielden de tekorten aan. De voornaamste reden was dat in de jaren zeventig en tachtig veel beroepsofficieren Geneeskundige troepen vroegtijdig de dienst verlieten.<sup>439</sup> Noodgedwongen deed de MGD daarom steeds een groot beroep op dienstplichtigen.

### **In werkelijke dienst**

De dienstplichtigen vormden zoals gezegd het gros van de MGD, bij sommige eenheden van het legerkorps zelfs 90 procent van de sterkte.<sup>440</sup> Alle jongemannen die op basis van hun keuring waren toegewezen aan de MGD, kregen op hun twintigste levensjaar een oproep zich te melden voor de zogenaamde eerste

---

<sup>436</sup> J. Kruik en G.J.S. Goverts, ‘Overplaatsing van officieren naar het Dienstvak van de Geneeskundige Troepen’, *Militaire Spectator* 143:3 (1974) 139.

<sup>437</sup> Th. Evers, ‘De SMO-KMA/OCOSD aan het OCMGD’, *Polsslag* 15-1 (januari 1981) 14.

<sup>438</sup> J. de Lange, ‘Het memorandum “De toekomst van het korps officieren Geneeskundige troepen”’, *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 3.

<sup>439</sup> H. Bommezijn, ‘Het bestand officieren geneeskundige troepen’, *Polsslag* 14-1 (januari 1980) 11.

<sup>440</sup> A.G.H. Wiggers, ‘Commando-overdracht bij 102 geneeskundige groep’, *Polsslag* 17-2 (maart 1983); J. de Lange, ‘Commando-overdracht 103 geneeskundig bataljon’, *Polsslag* 23-3 (mei 1989) 15.

oefening bij het Depot Geneeskundige Troepen op de Juliana van Stolbergkazerne in Amersfoort.<sup>441</sup> Bij het instructiebataljon ontvingen zij een basisopleiding van twee maanden, in totaal 384 diensturen. Deze was voor alle militairen van de landmacht dezelfde (en kon in principe dus ook op een andere kazerne worden gevolgd). In deze periode stond de individuele vorming van de rekrut centraal. Hij moest zich de basisbeginselen van het militaire leven eigen maken.<sup>442</sup> Dit betekende onder meer het leren van de militaire rangen, exercitie, het wennen aan de dagelijkse routine, het omgaan met een wapen, en het betrachten van “tucht, orde en netheid [...] op de bureaux, de polikliniek, de ziekenzaal, de cantines, de kamers van de officieren en onderofficieren, in de garages, het autopark enz.”<sup>443</sup> Lichamelijke ontwikkeling was eveneens van groot belang. Hierbij ging het om de “harding van de man”.<sup>444</sup>

De rekrut spendeerde ook de nodige tijd in het klaslokaal. Daar werd bijvoorbeeld voorlichting gegeven over de militaire organisatie en de krijgstucht. Met het verschijnen van relevant instructiemateriaal in 1953 werden daar ook lessen gewijd aan de “ABC-oorlogvoering”.<sup>445</sup> De basisprincipes van atoombommen, biologische wapens en chemische strijdmiddelen passeerden de revue, bij voorkeur natuurlijk in eenvoudige taal, waar mogelijk ondersteund met afbeeldingen. Binnen het gegeven tijdsbestek gebeurde dit alles in sneltreinvaart. Hierna moest de rekrut de belangrijkste effecten van een atoomexplosie kunnen onderscheiden. Ook moest hij weten wat vervolgens te doen bij een daadwerkelijke atoomaanval. De instructiekaart, die fungeerde als geheugensteuntje voor de dienstplichtige, hield het zo kort mogelijk: “BLIKSEMSNEL DEKKEN; handen onder het lichaam; ogen sluiten; blijf gedurende 90 seconden in dekking”, en verder “HELP GEWONDE KAMERADEN,

---

<sup>441</sup> Opleidingen van alle militair geneeskundigen vonden plaats in het Depot Geneeskundige troepen van het dienstvak Geneeskundige troepen en de School Geneeskundige dienst (SGD) van het Dienstvak Geneeskundige dienst. In 1965 werden deze centra samengevoegd tot het Depot Geneeskundigen. Deze bestond uit een staf- en verzorgingscompagnie, het instructiebataljon, de Rijsschool de en SGD. De SGD bestond weer uit de School Reserveofficieren (SRO), de kaderschool en het Bureau reglementen en Verdere Vorming Officieren. Vanaf 1 augustus 1967 heette deze instelling Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst (OCMGD). In 1978 werd het OCMGD verplaatst naar de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum.

<sup>442</sup> H. Putters, ‘De opleiding bij het Depot Geneeskundige Troepen’, *Polsslag* 1:5 (mei 1967) 11.

<sup>443</sup> H. W. J. Teunissen, ‘Factoren Van Invloed Op Militaire Vorming En Opleiding II’, *Militaire Spectator* 119:12 (1950) 738-739.

<sup>444</sup> F.H. Bruggemans, ‘Depot-opleiding’, *Militaire Spectator* 125:5 (1956) 232. Het is overigens opvallend dat deze eigenschap in de navolgende decennia minder nadrukkelijk op de voorgrond kwam te staan. Dat stond zeker in verband met de invloed van de voortschrijdende militaire technologie, die steeds meer vroeg om specialisten en managers “wier vaardigheden niet typisch militair waren”. Zie: B. Schoenmaker, *Vredesoperaties en de terugkeer van de oorlog. Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar militaire geschiedenis aan de Universiteit Leiden* (Leiden 2012) 5.

<sup>445</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief IGDKL aan de Ch. LmStaf, 17 april 1953. In deze brief staat dat de IGDKL 5 lessen had samengesteld over ABC-oorlogvoering die bedoeld waren voor iedere militair.



VERMIJD PANIEK!”<sup>446</sup> De centrale boodschap was: door het nemen van beschermende maatregelen staat men tegen massavernietigingswapens niet volkomen machteloos.

Aan het eind van de basisopleiding bepaalden selectieofficieren voor welke openstaande of vrijkomende functie de dienstplichtige verder zou worden opgeleid.<sup>447</sup> Daarbij speelden de dienstkeuring, de persoonlijke voorkeur van de rekrut, eventuele diploma's en zijn resultaten tijdens de basisopleiding een rol. Cursisten die ongeschikt waren voor een medische functie kregen elders een verdere scholing tot bijvoorbeeld monteur of typist. Het merendeel van de dienstplichtigen kreeg bij het depot een verdere opleiding tot gewondenverzorger, gewondenverzorger-chauffeur of ziekenverzorger.<sup>448</sup>

### **Gewonden- en ziekenverzorgers**

De dienstplichtigen die tijdens de basisopleiding waren aangemerkt voor de functie van soldaat of korporaal gewonden- of ziekenverzorger, werden tijdens de achtweekse voortgezette opleiding onderworpen aan onder meer exercitie, conditietraining en algemeen militair theoretisch onderwijs. De aanstormend geneeskundigen werden ook niet uitgezonderd van schietoefeningen en handgranaatwerpen. Dat moest bijdragen aan de vorming van volwaardige militairen. Verder waren er specifiek militair-geneeskundige vakken, waaronder anatomie, verbandleer, Eerste Hulp Bij Ongelukken (EHBO), Eerste Hulp Aan het Front (EHAF) en hygiëne. Bij voorkeur werd deze kennis bij de dienstplichtigen getoetst, het liefst aan de hand van een oefening te velde. Een soldaat van de Geneeskundige troepen memoreerde over zijn opleiding in 1964:

“Het oefenen bestond uit het opzoeken van gewonden ergens in het veld. Deze ‘gewonden’ van onze eigen compagnie, werden eerst vakkundig geschminkt en dan ergens neergelegd. Je kon niet zien dat ze geschminkt waren, zo echt leek het. (...) Als je dan een ‘slachtoffer’ had gevonden moest je deze met hulp van brancarddragers naar het kamp brengen en uitleggen aan de deskundigen wat je diagnose was en hoe je deze gewonde moest behandelen. Hier kreeg je dan een cijfer voor.”<sup>449</sup>

Het enige vaste beoordelingsmoment vond plaats aan het einde van de voortgezette opleiding. Die zogenaamde ‘test geoeffend soldaat’ was voor alle wapens en dienstvakken gelijk. Bij goed gevolg kon hij zich nu “op het gevechtsveld handhaven”

---

<sup>446</sup> Instructiekaart nr. 2-20 Persoonlijke bescherming tegen de uitwerking van abc-strijdmiddelen (eerste versie 1962). Zie ook *Voorschrift nr 1226: Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval* (eerste druk 1952).

<sup>447</sup> De behoefte was aangegeven door de Inspectie Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht (IGDKL).

<sup>448</sup> Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Losse stukken, toegang 057, inv.nr. 3595. Beschrijving van de opleiding depot geneeskundige troepen, zonder datum (vrijwel zeker eind jaren veertig, begin vijftig).

<sup>449</sup> Geraadpleegd in juli 2020: <https://seedorf40.com/de-diensttijd-van-heinz-verstappen-1/>

en moest hij “de eenvoudigste vorm van de functie waarvoor hij bestemd was, kunnen vervullen (handlangersdiensten)”.<sup>450</sup> Hun functie-inhoud was voor de meeste dienstplichtigen in dit stadium nog betrekkelijk vaag omlijnd. Wel stond vast dat de taak van de gewondenverzorger op het gevechtveld lag, waardoor er bepaalde eigenschappen van hem werden verwacht, zoals een groot verantwoordelijkheidsgevoel, betrouwbaarheid, besluitvaardigheid, geestelijke stabiliteit en “goede intelligentie”.<sup>451</sup> Voor de gewonden- en ziekenverzorgers tevens chauffeur begon de achtweekse rijopleiding. Iedere soldaat in een verzorgende functie sloot zijn periode bij het depot in Amersfoort af met een stage van twee maanden bij een militair of civiel ziekenhuis, waar hij enkele fijne kneepjes van het vak kon leren. Een select gezelschap kwam op basis van intelligentie en op vertoon van enthousiasme in aanmerking voor een aanvullende opleiding tot verpleger, helper in een operatiekamer (OK), voetverzorger, röntgenassistent, laborant, bloedtransfusie-helper, of hulp op de dermatologische kliniek.<sup>452</sup>

Militairen die tijdens hun keuring en basisopleiding als kandidaat voor een onderofficiersfunctie waren aangemerkt, konden een opleidingstraject afleggen tot hoofd gewondenverzorger/ziekenverzorger/OK. De aspirant diende van onbesproken gedrag te zijn, en daarnaast werden van hem een goede motivatie, voldoende studiezin, verantwoordelijkheidsbesef en leiderschapspotentieel verwacht.<sup>453</sup> De kandidaten meldden zich voor een vier maanden durende opleiding aan de kaderschool van de SGD, waar, naast militair-medische lessen, vooral de leiderschapsvorming centraal stond. Op deze plek ontmoetten de dienstplichtigen de eerder besproken aspirant beroepsonderofficieren. Beide categorieën sloten hun opleiding af met een stage van drie maanden in een civiel ziekenhuis of een van de militaire hospitalen die Nederland kende, waarna zij als (dienstplichtig) sergeant instroomden bij een geneeskundig onderdeel.<sup>454</sup>

### **Reserve- en beroepsofficieren-arts**

Het opleidingstraject van reserveofficieren-arts kende drie etappes. Tijdens de zomervakantie in hun twintigste levensjaar ontvingen de dienstplichtige studenten in de medicijnen hun militaire basisopleiding, die hetzelfde was voor alle dienstplichtigen (en hierboven al is beschreven). Hierna kon de student terug in de collegebanken. Eenmaal geslaagd voor hun kandidaatsexamen (het huidige bachelor

---

<sup>450</sup> A. van Houte, ‘Het gebruik van de MOS-codering in het aanvullingssysteem bij de infanterie’, *Militaire Spectator* 123:7 (1954) 294.

<sup>451</sup> J.E. Swart, ‘Over de opleidingen bij het depot geneeskundige troepen’, *NMGT* 2-7 (juni 1949) 217.

<sup>452</sup> *Ibidem*.

<sup>453</sup> J.W. van Ewijk, ‘De opleiding van dienstplichtige onderofficieren’, *Polsslag* 3-6 (november 1969) 19.

<sup>454</sup> In de jaren waren vier militaire hospitalen: het centraal Militair Hospitaal ‘Oog in Al’ te Utrecht (later omgedoopt tot Militair hospitaal A. Mathijssen (MHAM)) en drie gewestelijke militaire hospitalen: Assen, Arnhem en Amersfoort. De laatste twee werden echter tijdens bezuinigingen (Operatie Chirurg, 1964-1967) opgeheven, evenals het Herstel- en Oefencentrum te Austerlitz. Daarnaast werd het de naam van het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht gewijzigd in Militair Hospitaal dr. A. Mathijssen, dat in omvang toenam.

diploma), begonnen de studenten aan de voortgezette opleiding van zes weken bij het kaderbataljon van het Depot Geneeskundige Troepen. Dit was eigenlijk een verkorte officiersopleiding, waarbij hun enige verdieping van de militaire basisvaardigheden werd bijgebracht. Opnieuw werd er veel gemarcheerd en geëxerceerd. Daarnaast was er aandacht voor bijvoorbeeld tank- en vliegtuigherkenning, kaartlezen, dienstcorrespondentie en camouflage. Ook kwam de ABC-oorlogvoering hier andermaal aan bod. In negen lessen kon iets dieper worden ingegaan op de eigenschappen van straling en de verschillende typen strijdgassen. De insteek was nog altijd de mogelijke bescherming tegen deze wapens. De medische aspecten kwamen nog niet ter sprake. Militair-geneeskundige vakken waren in dit opleidingsstadium beperkt tot Eerste Hulp Aan het Front (EHAF), gewondenvervoer, geneeskundig materieel, transfusieleer en -techniek, verbandleer, ziekenverzorging, de geneeskundige organisatie en de Conventies van Genève. Het instructiemateriaal was in de jaren vijftig nog beperkt, maar werd gaandeweg didactisch van betere kwaliteit.<sup>455</sup> Hoe goed of slecht de lessen waren, was echter ook afhankelijk van het instructiepersoneel. Een docent herinnerde zich: “Aangezien de werkwijze van de geneeskundige dienst bepalend is voor de organisatie, nam ik eerst die werkwijze en organisatie in grove vorm door eer ik opnieuw, maar nu gedetailleerd de lessen verfijnde.”<sup>456</sup> Na de tweede cursusperiode keerde de net tot korporaal bevorderde dienstplichtige terug naar de universiteit waar hij zijn medicijnenstudie voltooide.

Na het afleggen van het artsexamen kwam de dienstplichtige — nu als aspirant reserveofficier-arts van gemiddeld 26 jaar oud — voor de derde maal op voor een opleiding, ditmaal van zeven weken bij de School voor Reserve Officieren Geneeskundige Dienst (SROGD).<sup>457</sup> Voor de nieuwbakken artsen betekende deze opkomst opnieuw wennen aan het militaire regime. De eerder opgedane militaire basiskennis was alweer enigszins (of geheel) weggezakt. Een instructeur memoreerde:

“Er stond een klas van artsen, tandartsen en apothekers opgesteld welke ook de vorige dag was aangekomen. Het was een allegaartje van mensen en tenues (...) Een leerling, voor wie kennelijk geen passende baret te vinden was, had zijn eigen hoed op. (...) Exerceren was voor hen vrijwel onoverko-

---

<sup>455</sup> Louwen, *Mijn dienstitijd*, 45.

<sup>456</sup> Ibidem. Louwen was eind jaren zestig klassencommandant bij de SROGD.

<sup>457</sup> Dit opleidingsinstituut was onderdeel van de SGD en bestond uit vier klassen: twee voor de aspirant legerartsen en twee voor de aspirant officieren Geneeskundige troepen. De opkomst van het aantal aspirant officieren hing af van het aantal afgestudeerde artsen, tandartsen en apothekers, maar in verband met het tekort aan deze categorie officieren wordt gestreefd naar een klassenbezetting van circa dertig man. Het aantal aspirant officieren Geneeskundige troepen was hoger omdat de aspirant officieren lichamelijke opvoeding dezelfde cursus aflegden, waardoor de omvang van de klassen lag tussen de 35 en 45 man.

melijk; het was op de appèlplaats een gestuntel van jewelste. Het was immers jaren geleden dat de artsen zoiets hadden gedaan.”<sup>458</sup>

Omdat de arts zijn medisch curatieve vak inmiddels wel verstond, probeerden de opleidingsautoriteiten vooral de militaire en militair-geneeskundige kwaliteiten van de arts tot ontwikkeling te brengen. Het vakkenpakket was deels een herhaling van de eerder opgedane algemene militaire kennis en vaardigheden, met opnieuw tank- en vliegtuigherkenning, wapenleer, exercitie en kaartlezen. Ook waren er nieuwe vakken specifiek voor officiersfuncties, waaronder leiderschap, methode van instructie, bevoorrading en logistiek, stafdienst en ook tactiek. Tot slot was er aandacht voor de selectieprocedure en opleidingsadviezen voor dienstplichtige militairen, waarmee de aspiranten bekend werden met het werk van keuringsartsen. Belangrijk daarbij was het om de artsen vertrouwd te maken met het begrip ABOHZIS (een acroniem van de beginletters van algemene toestand, bovenste ledematen, onderste ledematen, benen, horen, zien, intelligentie, stabiliteit), waarop de classificatie van militaire geschiktheid was gestoeld.

Het vakkenpakket was divers, maar sommige artsen twijfelden aan de relevantie van een deel van de lesstof voor het uitoefenen van hun functie. Over het algemeen voelde een arts in militaire dienst zich vooral geroepen om curatief werk te doen. In december 1959 stelde Kamerlid J. Blom (PvdA), die zich onder meer bezighield met de civiele verdediging en de rechtsbijstand van dienstplichtigen, dat de primaire taak van officieren-arts was gelegen “op het hygiënische en het medische vlak.” Hij pleitte daarom voor een verandering van de opleiding, die in zijn ogen minder militair georiënteerd moest zijn:

“Wil de Minister eens onderzoeken of het niet wenselijk is, dat in de eerste oefentijden, die te samen achtentwintig weken bedragen, wat meer tijd wordt toegemeten aan de militair-medische opleiding? Zijn mijn inlichtingen juist, dan vordert de zuiver militair-technische opleiding te veel tijd en de militair-medische te weinig. (...) Van deze achtentwintig weken zouden er vijftientig aan militaire training worden besteed en slechts drie aan hun eigenlijke vorming als officier van gezondheid ter verzorging van de troep.”<sup>459</sup>

De minister pareerde de vragen door te stellen dat de officier-arts goed bekend moest zijn met de militaire organisatie. De kritiek verdween echter niet, maar zou in de jaren zeventig juist aanzwellen, waarover in het volgende hoofdstuk meer. Hier moet ermee worden volstaan dat de opleidingsautoriteiten over het algemeen

---

<sup>458</sup> Louwen, *Mijn dienstitijd*, 24.

<sup>459</sup> HTK, 25ste vergadering van woensdag 9 december 1959, p. 450.

vonden dat de militair-arts op zijn minst moest kennismaken met alle basisprincipes van het metier van de officier. Gelukkig voor de aanstormend legerartsen waren er ook veel vakken waarvan het nut voor hen evident was. Het militair-geneeskundige gedeelte behelsde het opfrissen van de basisvaardigheden (verbandleer, EHAF en gewondentransport), terwijl er ook weer nieuwe kost bij kwam. Zo kwamen de geestelijke verzorging en psychiatrie te velde voor het eerst ter sprake. Verder was er aandacht voor de taak en werkwijze van de MGD in vredetijd, waaronder de systematiek van de militaire keuringen en de gang van zaken tijdens het ziekenrapport. Vooral dat laatste moest de arts goed beheersen, want na zijn opleiding kreeg hij hiermee dagelijks te maken.

Theorie over oorlogschirurgie mocht absoluut niet ontbreken: op het lesrooster was hiervoor verreweg de meeste tijd ingeruimd (30 uur). Toch mochten de verwachtingen niet te hoog gespannen zijn. De commandant van de SROGD, majoor-arts C.Th. Klemann, stelde in 1967 dat de arts-cursist logischerwijze niet in een aantal weken kon worden omgevormd tot chirurg; het bijbrengen van elementaire kennis over verschillende typen oorlogsletsel moest volstaan.<sup>460</sup> Met deze kennis moest de dienstplichtig arts de binnenkomende gewonden op de bataljons-hulp- of verzamelplaats kunnen classificeren.<sup>461</sup> Klemann stelde dat ook de moderne oorlogvoering, met in het bijzonder achtergrondkennis van NBC-zaken en de medische aspecten hiervan, “de volle aandacht” van de cursisten verdiende.<sup>462</sup> De cursisten ervoeren dat waarschijnlijk toch anders. De dienstplichtige arts R.G. Nypels (die het later tot een hoge beleidsfunctie bij de MGD schopte) herinnerde zich “allemaal lesjes, zoals van J.W.K. Neuberger [een brandwonddeskundige] over oorlogschirurgie. Ik snapte er eerlijk gezegd niets van.”<sup>463</sup>

Nadat de aanstormend legerarts voor het theorie-examen was geslaagd, volgde hij in de rang van vaandrig nog een drieweekse cursus aan de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (MSHPG) in Neerijnen. In de kern ging het curriculum over het voorkomen van besmettelijke ziektes en het behoud van de gezondheid (dus de gevechtskracht) van het leger.<sup>464</sup> Op het programma stond een heel scala aan onderwerpen, waaronder het gevaar van luizen, vliegen, vlooiën, ratten, malariamuggen, contactinfecties en dysenterie, alsmede het belang van melk- en vleeshygiëne, immunisatie, waterzuivering, en voetverzorging. Ook die vakken kregen niet altijd het aandachtige gehoor dat zij verdienden. Opnieuw Nypels: “Hygiëne? Vaccineren? Preventie? Dat was natuurlijk niks. De stemming

---

<sup>460</sup> C.Th. Klemann, ‘De school reserve officieren van de School Geneeskundige dienst binnen het Depot Geneeskundige troepen’, *Polsslag* 1:6 (juli 1967) 5.

<sup>461</sup> *VS-8-107 Frontchirurgie* (3e druk 1957) 7.

<sup>462</sup> Klemann, ‘De school’, 5.

<sup>463</sup> Leo van Bergen, *Robert George Nypels. Van a-militair arts tot generaal-majoor van gezondheid. Een militair-medische non-autobiografie* (Nijmegen 2020) 22.

<sup>464</sup> C. de Jong, ‘De Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde’, *NMGT* 17:10 (oktober 1964) 345.

was, een beetje gechargeerd: 'Wij zijn arts. Wij genezen. Zeur niet met je preventie.' Pas later ging ik inzien dat we het grote belang daarvan domweg niet doorhadden."<sup>465</sup> Ook de medische aspecten van de biologische, gas- en atoomoorlog werden tijdens deze cursus behandeld, in totaal tien lessen. Een deel van de lesstof was een verkorte versie van de *Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst*, dat in hoofdstuk 2 al is besproken. Het volledig doornemen van dat voorschrift zou (te) veel tijd in beslag nemen. Na de cursus in Neerijnen vervulde de tot reserveofficier van gezondheid der tweede klasse (1945-1955) of eerste luitenant-arts (vanaf 1955) bevorderde dienstplichtige arts zijn resterende dienstdtijd bij een paraat onderdeel.

Het bovenstaande gold voor de *algemene artsen* in militaire dienst. De landmacht had in vredetijd ook een klein aantal medisch-specialisten in de gelederen. Dat waren uitsluitend beroepsofficieren-arts, die op kosten van het Ministerie van Oorlog (Defensie) nog een extra opleiding hadden gevolgd, gedeeltelijk in een van de militaire hospitalen, voor het overige deel in burgerziekenhuizen of inrichtingen.<sup>466</sup> Zo was in het Utrechtse Centraal Militair Hospitaal een chirurg werkzaam die was gespecialiseerd in oorlogsverwondingen. In vredetijd bestonden zijn werkzaamheden uit zelfstudie, het verrichten van onderzoek, het verzorgen van onderwijs voor dienstplichtige artsen en het daadwerkelijk verrichten van operaties, bijvoorbeeld verkeersslachtoffers. De extra behoefte aan specialisten in oorlogstijd werd vervuld door reservisten, dus artsen met groot-verlof, die na hun dienstdtijd waren gespecialiseerd en werkzaam waren in de civiele zorgsector. Het ging dan met name om chirurgen en anesthesisten voor de bezetting van de verbandplaatsen en de hospitalen op hogere echelons.

### **Niet-medische officieren**

Dienstplichtigen met een hbs- of (vanaf 1968) vwo-diploma en leiderschapspotentieel kwamen in aanmerking voor de opleiding tot reserveofficier Geneeskundige troepen. Deze was militair-logistiek georiënteerd en kende verschillende fases. Na de basisopleiding volgden de aspiranten een opleiding van zes maanden, verdeeld over drie perioden. De algemene kadervorming van acht weken moest de leiderschapskwaliteiten van de cursisten ontwikkelen, en hun de algemene militaire vakkennis en fysieke conditie op peil brengen.<sup>467</sup> Het lesprogramma omvatte onder meer velddienst, schietoefeningen, exercitie, kaartlezen, inwendige dienst, organisatie, NBC-oorlogvoering, en krijgstucht. Hoogtepunten in de eerste opleidingsperiode waren twee meerdaagse veldoefeningen.

---

<sup>465</sup> Van Bergen, *Robert George Nypels*, 22

<sup>466</sup> Daarnaast dienden de specialisten nog de zogenaamde a-cursus (voor het bereiken van de kapiteinsrang) of b-cursus te volgen (voor de rang van majoor). De hoogst haalbare rang voor deze categorie officieren was luitenant-kolonel. Voor het bereiken van een hoger rang, dat wil zeggen kolonel, brigade-generaal of generaal-majoor (hoogst haalbaar: functie IGDKL), moest de beroepsofficier-arts zijn status als specialist loslaten en zijn loopbaan vervolgen in de algemene dienst.

<sup>467</sup> H.A. Oosterhof, 'De opleiding tot reserveofficier geneeskundige troepen' *Polsslag* 1-8 (november 1967) 9.

De tweede periode van acht weken vond plaats aan de SROGD, waar de reservisten hun beroepscollega's en de officieren-arts ontmoetten, die overigens in aparte klassen zaten. Voor de kandidaten officier Geneeskundige troepen bestond de hoofdschotel uit de vakken anatomie, verbandleer, EHAF, de militair-geneeskundige werkwijze te velde, alsmede hygiëne en preventieve geneeskunde. Al met al was het militair-medisch onderwijs voor de cursisten summier te noemen. Na het tentamen ontvingen bepaalde officieren een rijopleiding van vier weken, of andere cursussen, zoals een vierdaagse cursus van de militaire bloedtransfusiedienst in Amsterdam. De opleiding voor de 'troepers' werd afgesloten met een tactische oefening zonder troepen (TOZT) en een examen, op grond waarvan de aspiranten werden bevorderd tot vaandrig, dus lager in rang dan hun collega medici. In deze rang en met de minimaal noodzakelijke kennis verlieten zij het opleidingsdepot.

### **De 'parate hap'**

Na hun schooltijd stroomden alle "genezerikken" in bij de parate geneeskundige onderdelen van het legerkorps of de Nationale Sector. Daar kreeg de opleiding haar vervolg, maar nu met een minder 'schools' karakter. Zo kende het legerkorps de zogenaamde Individuele Algemene Militaire Vorming, die de militaire kennis van de dienstplichtigen aanscherpte, en hun lichamelijke conditie, "geestelijke geschiktheid", en hygiëne op een hoger plan tilde.<sup>468</sup> Tijdens oefeningen moest de opgedane theorie in de praktijk worden gebracht. Niet langer vielen de dienstplichtigen onder de hoede van instructeurs. Als soldaat, korporaal, onderofficier of officier maakten zij nu deel uit van de militaire hiërarchie. Velen ervoeren dat als een sprong in het diepe.

Hoe verliep de parate tijd van de 'genezerikken'? Natuurlijk was de ervaring voor elke militair persoonlijk anders. Ter illustratie dient de situatie bij een geneeskundig peloton van een infanteriebataljon. Om de zoveel tijd stroomden daar nieuwe militairen in, voor het grootste deel soldaten-gewondenverzorger. Na een periode van twaalf maanden – die bestond uit onder meer exercities, corveediensten, wachtlopen, marsen, voertuigonderhoud, oefeningen en allerhande militaire lessen – verlieten zij de dienst, waarna zij plaats maakten voor weer een nieuwe lichterling. Deze vervolgopleiding ging niet altijd van harte, zoals een gewondenverzorger zich herinnerde: "Soms lukte het ons als hospikken vervelende lessen of iets anders te ontlopen door te zeggen dat je naar de bataljons hulppost moest om oorproppen te draaien die nodig waren voor schietoefeningen."<sup>469</sup> Weinig dienstplichtigen konden de oefendans bij de parate troepen echter voortdurend ontspringen.

---

<sup>468</sup> P. Ridder en J. H. P. Hauser, 'De voortgezette opleiding bij de parate troepen', *Militaire Spectator* 125:6 (1956) 226.

<sup>469</sup> Geraadpleegd in juli 2020: <https://seedorf40.com/de-diensttijd-van-heinz-verstappen-2/>

Dienstplichtige artsen stroomden vaak in als bataljonsarts tevens commandant geneeskundig peloton. Die functie bracht een omvangrijk takenpakket met zich mee. Zo vervulde hij de rol van huisarts voor het bataljon. Daarnaast was de officier-arts onder meer verantwoordelijk voor de verdere militair-geneeskundige vorming van 'zijn' peloton. Dit hield bijvoorbeeld in dat hij moest controleren of zijn ondergeschikten wel de juiste zalf en de juiste geneesmiddelen gaven en op de juiste wijze het verband aanlegden. De eerdergenoemde Nypels memoreerde: "Wat het leiden van een geneeskundig peloton precies inhield, was mij al even onduidelijk als al die militaire afkortingen die constant op me werden afgevuurd. Het was volledig vreemd voor mij. Zeer vreemd. Ik kon er helemaal niets mee. Pas na een tijd werd ik voor het eerst een beetje wakker geschud."<sup>470</sup> Dat laatste gebeurde in het geval van Nypels door oefeningen die overigens de nodige organisatie vergden. Gelukkig werden de reserveofficieren-arts in die taak bijgestaan door beroepsmilitairen: de sergeants gewondenverzorger en de officieren Geneeskundige troepen. Allen waren uiteindelijk ondergeschikt aan de bataljonscommandant, die de eindverantwoordelijkheid droeg voor de paraatheid en inzetbaarheid van zijn onderdeel, dus ook van de geneeskundigen.

De maatstaf voor paraatheid en inzetbaarheid was dat alle militairen een goede lichamelijke conditie hadden en de hun opgedragen functie konden vervullen, zowel individueel als in teamverband. De weg naar "functiebekwaamheid" ging via militair onderwijs en vooral oefeningen. De specifiek geneeskundige lessen liet de bataljonscommandant uiteraard over aan gediplomeerde medici. Zo was de bataljonsarts verantwoordelijk voor het verzorgen van de cursus Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH) voor alle militairen en de lessen Eerste Hulp aan het Front (EHAF) voor de gewondenverzorgers.<sup>471</sup>

De bataljonscommandant ging er doorgaans vanuit dat de officier-arts deze opleidingstaken kon uitvoeren, maar dat bleek vaak een misvatting. In 1957 stelde de instructeur aan de SROGD zelfs dat de aspirant reserveofficier-arts over het algemeen "bang was voor de parate troep".<sup>472</sup> Misschien was dat wat overdreven geformuleerd, maar herhaaldelijk klonk de klacht dat de officier-arts zich afzijdig hield van het militaire gebeuren. Deze houding moet worden verklaard door iets dieper in te gaan op de identiteit van de dienstplichtige officier-arts en het arbeidsveld waarin hij zich het meest thuis voelde: de medicijnen. Voor dat vak had hij bewust gekozen. Dat kon niet gezegd worden van zijn militaire functie, die hij verplicht vervulde. Zijn officierscursus van enkele maanden stond daarbij in de lange schaduw van zijn minstens zesjarige medicijnenstudie. Aan die uitgebreide vorming ontleende de jonge arts zijn status en professionele identiteit. Slechts een enkeling had een zekere intrinsieke belangstelling voor militaire of militair-

---

<sup>470</sup> Van Bergen, *Robert George Nypels*, 24.

<sup>471</sup> H. Putters, 'De geneeskundige dienst in de moderne oorlogvoering', *Militaire Spectator* 135:6 (1966) 282.

<sup>472</sup> M.B. Bloch, 'De beroepsofficier-arts IV', *NMG* 22 (januari 1969) 51.



medische zaken. Daarbij kwam dat de officier-arts ook niet altijd serieus werd genomen als officier. Ter vergelijking: de opleiding tot reserveofficier der infanterie duurde in 1954 acht maanden in plaats van de schamele zeven weken van de officier-arts;<sup>473</sup> het verschil in militaire kennis en vaardigheden tussen beide categorieën was dan ook evident.

De afzijdigheid voor militaire zaken kon ook te maken hebben met de volle agenda van de meeste dienstplichtige artsen. Dagelijks hielden zij medisch spreekuur op de kazerne, waarbij het vaststellen van diagnoses, prognoses en het voorschrijven van therapieën tot de routine behoorden. De patiënten verdienden uiteraard zijn volle aandacht, maar soms ontmaskerde hij ook simulanten (militairen die gezondheidsklachten veinsden om daarmee de dienst te ontlopen). Verder diende de officier-arts de algemene hygiëne op de kazerne te controleren, in onder meer de keukens, de slaapzalen en het sanitair. Hij besteedde de nodige tijd aan het overleg met zijn medische collega's binnen en buiten de landmacht, terwijl ook de werklocaties, de kazerneringsgoederen, het verplegend en administratief personeel alsmede het beschikbare instrumentarium zijn aandacht opeisten. Bijzonder tijdrovend waren de geneeskundige administratie, het opstellen van ziektegeschiedenissen en het consulteren en verwijzen naar specialisten, waarna patiënten "met het briefje weer terugkomen, enz. enz."<sup>474</sup>

Omdat de dienstplichtige artsen het militair-geneeskundige vredesbedrijf draaiende moesten houden, bleef er geregeld nog maar weinig tijd over voor de oorlogsvoorbereidingen. Dat gold in zekere zin ook voor de beroepsofficieren-arts, die in hogere functies vaak druk belast waren met de dagelijkse administratieve en leidinggevende routine. De opleiding van dienstplichtige gewonden- en ziekenverzorgers werd door de bataljonsarts dan ook vaak gedelegeerd aan de plaatsvervangend pelotonscommandant en diens onderofficieren. Dit werd de arts overigens niet altijd in dank afgenomen, zoals later nog zal blijken.<sup>475</sup> Maar wat telde was dát er geoefend werd.

### **Het nut van 'nonex'**

Praktijkervaring was volgens sommige commentatoren leerzamer dan de theorie.<sup>476</sup> Bij de gevechtseenheden deed de oefenleiding doorgaans haar best om deze oefeningen zo realistisch mogelijk te maken. De inzet van onder meer zwaar materieel, oefenmunitie en rookgranaten zorgde voor spanning, wat de toewijding van de deelnemers moest bevorderen. Vaak lukte dat ook. Vooral beroepsmilitairen doorzagen ook het achterliggende doel hiervan: wat werd beoefend kon altijd

---

<sup>473</sup> A. van Houte, 'Het gebruik van de MOS-codering in het aanvullingssysteem bij de infanterie', *Militaire Spectator* 123:7 (1954) 295.

<sup>474</sup> De Vries, 'Het geneeskundig beleid', 49.

<sup>475</sup> J.D. Branger, 'Over opleiding en taak van de officier-arts', *NMGT* 18:4 (april 1965) 127.

<sup>476</sup> Louwen, *Mijn dienstitijd*, 45.

keiharde realiteit worden.<sup>477</sup> Ook dienstplichtige officieren-arts beseften tijdens oefeningen soms pas echt goed dat de soldaten waarvoor zij moesten zorgen “bij een aanval de Russen [het Warschaupact] tegen moesten houden”.<sup>478</sup>

Oefeningen waren niet zonder gevaar. Bij grote oefeningen gebeurden geregeld ongelukken waarbij gewonden of zelfs doden te betreuren waren. Gezien de risico's die gepaard gingen met oefeningen van de gevechtseenheden was hier meteen een rol voor de MGD weggelegd. Vaak stonden de bataljonsarts en de hospikken bij grote oefeningen langs de zijlijn in de rol van ‘nonex’ hulpdienst; kort voor non-exercise. Zulke ondersteuning was tijdens oefeningen onmisbaar. In voorkomend geval boden de betrokkenen daadwerkelijk medische hulp aan echte zieken of gewonden. Hiermee deed het geneeskundig personeel de nodige praktische kennis en ervaring op, zij het dat dit nog wat anders was dan het beoefenen van de eigen oorlogstaak.

Tijdens *Big Ferro* in het najaar van 1973 leverden geneeskundigen de meest spectaculaire nonex ondersteuning. Aan deze legerkorpsoefening, waaraan veertigduizend militairen onder wie 24.000 Nederlanders deelnamen, verleende 163 Verbandplaatscompagnie medische zorg aan maar liefst 609 patiënten van wie er 207 werden opgenomen.<sup>479</sup> De aandoeningen betroffen verwondingen (233 gevallen), ziekten (266) en tandarts-zittingen (120). Eén dag kende een piek in het aantal opnames, toen 77 (van de negentig) bedden van de verbandplaats bezet waren. Ongeveer de helft van de patiënten kon snel terugkeren naar zijn onderdeel, maar er waren ook minstens drie ernstig gewonden.<sup>480</sup> Dienstplichtig soldaat R. Visser van de 177 Ziekenautocompagnie was tijdens de oefening ingedeeld bij de BHP van 11 Verbindingsbataljon. Naast vele lichte gevallen kreeg hij te maken met een sergeant met 41 graden koorts, een soldaat met een slagaderlijke bloeding die hij had opgelopen “tijdens het openen van een blikje waarbij zijn zakmes dubbelklapte”, een kapitein met ademhalingsproblemen, en een verkeersslachtoffer met een heupfractuur en “vrij ernstige snijwonden in het gezicht”.<sup>481</sup>

Meestal ging het er echter minder heftig aan toe. In dat geval betekende nonex voornamelijk toekijken, kaartspelen, en het incidenteel uitdelen van oorproppen op een schietbaan. Ofschoon het aan strikte regelmaat ontbrak, verleenden in principe alle parate militaire-geneeskundige onderdelen wel een keer nonex-ondersteuning, een routine die in principe de hele Koude Oorlog in stand bleef. Zonder deze geneeskundige steunverlening konden oefeningen geen doorgang vinden. Bijkomend voordeel voor de militair-geneeskundigen was dat zij er soms enige nuttige praktijkervaring mee konden opdoen, maar in feite was dit niet meer dan een toevallige bijkomende bate.

---

<sup>477</sup> Bosch, ‘De operationele inzetbaarheid’, 140.

<sup>478</sup> Van Bergen, *George Robert Nypels*, 27.

<sup>479</sup> Arthur E. Kohlman, ‘Big nonex’, *Polsslag* 7:6 (november 1973) 22.

<sup>480</sup> ‘Drie zwaargewonden bij oefening ‘Big Ferro’’, *Het Parool* 15 september 1973.

<sup>481</sup> R. Visser, ‘Verslag van de oefening Big Ferro’, *Polsslag* 8:1 (januari 1974) 21.

## Oefenen in groter verband

Hoe nuttig het ook mocht zijn, nonex had weinig van doen met de geneeskundige oorlogstaken. Oorlogsverwondingen hadden veelal een heel specifieke aard en ook het aantal te behandelen gewonden was in oorlogssituaties vele malen groter. Ter voorbereiding moesten de verschillende onderdelen van de MGD een heel scala van taken oefenen. Te denken valt aan de triage op de bataljonshulpposten, het zoeken van gewonden in het veld door de verzamelplaatscompagnie en het opzetten en inrichten van verbandplaatsen. En ook de doorvoerhospitalen, veldhospitalen, ziekenautocompagnieën en aanvullingsplaatscompagnieën hadden allemaal eigen procedures en werkwijzen. Zo was het essentieel dat de ziekenautocompagnie regelmatig oefende in het rijden in colonne.

Door periodieke herhaling konden eventuele knelpunten beter aan het licht komen. Het belang hiervan bleek bijvoorbeeld tijdens de divisiegeleide oefening *Edeldraak* in 1967, toen de verwerking van oefengewonden op het eerste en tweede echelon uitliep op “een compleet fiasco”.<sup>482</sup> Volgens het jaarverslag van 4 Divisie waren de oorzaken onder meer te zoeken in het uitblijven van een coördinerende rol van de divisiearts, die gedurende het grootste gedeelte van de oefening bezig was met het nalopen, regelen en rapporteren van nonex-gewonden. Daarnaast ontbrak het aan initiatief op lagere bevelsniveaus, met name omdat “hulpleiders geen oefengewonden durfden te maken”, terwijl de bataljonshulpposten hun positie te ver naar achteren kozen. Dergelijke uitglijders zouden in een oorlogssituatie levens kosten. Verbetering was alleen mogelijk door regelmatig in groter verband te oefenen, want “aan een incidentele oefening heeft men weinig”.<sup>483</sup>

De klacht van het geringe aantal oefeningen klonk vaker. Een officier meldde in 1968 dat bij oefeningen in West-Duitsland slechts een gedeelte van de brigadegeneeskundige compagnie (de verbandplaats) “en zo nu en dan eens een verzamelgroep” in actie kwamen en “als dit nu maar veelvuldig gebeurt, neemt men aan dat de gnkcie [*geneeskundige compagnie*] voor dat jaar ‘z’n portie wel weer heeft gehad’”.<sup>484</sup> Voor het geringe aantal oefeningen bij de parate en mobilisabele geneeskundige onderdelen zijn verschillende verklaringen. Al genoemd is dat de legerartsen vaak druk waren met hun dagelijkse beslommingen voor het organiseren van kleine oefeningen op bataljonsniveau. Grotere oefeningen, waarbij de samenwerking tussen verschillende geneeskundige echelons kon worden beproefd, waren nog lastiger op touw te zetten. Hiervoor was namelijk een grondige planning vereist. Nog een andere belemmering was het geringe aantal begeleidende

---

<sup>482</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Staf 1e Legerkorps en de daaronder ressorterende Divisies 1-6, nummer toegang 2.13.148, inventarisnummer 559.

<sup>483</sup> A.A. van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 23.

<sup>484</sup> R. Michielsen, ‘Nogmaals oefening “Konings-Gambiet”’, *Polsslag* 3-2 (maart 1969) 21.

instructeurs.<sup>485</sup> Bovendien waren met de noodzakelijke voorbereidingen op personeel en materieel gebied vaak hoge kosten gemoeid. Dat de Defensie niet bereid bleek om hiervoor de portemonnee te trekken, toont andermaal aan dat de MGD binnen de landmacht een marginale positie had.

Deze problemen werkten door bij het organiseren van zogenaamde herhalingsoefeningen. Deze waren bedoeld om de kennis en vaardigheden van reservisten met groot verloop op peil te houden, alsook de korpsgeest en de samenwerking te versterken. De mobilisabele eenheden, waartoe de reservisten behoorden, werden volgens de norm eens in de drie jaar voltallig onder de wapenen geroepen voor een oefening van vier weken. Daarmee hoopte de legerleiding de geoefendheid in stand te houden.

Tijdens de Koude Oorlog waren grote geneeskundige oefeningen uitzonderlijk. Voor oefening *Houen Zo*, die in 1960 plaatsvond op de Veluwe, meldde zich het bijna voltallige mobilisabele 11 Geneeskundig bataljon van de 1 Divisie '7 december', inclusief "acht chirurgen, drie narcotiseurs, een internist, een röntgenoloog, twee tandartsen en twee psychiaters", en maar liefst zeshonderd oefengewonden.<sup>486</sup> Nog meer reservisten kwamen 'onder de wapenen' tijdens de grote geneeskundige oefeningen met de naam *Hartslag*, die plaatsvonden in 1965, 1966 en 1967. Alle mobilisabele en parate geneeskundige eenheden van 1 Legerkorps en alle mobilisabele territoriale geneeskundige eenheden namen hieraan deel. *Hartslag III* in 1967 was de grootste in de reeks. Hieraan nam het ongeëvenaarde aantal van vijfduizend "genezerikken" deel, onder wie zeshonderd oefengewonden.<sup>487</sup> Dit evenement stond in het teken van de coördinatie tussen de geneeskundige eenheden van twee divisies (met elk twee brigades), waarbij de nadruk lag op mobiliteit en verplaatsing. Zo werden een rivierovergang en de afvoer van gewonden beoefend, waarbij pantservoertuigen en zelfs helikopters betrokken waren. Aan de oefening namen volgens *De Telegraaf* tientallen medici deel, onder wie "de beste chirurgen".<sup>488</sup>

Het nut hiervan was voor de legerleiding evident. Alleen op deze manier konden de geneeskundige afvoervoerketen en alle daarbij horende werkzaamheden op het eerste, tweede en derde echelon worden beproefd. Zo konden militair-geneeskundigen zich verder bekwamen in het opzetten en afbreken van bataljons-hulpstukken, het patiëntenvervoer en de geneeskundige bevoorrading. Voor medisch specialisten was echter maar weinig te doen. Hun expertise lag immers op het medisch-technische terrein dat moeilijk kon worden nagespeeld. Niet zelden kregen specialisten het gevoel dat zij zonder goede reden waren opgeroepen.<sup>489</sup> In zulke gevallen was improvisatie geboden. Bij *Hartslag III* kregen de chirurgen en

---

<sup>485</sup> De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 76.

<sup>486</sup> 'Elfde geneeskundig bataljon houdt oefening "houen zo"', *De Tijd-Maasbode* 20 mei 1960.

<sup>487</sup> Officiële evaluaties van deze oefening zijn helaas onvindbaar in de archieven.

<sup>488</sup> 'Varken als „proefkonijn” aan 't front', *De Telegraaf* 6 juli 1967.

<sup>489</sup> D.J. Verdoorn, 'Herhalingsoefening - nieuwe stijl', *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 11.

assistenten als voorbereiding op hun oorlogstaak een aantal levende varkens met kwaadaardig gezwel te behandelen. Volgens de commandant van het desbetreffende veldhospitaal, majoor-arts C. van Luyt, ging het er niet om de artsen te beproeven, “maar vooral om de sterilisatie- en narcosemethoden van ons hospitaal te testen en om het bedienend personeel niet alleen met pseudo-gewonden maar ook met een echte operatie te confronteren”.<sup>490</sup> De specialisten waren dus zeker niet voor spek en bonen opgekomen, zo was de boodschap. Hun aanwezigheid was essentieel voor de medische kennisoverdracht en de vorming van de korpsgeest.

### **Gewondenkaarten en kaartspelende oefengewonden**

Ofschoon het nut van geneeskundige oefeningen evident was, bleef het een vrome wens om hieraan structureel aandacht te geven. Al begin jaren vijftig was duidelijk dat men de grootschalige oefeningen in de VS niet kon evenaren. Vol bewondering keken Nederlandse waarnemers in 1956 naar een Amerikaanse *mass casualty exercise*, waaraan zo'n tweeduizend 'patiënten' deelnamen.<sup>491</sup> De MGD moest zich meer bescheiden doelen stellen. Maar zelfs aan regelmatige kleinere oefeningen bestond een gemis. Eén van de oorzaken was de altijd beperkte beschikbaarheid van oefengewonden met realistisch nagebootste verwondingen van “schminkbloed en vleespasta”. Hun aanwezigheid was van essentieel belang voor de beleving van de geneeskundigen.<sup>492</sup> De moeilijkheid was evenwel het 'regelen' van deze patiënten. Commandanten stelden hun personeel immers liever niet voor de passieve taak van oefengewonde beschikbaar. Ook de oefengewonden konden het vaak niet opbrengen om in de gepeelde slachtofferrol te blijven.<sup>493</sup> Gezien de algemene weerstand, probeerde de legerkorpscommandant, luitenant-generaal F.E. Meijnderts, zijn troepen voor aanvang van de grote legerkorpsoefening *Big Ferro* in 1973 voor deze vaak ondankbare taak te motiveren: “(...) geen hond krijg je warm om afgevoerd te worden om als oefengewonde door de medische keten te gaan. Toch zou ik een beroep willen doen aan alle deelnemers om daar toch aan mede te doen: om als zij aangewezen worden als oefengewonde, wel deze keten na te lopen, omdat zij collegae hebben op de verschillende depots die natuurlijk ook geoefend moeten worden.”<sup>494</sup>

Overigens hadden niet alle dienstplichtigen een aversie tegen een passieve rol in het grote spel van de oefenoorlog. Tijdens *Houen Zo* in 1960 noteerde een plaatselijke krant een gesprek tussen twee deelnemers:

---

<sup>490</sup> 'Varken als "proefkonijn" aan 't front', *De Telegraaf* 6 juli 1967.

<sup>491</sup> P. van den Broek, 'FT X 1-56, mass casualty exercise, 31st medical group', *NMGT* 9:12 (1956) 361.

<sup>492</sup> R.E. Tonn, 'Enige recepten ter bereiding van schminkbloed en vleespasta', *NMGT* 17:4 (1964) 99.

<sup>493</sup> Jan C. Peetoom, 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-2 (maart 1973) 16.

<sup>494</sup> NIMH beeldcollecties. Transcriptie uit de voorlichtingsfilm *Big Ferro* (<https://www.youtube.com/watch?v=fYugBHLcTvww>).

“Valt het tegen?” vroeg iemand aan korporaal M. Schiepers, een van de ‘gewonden’, die woensdag van negen tot vier en van acht tot twaalf op een brancard had gelegen. ‘Als je kunt liggen valt het nooit tegen’, vond de korporaal, die met een grijzend gezicht toekeek toen hem voor een zogenaamd tunnelschot in de borst een verband werd aangelegd.”<sup>495</sup>

Wanneer er helemaal geen oefengewonden beschikbaar waren, kregen de betrokkenen alleen denkbeeldige slachtoffers te behandelen, zoals bij herhalings-oefening *Quo Vadis* in 1988, die gehouden werd voor 102 Geneeskundige groep. Daarbij kwam zo’n driekwart van de oefengewonden alleen binnen op papier, in de vorm van gewondenkaarten, tot teleurstelling van een deelnemer die droog constateerde dat een kaart verplegen weinig stimulerend werkt.<sup>496</sup> Gezien het gebrek aan oefengewonden lag het voor de hand dat de behandeling en het transport van massale aantallen slachtoffers, verspreid over een groot gebied, niet vaak aan bod kwamen.<sup>497</sup> Om voornoemde redenen stonden grote geneeskundige oefeningen zoals *Hartslag*, na 1967 niet meer op de rol. Ergo: tijdens de Koude Oorlog heeft de overgrote meerderheid van het geneeskundig personeel nooit de kans gehad zijn oorlogstaak in groter verband ook maar enigszins realistisch te oefenen.

### Lichtflits en hittestraling

Het probleem van de grote aantallen oefengewonden (of liever het gebrek daaraan) brengt ons bij de voorbereidingen op een nucleaire oorlog. In januari 1950 waren de IGDKL, generaal-majoor-arts dr. J.Th. Wilkens (1948-1955), en de commandant van het Depot Geneeskundige Troepen, dr. H.M. van der Vegt, te gast bij de Britse oefening *Horatius*,<sup>498</sup> waarbij de “hardnekkige verdediging en het tactisch gebruik van het atoomwapen” centraal stond.<sup>499</sup> Tezelfdertijd verschenen vertalingen van de verslagen van buitenlandse demonstraties en ‘atoomoefeningen’ in de Nederlandse militaire vakliteratuur. Zo was er aandacht voor de Britse oefening *Medical Mushroom*, waarbij de “problemen van de ABC-oorlog” aan bod kwamen.<sup>500</sup> Daaruit concludeerden de Britten: “On the whole, although the pressing and complex problems of atomic warfare were painfully obvious, they seemed to come into focus. As in all past warfare, apart from the inevitable influence of bad luck, badly trained, ill-disciplined, and careless troops will suffer most. Trained soldiers can do much to

---

<sup>495</sup> ‘Elfde geneeskundig bataljon houdt oefening “houen zo”’, *De Tijd-Maasbode* 20 mei 1960.

<sup>496</sup> J.G. ten Pas, ‘Quo Vadis: het verslag’, *Polsslag* 22:1 (januari 1988) 1.

<sup>497</sup> H.R. Haak, ‘Bericht van ... 11 Brigadegeneeskundige compagnie’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9.

<sup>498</sup> ‘Reception Horatius’, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 1-XCVI (januari 1950) 68.

<sup>499</sup> H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34<sup>e</sup> jaargang (1953) 285.

<sup>500</sup> *Ibidem*.

protect themselves, and a field ambulance if itself intact can attack the problem with determination.”<sup>501</sup>

Deze praktische benadering kreeg ook navolging binnen de KL en de MGD. In hoofdstuk 1 is al besproken dat de legerleiding vond dat alle dienstplichtigen instructies moesten krijgen over de mogelijke beschermingsmaatregelen tegen drufgolf, hitte en radioactiviteit. Op die manier kon het aantal slachtoffers zoveel mogelijk worden beperkt. Daarnaast kenden de instructies een belangrijk psychologisch element: zij moesten al te ernstige zorgen over atoomwapens bij de troepen wegnemen. “Eén bom en we zijn er allemaal geweest” was volgens verschillende officieren een “dwaas praatje dat beslist de wereld uit moet”.<sup>502</sup> Het duurde echter nog wel enige tijd voordat de voorlichting kon beginnen. Het wachten was namelijk op degelijk instructiemateriaal. Op 28 februari 1952 schreef de plaatsvervangend IGDKL, Van der Giessen, in een brief aan de Inspecteur der Infanterie dat hiermee haast moest worden gemaakt, omdat anders “het gevaar bestaat, dat deze voorlichting in eigen hand zal worden genomen”.<sup>503</sup> Er dreigden dan allemaal verschillende berichten en beschermingsmaatregelen te gaan circuleren wat de militaire eenheid van denken en optreden (de doctrine) zou ondermijnen.

De eerste voorlopige ABC-instructiekaart verscheen kort na Van der Giessens brief.<sup>504</sup> Algemeen lesmateriaal was echter nog in ontwikkeling (*Figuur 11*) en verscheen in de loop van 1953, samen met de eerste officiële atoomvoorschriften. Toch hadden de lessen nog een vrij geïmproviseerd karakter. Ook bestond aan instructeurs nog steeds een gebrek, waardoor de lessen alleen konden plaatsvinden als er toevallig ingewijd instructiepersoneel aanwezig was. Als voorwaarde gold ook dat de plaatselijke commandanten overtuigd raakten van de noodzaak van zulke lessen, aangezien het toch ging over een tamelijk abstracte vorm van oorlogvoering.

Na verloop van tijd maakten de instructies een professionelere indruk. In de zomer van 1954 begon voor het eerst in Nederland een reeks atoomdemonstraties onder de naam *Paddenstoel*.<sup>505</sup> Tweemaal daags ontplofte op het terrein Sparrendal bij de Legerplaats Ermelo een lading springstof waarbij zich een rookkolom (een ‘paddenstoel’) ontwikkelde die een atoomexplosie moest voorstellen. Telkens nam een nieuwe ploeg dienstplichtigen deel aan dit spektakel, met als doel op enigszins ‘realistische’ wijze de uitwerking van deze wapens te tonen, en vooral te laten zien

---

<sup>501</sup> F. M. Richardson, “Exercise “Medical Mushroom”, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 4-XCVIII (juni 1952) 311-318.

<sup>502</sup> Sanders, ‘Tactische kernwapens’, 346.

<sup>503</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 242. Brief ‘artikel atoombom’ van de IGDKL aan de Inspecteur der Infanterie, 28 februari 1952.

<sup>504</sup> *Voorschrift nr. 1226: Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval* (eerste druk 1952).

<sup>505</sup> Deze oefenreeks was vermoedelijk geïnspireerd op een Engelse legeroefening *Medical Horatius* aan de Royal Army Medical Corps Field Training School te Ash Vale in 1951, waarbij een Nederlandse waarnemer aanwezig was.

welke beschermingsmaatregelen men ertegen kon treffen.<sup>506</sup> 'Bikini in miniatuur voor het Nederlandse leger' kopte het *Brabants Nieuwsblad*, verwijzend naar de Amerikaanse kernproeven in de Stille Oceaan.<sup>507</sup>

Vergelijkbare oefeningen vonden ook later nog sporadisch plaats. Ook tijdens oefening *Nu-klaar* op 3 mei 1962 op het oefenterrein bij Steenwijkerwold steeg een 'paddenstoel' op. Met trotyl, benzine en olie werd een atoombom op afstand gesimuleerd, waarna de betrokkenen van de B-compagnie van 45 infanteriebataljon en leden van het parate 103 geneeskundig bataljon zich ingroeven en met zeilen bedekten. Vervolgens werd met behulp van intensiteitsmeters de gesuggererde fall-out gemeten en aan hogerhand doorgegeven, waarna de nodige terreinverkenningen volgden. Onder deze nagebootste nucleaire omstandigheden vond ook het verdere gewondentransport plaats. De doelstelling was om de theoretische kennis over nucleaire wapens "voor iedereen 'levend' te maken".<sup>508</sup> Hoewel de uitrusting niet compleet was, waren de reacties van de deelnemers gematigd positief: "Hoewel je weet dat het niet echt is, is het toch goed eens kennis te maken met deze dingen. Je moet het toch een keer gedaan hebben."<sup>509</sup>

In dezelfde periode begonnen de theorielessen een vaster karakter aan te nemen. De instructietaak lag in handen van rondreizende groepen deskundigen die verbonden waren aan de ABC-School in Breda. Bij de lessen kwamen niet alleen de atomaire, maar ook de biologische en vooral de chemische oorlogvoering ter sprake. De rondreizende manier van instrueren was echter niet altijd even efficiënt. De instructieteams maakten vanaf de jaren zestig dan ook plaats voor de speciaal daarvoor in het leven geroepen 'NBC-neventakers'.<sup>510</sup> Bewapend met kennis die zij hadden opgedaan tijdens een tweeweekse cursus aan de (inmiddels) NBC-School in Breda, waren zij een soort deeltijd-docenten voor de troep, terwijl ze ook een vast aanspreekpunt vormden.<sup>511</sup> Hun taak was de opleiding van de enkele man én de meer inhoudelijke opleiding van een selecte groep militairen, die binnen elk peloton een NBC-ploeg moesten vormen. Deze ploeg moest met radiologische meetapparatuur een radioactief besmet terrein kunnen afbakenen. Er bleven voorlopig echter nog wel tekorten aan instructiemateriaal bestaan. Hierbij ging het niet alleen om voldoende hoeveelheden explosieven om een rookkolom te genereren, maar zelfs om basale instructiemiddelen waarmee men begrippen zoals

---

<sup>506</sup> 'Bescherming tegen atoomexplosies', *Legerkoerier* 4:6 (juni 1954) 20.

<sup>507</sup> 'Bikini in miniatuur voor het Nederlandse leger', *Brabants Nieuwsblad* 22 mei 1954.

<sup>508</sup> 'Een dag in de ABC-oorlog', *Legerkoerier* 12:6 (juni 1962) paginanummer weggevallen.

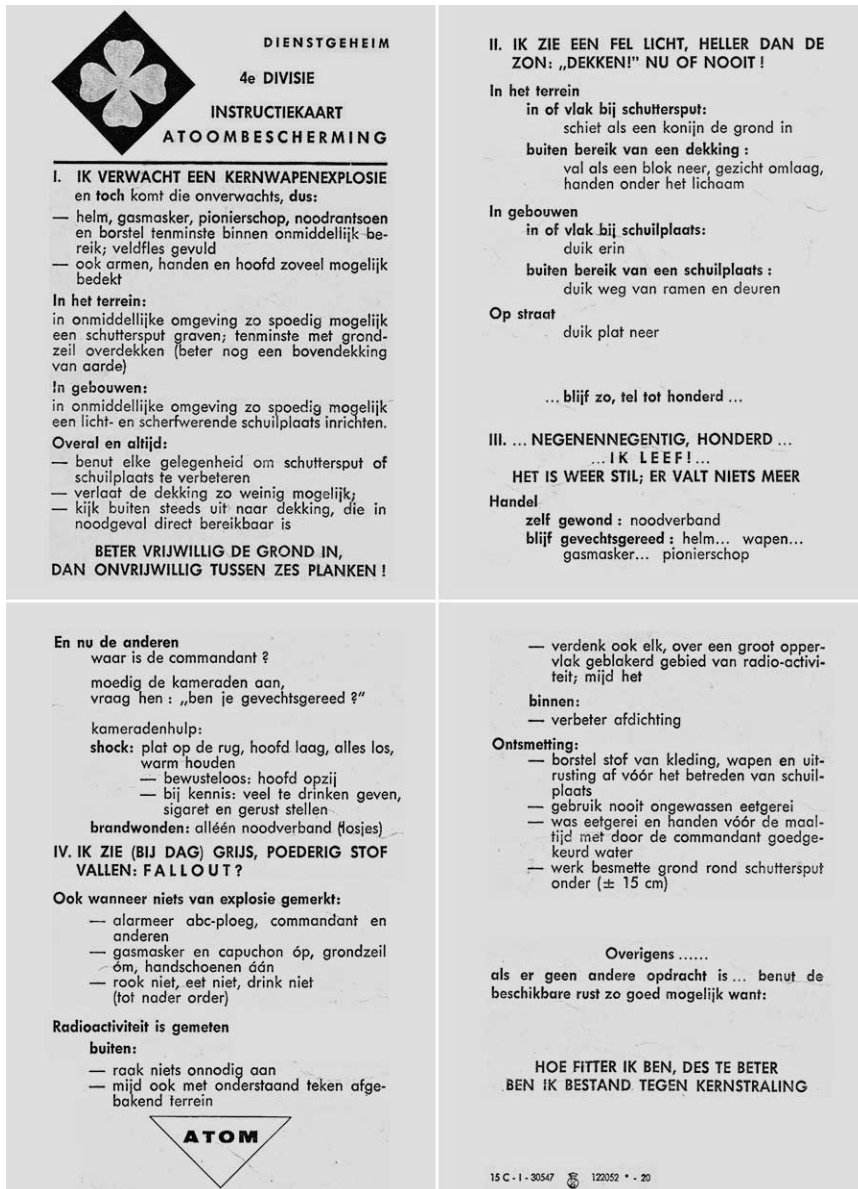
<sup>509</sup> Ibidem.

<sup>510</sup> Drie neventakers vormden samen een NBC-kern: een officier (meestal de plaatsvervangend compagniescommandant), een beroepsonderofficier (compagnie-sergeant-majoor), en een dienstplichtig onderofficier.

<sup>511</sup> A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:12 (1966) 573. Waar de NBC-neventakers normaal op bataljonsniveau waren ingedeeld, moesten de verkenningseenheden in kleinere zelfstandige verbanden kunnen optreden, vandaar dat er ook bij de verkenningseenheden (op compagniesniveau) NBC-neventakers waren ingedeeld.



röntgen, intensiteit, dosis en ontsmetting kon verhelderen. Hierdoor werkten de 'neventakers' maar al te vaak met geïmproviseerde hulpmiddelen.<sup>512</sup> Dit was niet bevorderlijk voor de eenheid van het denken en handelen op nucleair gebied.



**Figuur 11:** Voorbeeld van een ABC-instructiekaart, jaren vijftig. Opmerkelijk is de laatste boodschap: 'hoe fitter ik ben, des te beter ben ik bestand tegen kernstraling'.<sup>513</sup>

<sup>512</sup> P. E. van Mourik, 'Voor de subalterne troepenofficier ABC anno 1963. Enkele gedachten over opleiding, procedure en rapportage', *Militaire Spectator* 132:9 (1963) 443.

## Werken met 'mass casualties'

Intussen vroegen de specifiek militair-geneeskundige aspecten van de atoomoorlogvoering ook om aandacht. Al tijdens *Paddenstoel* in 1954 moesten de deelnemende militairen kort na de 'atoomexplosie' Zelfhulp Kameradenhulp (ZHKH) toepassen. Daarbij liet de bataljonshulppost zien wat hij kon. Het belang hiervan stond volgens deskundigen buiten kijf: "Oefeningen op dit gebied, speciaal voor geneeskundige onderdelen zullen volstrekt onmisbaar zijn, aangezien detailmoeilijkheden [van de geneeskundige taken onder nucleaire omstandigheden] eerst dan in haar volle omvang voor den dag treden."<sup>514</sup>

Dergelijke oefeningen waren echter niet zo eenvoudig in de praktijk te brengen. Als de reguliere oefeningen al veel geld, voorbereidingstijd en moeite kostten, dan was het nog veeleisender om een atoomaanval in scene te zetten. Officieren schreven in de militaire vakbladen over specifieke omstandigheden, zoals radioactief besmet gebied en patiënten met gecompliceerd letsel. Dit soort aspecten – als ze überhaupt konden worden geoefend – bleven doorgaans zeer abstract. Niettemin vonden enkele atoomoefeningen plaats. Tijdens *Citra Ultra* (5 tot 9 mei 1958) oefende de 42e gevechtsgroep (van de 4 Divisie) onder leiding van generaal-majoor B. Koning een rivierovergang (de IJssel), waarbij ook van de militair-geneeskundigen veel werd gevraagd.<sup>515</sup> Op de derde dag kwam het 4 Geneeskundig bataljon onder leiding van luitenant-kolonel-arts H. van Nouhuys in actie. De opdracht aan zijn eenheid was het verzamelen en behandelen van gewonden als gevolg van een directe atoomtreffer op een infanteriebataljon. Daarbij gingen de deelnemers uit van een gitzwart scenario, namelijk dat "indien een bataljon ter sterkte van 1050 man onder zeer ongunstige omstandigheden door een directe agranaat zou worden getroffen, gerekend moet worden op omstreeks 400 doden en 400 zwaargewonden".<sup>516</sup>

De aanwezige journalist van *het Parool* kreeg te horen dat één van de vier vleugels van het kruisvormige tentencomplex was gereserveerd voor patiënten met het shocksyndroom "van wie men veruit de meesten kan redden door zo langdurige toediening van synthetische lichaamssappen, dat de normale functies van de organen kunnen herstellen".<sup>517</sup> De verslaggever plaatste hierbij geen enkele kritische kanttekening. Integendeel, hij verzekerde de lezer dat het hospitaal beschikte over apparatuur "waarop een flink stadsziekenhuis jaloers zou kunnen zijn".<sup>518</sup> De oefenleiding wilde vastberadenheid uitdragen. Zelfs na een atoomaanval stond het hospitaal paraat, zo was de impliciete boodschap. Helaas is het officiële

---

<sup>513</sup> <https://seedorf40com.files.wordpress.com/2021/08/instructiekaart.jpg>.

<sup>514</sup> Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 93.

<sup>515</sup> Zie onder meer: Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Polman, Toegang 429, inventarisnummer 29.

<sup>516</sup> 'Hospitaal in actie na atoomaanval', *Het Parool* 9 mei 1958.

<sup>517</sup> Ibidem.

<sup>518</sup> Ibidem.

oefenverslag niet bewaard gebleven, waardoor niet valt te achterhalen hoeveel oefengewonden er daadwerkelijk beschikbaar waren, en in hoeverre er was geprobeerd nucleaire omstandigheden na te bootsen. Wel kan worden vastgesteld dat de MGD bij latere oefeningen niet langer uitging van zo'n catastrofaal scenario met een slachtofferpercentage van 80 procent. Het ligt zeer voor de hand dat er voor zulke aantallen gewonden nauwelijks voorbereiding mogelijk was. Voor zover dit onderzoek heeft kunnen nagaan, was dit ook de laatste keer dat de landelijke pers verslag deed van een gesimuleerde atoomaanval en de geneeskundige verzorging die daarop volgde.

Twee officieren brachten het idee van massale aantallen oefengewonden in 1964 nog ter sprake in het NMGT. Volgens hen was het beschikbaar stellen van een groot aantal oefengewonden een moeilijke zaak, zeker als men probeerde om een realistische verdeling te maken in de aard van het letsel: "Hier wordt dikwijls maar een slag naar geslagen", zo constateerden de schrijvers.<sup>519</sup> Zij stelden daarom voor om op grond van de ter beschikking staande gegevens van de Tweede Wereldoorlog en het Koreaconflict tot een zo goed mogelijke benadering te komen.<sup>520</sup> Het was volgens hun dus beter om terug te grijpen op praktijkervaring (desnoods die van anderen), dan dat men probeerde om een beredeneerde inschatting te maken van het gewondenbestand in toekomstige oorlogsomstandigheden. Kortom, de MGD moest zich concentreren op zekerheden, en niet op het grote onbekende.

Uit het bronnenmateriaal komt naar voren dat er in de loop van de jaren zestig geen atoomoefeningen met grote aantallen oefengewonden meer plaatsvonden, ook geen strafoefeningen of simulaties op papier. Ook al werd het nooit openlijk toegegeven, de oefenleiding moet hebben ingezien dat het onrealistisch was om van dienstplichtige gewondenverzorgers te verwachten dat zij konden functioneren onder nucleaire omstandigheden met massale aantallen gewonden. De behandeling van beperkte aantallen conventionele of eventueel met chemische strijdmiddelen vergiftigde patiënten werd de norm. Tijdens een typische gewonden oefening in brigadeverband in 1973, lag de nadruk op de individuele begeleiding van de gewondenverzorger. Nadat een oefengewonde was aangewezen, hield een instructeur hoogstpersoonlijk toezicht op diens behandeling.<sup>521</sup> Een goede beheersing van elementaire militair-geneeskundige vaardigheden was het streven. Zolang de eisen niet al te hoog waren, konden de instructeurs een goed resultaat noteren.

---

<sup>519</sup> J.C.C. Swierstra en H.A. Kortman, 'Het samenstellen van een aanvaardbare scala van oefengewonden', *NMGT* (januari 1964) 11.

<sup>520</sup> *Ibidem*.

<sup>521</sup> Jan C. Peetoom, 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 23.

## De nieuwe school

De officieren die verslag deden van de oefeningen dachten in termen van progressie. Elke oefening was nuttig omdat de deelnemers telkens een beter beeld kregen van hun oorlogstaak. Al doende kregen soldaten-gewondenverzorgers de elementaire vaardigheden vaak goed onder de knie, zoals het aanbrengen van verband, het invullen van een gewondenkaart, het gewondenvervoer en het rijden in colonne. Zo leerden zij terugvallen op eenvoudige routines. Veeleisender was het opzetten en inrichten van een medisch tentencomplex binnen een bepaalde tijd, maar ook zulke activiteiten leidden niet zelden tot tevredenheid van de oefenleiding. Op een dergelijke taakuitvoering werden jonge dienstplichtigen beoordeeld en veel meer viel er van hen ook niet te verwachten. Knelpunten die hierbij ongetwijfeld ontstonden, zorgden niet onmiddellijk voor een diskwalificatie van het militair-geneeskundig personeel en de gevolgde routines. Te veel kritiek kon averechts werken.

Sommige militair-geneeskundige scenario's konden zoals gezegd moeilijk worden geoefend, zoals het beproeven van de militair-logistieke keten, met name als het ging om een massaal aanbod van gewonden met gecompliceerd letsel. Dat had de oefenleiding te accepteren. Voor enkele structurele gebreken kon zij de ogen echter niet sluiten. Dat was het gebrek aan regelmaat in de oefeningen bij de parate troepen, alsmede het gebrek aan formele richtlijnen over wat de militair aan het einde van zijn actieve dienstitijd moest weten en kunnen. Dit laatste gold voor militairen van alle wapens en dienstvakken. Vanuit deze problematiek zagen het Ministerie van Defensie en de legerleiding aanleiding voor hervormingen van de opleidingssector van de landmacht. Een belangrijk voordeel was dat een betere organisatie van de opleidingen ook kon zorgen voor een kleiner personeelsbestand in de Nationale Sector. Dat paste bij het streven van Defensie om de exploitatiekosten (lees: personeelskosten) te verminderen, zodat meer financiële armslag ontstond voor de aanschaf van moderne wapensystemen. En tot slot paste de reorganisatie bij de langgekoesterde wens van de politiek in Den Haag om de werkelijke dienstitijd met twee maanden te verkorten.

Vanaf 1967 dienden soldaten nog maar zestien maanden, officieren en specialisten achttien maanden. Deze verkorting ging ten koste van de opleidingstijd. Zo sloot de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (MSHPG) in Neerijnen in 1969 voorgoed haar deuren.<sup>522</sup> Naast andere vakken verdwenen ook de lessen 'geneeskundige aspecten van de atoomoorlog' uit het curriculum voor officieren arts. Zij kregen voortaan alleen nog het algemene vak NBC-bescherming dat bestemd was voor alle rangen en dienstvakken. Daarnaast verviel de verplichte opkomst van geneeskundestudenten voor hun militaire basisopleiding tijdens de

---

<sup>522</sup> In de bronnen verschillen over de datum van de opheffing van het MSHPG. In het jaarverslag IGDKL 1969 wordt dat jaar aangehouden. NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 26. VERSLAG 15/70 van de vergadering van de Legerraad, gehouden op dinsdag 2 juni 1970.

zomervakantie. Zij hoefden nu pas na het artsexamen op te komen, zodat zij hun volledige militair-geneeskundige officiersopleiding van tien weken in één keer konden voltooien. Meer doelmatigheid werd bereikt in 1967, toen de verschillende militair-geneeskundige scholen verenigd werden in het OCMGD, dat vanaf 1969 ressorteerde onder het nieuwe Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL). De veronderstelling was dat opleidingsmethoden en -technieken binnen één functioneel opleidingscommando beter zouden kunnen worden afgestemd op de didactische ontwikkelingen.<sup>523</sup> Daarnaast zou het instructiepersoneel van de KL onder één commando efficiënter worden ingezet, met als gunstig neveneffect dat het personeelsbestand van het OCMGD 17 procent kon krimpen (waardoor de personeelskosten omlaag gingen).<sup>524</sup> Het personeel verzorgde voortaan alleen nog militair geneeskundig onderwijs voor dienstplichtigen van zowel de KL als de KLU, terwijl algemene militaire vakken elders werden gegeven.

In het tijdschrift *Polsslag*, dat het bezuinigingsbeleid kritisch volgde, werd gematigd positief gereageerd op de nieuwe opleidingsstructuur. Het leek in elk geval efficiënter.<sup>525</sup> De verkorting van de opleidingstijd werd echter niet in dank afgenomen. Meer doelmatigheid kon die verkorting namelijk niet volledig compenseren. Met het ontbreken van de basisopleiding vanaf 1968 was de uitspraak dat reserveofficieren-arts “over het algemeen beroerd exerceerden” steeds toepasselijker.<sup>526</sup> Een vanuit geneeskundig oogpunt fundamenteeler punt van kritiek was dat de arts na zijn studie, met een gemiddelde leeftijd van plusminus 26 jaar, minder makkelijk kon worden gevormd tot militair. Na zijn lange medicijnenstudie zat hij immers niet te wachten op “lesjes waarvan hem het nut toch al twijfelachtig voorkomt”.<sup>527</sup>

In elk geval bracht de nieuwe opleidingsstructuur weinig goeds in het kader van de oorlogsvoorbereidingen. Kolonel-arts Walter Henny memoreerde:

“Inhoudelijke voorbereiding op de oorlogstaak van eerstelijns artsen bestond eigenlijk niet; er werd mogelijk uitgegaan van het principe ‘een arts is een arts en dus die weet wel wat hij doen moet’. De medisch specialisten brachten natuurlijk hun civiele expertise mee, maar ook voor die groep werd informatie over typische aspecten van oorlogschirurgie, over organisatie en werkwijze, over de beperkingen van het werk te velde niet aangeboden.”<sup>528</sup>

---

<sup>523</sup> A.J. van Ree, ‘25 jaar COKL’, *Militaire Spectator* 163:11 (1994) 477-484.

<sup>524</sup> M.J.J.F. Halla, De reorganisatie van het OCMGD’, *Polsslag* 5-6 (november 1971) 9.

<sup>525</sup> J.R.C. Elsackers, ‘Opleidingen op de helling’, *Polsslag* (1969) 2-7.

<sup>526</sup> De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 92.

<sup>527</sup> M.B. Bloch, ‘De beroepsofficier-arts IV’, *NMGT* 22 (januari 1969) 52.

<sup>528</sup> Walter Henny, ‘Een korte geschiedenis van de geneeskundige verzorging in de Nederlandse Krijgsmacht’, *De Reserve Officier* 5 (2008) 8.

Door de verkorting van de opleidingstijd moesten de oefening en opleiding van militair-geneeskundigen nog meer dan voorheen plaats hebben bij de parate troepen. Daarbij was het natuurlijk handig dat helder werd vastgelegd over welke kennis en vaardigheden de militair minimaal moest beschikken. In dat kader zag in 1967 een nieuw opleidingsplan met bijbehorende functie-eisen het licht: de Vaste aanwijzingen voor opleiding en vorming.<sup>529</sup> Ook kwam er meer regelmaat. De parate eenheden kenden in de jaren zeventig een toename in het aantal periodieke divisiegeleide brigadeoefeningen. Verder organiseerde de legerleiding om de vijf jaar Legerkorpsgeleide oefeningen — *Big Ferro* (1973), *Saxon Drive* (1978),<sup>530</sup> *Atlantic Lion* (1983) en *Free Lion* (1988). Deze oefeningen in groter verband waren uiterst belangrijk. Ze vormden een graadmeter waarop de inzetbaarheid en het functioneren van het individu en de eenheid zichtbaar werden voor de leidinggevend en de NAVO-bondgenoten.<sup>531</sup>

Bij deze initiatieven kregen de militair-geneeskundigen niet altijd de aandacht die zij wensten. Bij *Big Ferro* kwamen de geneeskundige aspecten bijvoorbeeld uitgebreid aan de orde, maar tijdens *Atlantic Lion* in 1983 richtte 103 Geneeskundig bataljon alleen een paar nonex-verbandplaatsen in. Bij kleinere geneeskundige eenheden was vaker en regelmatig oefenen vaak onhaalbaar. De dienstplichtig plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton van 11 pantserinfanteriebataljon betreunde het feit dat zijn onderdeel te weinig op zijn oorlogstaak werd voorbereid: “Het afgelopen jaar [1976] is het de bedoeling geweest om het gnpel vijf maal als organiek functionerend geheel te oefenen. Slechts eenmaal zijn we daartoe gekomen.”<sup>532</sup>

Bekende oorzaken waren de lage prioriteit van de opleiding van geneeskundigen; onderbezetting door de inzet van personeel en materiaal voor nonex medische steun; de voorbereidingen die op zichzelf veeleisend waren; het ontbreken van deskundige begeleiding van het hogere geneeskundige echelon en van stafofficieren van het bataljon ten gevolge van de tijdrovende vredeslogistiek.<sup>533</sup> De plaatsvervangend commandant van het geneeskundig peloton van 13 pantserinfanteriebataljon had soortgelijk commentaar. Hij vulde aan dat het peloton vaak onderbezet was. Dit betekende dat soldaten meerdere taken moesten vervullen waarvoor zij eigenlijk niet waren opgeleid. Evenzo merkte de auteur dat het instromend dienstplichtig personeel soms onvoldoende kennis had van het voertuigonderhoud. Dit terwijl slijtage en een gebrek aan reserveonderdelen de inzetbaarheid van het rollend materieel ondermijnden — voertuigen stonden daardoor noodgedwongen in de garage. Bovendien vond de plaatsvervangend

---

<sup>529</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 239.

<sup>530</sup> M.C. de Haan, ‘Bezoek aan Saxon Drive’, *Polsslag* 13:1 (januari 1979) 15.

<sup>531</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 239.

<sup>532</sup> F. Bessens, ‘Het geneeskundig peloton van het (elfde) pantserinfanteriebataljon nader bekeken’, *Polsslag* 11:2 (maart 1977).

<sup>533</sup> *Ibidem*.

commandant nauwelijks gelegenheid voor zijn onderwijstaken: “Meestal is een deel van het peloton op oefening, anderen hebben verlof of zijn ziek thuis, enkele werken op de hulppost en voor een paar die nog over zijn loont het nog nauwelijks de moeite om een les te geven: niemand is op hetzelfde peil van geoefendheid.”<sup>534</sup>

Een ander zorgelijk punt was dat eind jaren zestig het bezuinigingsmes fors in de periodieke herhalingsoefeningen voor militair-geneeskundigen had gesneden.<sup>535</sup> In 1967 werd de duur van herhalingsoefeningen voor geneeskundige eenheden gereduceerd van vier naar twee weken. Ook de frequentie ging omlaag, zodat de ‘herhalers’ hooguit nog eens in de acht jaar moesten opkomen.<sup>536</sup> Voor de officieren die zich zorgen maakten om de geoefendheid van de dienstplichtigen, was dat geen prettig voortuitzicht. Een officier van de Geneeskundige troepen vreesde in 1969 dat de opkomst voor mobilisabele geneeskundige eenheden op den duur helemaal zou worden gestaakt.<sup>537</sup> Zo ver kwam het niet. Wel schreef een reserve-majoor in 1982 na afloop van zijn deelname aan een herhalingsoefening met het 752 Algemeen hospitaal dat het optrommelen van een voltallige mobilisabele eenheid een grote zeldzaamheid was.<sup>538</sup> Op dit vlak waren genezerikken echter geen uitzondering. Voor de gehele krijgsmacht klonk in de jaren tachtig het oordeel dat de mobilisabele eenheden extra oefentijd nodig hadden. Volgens historici De Jong en Hoffenaar waren er echter weinig kansen op verbetering, “omdat de hoogte van het defensiebudget, de maatschappelijk aanvaardbare duur van de ‘diensttijd’ en de oefenmogelijkheden grenzen zouden blijven stellen aan de geoefendheid van met name reservisten.”<sup>539</sup>

Ter compensatie werden de geneeskundige oefeningen die wel doorgang vonden doelmatiger ingericht, zodat zo weinig mogelijk kostbare uren verloren gingen. In plaats van iedereen tegelijk te laten opkomen, dienden voortaan eerst alleen het kader en de chauffeurs zich te melden. Laatstgenoemden kregen enkele rijvaardigheidstesten door bijvoorbeeld in colonne-verband te rijden. Het kader stortte zich intussen op de nodige theorielessen. De opgedane kennis zouden zij op hun beurt doorgeven aan het overige personeel dat de derde dag opkwam. Na vijf dagen zou een daadwerkelijke oefening plaatsvinden, waarbij een parate eenheid haar materieel ter beschikking stelde en de reservisten meteen voorzag van uitleg volgens het zogenaamde mentorensysteem. Deze werkwijze voorkwam dat de aandacht van de leiding voortdurend was gericht op de zorg voor het vele, vaak kostbare, materieel en de inlevering ervan. Om de specialisten (met name chirurgen en internisten) en hun kostbare tijd enigszins te ontzien, hoefden zij alleen op te komen wanneer er ook daadwerkelijk iets voor hen te doen was. De afwikkelings-

---

<sup>534</sup> P.J. de Kwast, ‘Mijn parate tijd’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 20.

<sup>535</sup> De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 76.

<sup>536</sup> De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 99.

<sup>537</sup> ‘Oorlogsvoorbereiding van reserve-officieren’, *Polsslag* 3-5 (september 1969) 1.

<sup>538</sup> P.F. van Oosten de Boer, ‘Op herhaling bij 752 algemeen hospitaal’, *Polsslag* 16-1 (januari 1982).

<sup>539</sup> De Jong en Hoffenaar, *Op herhaling*, 133.

procedure werd bij de nieuwe opzet vereenvoudigd. Na afloop namen de parate eenheden hun materieel weer mee. De herhalende eenheid had alleen nog zorg te dragen voor het eigen wagenpark en de individuele uitrusting. Toch liet het gemis aan streng materieeltoezicht zich voelen, bijvoorbeeld na de vormingsherhalingsoefening *Sine Cura* (zonder zorg!) in juni 1985, toen: “veel instrumentarium weg of kapot bleek te zijn. Ook nogal wat apparatuur bleek bij het einde van deze oefening defect te zijn, omdat men sommige kisten dicht kreeg door er met een paar man op te gaan staan.”<sup>540</sup>

Een andere vorm van compensatie was de invoering van extra verplichte theorielessen. Zo ontstond een aantal functiegerichte opfriscursussen voor de verschillende categorieën officieren van de geneeskundige eenheden. De eerste 165 cursisten volgden in 1973 aan het OCMGD te Amersfoort verschillende cursussen die in duur varieerden van enkele dagen tot drie weken. De klassen waren betrekkelijk klein en telden maximaal vijftien deelnemers, waardoor de docent zijn aandacht goed kon verdelen en de onderlinge saamhorigheid van de cursisten mogelijk werd bevorderd. De populariteit van de cursussen was wisselend en nam vooral af zodra er veel papierwerk bij kwam kijken. Liever waren de reservisten bezig met het militair-geneeskundige bedrijf in de praktijk. Die mogelijkheid bestond wel, met de invoering in 1970 van de zogenaamde ‘*training on the job*’ (meeloopdagen) bij de parate onderdelen, maar het is niet bekend hoeveel animo hiervoor was. Op vrijwillige basis waren er eendaagse informatiebijeenkomsten voor reserve-officieren. Deze bijeenkomsten gingen over hun oorlogstaak, alsook de laatste ontwikkelingen op het gebied van organisatie en materieel. Ook niet onbelangrijk was het doen ontstaan of bevorderen van de *esprit de corps* omdat “men elkaar leert kennen en gezamenlijk op de problemen wordt gedrukt”.<sup>541</sup>

Het resultaat van de herhalingsoefeningen ‘nieuwe stijl’ en de extra cursussen is door het gefragmenteerde bronnenmateriaal moeilijk vast te stellen. In 1973 klonk de waarschuwing dat de geoefendheid van het geneeskundig personeel met groot verloop — het leeuwendeel van de MGD — tot een onaanvaardbaar niveau dreigde terug te lopen.<sup>542</sup> Die vrees was niet ongegrond. In de navolgende jaren kregen de geneeskundige aspecten van militaire operaties hoogstens aandacht tijdens grote manoeuvres, en die vonden nu eenmaal niet vaak plaats. De gevolgen lieten zich raden. Na afloop van *Sine Cura* schreef een officier van de Geneeskundige troepen dat “*met volstrekt ongeoeffend personeel* [cursief in oorspronkelijke tekst] toch moest worden gestreefd naar het kunnen opnemen van patiënten”.<sup>543</sup> Desondanks wisten de deelnemers de doelstelling te behalen. Pas eind jaren tachtig leek de oefencyclus weer te worden opgevoerd. Tijdens *Combi Care* (mei 1987) en

---

<sup>540</sup> Louwen, *Mijn diensttijd*, 87.

<sup>541</sup> H.E. Gramberg, ‘Herhalingsoefening 761 Ambulancetreinencompagnie’, *Polsslag* 6-1 (januari 1972) 4-5; H.E. Gramberg, ‘Herhalingsoefening 405- en 406 Territoriale geneeskundige compagnie’, *Polsslag* 6-3 (mei 1972) 27

<sup>542</sup> H.A. Oosterhof, ‘Verdere vorming der reserve-officieren’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 3.

<sup>543</sup> Louwen, *Mijn diensttijd*, 86.



*Combi Care II* (mei 1989) oefenden geneeskundige eenheden van het legerkorps én de Nationale Sector de afvoer van gewonden uit het legerkorpsvak naar Nederland. Dat ging voor een belangrijk deel per spoor: de gewondentrein bleef van de jaren vijftig tot het einde van de Koude Oorlog een vast onderdeel van de transportcapaciteit. Hierover volgt in het volgende hoofdstuk meer.

### **NBC: een moeilijk begrip**

Het vergroten van de bekwaamheid had ook betrekking op het gespeelde optreden onder NBC-omstandigheden. Waar zulke oefeningen tot in de jaren zestig een geïmproviseerd karakter hadden, moesten die voortaan met grotere regelmaat plaatsvinden. Het ging hierbij nog altijd in de eerste plaats om de persoonlijke beschermingsmaatregelen tegen massavernietigingswapens. Wat daarbij zeker hielp, was dat er meer NBC-instructiemateriaal beschikbaar kwam, wat de kwaliteit van de lessen ten goede kwam. In 1966 beschikten de parate eenheden tijdens het beoefenen van nucleaire aspecten over stralingsmeters, een kernwapensimulator, die een rookkolom opwekte, alsmede een röntgensimulator.<sup>544</sup> Dat laatste apparaat was een zender die een elektromagnetisch veld opwekte, waarmee radioactiviteit werd gesuggereerd. Zo kon men bijvoorbeeld een gebied 'besmet' verklaren om zo geneeskundige eenheden te confronteren met een hindernis tijdens de evacuatie van gewonden. Hoe regelmatig dit materiaal in de praktijk werd benut, is niet exact na te gaan. Wel kan met zekerheid worden gesteld dat de noden en behoeften op het gebied van NBC-instructie bij sommige eenheden nog lang onvervuld bleven.<sup>545</sup>

De jaarverslagen van de 4e Divisie geven een wisselend beeld van de algemene NBC-opleiding. Het verslag van 1967 maakt nog melding van een toename van het aantal oefeningen, omdat de S2's (inlichtingen- en veiligheidsfunctionarissen) van de brigades en bataljons het "NBC-aspect, waar mogelijk, invoeren. Er worden goede instructiedagen gegeven en kernoefeningen gehouden", terwijl met een hogere frequentie dan voorheen oefengas en röntgensimulators werden aangevraagd.<sup>546</sup> Ook in 1969 merkte het jaarverslag vooruitgang op, maar ook stond te lezen dat er nog altijd eenheden waren die er te weinig aan deden, terwijl de individuele NBC-bescherming nog tekortschoot.

Waarschijnlijk juist omdat er vaker aandacht werd geschonken aan NBC-bescherming kwam ook de gebrekkige geoefendheid op dat gebied beter aan het licht. In 1971 constateerde men dat vooral de dienstplichtige sergeanten niet het vereiste kennisniveau hadden, terwijl zij deels verantwoordelijk waren voor de

---

<sup>544</sup> A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:11 (1966) 574.

<sup>545</sup> Het jaarverslag van 4 Divisie uit 1981 vermeldt dat bij de in West-Duitsland gelegerde eenheden nog altijd tekorten aan "radiologische simulators" bestonden. Zie: NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1981.

<sup>546</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1967.

instructie van soldaten en korporaals.<sup>547</sup> Dit was nog steeds het geval in 1975, terwijl ook chauffeurs de ontsmettingsprocedure van voertuigen onvoldoende bleken te beheersen.<sup>548</sup> In 1976 verviel door tijdgebrek in verband met de diensttijdverkorting de standaard NBC-oefening *Retort II*, die tot dan toe een sluitstuk vormde op de NBC-lessen. De praktische NBC-verdediging diende voortaan bij de pelotons en compagnieën te gebeuren.<sup>549</sup> In het jaarverslag van 4 Divisie uit 1977 werd betwijfeld of het personeel wel aan de gestelde eisen op NBC-gebied voldeed.<sup>550</sup> Ook de voertuigontsmetting gebeurde in 1978 niet goed genoeg. De voltijds NBC-onderofficieren klaagden erover dat zij niet of onvoldoende in hun opleidingstaken werden gesteund door hun commandanten. In 1980 bestond er een algemene onderbezetting bij een aantal NBC-kernen en -ploegen.

Ook officieren-arts hadden volgens de legerleiding te weinig kennis van de specifieke nucleaire, biologische en chemische oorlogvoering. Daarom poogden de IGDKL en het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL) vanaf 1972 “eindelijk orde op zaken [te] stellen” door de aanstormende militaire artsen de noodzakelijke kennis van de NBC-verdediging bij te brengen door een gastdocent van de NBC-school. Toch bleef het aantal lessen volgens de opleidingsautoriteiten “te verwaarlozen”.<sup>551</sup> Het ontbrak aan richtlijnen over wat artsen nu precies moesten weten over massavernietigingswapens.

In 1975 leidde het kennisgebrek van de NBC-oorlogvoering onder legerartsen opnieuw tot bezorgdheid onder hooggeplaatste officieren van het legerkorps. Moest het OCMGD in Amersfoort meer aandacht besteden aan deze materie, en zo ja, wat moest de aanstormende officieren-arts dan precies weten voordat zij zich meldden bij de parate troepen? Het lesprogramma besteedde op dat moment vier lesuren aan de “Medische gevolgen van het gebruik van nucleaire strijdmiddelen”.<sup>552</sup> Twee lesuren gingen over chemische en biologische strijdmiddelen tezamen. In een brief aan de commandant 1 Legerkorps, schreef de commandant van 1 Divisie ‘7 december’ dat zowel het aantal lesuren als de behandelde lesstof over de chemische oorlogvoering “te summier” was. Hij wenste op dat gebied op korte termijn een verbetering. Vanuit de opleiding viel echter geen substantiële uitbreiding van het lesprogramma te verwachten. Halverwege de jaren zeventig kende de opleiding “3 x 2 uur algemene nbc-instructie”, ofwel de beschermende maatregelen en “3 x 2 uur instructie m.b.t. de medische aspecten” van massavernietigingswapens. Dat aantal

---

<sup>547</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1971.

<sup>548</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1975.

<sup>549</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1976.

<sup>550</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 559. Jaarverslag 1977.

<sup>551</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr 277. Handgeschreven reactie van het hoofd sectie NBC van de staf van 1 Lk, C.J.C. Goedkoop, op brief ‘Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering’ (7598E), 18 augustus 1975.

<sup>552</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr 277. Brief C-1 Div. aan C-1LK. Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering (NBC/75/7S/Conf) 2 juli 1975.

uren kon niet verder worden uitgebreid omdat er nu eenmaal al veel lesstof in korte tijd moest worden behandeld.<sup>553</sup>

De vereiste NBC-kennis van officieren-arts moest dan ook verder worden opgeschroefd tijdens de parate diensttijd bij het legerkorps. De legerkorpsarts meende echter dat de doelstellingen realistisch moesten blijven. Nederland kende slechts een “klein handjevol” echte specialisten op dat gebied. Het was dan ook een illusie te verwachten dat alle officieren-arts zich deze kennis eigen zouden kunnen maken. “Dat is ook niet nodig”, vervolgde hij,

“op het niveau waar deze artsen worden tewerkgesteld, is de algemene medische kennis, die zij bezitten toereikend: De mechanische en thermische letsels ten gevolge van [de] inzet [van] nucleaire middelen zijn niet *anders* dan andere mechanische en thermische letsels. De stralingsletsels (in het algemeen letsels “op termijn”) zijn in wezen het gevolg van het afsterven van (voor straling gevoelige) lichaamscellen en de verschijnselen zijn identiek aan de aan de arts bekende verschijnselen ten gevolge van het afsterven van weefselcellen.”<sup>554</sup>

De bovenstaande passage kan op verschillende manieren worden gelezen. Op het eerste gezicht lijkt het hier te gaan om een ontstellende simplificatie van de medische problematiek in een kernoorlog, vooral met het ziektebeeld van atoomslachtoffers in het achterhoofd. Toch mag hieruit niet te snel worden geconcludeerd dat de legerkorpsarts de NBC-problemen onderschatte. Ongetwijfeld wist hij dat er voor stralingslachtoffers en ernstige brandwondenslachtoffers in feite niets kon worden gedaan, zeker niet op een bataljonshulppost, waar vaak een dienstplichtige arts was ingedeeld. Hij zat daar in feite alleen voor de triage en de behandeling van lichte verwondingen. Vanuit die optiek probeerde de legerkorpsarts zeer waarschijnlijk te zeggen dat het onrealistisch was om jonge dienstplichtige artsen op te zadelen met extra kennis, omdat die in het ondenkbare rampscenario toch van weinig waarde was. Als we deze uitleg aanvaarden, dringt zich wel de vraag op waarom de hij deze boodschap op een zo geruststellende toon verkondigde.

Om de bezorgde NBC-functionarissen tegemoet te komen, stelde de legerkorpsarts voor om dienstplichtige artsen de NBC-beschermende maatregelen vaker te laten beoefenen.<sup>555</sup> Het valt echter zeer te betwijfelen of de kennis en vaardigheden op dit gebied in de loop van de jaren tachtig verbeterden. De grootste plaag van NBC-oefeningen bleef tijdgebrek, omdat aan deze bezigheid een lage prioriteit werd toegekend. Gevolg was dat de praktijklessen zeer sporadisch plaatsvonden en

---

<sup>553</sup> Ibidem.

<sup>554</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr 277. Reactie van de legerkorpsarts (kolonel-arts J.J.P.A. van Besouw), 20 november 1975, op brief ‘Opleiding res offn arts m.b.t. NBC-oorlogvoering’.

<sup>555</sup> Ibidem.

onvoldoende gewicht kregen in het gehele opleidingstraject van dienstplichtigen. Een officier schreef in 1976 kritisch over de instructie:

“Het is zeker geen uitzondering als zij beperkt blijft tot enkele lesjes nbc, gegeven in een leslokaal of filmzaal: te weinig wordt het nbc-aspect geïntegreerd in het beoefenen van de normale functietaken, terwijl bovendien de nbc-kant van de bestaande oefeningen veel te wensen overlaat. De commandanten zijn over het algemeen weinig gesteld op het inbrengen van deze aspecten in een oefening, omdat gewoonlijk het gewenste vlotte verloop van de oefening daaronder te lijden heeft.”<sup>556</sup>

In het bovenstaande citaat komt goed naar voren dat de materie impopulair was onder commandanten. Dat was ook al eerder opgemerkt. In 1967, tijdens een conferentie over NBC-zaken bij het eerste legerkorps, constateerde de voorzitter dat het nucleaire aspect tijdens oefeningen nooit meer was dan een tijdelijk “oponhoud” in een verder “gewone oorlog”.<sup>557</sup> Halverwege de jaren zeventig schreef het hoofd van de sectie NBC van de legerkorpsstaf in de *Militaire Spectator* dat de lessen over beschermende maatregelen weinig indruk maakten op jonge dienstplichtigen. Hun gedachten daarover varieerden volgens de schrijver van “één klap en we zijn er allemaal geweest” tot “het gebeurt hoogstens in een enkel incidenteel geval en het is daarom wel nuttig wat aan de NBC-verdediging te doen”.<sup>558</sup> Een afgezwaaid dienstplichtig sergeant verwoordde deze lethargie in een aantal versregels:

“Het is ook zo moeilijk dat begrip ENBEECEE  
Je kunt het niet echt doen, daar zitten wij mee  
De zeilen en de mouwen, ze zijn niet neer  
Daarvoor is het nu echt veel te mooi weer  
Waarom zouden wij ontsmetten zoals het behoort  
En de meetinstrumenten mee, zeg kom nou, de moord!  
Die staan nou te janken in d’een of and’re kast  
Daar lekker laten staan, ze zijn maar tot last  
We maken ons niet druk, we zullen dan wel weer zien  
Er komt toch noooooit oorlog, nou ja, misschien ...”<sup>559</sup>

Ook bij de parate geneeskundige eenheden werd het onderwerp niet altijd serieus genomen. Na de standaard NBC-oefening *Retort* (26 september 1972) schreef een

---

<sup>556</sup> Redactie, ‘Gas!... Gas!’, *Militaire Spectator* 145:4 (1976) 195.

<sup>557</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 433. Verslag van de N.B.C.-conferentie bij Staf 1 LK op 23 mei 1967.

<sup>558</sup> C. J. C. Goedkoop, ‘De nbc-verdediging in het legerkorps’, *Militaire Spectator* 145:5 (1976) 209.

<sup>559</sup> Ibidem.

militair van 41 Brigade geneeskundige compagnie schertsend dat “iedereen een snuifje CN gas compleet met ontsmettingsmiddelen probeerde. High man!”<sup>560</sup> Ook elders hing een luchtige sfeer:

“De volgende ochtend loeit een claxon en wordt GAS geroepen. Een paar mensen komen met gasmaskers op de tent binnen, met rokende dingetjes in de hand. Traangas! Ook al was je in staat je nieuwe gasmasker op tijd op te zetten, dan kon je toch nog tranen in je ogen krijgen. Maar dan van het lachen.”<sup>561</sup>

Bij de maatregelen met betrekking tot atoomwapens viel er minder te lachen. De stof was omslachtig en inhoudelijk vrij abstract. Bij oefeningen klaagden militairen over het rekenwerk dat vereist was voor bijvoorbeeld het vaststellen van de dodelijke radius van een kernexplosie. Daarvoor moesten tabellen geraadpleegd worden, waarna men moest bladeren in “dikke boeken” om de afgeleide waarden na te gaan. Een instructeur kon wel enig begrip opbrengen voor de houding van de dienstplichtigen: “Men moet in het moderne gevecht aan zoveel aspecten aandacht besteden. Voor degenen, die niet vertrouwd zijn met het NBC-aspect, doet dit enigszins ‘wetenschappelijk’ aan.”<sup>562</sup>

Ondanks (of juist wegens) de onverschilligheid die ogenschijnlijk heerste, bleven enkele officieren hameren op de noodzaak van het regelmatig oefenen van NBC-aspecten in het veld. Niemand wist namelijk zeker of de volgende oorlog een nucleair karakter kreeg of niet. Vooral NBC-specialisten wezen op de mogelijkheid van escalatie.<sup>563</sup> Tijdens een NBC-conferentie in 1967 benadrukte een woordvoerder de niet aflatende dreiging: “Enige jaren geleden werden tijdens een internationale stafoefening 1 à 2 kernwapens per dag gelanceerd, bij de laatste vielen er 10 in 1 uur en 30 in 36 uur.”<sup>564</sup> Zijn signalering stond echter haaks op de strategische opvattingen van die tijd. Juist een verhoging van de atoomdrempel en het verkleinen van de risico’s op een kernoorlog vormden de ratio achter de invoering van de strategie van *Flexibility in response* in 1967, zoals in het vorige hoofdstuk is uitgelegd. Die gedachte kwam ook in oefeningen tot uitdrukking:

“Zolang in een stafdienstoefening het conventionele gevecht aan de orde is, lijkt het op een schaakspel. Zodra men daarin echter met kernwapens gaat werken, komt er een spelregel bij: één van de spelers mag af en toe het schaakbord omkeren. Het gevolg is dat men — overigens geheel in lijn met de bestaande

---

<sup>560</sup> ‘Bericht van 42 Brigadegeneskundige compagnie. Najaarsproblemen’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 13.

<sup>561</sup> A.F. Hordijk, ‘Kom maar’, *Polsslag* 10-4 (juli 1976) 15.

<sup>562</sup> A.J. de Gee, ‘Wat is eigenlijk NBC-bescherming?’ *Militaire Spectator* 139:3 (1970) 112.

<sup>563</sup> Het hoeft overigens niet te verbazen dat de waarschuwingen juist van deze functionarissen kwamen – volgens dezelfde logica zal een brandweerman sneller wijzen op brandveiligheidseisen dan een politieagent.

<sup>564</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 433. Verslag van de N.B.C.-conferentie bij Staf 1 LK op 23 mei 1967.

NAVO-doctrine — het inzetten van kernwapens zo ver mogelijk verschuift naar het einde van de stafdienstoefening.”<sup>565</sup>

De inzet van kernwapens maakte dus een einde aan het georganiseerde militaire optreden. Dat gold veel minder voor de andere non-conventionele wapens. Biologische strijdmiddelen kwamen vrijwel nooit aan de orde omdat de praktische waarde ervan nihil leek. Daarentegen werd de verdediging tegen chemische wapens nog wél regelmatig geoefend. Volgens sommige deskundigen hadden deze strijdmiddelen een minder escalerend effect en was de vijand daarom eerder geneigd tot de inzet ervan. Nadat inlichtingendiensten in de jaren zeventig tot de ontdekking waren gekomen dat het Warschaupact op grote schaal chemische wapens produceerde, kwam de nadruk bij NBC-bescherming sterk op de c te liggen, zoals ook blijkt uit de oefenverslagen. Tegen een gasaanval bestonden namelijk effectieve verdedigingsmaatregelen. Een bijkomend voordeel was dat een gasaanval overtuigend viel te simuleren. Soms hielpen de weersomstandigheden een handje mee. Tijdens oefening *Sarina Sirene* (november 1962), die tot doel had de geneeskundige afvoerketen onder chemische omstandigheden te beproeven, viel natte sneeuw. Volgens de verslaggever was er weinig fantasie nodig “om zich in te denken dat er in plaats van deze onschuldige kristallen levensgevaarlijk vloeibaar zenuwgas omlaag kwam”. Daarop hulde het geneeskundig peloton van 15 Pantserinfanteriebataljon zich in polyester overgooiers en gasmaskers, wat hen de aanblik gaf van “wonderlijke figuren uit een andere wereld”, om vervolgens de ‘getroffenen’ met de gewondenjeeps naar de veiligheid van de BHP te brengen. Aldaar konden alle conventionele gewonden, met “goed nagebootste kwetsuren”, rechtstreeks naar de ‘schone afdeling’ gebracht worden. De gaszieken kwamen eerst in de ‘vuile afdeling’, waar ze ontdaan van hun besmette kleding met warm water en zeep werden ontsmet en indien nodig, atropine-injecties kregen toegediend. Van hieruit reden de gewondenjeeps naar de verzamelplaatsen die waren ingericht door de reservisten van 51 geneeskundig bataljon. Zij controleerden de doorstromende patiënten alvorens zij met ziekenauto’s naar de verbandplaatsen (op het tweede echelon) werden getransporteerd. De laatste schakel werd gevormd door het 112 Doorvoershospitaal (op het derde echelon), een compleet ziekenhuis onder tentzeil met een capaciteit voor vierhonderd patiënten.<sup>566</sup> Ook zonder natte sneeuw viel er het nodige te simuleren. Vanaf de jaren zestig kwam er steeds meer oefenmateriaal beschikbaar. Eenheden konden vaker beschikken over onder meer zogenaamde CS-

---

<sup>565</sup> Goedkoop, ‘De nbc-verdediging’, 210.

<sup>566</sup> ‘Oirschotse Heide was toneel van chemische oorlog’, *Legerkoerier* 12:12 (december 1962) paginanummer weggevallen.

handgranaten (traangas), CS-aceton- en sodaoplossing, detectiepapier, en oefengasverkenningssuitrusting.<sup>567</sup>

Natuurlijk bleef de MGD wel afhankelijk van oefengewonden. Tijdens oefening *Rhino Plus* (30 september - 10 oktober 1971) was een ontsmettingsstraat voor NBC-patiënten ingericht, maar "het aantal besmette gewonden bleef tijdens deze oefening vrijwel nihil".<sup>568</sup> Een jaar later ging het beter. Aan de vierdaagse oefening *Toch Maar III* in oktober 1972 namen 530 militairen van 11 Geneeskundige compagnie en de geneeskundige pelotons van de 11 Pantserinfanteriebrigade deel. Op de tweede dag vond een chemische sproeiaanval plaats die een groot aantal gaszieken tot gevolg had. Na melding van de aanval stuurde de commandant van de geneeskundige compagnie in plaats van ziekenauto's alle beschikbare 3-tonners naar de hulpposten om de slachtoffers op te halen. Een correspondent voor het tijdschrift *Polsslag* noteerde dat er was gekozen voor de vrachtauto's omdat de ziekenauto's 1-ton te weinig capaciteit hadden voor de spoedige verwerking van het grote aantal 'patiënten'. Zij moesten zich tijdelijk tevreden stellen met minder comfort. Een groepstent nabij de verbandplaats diende als ontsmettingslocatie. Hoewel het verslag niet rept van het aantal gaszieken, was het totaal aantal gewonden dat in de verbandplaats werd opgenomen 375, ongeveer 120 per etmaal.<sup>569</sup>

Bij voldoende beschikbaarheid van oefengewonden en -materieel was succes uiteraard niet gegarandeerd. Belangrijk was dat de oefendoelstellingen duidelijk waren, maar ook daaraan ontbrak het soms. Op het vlak van de logistiek viel er genoeg op te steken van het massale gewondentransport, maar het medisch leerdoel van zo'n onderneming was vaag. Met het aanbod van grote aantallen slachtoffers was er amper tijd voor het toepassen van EHAF en het reflecteren op de toegepaste procedures. Na afloop van *Rhino-plus*, waaraan 13 Brigade geneeskundige compagnie had deelgenomen, constateerde een verslaggever in *Polsslag* dat het stootsgewijs binnenkomen van betrekkelijk grote aantallen oefengewonden vaak problemen opleverde wat betreft de administratieve verwerking en de juiste medische behandeling.<sup>570</sup>

Deze moeilijkheid, in samenhang met eerder gesignaleerde problemen bij de organisatie van grote geneeskundige manoeuvres, zorgde ervoor dat de NBC-opleiding bij het legerkorps vaak beperkt bleef tot individuele bescherming. Zo was dit aspect steeds een 'tijdelijk oponthoud' van het oefenspel. Een eerste luitenant van 42 Brigade Geneeskundige compagnie schreef in zijn verslag van *Retort II* in 1973 hoe makkelijk hiermee werd omgegaan: "de atmosfeer [was] plots vergiftigd

---

<sup>567</sup> A. Steeman, 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:12 (1966) 574.

<sup>568</sup> L. Kruymer, 'Ervaringen met een verbandplaatspeloton tijdens de brigade-oefening "Rhino-plus"', *Polsslag* 6:2 (maart 1972) 17.

<sup>569</sup> H.R. Haak, 'Bericht van ... 11 Brigadegeneeskundige compagnie', *Polsslag* 7:1 (januari 1973) 9.

<sup>570</sup> Kruymer, 'Ervaringen', 17.

met een voor ons ongezond gas. Gelukkig waren de beschermingsmiddelen bij de hand en was na een half uur ook het gas door de wind verspreid.” Er stond echter nog wat te wachten: “nauwelijks hersteld van deze schok, en de schok van een geëxplodeerde atombom vliegt tegen ons aan.” Daarop werd radioactiviteit gesimuleerd, waarna een verplaatsing noodzakelijk was. “Na droge ontsmetting graaft ieder zich weer in en wacht op de dingen die komen gaan.” De verslaggever meldde tevreden dat de gevolgen van de atoomexplosie goed waren “verwerkt”.<sup>571</sup>

Ook tijdens de geneeskundige oefening *Pleisterplaats* (17-21 november 1980) kwamen weer uitsluitend de beschermingsmaatregelen aan de orde.<sup>572</sup> Nadat de verbandplaats van 43 Brigade geneeskundige compagnie was opgezet en ingericht met steun van het verzamelplaatspeloton, trok het ziekenautospeloton erop uit om gewonden op te halen. De NBC-neventaker van het treinenbataljon vond dit een uitstekende gelegenheid om een gasaanval te simuleren waarop de betrokkenen zich met een gasmasker op in de ziekenauto “terugtrokken”, zo schreef een commentator.<sup>573</sup> Daarmee was de kous af.

Soms ontbrak het bij zulke simpele routines zelfs aan de meest basale zaken. Tijdens *Sine Cura* reageerden de ‘kaartenbakkers’ van 112 doorvoerhospitaal “verbazingwekkend adequaat” op het gasalarm, ook al hadden de oefengewonden geen gasmaskers bij zich waardoor dit aspect van de hulpverlening buiten beschouwing bleef.<sup>574</sup> Niettemin meldde de verslaggever dat de oefening verder wonderwel was verlopen. De doelstelling was immers het opzetten en afbreken van een doorvoerhospitaal binnen de afgesproken tijd, en niet het overleven van een gasaanval. Dat laatste was slechts een bijzaak in het verder normale verloop van de opdracht. De legerleiding kon in dat opzicht tevreden zijn.

### **Kritiek op de artsenopleiding**

Een punt dat nog aandacht verdient, is de positie en verantwoordelijkheid van de dienstplichtig arts in het legerkorps. Zoals eerder gezegd, diende hij vaak als commandant van een geneeskundig peloton. In die rol was hij vaak samen met zijn plaatsvervangend commandant (officier Geneeskundige troepen) verantwoordelijk voor het organiseren van oefeningen. Ondersteuning kreeg hij van een sergeant gewondenverzorger, die de overige dienstplichtigen de fijne kneepjes van de EHAF leerde. De arts had dus in feite een taak als militair commandant en organisator. Een rode draad door het militair-geneeskundig opleidingsverhaal in de Koude Oorlog is echter dat hij vaak niet voldeed aan de gestelde verwachtingen. Volgens een

---

<sup>571</sup> C. Peetoom, ‘Lentescheuten’, *Polsslag* 7:4 (juli 1973) 15.

<sup>572</sup> In 1967 beleefde het tijdschrift *Polsslag* voor de officieren Geneeskundige troepen zijn eerste oplage. In de periode daarvoor werden militair geneeskundige oefenverslagen zelden gepubliceerd, dus over deze periode valt weinig met zekerheid te zeggen. In het Nationaal Archief zijn alleen de militair geneeskundige oefenverslagen van 1950-1951 bewaard, toen NBC-aspecten nog geen rol speelden.

<sup>573</sup> Jan C. Peetoom, ‘Oefening pleisterplaats’, *Polsslag* 15:1 (januari 1981) 20-21.

<sup>574</sup> G.H. Louwen, ‘Oefening Sine Cura ’85’, *Polsslag* 19:5 (september 1985) 3-6.



commentator voelde de arts vaak “geenszins de noodzaak uit zijn spreekkamer te komen”.<sup>575</sup>

Sommige critici legden de schuld bij de artsen zelf. Een officier van de Geneeskundige troepen stelde in 1977 dat het tijd werd dat de reserveofficier-arts zich bewust werd van zijn uiteindelijke taak als arts in oorlogstijd.<sup>576</sup> Hij diende alle geneeskundige procedures op het eerste echelon te kennen en te beoefenen, ook het verzamelen van gewonden, want anders “zal de brillance van de arts snel verbleken door de vele gewonden op wie door hem geen levensreddende handeling kan worden toegepast, doordat ze doodeenvoudig niet bij hem kunnen worden gebracht”.<sup>577</sup> De arts “dient [zich] los te maken van de fictie dat zijn arbeidsterrein alleen in de spreekkamer zou liggen met verontzijdiging van de verantwoordelijkheid ten aanzien van de oorlogstaak, want dan schiet hij én als arts én als officier te kort”.<sup>578</sup> Concrete voorbeelden van zaken die aan bod kwamen tijdens bataljonsoefeningen waren het regelmatig verplaatsen (“springen”) van de hulppost om zo de afstand tot de gewonden in de voorste lijn niet te groot te laten worden. Daarbij diende de commandant te bedenken hoe de onderweg zijnde voertuigen de nieuwe locatie konden vinden, “aangezien deze kaart noch radio hebben!”<sup>579</sup>

Andere critici benadrukten het falende opleidingsbeleid. De vereniging van reserveofficieren-arts ‘Kring Mathijssen’ stelde in november 1984 dat “de militaire arts, en zeker de bataljonsarts, [over] een specifieke kennis en een specifieke instelling [dient] te beschikken, die vanuit de burgerpraktijk nauwelijks mag worden verwacht, en die derhalve alleen door militaire training kan worden verkregen.”<sup>580</sup> Omdat de taak van de bataljonsarts was gelegen in de triage en het voor transport gereedmaken van de patiënt, moest hij de triagecriteria kennen, alsmede in staat zijn de toestand van de slachtoffers zo goed mogelijk te stabiliseren en daarbij de hygiëne in acht nemen. Behalve het toepassen van EHAF, ging het vooral om handelingen die in beginsel niet aan gewondenverzorgers werden toevertrouwd, zoals het toedienen van antibiotica, een tetanusinjectie en morfine, het aanleggen van een intraveneus infuus en het uitvoeren van (chirurgische) noodprocedures om in geval van een luchtwegobstructie de ademweg vrij te maken. Ook moest de bataljonsarts een klaplong kunnen behandelen, waardoor kennis van onder meer de Heimlich-klep (afzuigventiel) vereist was. Tot slot moest de bataljonsarts goed geïnstrueerd zijn in de verslaglegging: het invullen van de

---

<sup>575</sup> Jan C. Peetoom, ‘Onderdeelsarts en compagniescommandant: samenwerking of tegenwerking?’, *Polsslag* 16:6 (november 1982) 6.

<sup>576</sup> A.A. van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 23.

<sup>577</sup> Van Rijs, ‘Het geneeskundig peloton’, 23.

<sup>578</sup> *Ibidem*.

<sup>579</sup> *Ibidem*, 24.

<sup>580</sup> W. Henny, ‘De Kring Mathijssen en de opleiding reserve-officier-arts’, *Polsslag* 19:4 (juli 1985) 5.

gewondenkaart mocht namelijk evenmin aan de soldaat-gewondenverzorgers worden overgelaten.<sup>581</sup>

De eerdergenoemde reserveofficier-arts Walter Henny, in 1984 woordvoerder van de Kring Mathijssen, signaleerde dat reserveofficieren-arts de bovenbeschreven kennis en vaardigheden niet of slechts ten dele beheersten. Tegelijk werd er vanuit de MGD “verbazend weinig gedaan om deze kennis op te voeren”.<sup>582</sup> De bataljonsarts werd niet of nauwelijks op herhaling geroepen: sinds de jaren zeventig werd van hem verwacht dat hij zijn kennis over oorlogsgeneeskunde door middel van cursussen zelf bijspijkerde. Over de militaire geneeskunde onder NBC-omstandigheden was al helemaal weinig kennis beschikbaar. Navraag bij actief dienende artsen en het OCMGD over de aard en het aantal op de hulpposten te verwachten slachtoffers leverde de auteur weinig informatie op.

Andere genootschappen deelden de zorgen over de deskundigheid van de reserveartsen, zo bleek in maart 1985 toen de ‘werkgroep artsen’ een kritisch rapport over de MGD publiceerde in het tijdschrift *Carré*.<sup>583</sup> De ‘werkgroep artsen’ — die door de Nederlandse Officieren Vereniging in het leven was geroepen — stelde nuchter dat de reserveofficier-arts over onvoldoende deskundigheid beschikte op het gebied van oorlogsgeneeskunde omdat zijn opleiding aan het OCMGD slechts een “oriënterend” karakter had. Deze was te kort om hem bij te scholen in alle aspecten van het militair arts-zijn. Met name onderwerpen zoals triage, shockbeleid, oorlogstraumatologie en de medische aspecten van de NBC-oorlogvoering kregen tijdens de opleiding onvoldoende aandacht.

Het hoofd Dienst Militaire Gezondheidszorg (tevens docent oorlogschirurgie), luitenant-kolonel-arts G.S. Zaalberg, deelde de kritiek dat het militair-geneeskundig personeel van de toekomst onvoldoende werd opgeleid en getraind voor acute noodsituaties in oorlogstijd.<sup>584</sup> In een lezing voor de Koninklijke Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap op 17 maart 1986 zocht hij daarvoor een brede maatschappelijke verklaring. Burgerziekenhuizen werden nu eenmaal ingericht om aan de dagelijkse behoefte van de samenleving te voldoen, waarbij het management ernaar neigde het aantal bedden te reduceren. Daarnaast zagen artsen een verschuiving in hun taakgebied, dat meer kwam te liggen bij de behandeling van chronische patiënten. Derhalve richtte de academische opleiding van de arts zich steeds vaker op ouderdomskwalen en hart- en vaatziekten. Traumatologie lag steeds vaker in handen van enkele specialisten. Daarnaast werden de traumatologen zelf steeds gespecialiseerder, bijvoorbeeld op het gebied van brandwonden, wat hen minder breed inzetbaar maakte.

---

<sup>581</sup> Ibidem.

<sup>582</sup> Ibidem.

<sup>583</sup> Rapport, *Carré Actueel* 1-6 (maart 1985) aldaar pagina 6.

<sup>584</sup> G.S.D. Zaalberg, ‘Militaire geneeskunde in de 20e en 21 eeuw’, *Mars in Cathedra. Orgaan KVVK* 155 (1986) 2399-2434.

Het eerdergenoemde rapport in *Carré* noemde een aantal punten ter verbetering van de opleiding van officieren-arts. Belangrijk was dat de oorlogstaak als uitgangspunt diende. Behalve onderwijs in aanvullende theoretische vakken moest de militair arts vooral extra praktijkervaring opdoen. Artsen die hun oorlogsbestemming hadden in het eerste of tweede echelon (legerartsen categorie a), moesten worden verplicht tot een stage bij een EHBO-post van een burgerziekenhuis. Artsen-specialisten (categorie c) moest gelegenheid worden geboden om een stage te lopen in een brandwondeninstituut of op een locatie waar met straling werd gewerkt, zoals de kerncentrale in Petten.<sup>585</sup>

De woordvoerder van de Kring Mathijssen vond dat er vanuit de KL een taakomschrijving voor de bataljonsarts moest worden vastgesteld, waarin ook de karakteristieken van de gevechtssomstandigheden waren opgenomen, alsmede de aantallen slachtoffers en de aard van hun verwondingen.<sup>586</sup> Ook de hierboven genoemde medische kennis en vaardigheden op de BHP moesten hierin zijn vastgelegd. Tot slot moest de reserveofficier-arts in voorkomend geval de taken van de officier Geneeskundige troepen kunnen vervullen. Dit alles moest schriftelijk aan de reserveofficieren-arts worden voorgelegd, en daarnaast was het wenselijk om de mobilisabele bataljonsarts tijdens een herhalingsoefening voor een of twee dagen op te roepen, om hem bijvoorbeeld in enkele uren twintig oefengewonden te laten behandelen. Na controle en reflectie zouden hem enkele vraagstukken over de organisatie en communicatie te velde kunnen worden voorgelegd.

Tijdens een interview in 1987 liet de IGDKL, brigade-generaal J.C. Mels, weten dat hij de suggesties tot verbetering van de “medische doctrine” zeer op prijs stelde. Hij stelde zich tot doel om tot een modernisering en kwaliteitsverbetering te komen voor alle opleidingen. Desalniettemin verklaarde hij dat “onze bureaucratistische organisatie niet even 1-2-3 aan te passen is”.<sup>587</sup> Zoals in het vorige hoofdstuk uiteengezet, waren er in de jaren tachtig grote organisatorische wijzigingen gaande, die eerst grotendeels moesten worden voltooid.

Intussen bleven de problemen zich voordoen. Tijdens een werkbezoek van de Inspecteur-generaal der Krijgsmacht – een soort militaire ombudsman – aan de geneeskundige eenheden van het legerkorps in juni 1987 namen de verantwoordelijke commandanten geen blad voor de mond over de toenmalige situatie op de ‘werkvloer’. Het tekort aan beroepsartsen en officieren Geneeskundige troepen gold nog onverminderd, 103 geneeskundig bataljon had bijvoorbeeld geen organieke plaatsvervangend commandant. Noodgedwongen opvulling van deze ‘gaten’, leidde ertoe dat een aantal militairen onvoldoende gekwalificeerd was voor hun functie.<sup>588</sup> Tot ergernis van de leidinggevenden gingen er nog altijd kostbare uren verloren aan

---

<sup>585</sup> Rapport, *Carré Actueel* 1:6 (maart 1985) aldaar pagina 6.

<sup>586</sup> Henny, ‘De Kring Mathijssen’, 7.

<sup>587</sup> J. Hesp, ‘Een interview met brigade-generaal J.C. Mels’, *Polsslag* 22-6 (1988) 3.

<sup>588</sup> B.D. de Jong, ‘IGK op werkbezoek in Ermelo’, *Polsslag* 21:5 (september 1987) 17.

zaken die in feite niet gerelateerd waren aan de eigenlijke militair-geneeskundige functie. In dat kader moesten militair-geneeskundige eenheden soms chauffeurs, hofmeesters of jerrycansjouwers beschikbaar stellen bij oefeningen. Dit slokte de nodige opleidingstijd op.<sup>589</sup>

Voordat er een echte wijziging in de opleiding tot stand kon komen, kwam de Koude Oorlog ten einde. Als gevolg van de gewijzigde doctrine, de schaalverkleining van het militaire optreden en het daarmee samenhangende opschorten van de dienstplicht in 1996, werden patiënten voortaan behandeld door vrijwillig dienende artsen, die ruime medische ervaring hadden in burgerziekenhuizen (dankzij de regeling van het Instituut Defensie-Relatie (IDR) ziekenhuizen). Hiermee was de bron van zorgen over de militair-geneeskundige opleiding echter nog niet opgedroogd, zoals Francesca Hooft in haar proefschrift laat zien.<sup>590</sup>

## Conclusie

Het op peil brengen en houden van de paraatheid en inzetbaarheid van de MGD vergde een voortdurende inspanning van instructeurs. Onder hun toezicht moesten de 'genezerikken' hun taak op elk moment en onder de moeilijkste oorlogsomstandigheden kunnen uitvoeren. Belangrijk was dat uit individuen goed samenwerkende teams moesten worden gesmeed, zodat de uitvoering van de militair-geneeskundige oorlogstaak ordelijk verliep. Daarbij hoorden realistische verwachtingen. De oefenresultaten vielen soms tegen, terwijl de oefeningen sowieso maar een beperkt deel van het takenpakket toetsten, maar de betrokkenen lieten zich omwille van het moreel vaak uit in positieve bewoordingen. De nadruk lag niet op de vertoonde onkunde, maar op het belang van samenwerking en het vertrouwen in de progressie.

Serieuze kritiek ging steevast over de oefenfrequentie. Omdat de rekruten in relatief korte tijd veel theoretische stof moesten aanleren, kon de stof moeilijk beklijven. Periodieke herhaling was daarom belangrijk. Voor wat betreft eenvoudige zaken, zoals EHAF, gebeurde dat waarschijnlijk in voldoende mate, maar commentatoren maakten zich geregeld zorgen of de geneeskundige taak in groter verband wel voldoende werd geoefend. Vooral het samenspel tussen verschillende geneeskundige eenheden — de afvoer en behandeling van aanzienlijke aantallen gewonden — vond gedurende de hele Koude Oorlog niet vaak genoeg plaats. De oorzaak was een combinatie van een gebrek aan tijd, middelen en kennis. Oefeningen van gevechtseenheden kregen nu eenmaal een hogere prioriteit.

Oefeningen in nucleaire omstandigheden vonden weinig plaats. Enerzijds had dat vooral praktische oorzaken. Een atoomexplosie viel nauwelijks overtuigend te simuleren. In het beste geval bleef het bij een relatief kleine ontploffing die een

---

<sup>589</sup> Ibidem. Zie ook: J. de Lange, 'Commando-overdracht 103 geneeskundig bataljon', *Polsslag* 23-3 (mei 1989)

15

<sup>590</sup> Hooft, *White Coats*, 113.

rookkolom ('paddenstoel') veroorzaakte, waarna het ontstaan van een magnetisch veld werd nagebootst. Zonder deze hulpmiddelen had de instructie vaak een complex (en volgens sommigen ronduit saai) karakter. Een enigszins 'realistische' atoomoefening was het verzamelen en transporteren van buitengewoon veel gewonden met brandwonden en/of stralingsletsel, maar aangezien er voor zulke slachtoffers weinig behandeling mogelijk was, bleef het nut van zo'n onderneming twijfelachtig. Dat verklaart ook waarom een grote onverwachte stroom 'besmette' gewonden tijdens oefeningen alleen aan het einde van de jaren vijftig, toen de dreiging van kernwapens als groot werd ervaren, slecht enkele malen aan de orde kwam. De maatregelen tegen een chemische aanval kregen overigens wel geregeld aandacht. Dergelijke omstandigheden konden goed worden uitgebeeld en de maatregelen zouden daadwerkelijk nuttig zijn in de praktijk.

Oefeningen onder conventionele omstandigheden, op zich al complex en tijdrovend genoeg, bleven de hoofdmoot vormen en op dat gebied viel er nog genoeg te verbeteren. Zo klonk na 1967 frustratie over het geringe aantal herhalingsoefeningen voor het reservepersoneel. Ook stonden er vraagtekens bij de kennis en vaardigheden van officieren-arts op het gebied van oorlogsgeneeskunde. Deze achterstand hield verband met de verkorting van hun opleidingstraject. Veel ruimte voor een herstructurering van de opleiding en oefening was er echter niet. De meeste activiteiten bleven gericht op de dagelijkse routine, het uitvoeren van beleidszaken en andere vreedstaken. Hierdoor stond de oorlogsvorbereiding op het tweede plan.

Wat verbaast, is niet alleen het hele spectrum van gebreken, maar vooral de omgang daarmee. Op een enkele uitzondering na luidde niemand echt de alarmklok over de toestand binnen de MGD. Problemen waarvoor een oplossing bestond kwamen wel geregeld ter sprake, maar de olifant in de kamer bleef eigenlijk onbenoemd. Dat de meerderheid van het personeel slecht was voorbereid op de oorlogstaak vormde geen discussiepunt. Een verklaring is dat het algemene vertrouwen in de dienst niet mocht worden aangetast. Dat zou namelijk schadelijk zijn voor de geloofwaardigheid van de krijgsmacht in bondgenootschappelijk verband. Het in stand houden van die geloofwaardigheid was in het belang van de vrede — ofwel een *desirable future* — en daarom belangrijker dan de werkelijke capaciteiten van de MGD en de KL in het algemeen. In hoofdstuk zes zal dit probleem nog uitgebreid aan de orde komen.

## Hoofdstuk 4: De laatste schakel aan de geneeskundige keten

“Concretiserend kan worden gesteld dat oorlogsvoorbereidingen voor een deel bestaan uit pure filosofie, waarbij de werkers daarin zich voortdurend dienen af te vragen of zij bezig zijn met een hersenschim of een toekomstbeeld.”<sup>591</sup>

Vorbereidingen op de militair-geneeskundige oorlogstaken vonden plaats op alle echelons, van de gewondenverzorgers in de voorste lijn, de verbandplaatsen in het brigadevak, de doorvoerhospitalen achter de gevechtszone, tot de grote geneeskundige formaties verder in het achterland. In de regel gold hoe hoger het geneeskundig echelon, hoe specialistischer de geneeskundige zorg. De veldhospitalen, algemene hospitalen en de eindhospitalen van de MGD vormden de laatste schakels in de militair-geneeskundige afvoerketen. Hier waren verschillende chirurgische specialisten vertegenwoordigd, zodat patiënten een definitieve medische behandeling kon worden geboden. Voor de zwaargewonden was de aanwezigheid van zulke hospitalen in de Nationale Sector een zaak van leven of dood.

De hogere echelons van de militair-geneeskundige verzorging waren nauw verweven met de civiele hospitalen. Dat betekende dat de MGD in oorlogstijd niet alleen te maken kreeg met de plannen voor de civiele verdediging, maar ook met de problemen die daar bestonden. Dit hoofdstuk vormt een kritische uiteenzetting van de afspraken die waren gemaakt om de civiel-militaire samenwerking op medisch gebied in oorlogstijd in goede banen te leiden. Daarbij is vooral aandacht voor de verdeling van de beschikbare medische capaciteit over gewonde burgers en militairen. Ook komt aan bod hoe men op dit niveau omging met de gepercipieerde dreiging van kernwapens, die de militaire en civiele medische hulpverlening bijzonder ingewikkeld, zo niet hopeloos maakte. De overkoepelende vraag is hoe de betrokkenen desondanks probeerden om een adequaat ziekenhuissysteem op te zetten dat enerzijds voldeed aan de vastgestelde behoefte in oorlogstijd, en anderzijds aan de economische afwegingen van ministers van Oorlog/Defensie en die van Volksgezondheid. Uit deze analyse ontstaat een scherp beeld van de invloed van de kernwapendreiging op de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen op het hoogste beleidsniveau.

---

<sup>591</sup> E.W. Muusse, ‘Oorlogsvoorbereiding, een filosofie... hersenschim of toekomstbeeld’, *NMG* 32 (december 1979) 299.

## **Totale oorlog, totale verdediging**

In de jaren vijftig was het verklaren van de “totale oorlog” een wat pathetische manier om te zeggen dat het menens was. Krantenberichten uit die periode doen verslag van dokters die de totale oorlog uitroepen tegen het roken, van de New Yorkse politie die een totale oorlog verklaart aan plaatselijke jeugdbendes, en van de Britse *Labour Party* die de totale oorlog verkondigt aan de *Conservatives* wegens onenigheid over een salarisverhoging van parlementariërs.<sup>592</sup> Ook staatshoofden zoals Fidel Castro en de Egyptische leider Nasser gebruikten de totale oorlog als dreigement, waarmee ze hun politieke spierballen wilden tonen.

De grootspraak van de *totale Krieg* had voor velen een sinistere bijklank. Uit de mond van nazi-propagandaminister Josef Goebbels gingen deze woorden gepaard met een allesomvattende vernietigingsstrijd waarbij miljoenen mensen omkwamen. Toen de Tweede Wereldoorlog echter nog door menig hoofd echode, begonnen de voorbereidingen voor de volgende oorlog, die volgens deskundigen opnieuw een totaal karakter zou hebben.<sup>593</sup> Opnieuw zouden economieën en maatschappijen vrijwel volledig worden gemobiliseerd voor de oorlogsinspanning en opnieuw zou de burgerbevolking blootstaan aan de volle hevigheid van het oorlogsgeweld. Het volgende conflict dreigde te gaan “van volk tegen volk” en daarbij was het primaire doel niet de vernietiging van de strijdkrachten, maar de ondermijning van de “volkskracht en het moreel van het volk” door destructie van strategische objecten.<sup>594</sup> De vijand zou mogelijk militaire bases, industriële doelen en communicatiecentra in Nederland bestoken met bommen van allerlei ‘kaliber’. Een conclusie die de experts omstreeks 1950 trokken, was dat een totale oorlog vroeg om een totale verdediging. Burgers, bedrijven en overheidsinstellingen dienden gezamenlijk alles van waarde zoveel mogelijk te beschermen en het leed zoveel mogelijk te beperken.

Schattingen van het aantal te verwachten slachtoffers maakte men niet graag, en als men het deed, liepen de cijfers sterk uiteen.<sup>595</sup> Hoe dan ook leerde de ervaring van de Tweede Wereldoorlog dat ziekenhuizen al snel onder grote druk kwamen te staan door de toestroom van gewonden als gevolg van oorlogshandelingen. Tijdens die oorlog was het herhaaldelijk voorgekomen dat zwaargewonde patiënten noodgedwongen in de ziekenhuisgangen lagen, in afwachting van geneeskundige behandeling. De personeelssterkte, evenals de faciliteiten en de inrichting van de gebouwen, was nu eenmaal afgestemd op de maatschappelijke behoeften in vreedstijd. Het aantal dokters, operatiezalen en ziekenhuisbedden was beperkt. Een

---

<sup>592</sup> ‘Totale oorlog tegen roken’, *Het Parool* 18 mei 1956; ‘New Yorkse politie voert „totale oorlog” met jeugdige gangsters’, *Leeuwarder courant* 7 augustus 1957; ‘Labour verklaart de oorlog aan de conservatieven’, *Trouw* 26 juni 1954.

<sup>593</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

<sup>594</sup> *Ibidem*.

<sup>595</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* 118.

voor de hand liggende gevolgtrekking was dat het volledige medische potentieel in Nederland zich in oorlogstijd tot het uiterste zou moeten inspanssen. De officier-arts dr. H.M. van der Vegt confronteerde zijn vakgenoten al in 1949 met de mededeling "dat van een reële [oorlogs-]voorbereiding slechts sprake kan zijn wanneer alle militaire en burgerlijke instanties volledig samenwerken."<sup>596</sup>

In het hoogste militaire overlegorgaan werd die opvatting gedeeld. Het Comité Verenigde Chefs van Staven liet in 1951 de mogelijkheden tot samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten verkennen door een speciale werkcommissie.<sup>597</sup> Deze bestond uit een secretaris, de twee chefs van de geneeskundige diensten en een vertegenwoordiger van de geneeskundige afdeling van de luchtmacht.<sup>598</sup> Civiele vertegenwoordigers waren opvallend afwezig. Dat kwam omdat het in de eerste plaats ging om de geneeskundige behoefte van de krijgsmacht. Civiele inspraak werd daarbij niet nodig of wenselijk geacht.

De commissie voorzag capaciteitsproblemen bij de triage, het gewonden-transport, en het onderbrengen van patiënten, zoals al in de voorgaande hoofdstukken is besproken. Zij oordeelde ook dat het afstemmen van verantwoordelijkheden, de inzet van specialistisch personeel, de bouw van noodziekenhuizen, de inrichting van depots, alsmede de opslag van bloedtransfusiematerieel, sera, vaccins en penicilline vergaande planning vergden.<sup>599</sup> De werkcommissie was dan ook van mening dat de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen een centraal coördinerend adviesorgaan vereisten, waarin zowel burgers als militairen zitting hadden. Het kabinet-Drees, dat over het algemeen meer bezorgd was over de overheidsfinanciën dan over de oorlogsdreiging<sup>600</sup> liet zich overtuigen door vicepremier F.G.C.J.M. Teulings, die als minister zonder portefeuille belast was met de civiele verdediging. Om zijn argumenten kracht bij te zetten schreef laatstgenoemde in een brief aan de premier dat de coördinatie van geneeskundige maatregelen niet alleen in het belang was van de volksgezondheid, maar ook van "'s-lands schatkist."<sup>601</sup>

Aldus riep de ministerraad op 16 juli 1951 de Geneeskundige Verdedigingsraad (GVR) in het leven, waarna de medische oorlogsvoorbereidingen op landelijk

---

<sup>596</sup> H.M. van der Vegt, 'Hoofdstuk IV: Militair Geneeskundige Dienst' in: *Wetenschappelijk jaarbericht 1949*, 31<sup>e</sup> jaargang (1950) 275.

<sup>597</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

<sup>598</sup> Tot 1968 bestonden er twee militair-geneeskundige diensten: een voor de zeemacht en een voor land- en luchtmacht. Pas in 1968, op advies van de commissie Drijber werd een aparte Militair Geneeskundige Dienst der luchtmacht opgericht en werd de functie van Inspecteur der militair geneeskundige dienst Koninklijke luchtmacht ingesteld.

<sup>599</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

<sup>600</sup> Bart van der Boom, 'Oorlogsangst in Nederland', *Leidschrift* 16:1 (april 2001) 9.

<sup>601</sup> Om die reden stelde Teulings voor om een econoom aan de GVR toe te voegen, maar dat ging niet door. Nationaal Archief, Den Haag, Ministeries voor Algemeene Oorlogvoering van het Koninkrijk (AOK) en van Algemene Zaken (AZ): Kabinet van de Minister-President (KMP), nummer toegang 2.03.01, inventarisnummer 3940. Brief 'nationale geneeskundige coördinatie' van Teulings aan de minister president, 4 juli 1951.



niveau van start konden gaan, zij het dat de raad slechts een adviserende en coördinerende rol had.<sup>602</sup> Dat laatste was cruciaal, want tijdens de mobilisatie in 1939 waren de activiteiten van het Nederlandse Rode Kruis, de Militair Geneeskundige Diensten, de Luchtbeschermingsdienst en de Commissie Afvoer Burgerbevolking niet goed op elkaar afgestemd.<sup>603</sup> De korte duur van de oorlogshandelingen tijdens de Meidagen had de organisatorische zwaktes van de Nederlandse gezondheidszorg grotendeels verborgen gelaten,<sup>604</sup> maar duidelijk was dat de geneeskundige zorg plaatselijk veel handen tekort kwam.

Van meet af aan was de organisatie van het ziekenhuiswezen in oorlogstijd het meest omvangrijke en urgente onderwerp.<sup>605</sup> Gezien de beperkte medische capaciteit, moest de GVR er voor zorgen dat het beschikbare potentieel in oorlogstijd tot het uiterste werd benut. In geen geval mochten in de volgende oorlog slachtoffers “op straat blijven liggen.”<sup>606</sup> De omvangrijke taak van de GVR werd verder gecompliceerd door het feit dat in deze raad verschillende belangen naar voren kwamen. De staatssecretaris van Volksgezondheid, die als voorzitter fungeerde, had als vertegenwoordiger van de regering een beslissende stem. Aan de vergadertafel zaten verder een secretaris, de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, de directeur-generaal voor Openbare Orde en Veiligheid (namens het Ministerie van Binnenlandse Zaken), alsmede de inspecteurs van de geneeskundige diensten van de landmacht en zeemacht. Vanaf het begin bestond er van militaire zijde twijfel of de civiele leden wel voldoende oog hadden voor de “bijzondere eisen” die verbonden waren aan het militair-geneeskundige apparaat in tijden van oorlog.<sup>607</sup> De cgs luitenant-generaal Hasselman liet dit in een brief aan zijn collega stafchefs duidelijk weten. De chef Luchtmachtstaf stond in dezen achter hem. De chef Marinestaf daarentegen vond dat de inspecteurs van de geneeskundige dienst uitstekend in staat waren eventuele afwijkende meningen in de raad te verdedigen.<sup>608</sup> Extra militaire vertegenwoordigers of de invoering van starre richtlijnen zouden de werkwijze van de GVR alleen maar onnodig belemmeren en

---

<sup>602</sup> Bij de aanstelling van de GVR door de ministerraad in 1951 waren geen statuten opgesteld. Deze werden pas op 17 maart 1957 erkend. Laatstgenoemde datum wordt dan ook vaak (onterecht) in bronnen aangehaald als oprichtingsdatum van de GVR.

<sup>603</sup> M.J. van Lieburg, ‘De burger-geneeskundige dienst in mobilisatie en bezettingstijd’, *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* (1991).

<sup>604</sup> *Ibidem*.

<sup>605</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief ‘volksgezondheid in oorlogstijd’ aan staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Minister President, 16 december 1952.

<sup>606</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Kabinet van de Commissaris der Koningin in Zuid-Holland, nummer toegang 3.02.42, inventarisnummer 382. Verslag van de nationale bespreking over Fallex '64 gehouden te Nunspeet op 21 en 22 april 1965 ('s-Gravenhage 1965) 46.

<sup>607</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Geneeskundige Verdedigingsraad (militaire vertegenwoordiging), brief van B.R.P.F. Hasselman aan H.J. van der Giessen, voorzitter Militair Geneeskundige Coordinatiecommissie, 11 juli 1952.

<sup>608</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Geneeskundige Verdedigingsraad (militaire vertegenwoordiging), brief van viceadmiraal A. de Booy aan H.J. van der Giessen, voorzitter Militair Geneeskundige Coordinatiecommissie 26 juli 1952.

vertragen. Uiteindelijk gaven de andere stafchefs zich gewonnen voor deze argumenten, waarna zij schoorvoetend instemden met de gekozen opzet en samenstelling van de raad.

Vanaf het begin was duidelijk dat de GVR een groot aantal aspecten van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen niet voor eigen rekening kon nemen. Het werkveld was te omvangrijk en vereiste externe expertise. Bepaalde taken werden daarom gedelegeerd aan specialistische werkgroepen en commissies. Een ervan luisterde naar de naam Commissie Planning Voorbereiding Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden. Dit gezelschap van burgerambtenaren en officieren kreeg de taak een zogenaamd “medisch mobilisatieplan” te ontwerpen.<sup>609</sup> Het onderling afstemmen van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen van de landmacht, luchtmacht en marine werd overgelaten aan de op 14 mei 1952 ingestelde Militair Geneeskundige Coördinatiecommissie (MGCC).<sup>610</sup> Hierin hadden enkel vertegenwoordigers van de drie krijgsmachtdelen zitting. Zij moesten proberen overeenstemming te bereiken tussen de departementen van Oorlog en Marine inzake de hospitalisatie van gewonden.<sup>611</sup>

Met de oprichting van de verschillende werkgroepen was de weg nog niet vrij van obstakels. Een terugkerende kwestie ging over de verdeling van de kosten van de noodzakelijk bevonden maatregelen. De toon werd gezet toen het departement van Volksgezondheid voor het dienstjaar 1953 een bedrag van 105.000 gulden wenste te declareren bij het Ministerie van Oorlog. Hiermee moest het salaris worden betaald van “een achttal artsen” dat zich met de inventarisatie van de medische capaciteit in Nederland bezighield, ter voorbereiding van de eventuele uitbreiding van de omvang van het ziekenhuiswezen. De minister van Oorlog en Marine C. Staf was hier niet van gediend. Hij had zich al eerder verzet tegen het idee om de kosten voor de civiele verdediging op zijn begroting te plaatsen en nu dreigde daar nog ruim een ton bij te komen.<sup>612</sup> Hoewel hij inzag dat de volksgezondheid in oorlogstijd een belangrijke zaak was, achtte hij de krijgsmacht hiervoor niet verantwoordelijk. Daarbij kwam dat de departementen van Oorlog en Marine met hun “overbelaste begroting” (het begrotingsplafond bedroeg zes miljard) zulke extra lasten niet konden dragen.<sup>613</sup> De Staatssecretaris van Volksgezondheid had echter goede redenen om voet bij stuk te houden. Hij vond dat de ziekenhuisuitbreiding

---

<sup>609</sup> ‘Instelling Commissie Planning Voorbereiding Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 96:II:24 (26 juni 1952) 1486.

<sup>610</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Gewoon en Geheim Verbaalarchief en daarbij opgelegde bescheiden, nummer toegang 2.13.151, inv. 144-O. Instelling van een Militair Geneeskundige Coördinatiecommissie ressorterende onder de Verenigde Chefs van Staven.

<sup>611</sup> De notulen van deze werkgroepen zijn tijdens het archiefonderzoek helaas niet boven water gekomen. Via de archieven van het Comité Verenigde Chefs van Staven kan wel worden achterhaald wat de belangrijkste agendapunten waren.

<sup>612</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* 37.

<sup>613</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief C.Staf ‘volksgezondheidszorg in oorlogstijd’ aan staatssecretaris van Volksgezondheid, 10 december 1952.

vooral ten bate kwam aan het Ministerie van Oorlog, dat daarom de salarissen van de betrokken functionarissen moest betalen. De grootste gewondenstroom werd op dat moment namelijk verwacht van militaire zijde.

Hoe dan ook was het duidelijk dat de MGD niet zonder de burgerziekenhuizen kon.<sup>614</sup> De krijgsmacht beschikte in 1954 over ruim vijfduizend bedden. Het beoogde aantal was circa zeventuizend bedden. De NAVO had in een document van 10 maart 1953 echter gewaarschuwd dat het totale aantal *fixed hospital beds* na negentig dagen oorlog gelijk moest zijn aan 8 procent van de totale troepensterkte.<sup>615</sup> Aangezien de toekomstige oorlogssterkte van de krijgsmacht was voorzien op circa driehonderdduizend man, moesten er dus minstens 24.000 bedden beschikbaar zijn, maar dat was voor de MGD geen haalbare kaart. Het tekort aan medische behandel- en verpleegcapaciteit kon alleen maar door burgerziekenhuizen worden gecompenseerd. De onderhandelingen hierover vonden plaats binnen de GVR. Daarin werden de militaire belangen behartigd door de IGDKL, generaal-majoor-arts dr. J.Th. Wilkens. Met zijn burgercollega's kwam hij in de zomer van 1954 tot de afspraak dat er voor gewonde militairen 8365 bedden in burgerziekenhuizen beschikbaar kwamen, als aanvulling op de eigen hospitaalbedden.<sup>616</sup>

Met deze overeenkomst was duidelijk dat de zorg voor militaire oorlogsgewonden werd beschouwd als een nationale zaak.<sup>617</sup> De traditionele scheidslijn tussen burger en militair was namelijk tijdens de Tweede Wereldoorlog verder vervaagd. In de moderne oorlog was iedereen blootgesteld aan geweld, van de soldaten in hun schuttersputjes tot de generaals in hun hoofdkwartieren, en van de arbeiders in de fabrieken tot de bevolking in de steden. De burger kwam zagezegd meer naast de militair te staan. Tegen die achtergrond nam het parlement in 1955 een nieuw wetsontwerp in behandeling. De strekking was ruwweg dat het militair gezag in oorlogstijd, na overleg met de burgerautoriteiten, extra bevoegdheden kon krijgen met betrekking tot de handhaving van de openbare orde, maar alleen als daarmee een militair belang was gemoeid. Na een lang parlementair traject werd

---

<sup>614</sup> G.J.S. Goverts, 'Samenwerking tussen de militair- en civiel-geneeskundige diensten in de nationale sector', *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 540.

<sup>615</sup> SHAPE brief (AG 9040/MED-28/53 LOG) (10 maart 1953) die gericht was aan alle Defensie ministers van de NAVO, pagina 23. [https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54\\_ENG\\_PDP.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54_ENG_PDP.pdf) Later volgde nog een ander memorandum van SHAPE (AG 9040/MED-201/53 LOG) 21 juli 1953.

<sup>616</sup> Notulen GVR, Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Hilversum. Tijdens de vergadering op woensdag 21 juli 1954 kwam het zogeheten 8000-beddenplan ter sprake. Op 18 augustus werd de ontwerpovereenkomst door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgelegd aan de minister van Oorlog. Nota bene: aangezien de gevechtshandelingen zich waarschijnlijk zouden afspelen langs de IJssel, waren de extra bedden voornamelijk geconcentreerd in het westen van Nederland.

<sup>617</sup> Notulen GVR, Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Hilversum. De ministers van Oorlog en Volksgezondheid waren schriftelijk overeen gekomen dat ziekenhuizen in oorlogstijd niet zouden worden gevorderd door de krijgsmacht, wat juridisch wel mogelijk was volgens de Oorlogswet van 23 mei 1899, Stb. 128. Dit staat in een handgeschreven notitie van IGDKL Wilkens aan de CGS, 5 november 1953.

deze gedachte in de nieuwe Oorlogswet van 1964 vastgelegd.<sup>618</sup> Toch was het niet in de eerste plaats de wet, maar de erkenning van het belang van civiel-militaire samenwerking die de verdere integratie van het civiele en militaire geneeskundige potentieel stimuleerde.

### Met groeiende ongerustheid

De regeling met de burgerziekenhuizen bleek geen definitieve oplossing voor het beddentekort binnen de krijgsmacht. De voorzitter van de MGCC, tevens plaatsvervangend IGDKL, Van der Giessen, had namelijk berekend dat er volgens de NAVO-verliesverwachtingen na een oorlogsperiode van negentig dagen een tekort zou zijn van circa 20.000 bedden (*Tabel 2*). Van der Giessen ging ervan uit dat het civiele beddenpotentieel met 25 procent kon worden vergroot, maar volgens hem was daarvoor in 1955 onvoldoende geld beschikbaar gesteld. Hij vond het dringend noodzakelijk dat “in deze uiterst zorgwekkende situatie ten spoedigste verandering wordt gebracht.”<sup>619</sup>

**Tabel 2:** *Verliesverwachtingen KL 1954.*

Militaire behoefte na 90 dagen	Beddenpotentieel militair-geneeskundige formaties	Beddenpotentieel bestemd voor militairen in burger-ziekenhuizen	Totaal beschikbaar aantal bedden voor militairen	Tekort aan bedden na 90 dagen
33.630	5200 <sup>620</sup>	8365	13.565	20.065

Terwijl stafofficieren van de MGD aan het puzzelen waren met het inschatten van de verliezen in een conventionele oorlog, drong de nucleaire dreiging zich verder op. Tijdens de *SHAPE Medical Planning Conference* van 2 tot 4 oktober 1952 werden reeds de eerste afspraken tussen de NAVO-landen gemaakt, met name over de omschrijving van de problematiek, de te hanteren terminologie en het gebruik van gegevens op het gebied van nucleaire wapens. Een NAVO-verslag vermeldde verder triomfantelijk dat er ambities waren uitgesproken over het aanleggen van voorraden medicamenten en de beoogde standaardisatie van medisch materieel en

<sup>618</sup> Bart van der Sloot, *De reikwijdte van de macht. Een verhandeling over staatsnoodrecht* (zp, zd) 12. Online geraadpleegd op 3-11-2022

([https://bartvandersloot.nl/onewebmedia/De\\_reikwijdte\\_van\\_de\\_macht.%201.pdf](https://bartvandersloot.nl/onewebmedia/De_reikwijdte_van_de_macht.%201.pdf))

<sup>619</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3948. Brief Van der Giessen ‘Medical Logistics Support for Central European Landforces (G3/254-Z4)’, 31 mei 1954.

<sup>620</sup> Het getal 5200 ligt lager dan de eerder aangegeven 7100. Mogelijk ging het om het daadwerkelijke aantal bedden versus het beoogde aantal bedden. In elk geval wekt het inconsistentie gebruik van cijfers de indruk dat MGD zich nog in een oriënterende fase bevond, waarin nog maar weinig vaste aannames waren omtrent de medische capaciteit versus de verliesverwachting.

procedures.<sup>621</sup> Voorlopig bleef het daarbij. Het belangrijkste ‘wapenfeit’ was dat de medische aspecten van de nucleaire oorlogvoering op de NAVO-agenda waren gezet, zo memoreerde de eerdergenoemde *Captain Coggins* tijdens de daaropvolgende *Medical Planning Conference* in juni 1953: “A year ago in this headquarters we did not have a well-defined policy toward ABC Warfare except that the entire subject was carefully avoided. Today the Atomic bomb is regarded as another weapon in our armamentarium, and we are frankly making preparations to include it in our offensive and defensive effort.”<sup>622</sup> Men kon de invloed van de kernwapens op de oorlogvoering niet langer wegzetten als een interessant studieobject, waaraan verder geen dwingende consequenties waren verbonden.

In 1954 stond de planning voor de atoomoorlog voor het eerst nadrukkelijk op de voorgrond. Verschillende comités in de NAVO-hiërarchie gingen zich met het vraagstuk bezighouden en er klonken al voorzichtige schattingen van de slachtofferpercentages onder nucleaire omstandigheden. Tijdens de *Medical Planning Conference* van SHAPE in mei van dat jaar werd gesproken van een verdubbeling van het aantal gewonden.<sup>623</sup> Een specialistische werkgroep (*SHAPE ABC Casualty Rates Committee*) legde de nieuwe verwachtingen op 24 mei 1954 vast in een rapport.<sup>624</sup> Er moest echter nog wel de nodige overeenstemming worden bereikt over de nieuwe prognoses en dat was niet eenvoudig. In Nederland boog de MGCC zich over dit vraagstuk. Na studie bleken er echter onduidelijkheden te bestaan over tal van zaken, zoals de hospitalisatieduur, terwijl ook de onervarenheid van de troepen (met als gevolg een hogere verliesverwachting) niet was ingecalculeerd. De MGCC kwam weliswaar met nieuwe verliesberekeningen, maar stelde dat de effecten van atoomwapens buiten beschouwing waren gebleven. Het leek de commissie beter om eerst de nadere studie van SHAPE af te wachten. De minister van Oorlog en Marine nam die conclusie over en vond het beter om de GVR nog niet aan het werk te zetten met de nieuwe verliesverwachtingen voordat er meer duidelijkheid bestond. Ook moest worden belet dat de raadsleden zich zouden blindstaren op de gevolgen van een atoomoorlog, wat tot gevolg kon hebben dat aan andere geneeskundige aspecten geen aandacht meer werd besteed.<sup>625</sup>

Ook de bewindslieden konden hun ogen niet langer sluiten voor de groeiende nucleaire dreiging en de mogelijke consequenties daarvan. In november 1954 kregen de minister van Oorlog en het Comité Verenigde Chefs van Staven de

---

<sup>621</sup> *Shape. Changes in command structure, volume II section I, chapters I-III (1952-1953).*

[https://www.nato.int/nato\\_static/assets/pdf/pdf\\_archives/20121126\\_SHAPE\\_HISTORY\\_VOLUME\\_II.pdf](https://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_archives/20121126_SHAPE_HISTORY_VOLUME_II.pdf)

<sup>622</sup> Notulen *Shape Medical Planning Conference* (juni 1953) 125.

[https://www.nato.int/nato\\_static\\_fl2014/assets/pdf/pdf\\_archives/20121128\\_19530601\\_NU\\_SHAPE\\_AG\\_2030-MED-272-53\\_Medical\\_Planning\\_Confer.pdf](https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19530601_NU_SHAPE_AG_2030-MED-272-53_Medical_Planning_Confer.pdf)

<sup>623</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 4268. Brief van A.S. Pinke (voorzitter ABC-comité) ‘logistieke problemen op geneeskundig gebied’ aan de voorzitter van de Verenigde Chefs van Staven, 11 augustus 1954.

<sup>624</sup> Het rapport draagt het kenmerk (LOG 9610 MED-476/5 3) maar is helaas niet beschikbaar in *Nato Archives*.

<sup>625</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3942 *Memorandum atomische oorlogvoering* (GH LA S 160) van Minister van Oorlog C. Staf aan de voorzitter van het Comité Verenigde Chefs van Staven, 4 augustus 1954.

nieuwe officiële verliesverwachtingen van SHAPE onder ogen.<sup>626</sup> In plaats van de eerder gehanteerde negentig dagen, ging men nu uit van zestig dagen, een vermindering van een derde. Daarentegen was het eerder gehanteerde verliespercentage van 8 procent verdubbeld - het aantal ziekenhuisbedden moest volgens de nieuwe richtlijn gelijk zijn aan (minimaal) 16 procent van de totale oorlogssterkte.<sup>627</sup> De ongerustheid nam daardoor toe. Het eerdergenoemde ABC-comité had inmiddels kennisgenomen van het document en achtte de nieuwe schattingen op zich realistisch: “ook al zou men bij benadering deze schatting [16 procent] te hoog vinden, en menen te kunnen terugbrengen tot 12%, dan nog zou voor militaire doeleinden een aantal van 40.000 bedden benodigd zijn op D + 60 [zestig dagen na aanvang van het conflict, TD]”.<sup>628</sup> Op 28 april 1955 drong het ABC-comité bij het Comité Verenigde Chefs van Staven aan op het nemen van passende maatregelen. Volgens het comité moest de GVR ruimte krijgen om de nodige voorbereidingen te treffen voor de hospitalisatie van de genoemde militaire en civiele slachtofferaantallen, waarbij een gebrek aan financiën de uitvoering niet mocht belemmeren.

Niet iedereen was echter overtuigd van de noodzaak van omvangrijke investeringen op korte termijn. In de navolgende discussie over de geneeskundige voorbereidingen op een atoomoorlog kwamen in feite twee groepen tegenover elkaar te staan. Aan de ene zijde stonden de medische professionals, met aan het hoofd de IGDKL en de chef Geneeskundige Dienst der Zeemacht, die verantwoordelijkheid droegen voor een adequate militaire gezondheidszorg. Het was hun taak om de belangen van de militaire geneeskunde en indirect van de patiënt te behartigen. In hun ogen was het aantal gewonden “het a-priorisch gegeven” waarop de voorbereidingen dienden te worden afgestemd.<sup>629</sup> Zij vreesden, of wisten zelfs zeker, dat het nalaten van het treffen van passende maatregelen veel levens zou kosten.

Aan de andere zijde stonden de Minister van Oorlog en in mindere mate de legertop. Zij luisterden wel naar de argumenten van de geneeskundigen maar moesten ook andere defensiebelangen in het oog houden. Binnen de krijgsmacht streden tal van investeringsplannen om voorrang. De jaarlijkse defensiebegroting laat zien dat de opbouw van het legerkorps het meeste geld opslokte. Dat is op zich niet vreemd. Het was immers de gevechtskracht waarop de KL als eerste werd beoordeeld door binnen- en buitenlandse waarnemers. Dat gold veel minder voor

---

<sup>626</sup> Het genoemde NAVO-memorandum kon niet in de archieven worden teruggevonden.

<sup>627</sup> NL-HaNA, Def / Rijksverdedigingsorganisatie TNO, 2.13.205, inv.nr. 56. Brief ‘hospitalisering’ voorzitter ABC-comité viceadmiraal A.S. Pinke aan de voorzitter Verenigde Chefs van Staven, 28 april 1955.

<sup>628</sup> Ibidem.

<sup>629</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 4268. Logistieke problemen op geneeskundig gebied (MPA 1863/CB), (eind) augustus 1954.

geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, die over het algemeen niet (en zeker niet in vreedstijd) bovenaan de militaire prioriteitenlijsten prijkten. De 'beddenkwestie', die ook nog eens stoelde op onzekerheid over aard van het komend conflict en de steeds wisselende prognoses over het aantal slachtoffers, werd uiteindelijk door de politieke leiding op de lange baan geschoven.

Het leek er soms zelfs op dat de geneeskundige zorg helemaal onderaan het prioriteitenlijstje bungelde. In een verslag van de NAVO over de logistieke capaciteiten van de afzonderlijke lidstaten, werd de medische zorg letterlijk als laatste genoemd, waarmee de indruk werd gewekt dat dat aspect er het minst toe deed. Spectaculaire verbeteringen kwamen er ook niet. De NAVO kon met klem aanbevelingen doen aan afzonderlijke lidstaten, maar kon deze niet afdwingen. Het logistieke domein bleef een nationale aangelegenheid.<sup>630</sup> De vigerende verliesverwachtingen van de NAVO golden dan ook alleen als richtlijn. Zoals is gebleken, werden die richtlijnen wel serieus bestudeerd binnen de MGD. Toen het bondgenootschap bijvoorbeeld concludeerde dat de MGD op het gebied van ambulancecapaciteit een onvoldoende scoorde, gaf dat een aanzet tot verbeteringen.<sup>631</sup> Het substantieel vergroten of zelfs verdubbelen van de bedden capaciteit was echter onhaalbaar, zo zagen de betrokkenen al snel in.

De bondgenoten kwamen tot vergelijkbare conclusies. De NAVO was in 1954 voor de tweede maal een grootschalige inventarisatie gestart om zicht te krijgen op de gezamenlijke medische capaciteit. Daaruit kwam geen positief beeld naar voren. In het voorjaar vatte de voorzitter van de *SHAPE Medical Planning Conference* de situatie bondig samen:

“no surgeon general here present was entirely satisfied with the adequacy of his own service. There were many cogent reasons why our medical services could not attain perfection—manpower shortage, budget difficulties, other military priorities, lack of stockpiles of materiel, to name some of them. It was the responsibility of the national medical representatives forcefully to represent the medical requirements of their own services and to make the medical support of troops committed to NATO as adequate as possible.”<sup>632</sup>

---

<sup>630</sup> Roozenbeek ed., *In dienst*, 115.

<sup>631</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 3948. Medical Logistic Support for Central European Landforces, brief van 31 mei 1954 van voorzitter MGCC H.J. van der Giessen aan voorzitter van het Comité Verenigde Chefs van Staven.

<sup>632</sup> Notulen *Shape Medical Planning Conference* (4-7 mei 1955). Geraadpleegd juli 2022:

[https://www.nato.int/nato\\_static\\_fl2014/assets/pdf/pdf\\_archives/20121128\\_19550504\\_NU\\_SHAPE-AG2030-04-MED-1010-55-LOG\\_1955\\_SHAPE\\_Medic.pdf](https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19550504_NU_SHAPE-AG2030-04-MED-1010-55-LOG_1955_SHAPE_Medic.pdf)

Aan de MGD de taak om de NAVO-richtlijnen, in de eerste plaats het aantal bedden, zo adequaat mogelijk te benaderen.

Het voornaamste bezwaar van een uitbreiding van het militaire beddenpotentieel was dat dit vrijwel automatisch ten koste ging van het aantal bedden voor de burgerbevolking, terwijl daar een nog groter tekort bestond. In de nieuwe militaire veronderstelling van 1954 waren verschillende atoomdoelen in Nederland aangewezen waardoor in oorlogstijd een potentiële catastrofe dreigde. Nadat de burgerfunctionarissen van de civiele verdediging op de hoogte waren gesteld van dit onheilsscenario, werd besloten dat een paniekstemming onder de bevolking moest worden vermeden. Ten overstaan van de Eerste Kamer schetste de minister van Binnenlandse Zaken, L.J.M. Beel, in maart 1955 een donker maar tegelijk ook hoopvol beeld: "Een verwoesting van enorme afmetingen is niet te voorkomen, maar wel kunnen wij het aantal slachtoffers terugbrengen tot slechts enkele procenten van de massale verliezen, die wij zouden lijden, indien wij niets deden."<sup>633</sup> Wat er precies moest worden gedaan liet hij bewust in het midden. Wel merkte de minister op dat de geneeskundige maatregelen in behandeling waren bij de GVR. De burger moest het met die mededeling doen. Deze weinig transparante aanpak maakte echter opvallend weinig kritische tongen los.

**Tabel 3: Medische behoeftestelling 1955**<sup>634</sup>

<b>Behoefte en capaciteit burgersector</b>	
Bedden voor zieke burgers	20.000
Bedden voor gewonde burgers	11.000
Bedden voor militaire gewonden	22.000
Kinderwiegen	1700
Totale behoefte	54.700
Totale beschikbaarheid	38.000
<b>Tekort</b>	<b>16.700</b>

De enige geruchten die in de pers rondgingen, gingen over de aanschaf van honderdduizend extra ziekenhuisbedden.<sup>635</sup> Dit aantal werd door het kabinet bevestigd noch ontkend. Over de plannen werden zo min mogelijk details prijsgegeven. In elk geval was het voor de betrokken ambtenaren en militairen al

---

<sup>633</sup> HEK, 32ste Vergadering - 22 Maart 1955, 2190.

<sup>634</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. 'Kosten van voorbereiding volksgezondheid in buitengewone omstandigheden', 10 juni 1955. Brief van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Algemene verdedigingsraad.

<sup>635</sup> '100.000 bedden extra', *Overijsselsch Dagblad*, 24 maart 1955; 'Bij bombardement: Acht minuten vóór aanval alarm', *Trouw*, 24 maart 1955; 'Nieuwe B.B.- situatie in feite zeer logisch', *De Maasbode*, 24 maart 1955.



moeilijk genoeg om een fractie van het genoemde aantal te realiseren. De regering had zich voorgenomen dat de civiele verdediging niet te veel geld mocht kosten.<sup>636</sup>

De intentie, ofwel de indruk dat Nederland voorbereidingen trof op een onverhoopte oorlog, was veel belangrijker. Vanuit die gedachte initieerde de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid J.G. Suurhoff op 10 mei 1955 een plan voor de aanschaf van zeventienduizend bedden (*Tabel 3*) om het voorziene tekort in een conventionele oorlog aan te vullen.<sup>637</sup> Deze bedden, die 400 gulden per stuk kostten, dienden te worden aangeschaft en opgeslagen, zodat deze in oorlogstijd konden worden bijgeplaatst in bestaande ziekenhuizen en in daarvoor geschikte gebouwen in de nabije omgeving. Het totaalbedrag was geraamd op 16 miljoen gulden. Hierbij inbegrepen waren de kosten voor personeel, bloedtransfusiemateriaal, ziekenvervoer en ontsmetting, evenals basale zaalbenodigdheden en verplegingstoebehoren, zoals dekens, beddengoed, linnengoed, washandjes, handdoeken, ondersteken en waskommen.

In dit plan waren geen voorzieningen opgenomen voor de hospitalisatie van atoomslachtoffers. De secretaris van de Algemene Verdedigingsraad,<sup>638</sup> O.W.S. Josephus Jitta, stelde daarom terecht dat het berustte op achterhaalde strategische veronderstellingen, maar ook hij kon er niets aan veranderen. Aan een omvangrijker voorbereiding op een atoomoorlog waren uiteraard veel hogere kosten verbonden. Volgens de stuksprijs uit het voorstel van Suurhoff zou de aanschaf van honderdduizend extra bedden neerkomen op 40 miljoen gulden, om niet te spreken over de bijkomende kosten voor personeel en aanvullend materiaal. Een dergelijke post op de rijksbegroting was op dat moment onaanvaardbaar, en ook later in de Koude Oorlog zijn zulke plannen nooit gerealiseerd. Het lijkt erop dat ook elders de politieke wil ontbrak zulke investeringen te doen, want voor zover bekend was de geneeskundige dienst van geen enkel land adequaat voorbereid op de slachtofferprognoses die de NAVO voorschotelde.

Om die reden – en dat was tekenend voor de omgang met de kernwapendreiging – besloot de NAVO om de prognoses voor een oorlogsscenario te reduceren naar een meer behapbaar scenario, dus van negentig dagen begin 1954, naar zestig dagen (tweede helft 1954) naar dertig dagen. Nieuwe verliesschattingen van SHAPE verschenen in februari 1957: de Nederlandse krijgsmacht diende voorzieningen te treffen voor bijna 26.000 militaire patiënten voor één maand, bij een beperkt gebruik van nucleaire wapens

). De nieuwe doelstellingen leken behapbaar. Inmiddels had de krijgsmacht 8500 bedden in eigen beheer; en als gezegd waren eerder 8000 bedden in

---

<sup>636</sup> Zie de conclusies in: Van der Boom, *Atoomgevaar?*, 311.

<sup>637</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. 'Kosten van voorbereiding volksgezondheid in buitengewone omstandigheden', 10 juni 1955. Brief van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Algemene verdedigingsraad.

<sup>638</sup> De Algemene Verdedigingsraad was een college uit de Ministerraad waarin de coördinatie tussen militaire en civiele verdediging plaatsvond.

burgerziekenhuizen ‘gereserveerd’. Nu moest dat laatste aantal worden verhoogd tot 17.500 bedden. Ook in de burgersector werden plannen gesmeed om op termijn extra bedden aan te schaffen.

**Tabel 4:** NAVO-verliesverwachting voor de eerste dertig oorlogsdagen, februari 1957.<sup>639</sup>

	Conventioneel	Nucleair	Totaal
Koninklijke Landmacht	14838	5052	19890
Koninklijke Luchtmacht	1330	1820	3150
Koninklijke Marine	997	1820	2817
Totaal	17165	8692	25857
Beschikbare bedden in hospitalen	-	-	8500
Reeds ‘gereserveerde’ bedden in burgerziekenhuizen	-	-	8000
Tekort	-	-	9357

Bij de hospitalisatie van militairen op hogere echelons bleef het grootste probleem evenwel welk ministerie er voor de kosten moest opdraaien. De ‘beddenkwestie’ was inmiddels op het hoogste politieke niveau in behandeling genomen. Minister van Oorlog Staf erkende de noodzaak van extra bedden, maar wilde daarvoor geen geld van zijn begroting beschikbaar stellen, tot verontwaardiging van minister Suurhoff van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Laatstgenoemde stelde dat hij onder conventionele omstandigheden al rekening moest houden met 23.000 burgergewonden. Voor het onderbrengen van 17.500 militairen was geen plaats, waardoor het scenario dreigde dat er in oorlogstijd patiënten op straat zouden blijven liggen. Hiervoor wenste Suurhoff geen verantwoordelijkheid te dragen. Er was geld nodig voor de uitbreiding van de bestaande ziekenhuiscapaciteit. Omdat de krijgsmacht al een groot beslag legde op die capaciteit moest het ook daarvoor gaan betalen.<sup>640</sup> Indien de minister van Oorlog dat weigerde, dan moest hij rekening houden met de consequenties. Suurhoff overwoog om de eerder gemaakte afspraak voor de ‘reservering’ van achtduizend militaire bedden in burgerziekenhuizen ongedaan te maken.

Onder druk van de minister van Volksgezondheid stelde minister Staf in 1958 een bedrag van 10 miljoen gulden ter beschikking voor de aanschaf en opslag van 17.500 ‘noodbedden’ inclusief toebehoren voor de verpleging.<sup>641</sup> Daarmee was de kwestie echter nog niet afgedaan. In de loop van 1961 ontving de IGDKL nieuwe

<sup>639</sup> Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 1 juli 1957. Handgeschreven notitie behorend bij agendapunt 6.

<sup>640</sup> Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 1 juli 1957. Aldaar bijlage I (behorend tot agendapunt 6).

<sup>641</sup> ‘Overschot aan ziekenhuisbedden kost f 1,5 miljard’, *Algemeen Dagblad*, 30 oktober 1980.

verliesverwachtingen van SHAPE. Die gingen uit van 34.000 militaire slachtoffers zodat opnieuw een beddentekort dreigde. In dat kader vroeg Van der Giessen tijdens de vergadering van de GVR op 6 oktober 1961 hoe het stond met de realisatie van het '17.000-beddenplan'.<sup>642</sup> Tot zijn ontzetting bleek daar nog maar heel weinig van terechtgekomen. Slechts een deel van de noodzakelijke aankopen was gedaan omdat er in Nederland een gebrek aan opslagruimte bestond. Een deel van de eerder aangewezen magazijnen bleken bij nader inzien niet geschikt voor langdurige opslag, zodat nieuwbouw nodig was. Van der Giessen stak zijn teleurstelling niet onder stoelen of banken en herinnerde de raadsleden aan het bedrag van 10 miljoen gulden dat was betaald voor het beddenplan. Daarop werden van civiele zijde wel toezeggingen gedaan, maar de uitvoering nam uiteindelijk ruim een decennium in beslag.<sup>643</sup> Van der Giessen zou de voltooiing van het '17.000-beddenplan' tijdens zijn dienstjaren niet meer meemaken.<sup>644</sup> De moeizame aanschaf van extra bedden laat duidelijk zien dat de civiele verdediging geen politieke prioriteit had. De grenzen van het haalbare leken voorlopig bereikt.

### **Een nieuw organisatieplan**

Naast de aanschaf en opslag van medisch materieel, was ook een zo efficiënt mogelijke organisatie van de beschikbare middelen van essentieel belang binnen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Halverwege de jaren vijftig begonnen deskundigen te werken aan de contouren van een draaiboek voor ziekenhuizen tijdens een mobilisatie. Het doel was om snel plaats te kunnen bieden aan gewonde burgers en militairen. In maart 1957 introduceerde de GVR een conceptplan: de Ziekenhuisorganisatie in Buitengewone Omstandigheden (ZIBO). Deze organisatie-structuur bestond in vreedstijd alleen op papier. In oorlogstijd omvatte zij alle relevante civiele geneeskundige inrichtingen in Nederland, waarvoor twee belangrijke regelingen in werking traden. Allereerst moesten alle ziekenhuizen de helft van hun bedden beschikbaar stellen voor gewonde burgers en militairen.<sup>645</sup> Patiënten die "ziekenhuisbehandeling en -verpleging niet strikt nodig hebben" dienden plaats te maken voor ernstiger gevallen.<sup>646</sup> De weggestuurde patiënten konden terecht in verpleeghuizen en andere zorginstellingen.<sup>647</sup> Geheel nieuw was

---

<sup>642</sup> Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 6 oktober 1961. Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum.

<sup>643</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1969, Hoofdstuk III - Algemene Zaken, 48.

<sup>644</sup> Het plan was eind jaren zestig min of meer gereed, nadat generaal-majoor-arts Van der Giessen op 1 januari 1966 de dienst had verlaten. Hij zou twee jaar later overlijden: Redactie, 'In memoriam generaal-majoor-arts Dr. H.J. van der Giessen', *NMG* 21:7 (1968) 193.

<sup>645</sup> De bronnen zijn over de exacte aantallen niet met elkaar in overeenstemming. Hier wordt in 1958 uitgegaan van een totaal van 50.000 bedden.

<sup>646</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief 'Volksgezondheid in oorlogstijd' van staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Minister President, 16 december 1952, behandeld in de ministerraad 17 december 1952.

<sup>647</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1953 (Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid); Eindverslag der Commissie van Rapporteurs, Memorie van Antwoord, 20.

deze maatregel overigens niet. In december 1950 was een soortgelijke aanbeveling gedaan,<sup>648</sup> en in het voorschrift van het Nederlandse Rode Kruis uit 1938 viel ook al te lezen dat tijdens een mobilisatie in ieder geval 60% van de burgerpatiënten uit de ziekenhuizen moesten worden verwijderd (een richtlijn die trouwens in mei 1940 niet consequent is uitgevoerd).<sup>649</sup> Ook in het buitenland bestonden zulke regelingen.

De andere regeling in het kader van de ZIBO was wel nieuw, namelijk de oprichting van speciale overlegorganen waarin zowel vertegenwoordigers van de MGD als de burgerautoriteiten zitting hadden. Zij moesten de gewondenstroom in oorlogstijd in goede banen leiden en ervoor zorgen dat zoveel mogelijk gewonden in een ziekenhuisbed terecht kwamen. Verderop zal uitgebreid worden stilgestaan bij de werking van deze overlegorganen. Hier moet vast worden opgemerkt dat die werking eind jaren vijftig nog onbeproofd was. Ook waren er nog geen concrete richtlijnen en adviezen waarmee het ziekenhuispersoneel in oorlogstijd uit de voeten kon. De eerste praktische richtlijnen verschenen pas in 1964, gevolgd door verschillende verbeterde edities.

De ZIBO was dus in feite een draaiboek voor de geneeskundige voorzieningen in oorlogstijd, maar de organisatie bestond nog louter op papier. Vanaf de jaren zestig werden pas materiële voorzieningen getroffen, waarover straks meer. Net als de instelling van de GVR en het beschikbaar stellen van ziekenhuisbedden voor militairen, was de ZIBO belangrijk in de ontwikkeling van het hospitalisatiebeleid, dat steeds meer was gericht op samenwerking tussen de militaire en civiele geneeskundige instanties. De praktijk werd er echter niet eenvoudiger op. Waar de MGD de gewondenzorg eerst volledig in eigen hand had, werd de dienst in jaren vijftig en zestig steeds afhankelijker van de civiele partners. Dat betekende dat steeds meer afspraken nu formeel moesten worden vastgelegd, terwijl ook de civiel-militaire interactie in goede banen moest worden geleid.

### **Onoplosbare problemen**

Ernstiger dan de organisatorische belemmeringen waren de olopemde verliesverwachtingen in de burgersector. Vergeleken met die cijfers verbleekten de medische capaciteitsproblemen binnen de MGD. Tijdens de eerste civiel-militaire stafoefening *Side Step*, die eind september 1959 plaatsvond, ging men al uit van een scenario met bombardementen die 200.000 doden, 200.000 gewonden en 200.000 daklozen in de burgersector tot gevolg hadden. Tijdens de nabespreking benadrukte de directeur van het Defensie Studie Centrum, luitenant-generaal Th.E.E.H. Mathon,

---

<sup>648</sup> Deze regeling was vastgelegd in het vuistdikke 'eerste coördinatie rapport burgerlijke verdediging' van december 1950, samengesteld door de in juni 1950 ingestelde Coördinatiecommissie burgerlijke verdediging.

<sup>649</sup> Zie: L. van Bergen, 'Barmhartig zijn: wat is dat moeilijk. Het 'Nederlandsche Rode Kruis en de Tweede Wereldoorlog', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 14 (1991) 240-253.

dat er in de toekomst met dergelijke aantallen slachtoffers moest worden gerekend. Ook de door de NAVO geleide civiel-militaire oefening *Fallex '62* ging uit van zulke cijfers. F.R. Mijnlief, directeur Openbare Orde en Veiligheid van het Ministerie van Binnenlandse Zaken – die tevens zitting had in de GVR – beschouwde een dergelijk scenario als een “uitstekende richtlijn voor datgene waarop de civiele verdediging in ons land zich moet blijven voorbereiden.”<sup>650</sup>

Met de stijgende verliesverwachtingen groeiden de medisch-logistieke problemen. Tijdens *Side Step* waren de eerdergenoemde 200.000 gewonden niet evenredig verspreid over het land. Lokale pieken in het gewondenaanbod zorgden volgens een functionaris van de ZIBO voor “onoplosbare problemen”.<sup>651</sup> Na een tweede gesimuleerde atoombomaanval op Rotterdam ontstond er in zijn regio een tekort van tienduizend ziekenhuisbedden. In zulke situaties bleven militaire patiënten verstoken van medische zorg. Zelfs het bieden van onderdak aan patiënten in noodopvanglocaties (onder andere hotels, kerken, veilinggebouwen en bollenschuren) bleek zeer lastig. Met het beschikbare aantal auto's zou hun transport dagen in beslag nemen, terwijl ook de opvang in dergelijke onvoorbereide locaties zelf “hoogst onbevredigend moet worden geacht.”<sup>652</sup>

Tijdens *Fallex '62* bleek opnieuw dat er onvoldoende bedden beschikbaar waren voor alle oorlogsslachtoffers. Mathon trok de ontnuchterende conclusie dat die er ook niet zouden komen.<sup>653</sup> Het eindrapport van *Fallex '64* kwam tot dezelfde slotsom: “Wij weten dat er een tekort is aan opnamecapaciteit en verplegingscapaciteit in elk land. Wij kunnen dat niet oplossen en elk slachtoffer een adequate behandeling geven.”<sup>654</sup> Tot overmaat van ramp liepen de verliesverwachtingen in de komende jaren nog verder op. Schattingen van eind 1962 veronderstelden 450.000 gewonden, in 1968 waren het er 800.000, terwijl de cijfers van sommige onderzoeksgroepen zelfs daarboven zaten.<sup>655</sup> In dit licht was het steeds moeilijker vol te houden dat de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen op de goede weg waren.

In 1969 ging de civiel-militaire stafoefening *Zuid* nog steeds uit van een oorlogssituatie waarin zowel conventionele als nucleaire wapens op Nederlands grondgebied werden ingezet. Ten gevolge van deze aanvallen moesten duizenden

---

<sup>650</sup> F.R. Mijnlief, ‘De Civiele Verdediging en haar grenzen’, *Orgaan van de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap* 3 (1963-1964) 72.

<sup>651</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslagen van de internationale Nato-oefening *Side Step*. Opmerkingen P.I.D.-Zuid-Holland naar aanleiding van oefening “*Side Step*”, pagina 6.

<sup>652</sup> *Ibidem*.

<sup>653</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslag van de nationale bespreking te Budel van oefening “*Side Step*”.

<sup>654</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 382. Verslag van de nationale bespreking over *Fallex '64*, hoofdstuk 11. volksgezondheid en drinkwatervoorziening, pagina 46.

<sup>655</sup> Van der Boom. *Atoomgevaar?*, 118.

burgers “en enkele militairen” worden gehospitaliseerd.<sup>656</sup> De MGD in Territoriaal gezagsgebied Zuid rekende erop dat er 5200 gewonde militairen konden worden ondergebracht in burgerziekenhuizen. Opnieuw was het aantal burgergewonden echter zo hoog, dat al snel voor militairen geen plaats meer was in de ziekenhuizen. Onderkoeld schreef een luitenant-kolonel van de Geneeskundige troepen dat het “niet eenvoudig” was om de aangeboden militaire patiënten “binnen redelijke tijd” in een ziekenhuisbed te krijgen.<sup>657</sup> Een evaluatierapport vermeldde dat de hospitalisatie van slachtoffers in de eerste dagen van een rampsituatie blijkens de ervaringen “een hoogst moeilijke, zo niet onmogelijke zaak” was vanwege “een overmatig groot aantal burgerslachtoffers, geen capaciteit aan normale ziekenhuisbedden.” Verder was het afvoeren van patiënten naar ziekenhuizen “niet reëel, aangezien de tijdens de oefening ingerichte noodziekenhuizen in zo’n kort tijdsbestek onmogelijk daarvoor konden worden ingericht (...), nog afgezien van de vraag, of er voor al deze noodziekenhuizen chirurgische teams beschikbaar zijn.”<sup>658</sup>

De burgerbevolking was nauwelijks op de hoogte van de rampzalige verliesverwachtingen. Degenen die leiding hadden over grootschalige militaire en civiele medische oefeningen deelden zulke cijfers niet, want het bekendmaken van grote aantallen doden en gewonden kon negatieve repercussies hebben. De publieke ophef naar aanleiding van de NAVO-stafoefening *Carte Blanche* in 1955 had de autoriteiten daarvan bewust gemaakt. Journalisten waren toen te weten gekomen dat er tijdens het oefenscenario meer dan driehonderd (!) atoombommen waren ingezet, terwijl ook aan het licht was gekomen dat de West-Duitse regering in Bonn er bij de NAVO op had aangedrongen om dit niet publiek bekend te maken.<sup>659</sup> Toen dit nieuws naar buiten kwam, leidde dat tot grote politieke verontwaardiging in de Bondsrepubliek en daarbuiten. Het vertrouwen in de afschrikingsstrategie liep een deuk op.<sup>660</sup> Hiervan leerde de NAVO vooraf duidelijk te bepalen wat de pers wel en niet mocht weten. In het eindrapport stond te lezen: “Headquarters directing exercises should arrange their public relations treatments or exercises so as to disseminate the maximum amount of information while recognizing the political pitfalls to be avoided.”<sup>661</sup>

Omdat de informatiestroom richting het publiek doorgaans zorgvuldig werd georkestreerd, bleef het voor de gemiddelde krantenlezer gissen wat voor een

---

<sup>656</sup> G.J. Bremerkamp, ‘De samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten’, *Polsslag* 4-4 (juli 1970) 12.

<sup>657</sup> Ibidem.

<sup>658</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 374. Eindverslag Provincie Noord-Brabant van Oefening-Zuid 1969, pagina 6.

<sup>659</sup> Er werd gesproken van 335 atoomwapens: Thomas F. Brady, ‘Atomic attacker is held favored’, *New York Times* 29 juni 1955. De juistheid van dit getal doet hier verder niet ter zake: het gaat hier om het zorgwekkende verhaal dat in de pers circuleerde.

<sup>660</sup> Robert T. Davis II, ‘Cold War Infamy: NATO Exercise Carte Blanche’ in: Beatrice Heuser, Tormod Heier en Guillaume Lasconjarias eds., *Military Exercises: Political Messaging and Strategic Impact* (Rome 2018) 64.

<sup>661</sup> Report by the Standing Group to the North Atlantic Military Committee on NATO exercises, 1955 (28 may 1956).

soort oorlog het uitgangspunt vormde tijdens oefeningen van de krijgsmacht of de BB. In de berichtgeving rond grote oefeningen zoals *Side Step* benadrukten de Defensiewoordvoerders de noodzaak dát de civiel-militaire interactie werd beoefend. Draaiboeken en officiële verslagen van dergelijke oefeningen verschenen niet in de openbaarheid. De pers moest zich hierbij neerleggen. Een verzoek om aanvullende informatie werd in (minstens) één geval afgewimpeld met de mededeling vanuit Defensie dat “het uitwerken van de binnengekomen rapporten niet voor het einde van het jaar gereed zal zijn.”<sup>662</sup> Om de berichtgeving over oefeningen van de krijgsmacht of de BB toch te voorzien van enige *couleur locale*, gaven journalisten soms het woord aan de deelnemers. Maar ook zij onthulden geen militaire geheimen – simpelweg omdat ze geen toegang hadden tot geclassificeerde informatie. De kritiek van de deelnemers ging meestal over de tijd die zij hadden moeten investeren in wat zij zagen als irrelevante activiteiten.<sup>663</sup>

### **De beperkte oorlog**

Ofschoon de officiële verliesverwachtingen dus geclassificeerd waren, namen krantenlezers wel kennis van de verwoestende effecten van kernwapens. Het aantal en de kracht van de kernwapens waarover de Sovjet-Unie en de VS inmiddels beschikten waren enorm toegenomen. In 1961 bracht Moskou de 50 megaton zware *Tsar Bomba* (de krachtigste waterstofbom ooit) tot ontploffing op Nova Zembla. De hitte die bij de explosie vrijkwam, kon op een afstand van 100 kilometer derdegraads brandwonden veroorzaken. In Finland was de explosie zichtbaar en zelfs voelbaar. De seismische schokgolf ging driemaal rond de aarde.<sup>664</sup> Ten aanzien van zulk geweld groeide het gevoel van onmacht. Geen regeringsfunctionaris kon nog beweren dat men op alle oorlogsscenario's was voorbereid. De gemiddelde burger trapte daar niet in. Een adequate medische voorbereiding op een oorlog met kernwapens was een illusie, zelfs als er voldoende politieke wil zou zijn om over te gaan tot een substantiële uitbreiding van de medische capaciteit.

Desalniettemin was het politiek onwenselijk om dan maar volledig een einde te maken aan de beschermende maatregelen voor de burgerbevolking. Er waren nog genoeg redenen om voorbereidingen te treffen voor een ander scenario dan een nucleaire holocaust. De blik werd daarom verlegd naar de voorbereidingen voor de zogenaamde ‘beperkte oorlog’. Die werd in de eerste plaats gevoerd met conventionele wapens, en eventueel met chemische strijdmiddelen. Vijandelijke aanvallen zouden vooral gericht zijn op militaire installaties. Het gebruik van kernwapens werd in het scenario van de beperkte oorlog bewust vaag gehouden, want

---

<sup>662</sup> “Papieren” NATO-oefening Side Step van start’, *De Zuid-Limburger* 21 september 1959.

<sup>663</sup> ‘Wat was zin van BB-oefening?’, *Nieuwsblad van het Noorden* 26 maart 1963.

<sup>664</sup> E. Farkas, ‘Transit of Pressure Waves through New Zealand from the Soviet 50 Megaton Bomb Explosion’, *Nature* 4817 (1962) 765-766.

er viel nauwelijks rekening mee te houden. Mocht het onverhoopt toch zover komen, dan was het voor de hulpdiensten vooral een kwestie van improviseren.

Deze koerswijziging kwam niet uit de lucht vallen, maar werd in de loop van de jaren zestig logisch onderbouwd. Een directe kernoorlog met de Sovjet-Unie leek in die periode steeds minder waarschijnlijk. Met de vernietiging van het westelijk halfmond was geen enkel politiek doel gebaat. Dat werd eens te meer duidelijk door de Cubacrisis in oktober 1962. De leiders van de supermachten hadden toen over de rand van de nucleaire afgrond gekeken en waren daarvan zo geschrokken dat zij concrete stappen zetten om de risico's op een kernoorlog zo klein mogelijk te maken. De in hoofdstuk 2 en 3 besproken NAVO-strategie van *Flexibility in response* moest het bondgenootschap minder afhankelijk maken van de vroegtijdige inzet van kernwapens. Mocht er ondanks allerhande diplomatieke initiatieven toch onverhoopt een oorlog uitbreken, dan leek het waarschijnlijker dat een dergelijk conflict lokaal begon, bijvoorbeeld aan de zuid- of noordflank van het NAVO-territoire, waarbij zoals gezegd eerst beperkte geweldsmiddelen werden gebruikt.

Als men een dergelijk scenario als uitgangspunt nam, kon men volhouden dat de oorlogsvoorbereidingen geloofwaardig waren. Dat was nodig, omdat de Nederlandse regering als trouwe NAVO-bondgenoot moest blijven uitstralen dat het actief deel uitmaakte van de bondgenootschappelijke verdediging en dat het bereid was de daaraan verbonden consequenties te dragen. Het verkondigen van die boodschap was fundamenteel, anders zou de strategie van afschrikking immers falen. Investerings in de militaire en civiele verdediging (hoe beperkt die laatste soms ook waren) vormden samen met een politiek eensgezinde NAVO de beste garantie op vrede. Vanuit die symbolische optiek had de ZIBO dus nog altijd bestaansrecht.

Een aanpassing van het scenario had ook nog een ander doel. In de wetenschap dat de voorbereidingen op een beperkte oorlog zinvol waren, bleven ook de betrokken functionarissen gemotiveerd. Zij keken niet zozeer naar de symbolische betekenis van hun inspanningen, zoals de regering deed, maar naar de praktische waarde ervan. Voor hun was het zaak om de rampenplannen uitvoerbaar te maken. Dat was pure noodzaak voor het geval dat er onverhoopt een oorlog uitbrak: men kon het immers nooit zeker weten. Dat ook het gebruik van kernwapens niet kon worden uitgesloten, namen zij voor lief. 'Iets doen is beter dan niets doen' bleef het motto, ook in een scenario waarin het nationaal medisch potentieel ernstig tekort zou schieten. Medisch-ethisch gezien was het redden van enkele levens nog altijd beter dan helemaal geen levens redden. Ook in andere takken van de civiele verdediging werd die filosofie onderschreven.<sup>665</sup> De eerdergenoemde dr. Grond zei daarover in *de Telegraaf*: "Wij kunnen, als de ramp van een oorlog over ons mocht komen, die ramp niet verhinderen. Maar we kunnen er wel

---

<sup>665</sup> *Rapport over de schuilgelegenheid van de bevolking*. Commissie Schuilgelegenheid, Ministerie van Binnenlandse Zaken (Den Haag 1970).



iets aan doen die ramp iets minder ernstig te doen zijn.”<sup>666</sup> De achterliggende ethiek komt in het volgende hoofdstuk nader ter sprake.

Op beleidsniveau had deze koerswijziging toch wel iets merkwaardigs. De sociaal geneeskundige en polemoloog J.A. Verdoorn stelde later cynisch dat de civiele verdediging in feite niet werd afgestemd op de ‘realiteit’ van de moderne thermonucleaire oorlog – de oorlog moest zich maar aanpassen aan de civiele verdediging die de natie kon opbrengen. In zijn ogen construeerden beleidsmakers een oorlog die binnen de grenzen van de financiële en materiële mogelijkheden van beveiliging viel.<sup>667</sup> Veel beter was het volgens hem om ronduit te aanvaarden dat elke toekomstige oorlog dreigde te escaleren in een totale nucleaire oorlog, waarin van georganiseerde hulpverlening geen sprake kon zijn. Een bekend onderzoeksrapport van een groep Amerikaanse medici uit 1961 had al overtuigend aangetoond dat de hulpdiensten van een moderne stad bij een thermonucleaire aanval machteloos stonden. Gezien deze conclusie was het moreel onverantwoord om het publiek een rad voor ogen te draaien door te beweren dat er sprake kon zijn van een georganiseerd ziekenhuiswezen in oorlogstijd. Verdoorn sloot zich aan bij de opvatting dat alle inspanning moest worden gericht op oorlogspreventie. Dit standpunt werd ook uitgedragen door andere medici.<sup>668</sup>

De artsen hadden gelijk. Tegen een kernoorlog was geen organisatie opgewassen. Dat scenario was te extreem. Maar de handdoek in de ring gooien was ook onwenselijk, want dat zou kunnen worden opgevat als een signaal dat Nederland niet weerbaar was. Dat zou ten koste kunnen gaan van de geloofwaardigheid van de bondgenootschappelijke afschrikingsstrategie. Nederland moest uitstralen dat het desnoods bereid was het gewapende conflict aan te gaan. Een keuze voor de middenweg lag daarom voor de hand. De regering koos voor voorbereidingen op een beperkt oorlogsscenario, waarin de hulpverleners beslist een kans maakten. Die keuze viel ook logisch te onderbouwen. Want in feite wist niemand of de volgende oorlog nucleair zou zijn, ook de militaire inlichtingendiensten tastten daarover in het duister. De capaciteit van de vijand was evident, maar zijn intenties waren dat niet. Vanuit die onzekerheid kon worden geredeneerd dat de volgende oorlog – als die onverhoopt uitbrak – (wellicht) conventioneel zou blijven. Op dat scenario moesten de geneeskundige voorbereidingen zijn afgestemd. Een alternatief was er niet. Zolang een relatief goedkope civiele verdediging kon bijdragen aan vrede en veiligheid, zowel in praktische als symbolische zin, leken alle partijen tevredengesteld.

---

<sup>666</sup> ‘Voorlichtingsactie over A-bescherming’, *De Telegraaf* 27 oktober 1961.

<sup>667</sup> J.A. Verdoorn, *Arts en oorlog. medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa* (Rotterdam 1995).

<sup>668</sup> J. van der Bijl, ‘Wageningen en Omstreken’, *Medisch Contact* 24 (november 1961) 739.

## Samenwerking en integratie

Behalve het aanpassen van het oorlogsscenario, voltrok zich in de jaren zestig nog een andere belangrijke ontwikkeling. Door de sterk oplopende verliesverwachtingen aan civiele zijde, die ook in een beperkte oorlog nog zeer groot waren, was het moeilijker te rechtvaardigen dat de krijgsmacht volgens de plannen een buitenproportioneel beslag legde op de totale medische capaciteit in Nederland. Medio 1964 had de MGD, die ongeveer 30.000 gewonden verwachtte, bijna achtduizend oorlogsbedden in eigen beheer en nog eens 17.000 bedden 'gereserveerd' in burgerziekenhuizen (*Tabel 5*), terwijl juist in de burgerziekenhuizen enorme tekorten aan opvangruimte voor patiënten werden verwacht. Hierbij kwam dat de landmacht en de luchtmacht (de KM niet meegerekend) tijdens een mobilisatie tezamen maar liefst 40 procent van de artsen aan het Nederlandse potentieel zouden onttrekken.<sup>669</sup> Om die scheve verhoudingen enigszins recht te zetten, lagen een reorganisatie en integratie van het militaire en civiele medische potentieel voor de hand. Voor Defensie kon dat een kostenbesparing met zich meebrengen.

**Tabel 5:** Medische capaciteit 4e en 5e echelon, 1964.<sup>670</sup>

Hospitaalformaties	Bedden in oorlogstijd
745, 746, 747 en 747 Veldhospitaalbataljons (mob.)	1600 (4 x 400)
Gewestelijk Hospitaal Arnhem	200
Gewestelijk Hospitaal Amersfoort	400
Gewestelijk/752 Algemeen hospitaal (mob.) Assen*	2000
Algemeen hospitaal (mob.) Laren en Bussum	1000
Kantonnementshospitaal (mob.) Voorhout	500
755 Kantonnementshospitaal (mob.) Dongen	500
Centraal Militair Hospitaal 's-Gravenhage	400
Centraal Militair Hospitaal Utrecht (MHAM)	1000
Marine Hospitaal Overveen	200
<b>Totaal aantal bedden:</b>	<b>7800</b>

<sup>669</sup> G.H. Louwen, 'Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten' *Militaire Spectator* 141:6 (1972) 287.

<sup>670</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 106. De Militair Geneeskundige Dienst KL en KLu in oorlogstijd (5945/geheim), 27 juli 1964, pagina 20-21.

Het onderzoek naar een betere samenwerking en integratie van de militaire en civiele geneeskunde was door de minister van Defensie in mei 1964 toevertrouwd aan de Commissie Militair Geneeskundige Diensten. De voorzittershamer was in handen van de jurist J. Drijber, een opvallende keuze omdat hij geen militaire of medische achtergrond had.<sup>671</sup> Waarschijnlijk was hij aangesteld omdat hij de nodige ervaring had met de voorzittersrol en niet in dit complexe onderwerp was ingewijd. Hij voegde zagezegd de 'frisse blik' van een buitenstaander toe aan de discussie. Naast de neutrale Drijber namen civiele deskundigen op het gebied van geneeskunde, organisatie en management zitting in de commissie, waarin de militaire belangen werden behartigd door de inspecteurs van de geneeskundige diensten van de drie krijgsmacht delen.

De commissie, die ruim twee jaar de tijd nam om het vraagstuk van alle kanten te belichten, informeerde de beleidsmakers tussentijds door middel van rapporten. Daarbij ging het niet alleen om de mogelijkheden omtrent civiel-militaire samenwerking, maar ook de verdere integratie of coördinatie van de geneeskundige diensten van de krijgsmacht delen kwamen aan bod. Verder passeerden de civiel-militaire gezagsverhoudingen op geneeskundig gebied de revue. Tot slot kwam de meerwaarde van de militaire hospitalen en het sanatorium in Amersfoort ter sprake, evenals het vraagstuk van de vrije artskeuze voor beroepsmilitairen (een onderwerp dat niet direct gerelateerd is aan de oorlogsvoorbereidingen en daarom verder niet ter sprake komt).

De commissie Drijber – en dan ging het hier met name om de opvatting van de inspecteurs van de geneeskundige diensten – achtte het bestaan van de MGD van vitaal belang voor het bewaken en waar mogelijk bevorderen van de inzetbaarheid van de krijgsmacht. Maar zij oordeelde dat de militair-geneeskundige voorbereiding op de oorlogsfunctie nog belangrijker was:

“De vredesfunctie van de militair geneeskundige diensten is in de eerste plaats het treffen van noodzakelijke maatregelen voor een adequate geneeskundige verzorging en begeleiding van de militair in oorlogstijd. (...) Vooral voor de eerste opvang en behandeling van in rechtstreeks met de vijand vallende slachtoffers is het nodig, dat de militair geneeskundige diensten een eigen apparaat opbouwen. Naarmate de medische hulpverlening op een hoger echelon wordt gebracht, is de samenhang met de civiele sector groter.”<sup>672</sup>

---

<sup>671</sup> Als gemeentepoliticus voor de VVD schopte Drijber het tot wethouder in Leiden (1958-1961) en daarna tot burgemeester van Middelburg (1961-1969), Zwolle (1969-1980) en Arnhem (1980-1989). Hij was daarnaast voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De burgervader had tevens zitting in diverse commissies, waaronder dus de Commissie Militair Geneeskundige Diensten.

<sup>672</sup> *Rapport van de Commissie Militair Geneeskundige Diensten* (z.p 1967) A4.

Vanuit dit standpunt werkte de commissie haar aanbevelingen uit. Als eerste stelde zij dat de opvang en behandeling van militaire gewonden op de lagere echelons onmogelijk kon worden overgelaten aan burgerinstanties. De geneeskundige dienst binnen het legerkorps mocht daarom niet worden aangetast. Wel stelde de commissie dat de hospitalen in het achterland meer gelijkenis vertoonden met burgerziekenhuizen. De commissie besloot dat er op dit niveau (of preciezer gezegd: dit echelon) meer samenwerking kon en moest plaatsvinden, want “artsen, ziekenhuisbedden e.d. zijn [in oorlogstijd], ten opzichte van de te verwachten grote aantallen civiele en militaire gewonden, in te beperkte mate voorhanden. Een verdeling van het nationale potentieel over twee groepen patiënten, burgers en militairen, zou deze schaarste kunnen doen toenemen, omdat relatief meer beslag op middelen wordt gelegd.”<sup>673</sup> Kortom, samenwerking verhoogde de efficiëntie, ofwel de benutting van de schaarse medische capaciteit. De commissie legde daarom het voorstel op tafel om de hospitalisatie van militairen in sterkere mate over te laten aan burgerziekenhuizen.<sup>674</sup>

Verder moest Drijber een advies uitbrengen over een mogelijke kostenbesparing binnen de MGD. In de discussies over dat onderwerp kwam de opheffing van geneeskundige inrichtingen ter sprake. Als algemene stelregel had de commissie echter aanvaard dat het totale oorlogsbeddenbestand van de MGD niet mocht worden aangetast. Zo kwam men op het idee om de parate gewestelijke hospitalen te Assen, Arnhem en Amersfoort te sluiten, op termijn gevolgd door het Centraal Militair Hospitaal in Den Haag, dat in 1961 door het *Algemeen Dagblad* was omschreven als “oud” en “uitgewoond”.<sup>675</sup> Als voorwaarde gold dat het wegvallen van beddencapaciteit van deze inrichtingen moest worden gecompenseerd met de oprichting van een of meer mobilisabele hospitalen.

De commissie redeneerde dat de gewestelijke hospitalen konden worden gemist omdat ze niet modern waren en vooral gericht op de verpleging van zieke militairen. Kortom, de bijdrage van deze inrichtingen aan het militair geneeskundig potentieel in oorlogstijd was gering.<sup>676</sup> Het Centraal Militair Hospitaal dr. A. Mathijssen (MHAM) in Utrecht moest na een grondige modernisering het nieuwe centrum van de oorlogsvoorbereidingen worden, waar een specialistenstaf voldoende mogelijkheden had om de voortgang in de oorlogsgeneeskunde te volgen, wetenschappelijk speurwerk te verrichten en militair-geneeskundige doctrines en richtlijnen te ontwikkelen. Hiermee ging de doelstelling gepaard dat het MHAM zich moest ontwikkelen tot Nederlands belangrijkste centrum voor spoedeisende hulp, waar slachtoffers van bijvoorbeeld ernstige ongevallen terecht konden. De

---

<sup>673</sup> *Ibidem*, A5.

<sup>674</sup> Dit departement viel onder het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (vanaf 1951); het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (vanaf 1971); het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1982-1994).

<sup>675</sup> ‘Nieuw Hospitaal in Den Haag’, *Algemeen Dagblad* 25 januari 1961.

<sup>676</sup> *Rapport 1967 Commissie Militair geneeskundige diensten* (z.p. 1967) F (a) 24.

polikliniek bood plaats aan militaire patiënten in vreedestijd, daarbij gesteund door regionale militaire ziekenzalen en burgerziekenhuizen. Al met al kwam het MHAM – waar zo'n vijftig artsen van de KL werkten – dan beter tot zijn recht als 'kloppend hart' van de MGD.

De voorstellen van de commissie Drijber konden rekenen op politieke steun. Tijdens de bespreking van de defensiebegroting van 1966 verklaarden enkele Eerste Kamerleden dat zij met belangstelling uitkeken naar het eindrapport van de commissie. Daarbij ging het de parlementariërs niet alleen om de medische en financiële winst die van een verdere inpassing van de militaire geneeskunde in de burgersector verwacht kon worden, maar ook en vooral om "een meer realistische visie op de medische situaties in oorlogstijd".<sup>677</sup> De Kamerleden zagen in dat er in de toekomst geen ouderwetse slagvelden of oorlogszones met voornamelijk militaire gewonden meer konden worden verwacht. De minister van Defensie bevestigde:

"De aandacht zal dus niet beperkt mogen blijven tot grotere veldhospitalen of afzonderlijk „opererende" militair-geneeskundige teams. (...) Zelfs bij een oorlogstoestand waarin niet het volle nucleaire geweld is losgebroken, (...) zullen de bestaande burgerziekenhuizen met hun aanwezig potentieel moeten worden voorbereid op het opnemen van grote aantallen patiënten, die een chirurgische behandeling moeten ondergaan."<sup>678</sup>

Na uitvoerig beraad nam de politieke leiding van het Ministerie van Defensie het advies van de commissie Drijber over. De staatssecretaris van Defensie J.C.E. Haex ventileerde de mening dat de geneeskundige verzorging in oorlogstijd moest worden beschouwd als een verantwoordelijkheid van de civiele verdediging. "In beginsel moeten slechts die militair-geneeskundige installaties worden gehandhaafd die door de BLS [bevelhebber der Landstrijdkrachten] voor de uitoefening van zijn taak beslist noodzakelijk worden geacht."<sup>679</sup> Anders gezegd: de hospitalen moesten tot een minimum worden beperkt. Daarop sloten de gewestelijke hospitalen op 1 juni 1966 hun deuren. In 1970 onderging het Centraal Militair Hospitaal te 's-Gravenhage hetzelfde lot.<sup>680</sup>

De voorgenomen oprichting van mobilisabele kantonnementshospitalen bleek echter problematisch. Er bleek namelijk te weinig personeel beschikbaar.<sup>681</sup> Zo gebeurde het dat deze hospitalen alleen tijdelijk op papier bestonden. Na enige tijd verdwenen deze inrichtingen echter weer uit de slagorde en werd het reeds

---

<sup>677</sup> Eerste Kamer de Staten-Generaal, Zitting 1965—1966, 8300 X nr. 91, pagina 5.

<sup>678</sup> Ibidem.

<sup>679</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 20. Vergadering van de Legerraad op 2 maart 1965.

<sup>680</sup> 'Opheffing van militaire hospitalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 111-23 (4 juni 1966).

<sup>681</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Bijlage 2, behorende bij brief IMGD nr. St/5945/Conf, 18 febr. 1966.

opgeslagen materiaal beschikbaar gesteld aan de ZIBO.<sup>682</sup> Van een compensatie voor het verlies van de gewestelijke hospitalen kwam dus niets terecht. Hierdoor werd de geneeskundige verzorging van de krijgsmacht in oorlogstijd nog sterker afhankelijk van burgerinstanties.

Het oorlogsbeddenbestand dat de MGD nog in eigen beheer had in de Nationale Sector, bestond uit het MHAM, vier mobilisabele veldhospitalen (elk vierhonderd bedden) en het 752 Algemeen hospitaal. De veldhospitalen konden na een calamiteit, zoals een bombardement op een stad, relatief snel worden opgezet. Deze inrichtingen konden alleen rudimentaire geneeskundige verzorging bieden. Het 752 Algemeen hospitaal was met twaalf operatiekamers en zes röntgenafdelingen een stuk uitgebreider. De locatie van deze inrichting was vooraf bepaald, namelijk de Johan Willem Frisokazerne in Assen.<sup>683</sup> Na een opbouw van zeventien dagen kon deze inrichting ruimte bieden aan tweeduizend patiënten. Bedden en ander benodigd materieel lagen opgeslagen in mobilisatiecomplex Oudemolen in Drenthe. Eind jaren zeventig moest het wel vijfhonderd bedden afstoten om zodoende in oorlogstijd minder medisch personeel aan de burgermaatschappij te onttrekken.<sup>684</sup>

Duidelijk is dat Defensie met deze inkrimping streefde naar steeds meer doelmatigheid. De zorg voor oorlogsgewonden werd een nationale zaak, ongeacht of het ging om burgers of militairen. De verantwoordelijkheid moest liggen bij het Ministerie van Volksgezondheid. Deze verandering in het hospitalisatiebeleid bracht Defensie bovendien een zeer welkome kostenbesparing. De krijgsmacht gaf daarmee wel de zorg voor haar 'eigen' gewonden op en dat was tegen het zere been van de IGDKL, maar daarover volgt in hoofdstuk 6 meer. De Commissie Drijber beloofde dat de sluiting van de hospitalen zorgde voor een korting van 4,9 miljoen gulden per jaar op de defensiebegroting, maar omdat de bewindslieden in de jaren zestig afzagen van de sluiting van het Marinehospitaal Overveen, kwam het bedrag uit op vier miljoen gulden.<sup>685</sup> De vredesfuncties van de opgeheven gewestelijke hospitalen werden overgenomen door regionale militaire ziekenverblijven met lagere exploitatiekosten. Dit paste geheel binnen de bredere kaders van het defensiebeleid van de jaren 1964 tot 1974, dat was gericht op het creëren van financiële ruimte voor de aanschaf van nieuw oorlogsmaterieel. Dit alles leek veelbelovend, maar het nieuwe beleid werkte in de praktijk alleen als er in de civiele sector voldoende oorlogsvoorbereidingen werden getroffen.

---

<sup>682</sup> H. Putters, 'De ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden', *Polsslag* 8:4 (juli 1974) 8.

<sup>683</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 346. OTAS van het Algemeen hospitaal (1500 bedden) en Informatie-bundel 752 Algemeen hospitaal, september 1979.

<sup>684</sup> *Ibidem*.

<sup>685</sup> Rapport 1967 H3.

### De civiele sector blijft achter

Bij het besluit om de militaire en civiele geneeskunde in oorlogstijd verder te integreren, leken de militaire autoriteiten er niet bij stil te staan dat de ZIBO deel uitmaakte van een verwaarloosde en financieel ondervoede civiele verdediging. Het is dus vrij opmerkelijk dat de krijgsmacht haar hospitaalcapaciteit afstootte, terwijl er in de civiele sector werd geworsteld om de oorlogscapaciteit van de ziekenhuizen verder op te voeren. Mogelijk speelde in die overweging mee dat de opvangcapaciteit voor militairen op papier in ieder geval netjes was geregeld.

**Tabel 6:** Capaciteit ZIBO 1969.

<b>Provincie</b>	<b>Geïnitieerde ziekenhuisbedden (t.b.v. Defensie)</b>	<b>Totaal calamiteitsbedden, inclusief noodopvang</b>
Friesland	780	1944
Groningen	1380	2722
Drenthe	960	1617
Overijssel	1320	4208
Gelderland	2560	6565
Noord-Holland	4520	11.025
Utrecht	800	3811
Zuid-Holland	1980	9874
Zeeland	400	1117
Brabant	3560	8316
Limburg	1240	4431
<b>Totaal</b>	<b>19.500</b>	<b>55.630</b>

Voor de ambtenaren van de civiele verdediging was er echter genoeg reden tot zorg. Slachtofferprognoses wezen op de noodzaak van een uitbreiding van de noodopvang om de ZIBO enigszins geloofwaardig te maken. Zij pleitten begin jaren zestig voor de aanschaf van vijftigduizend extra bedden met toebehoren voor oorlogsslachtoffers voor wie in ziekenhuizen geen plaats was. Deze bedden dienden in noodopvangcentra te worden bijgeplaatst. Verder moesten bloed, medicijnen en andere geneeskundige voorraden en apparatuur worden aangelegd. De uitvoering van dit zogeheten 'noodbeddenplan' ging in 1965 van start, met het selecteren van noodopvanglocaties (meestal scholen) en op speciaal daarvoor aangekochte bouwgronden verrezen in de navolgende jaren magazijnen ten behoeve van de Materiaalvoorziening in Buitengewone Omstandigheden (MIBO).<sup>686</sup> Snel ging het echter niet. Het uitvoeren van de plannen bleek gecompliceerder dan gedacht. Veel

---

<sup>686</sup> Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden (VIBO).

voorzien opslaglocaties bleken bij nadere inspectie ongeschikt. In 1974 waren nog maar vijftienduizend extra bedden met toebehoren geleverd en opgeslagen in MIBO-magazijnen, ofwel 33% van de doelstelling.<sup>687</sup> Deze konden worden opgeteld bij de bestaande capaciteit van ruwweg 55.000 calamiteitsbedden voor militairen en burgers in reguliere ziekenhuizen (*Tabel 6*).

Gelijktijdig groeide het besef dat alleen een uitbreiding van het aantal bedden weinig zinvol was. De geneeskundige behandelcapaciteit was immers niet alleen afhankelijk van bedden, maar ook, en vooral, van het aantal medici en verpleegkundigen in Nederland. Aan de vraag naar specialisten, vooral chirurgen, kon in oorlogstijd naar verwachting moeilijk worden voldaan. Daarbij kwam dat het bijplaatsen van bedden in sommige gevallen zelfs bezwaarlijk was, want het interne verkeer in het ziekenhuis zou er hinder van ondervinden, waardoor de behandelcapaciteit zou dalen.<sup>688</sup>

Nog voordat de vijftigduizend extra bedden waren gerealiseerd, werden de prioriteiten van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen alweer aangepast. Allereerst moest het beschikbare medisch personeel in oorlogstijd efficiënter worden ingedeeld. In het kader van de ZIBO was omstreeks 1970 besloten om chirurgen uit verschillende ziekenhuizen in 31 mobiele teams in te delen. In oorlogstijd bepaalden de regionale geneeskundige inspecteurs van de volksgezondheid waar hun inzet het hardst nodig was, bijvoorbeeld in een gebied waar veel gewonden (te verwachten) waren. Ook werd er gezocht naar een oplossing voor een ander probleem. Er bestond namelijk een tekort aan niet-gespecialiseerde artsen voor de bezetting van de noodbeddencentra. Veel van hen zouden in oorlogstijd worden opgeroepen in dienst van de krijgsmacht en de geneeskundige dienst van de Bescherming Bevolking (BB). Een overzicht van de dan nog beschikbare artsen voor de ZIBO was niet voorhanden. Voor de bezetting van noodbeddencentra moest in eerste instantie regionaal (desnoods informeel) contact worden gelegd met onder meer huisartsen, bedrijfsartsen, schoolartsen en medewerkers van de gemeentelijke geneeskundige diensten. Ook het verplegend personeel moest regionaal worden 'geronseld'. Men deed bijvoorbeeld een beroep op ex-verpleegsters en leden van niet-gouvernementele organisaties, zoals het Nederlandse Rode Kruis. Kortom de organisatie van het geneeskundig personeel voor oorlogstijd vergde veel tijd en aandacht. Aan de instructie was men nog niet eens toegekomen.

Naast de personeelskwestie bestonden er zorgen of de ziekenhuizen in oorlogstijd überhaupt wel konden functioneren, vooral onder chemische of zelfs nucleaire omstandigheden. Dat laatste verdient enige verduidelijking. Zoals gezegd hield het scenario van de 'beperkte oorlog' geen rekening met directe vijandelijke kernaanvallen op de burgerbevolking. Wel bleef de optie open dat na escalatie kernaanvallen zouden kunnen volgen op militaire installaties in binnen- of

---

<sup>687</sup> Putters, 'De ziekenhuisorganisatie', 9.

<sup>688</sup> Grond, 'Kunnen wij', 109.



buitenland. Dat betekende dat de bevolking, ook in zo'n 'beperkte' oorlog, moest worden beschermd tegen fall-out. Dit werd eind jaren zestig zelfs "topprioriteit" binnen de civiele verdediging (een organisatie die, om nogmaals te benadrukken, zelf geen prioriteit kreeg in het regeeringsbeleid).<sup>689</sup> In een memorandum uit 1970 stelde de staatssecretaris van Volksgezondheid dat de aanschaf van nieuwe bedden weinig waarde had "indien het voortzetten van de ziekenhuisfunctie niet redelijk is veiliggesteld tegen de gevolgen van oorlog met chemische en biologische wapens, en de indirecte gevolgen van het gebruik van nucleaire wapens."<sup>690</sup> De leiding van de civiele verdediging liet de gedachte niet los dat het mogelijk was de burgerbevolking een zekere mate van bescherming te bieden tegen de gevolgen van de inzet van kernwapens. Aangezien de nieuwbouw van de academische ziekenhuizen in Leiden, Utrecht en Amsterdam op het programma stond, was het zaak om daarbij rekening te houden met technische NBC-beschermingsmogelijkheden.

Voorlopig kon er met de bescherming van de ziekenhuizen echter amper voortgang worden geboekt. In het kielzog van de economische recessie in Nederland, begin jaren zeventig, konden de plannen die hoge kosten met zich meebrachten, niet bogen op een groot politiek draagvlak.<sup>691</sup> Daarbij kwam ook nog de Détente tussen Oost en West, waardoor de kans op oorlog in de ogen van velen nog kleiner was geworden.<sup>692</sup> Deze op zich positieve ontwikkeling was evenwel funest voor de oorlogsvoorbereidingen. Mijnlieff waarschuwde al in 1963 dat men in tijden van gepercipieerde internationale ontspanning het "grote gevaar" liep, dat de functionarissen bij de civiele verdediging "het ook wel gaan geloven, of beter gezegd er niet meer in geloven, zich er niet warm voor kunnen maken."<sup>693</sup>

Het uitstel van de medische plannen binnen de civiele verdediging liep echter niet helemaal uit op afstel. Een deel van de beschermingsmaatregelen vond uiteindelijk toch doorgang. Deels had dat een symbolische reden. Nederland wilde zich blijven presenteren als een betrouwbare NAVO-partner. Ook aan de vijand moest een signaal worden afgegeven dat Nederland bereid  n in staat was aan de verdediging van het vrije westen zijn steentje bij te dragen, terwijl het er niet voor zou terugschrikken zich met alle noodzakelijke middelen tegen agressie te verdedigen, ongeacht de gevolgen. In de Nationale Onderstelling van 1970 stond echter in een voetnoot vermeld dat de afschrikingswaarde van de civiele verdediging slechts een "bijkomstige factor" was.<sup>694</sup> Waar het vooral om ging, was dat de regering praktisch voorbereid wilde zijn op verschillende soorten calami-

---

<sup>689</sup> H.M.A. Kamerlingh Onnes, 'De toekomst van de civiele verdediging', *Orgaan van de Koninklijke Vereniging ter beoefening van de krijgswetenschap* 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> aflevering (1966-1967) 10.

<sup>690</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Memorandum voor de Minister-President, minister van Algemene Zaken inzake bescherming ziekenhuizen, van de Chef van de Staf voor de Civiele Verdediging E.R. d'Engelbronner.

<sup>691</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?*, 191.

<sup>692</sup> Van der Boom, 'Oorlogsangst', 11.

<sup>693</sup> Mijnlieff, 'Civiele verdediging', 72.

<sup>694</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* 269.

teiten, variërend van een beperkte oorlog of een rampsituatie in vreedstijd. Het bekendste uitvloeisel van dit beleid is het Amsterdams Medisch Centrum (AMC), dat officieel in 1983 zijn deuren opende. Bij de bouw was rekening gehouden met de mogelijkheid van nucleaire oorlogsomstandigheden. "Naast de 1200 patiënten zullen er 600 personeelsleden in [de speciaal daarvoor bestemde kelder] worden ondergebracht, beschermd tegen een overdruk van 100 KN/m<sup>2</sup>, beschermd tegen chemische strijdmiddelen en beschermd tegen fall-out met een factor 100 (binnen 1/100 van de straling buiten)."<sup>695</sup> Het ziekenhuis, dat beschikte over onder meer vier operatiekamers, vier röntgenkamers en een laboratorium, kon twee weken geïsoleerd functioneren, zo stelden de ontwerpers. De toevoer van schone lucht, water en elektriciteit was verzekerd. Er waren ontsmettingsdouches en een vuilstortkoker voor radioactief besmette kleding. Maar daarmee was de kwestie hoe de gewonden naar dit noodhospitaal moesten worden vervoerd nog niet opgelost.

### **De gewondendistributie in de praktijk**

De enige manier om te beoordelen hoe goed de geïntegreerde militair-civiele hulpverlening in oorlogstijd zou functioneren, was aan de hand van oefeningen. Voordat die aan de orde komen, moet hier eerst in kaart worden gebracht hoe de opvang van oorlogsgewonden op papier was geregeld. Daarvoor moeten we terug naar de veronderstellingen van de MGD. De militaire gewondenstroom was op hoofdlijnen voorspelbaar, tenminste, daar ging men van uit. Het merendeel van de militaire gewonden kwam uit het operatiegebied van het 1 Legerkorps, dat volgens de operationele plannen na 1958 was gelegen in West-Duitsland. De ernstig gewonden onder hen, van wie werd verwacht dat zij niet meer konden terugkeren naar hun onderdeel, moesten in stabiele toestand naar specialistische behandelcentra in Nederland worden gebracht. Dat gebeurde met ambulance-eenheden en gewondentreinen, die de gewonden van de zogenaamde inlaadpunten achter het legerkorpsvak naar de juiste bestemming brachten. Het vervoer van zwaargewonden ging zoveel mogelijk met de drie beschikbare hospitaaltreinen. Deze werden na een mobilisatiebevel samengesteld uit wagons van de Nederlandse Spoorwegen: in 1964 bestond een hospitaaltrein uit tien post- of bagagerijtuigen, een personenrijtuig, een restauratierijtuig en een gesloten goederenwagon. Deze samenstelling bood plaats aan 228 liggende patiënten voor wie tijdens de reis een volledige verzorging mogelijk was. Per etmaal konden maximaal drie volle treinen naar Nederland afreizen.<sup>696</sup>

Voor het welzijn van de patiënten was het belangrijk om de transportafstand en het aantal tussenstops zo klein mogelijk te houden. Idealiter werden zij daarom in de oostelijke provincies van Nederland opgevangen. De hele militair-geneeskundige logistiek in dit deel van het land viel onder de verantwoordelijkheid

---

<sup>695</sup> Grond, 'Kunnen wij', 109.

<sup>696</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 88. Regeling inzet hospitaaltreinen, 18 sept. 1964.

van de Territoriaal Bevelhebber Oost (TBO) en zijn 783 Geneeskundige groep. Die bestond onder meer uit twee veldhospitalen (a vierhonderd bedden) en een algemeen hospitaal (met tweeduizend en later vijftienhonderd bedden). Volgens afspraak konden er verder maximaal zevenduizend gewonden worden ondergebracht in burgerziekenhuizen in Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel en Gelderland.

Tot medio 1975 (toen de territoriale bevelhebbers werden opgeheven) was de procedure als volgt. Nadat de TBO de aankomsttijden van de gewondentreinen had vernomen van het legerkorps, gaf hij geneeskundige detachementen bevel tot het inrichten van verschillende uitlaadpunten, waar de patiënten volgens vaste aanwijzingen werden overgeladen in ambulances.<sup>697</sup> Als principe gold dat gewonden terecht moesten komen in het ziekenhuisbed met de beste behandelingsmogelijkheden. Van tevoren waren daarom al lijsten opgesteld met het aantal gewonden, inclusief de aard van hun verwondingen die waren gekoppeld aan geschikte behandelcentra. Vanuit logistiek oogpunt verdiende het uiteraard de voorkeur om alle in één ziekenauto aanwezige patiënten af te leveren op één bestemming. Tot slot was de instemming van de betrokken ziekenhuisleiders een voorwaarde voor de opname van militaire gewonden. Als de ziekenhuizen in een bepaalde regio vol waren, dan diende een naaste regio of provincie bijstand te verlenen. Ook het mobilisabele Algemeen hospitaal te Assen (zie pag. 226-228) kon gewonden opvangen. Desnoods kon de TBO een gewondentrein verder dirigeren naar een ander territoriaal gezagsgebied.<sup>698</sup>

Het systeem van de gewondendistributie was in werkelijkheid natuurlijk veel onvoorspelbaarder dan hierboven is geschetst. De landmacht had niet alleen rekening te houden met de aankomst van gewondentreinen vanuit het legerkorpsvak, maar ook met colonnes van ziekenautobussen en ambulances, afkomstig van andere inlaadpunten. Het kon bijvoorbeeld gaan om slachtoffers van aanvallen op installaties van de Koninklijke Luchtmacht in West-Duitsland. Bovendien zouden zich in de Nationale Sector ook gewonden van alle krijgsmachtdelen aandienen. Marinehavens, luchtmachtbases en legerplaatsen waren immers voor de hand liggende doelwitten.

Natuurlijk kon het altijd nog erger. Een luchtaanval op een stad kon een enorme chaos veroorzaken, waarna de geneeskundige dienst van de BB met man en macht moest proberen de slachtoffers onder het puin vandaan te halen.<sup>699</sup> Op papier

---

<sup>697</sup> Hierbij hanteerde men de zogeheten Aanvraag patiënt opname (APO). Deze lijst vermeldde niet alleen het aantal gewonden in een ambulancekonvooi of trein, maar tevens de letsels per patiënt, gekoppeld aan mogelijke behandelcentra.

<sup>698</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 88. Regeling inzet hospitaaltreinen, 18 sept. 1964.

<sup>699</sup> De geneeskundige dienst BB zag in 1955 het licht. In de daaropvolgende jaren werd de dienst volgens militair-geneeskundige principes van de MGD verder georganiseerd. Kolonel-arts M. Waisfisz, commandant School Reserveofficieren Geneeskundige Dienst speelde daarin een belangrijke rol. Op zijn aanwijzingen lag de nadruk op het verzamelen en de afvoer van burgergewonden naar ziekenhuizen. Zie verder: Nationaal Archief,

hield de civiele verdediging wel rekening met dit scenario. Als de lokale hulpverlening tekortschoot, dan kon het Korps Mobiele Colonne ter versterking worden geroepen. Dit in 1955 opgerichte onderdeel van de landmacht met een oorlogsterkte van 22.000 man, verdeeld over landelijk georganiseerde colones, was speciaal opgericht voor rampenbestrijding en kende naast brandweereenheden ook geneeskundigen.<sup>700</sup> Het was echter moeilijk voor dit korps enigszins grootschalige rampen te simuleren en hieraan een oefening te verbinden. Of de eenheden waren opgewassen tegen hun taak was dan ook onzeker. In elk geval zorgde een aanval op een burgerdoel voor een niet van tevoren te voorspellen gewondenstroom naar de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Tot overmaat van ramp konden ziekenhuizen door het oorlogsgeweld buiten bedrijf raken. Dit had niet alleen logistieke gevolgen. Bij een groot aantal patiënten dreigde de zorg al snel overbelast te raken. Improvisatie was in zulke gevallen het devies. Zo viel het niet uit te sluiten “dat een algemeen chirurg (of zelfs een algemeen arts) operaties zou verrichten, die hij in vreedetijd aan bepaalde specialisten overlaat”.<sup>701</sup>

### **Civiel-militaire interactie: knelpunten en oplossingen**

Om de onvoorspelbare gewondenstroom in het heetst van de strijd zoveel mogelijk in goede banen te leiden, was er overleg nodig tussen civiele en militaire autoriteiten, die voortdurend op de hoogte moesten zijn van het actuele aantal aangevoerde patiënten en de opnamecapaciteit van alle aangewezen ziekenhuizen per regio. Dat overleg gebeurde binnen de Coördinatieorganen Geneeskundige Aangelegenheden (COGA's).<sup>702</sup> Deze organen werden in de jaren na de oprichting van de eerdergenoemde ZIBO in 1957 in het leven geroepen, maar bestonden in vreedetijd alleen op papier (er waren voor zover bekend geen materiële/fysieke voorbereidingen getroffen).

Het overleg van de COGA's kende een *bottom up*-benadering. Wanneer zich op werkniveau een probleem voordeed, werd dit eerst door de betrokkenen besproken. Pas als zij niet tot een oplossing konden komen, werd een hoger besluitvormingsniveau ingeschakeld. De werking zal nader worden uitgelegd aan de hand van een voorbeeld. In oorlogstijd kon het gebeuren dat door een bombardement ergens in het land alle bedden in een vooraf aangewezen ziekenhuis snel bezet waren, waardoor er geen plaats meer was voor militaire gewonden. De

---

Den Haag, Ministerie van Binnenlandse Zaken: Bescherming Bevolking (OBB), nummer toegang 2.04.5051, inventarisnummer 106.

<sup>700</sup> W.J. Poelen, 'De wordingsgeschiedenis van het KMC', *Militaire Spectator* 139:8 (1980) 346-348.

<sup>701</sup> H.E. Gramberg, 'Militair-geneeskundige verzorging onder buitengewone omstandigheden in de Nationale Sector', *Militaire Spectator* 141:9 (1972) 419.

<sup>702</sup> Op landelijk niveau sprak men van centraal-COGA, waarin de IGDKL, de Nationaal Leider Ziekenhuisorganisatie (NLZO) en de medisch adviseur van de Nationaal Commandant Bescherming Bevolking (BB) zitting hadden. Op het niveau daaronder bevonden zich de districts-COGA's, die grotendeels samenvielen met de provinciegrenzen. Daaronder vond overleg plaats binnen de groeps-COGA's, die zeggenschap hadden over een ziekenhuisgroep binnen een provincie.

groepsarts, die de zeggenschap had over een ziekenhuisgroep en tevens commandant was van de Geneeskundige Dienst van de BB (en dus het beste in staat moest worden geacht het aantal slachtoffers te overzien) moest dan in samenspraak met zijn militaire tegenhanger de gewonden naar andere ziekenhuizen dirigeren. Als hiertoe geen mogelijkheid bestond, moest de situatie worden voorgelegd aan een hoger overlegorgaan, het districts-COGA. Dit orgaan coördineerde de onderlinge bijstand van de ziekenhuisgroepen binnen de betreffende provincie. Mocht dat overleg ook geen uitkomst bieden, dan moesten de leden van het centrale COGA zich over de zaak buigen. Zij coördineerden de gewondenstromen op nationaal niveau. Belangrijk is dat er binnen de COGA's geen hiërarchische verhoudingen bestonden – de distributie van patiënten vond plaats met wederzijdse instemming tussen de ziekenhuisleiders en de militaire autoriteiten.<sup>703</sup> Effectieve communicatie en onderling vertrouwen tussen de gesprekspartners waren dus essentieel.

Het systeem van de gewondendistributie verliep in de oefenpraktijk niet bepaald als een geoliede machine. Ten eerste ontbrak het zowel burgerambtenaren als militairen aanvankelijk aan kennis van procedures en richtlijnen van de ZIBO. Tijdens oefening *Side Step* tussen 17 en 25 september 1959 kwam dit mankement voor het eerst duidelijk naar voren. Ook de taakverdeling was niet optimaal, met als gevolg dat sommige spelers dermate belast raakten dat “hen geen tijd overbleef op doelmatige wijze te handelen”. De betrokken militaire artsen en ook de Territoriaal Commandant bleken in het geheel niet op de hoogte van de vastgestelde ZIBO-procedures. Volgens het oefenverslag was het samenspel met de MGD onbevredigend.<sup>704</sup>

Hoewel er naar verbetering werd gestreefd, kwamen de eerder gesignaleerde pijnpunten tien jaar later opnieuw naar voren. Tijdens *Oefening Zuid 1969*, waaraan de staven van de civiele verdediging van de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg, evenals de liaisondetachementen van de 782 Geneeskundige groep deelnamen, verliep het overleg binnen en tussen de geneeskundige coördinatieorganen met horten en stoten. Met name het berichtenverkeer tussen militaire liaisondetachementen en commandanten van geneeskundige eenheden, alsook tussen civiele en militaire autoriteiten verliep niet met de zo noodzakelijke snelheid. Dat kwam door een tekort aan communicatieapparatuur, verschillen in administratieve werkwijzen en een afwijkend spelalfabet.<sup>705</sup>

Vergelijkbare gebreken kwamen tijdens de staf/commandopostoefening *Ever Ready* op 25 en 26 november 1971 aan het licht. De betrokkenen gingen uit van een oorlogssituatie waarbij conventionele luchtbombardementen hadden

---

<sup>703</sup> Het maakte niet uit of Nederland in juridische zin in staat van beleg of in staat van oorlog verkeerde.

<sup>704</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslagen van de internationale Nato-oefening *Side Step*. Opmerkingen P.I.D.-Zuid-Holland naar aanleiding van oefening “*Side Step*”.

<sup>705</sup> Bremerkamp, ‘De samenwerking’, 13.

plaatsgehad.<sup>706</sup> Verder gold dat 30 procent van de beschikbare bedden bij aanvang van de oefening was bezet. Het doel was om na te gaan hoe de verdeling van bedden voor civiele en militaire patiënten zich zou ontwikkelen. De betrokkenen waren er niet gerust op. Voor de 783 Geneeskundige groep vergde het onderbrengen van tweehonderd militairen uit de (denkbeeldige) ambulancetrein een enorme organisatorische inspanning. Dit was niet alleen te wijten aan het aantal gewonden. Ook de communicatie tussen civiele en militaire functionarissen verliep stroef door afwijkende berichtenformulieren (indeling en kleur), een verschillend spelalfabet (nog altijd) en onvoldoende bekendheid met elkaars afkortingen, zodat bij de verzending regelmatig om herhaling of uitleg moest worden gevraagd.<sup>707</sup>

Er kleefden bovendien nog andere nadelen aan het systeem. Voor de behandeling en verzorging van gewonde militairen was Defensie voor een groot deel aangewezen op burgerziekenhuizen, maar het bleef onduidelijk hoe de gewondendistributie in de praktijk zou verlopen. Defensie kon de burgerziekenhuizen wel rekening laten houden met de komst van een bepaald aantal militairen, maar als die bedden voortijdig bezet zouden raken door zwaargewonden, dan was daar niets aan te doen. Van civiele zijde streefde men “naar het voldoen aan de van militaire zijde aangegeven initiële behoefte zolang dit enigszins mogelijk is.”<sup>708</sup> Logischerwijze zaten militairen met de handen in het haar wanneer de burgerziekenhuizen onverwachts vol waren. De enige oplossing was in dat geval om via de COGA-structuur te vragen of er in andere ziekenhuizen toevallig plaats was.

Beide partijen zagen echter in dat het onacceptabel was om gewonden gedurende het overleg in de ‘wachtkamer’ te plaatsen. Het hele doel van het overleg was immers “voorkomen dat een gewonde verstoken blijft van geneeskundige hulp.”<sup>709</sup> Snelheid van handelen was vitaal. De commissie Drijber raadde daarom een stelsel van eenhoofdige leiding met beslissingsbevoegdheid aan. Volgens haar gold dit met name voor de districts-COGA's, waar de legerkorpsgewonden vanuit het operatiegebied in Nederland arriveerden, en van waaruit deze over de ziekenhuizen moesten worden verdeeld. Deze beslissingsbevoegdheid hoefde niet per se bij een militair te berusten.<sup>710</sup> Ook benadrukte de commissie dat eenhoofdige leiding collegiaal overleg niet per definitie uitsloot. Dit voorstel van de commissie Drijber voor een eenhoofdige leiding vond in de jaren zeventig doorgang. De groepsartsen, de districtsleiders en de nationale leider ziekenhuisorganisatie kregen binnen ‘hun’ COGA een beslissende stem.<sup>711</sup> De liaisonofficieren behielden een adviserende functie

---

<sup>706</sup> H. E. Gramberg, ‘Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten’, *Militaire Spectator* 141:3 (1972) 132-136.

<sup>707</sup> Ibidem.

<sup>708</sup> Bremerkamp, ‘De samenwerking’, 13.

<sup>709</sup> Goverts, ‘Samenwerking’, 541.

<sup>710</sup> *Rapport 1967 Militair Geneeskundige Diensten* (zp. 1967) A8.

<sup>711</sup> *Voorschrift nr. 8-1: De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Drie delen* (tweede druk; 1972).

en hadden geen dwangmiddel voor de hospitalisatie van gewonde militairen. Daardoor nam op dit vlak de afhankelijkheid van de krijgsmacht van de civiele autoriteiten toe.

Buiten de leiderschapskwestie poogden de betrokkenen de noodzakelijke eenheid van denken en handelen te bereiken.<sup>712</sup> Verder probeerden militaire en civiele geneeskundigen het benodigde materieel van de betrokken instanties zoveel mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen.<sup>713</sup> Dat gebeurde trouwens vanaf de jaren zeventig ook binnen de NAVO, die probeerde om de verschillen in materieel en procedures tussen de lidstaten zo klein mogelijk te maken door de invoering van *Standardization Agreements* (STANAG). Het onderzoek naar een betere samenwerking en gelijkgeschakeling van de verschillende Europese bondgenoten was de taak van de in 1968 opgerichte Eurogroep van de NAVO. De daaronder ressorterende subgroep Euromed, die in 1972 het licht zag, was voornemens te komen tot een gezamenlijke geneeskundige dienst voor de Europese strijdkrachten. Die doelstelling bleek echter al snel te ambitieus. Het accent werd verlegd naar het bereiken van een zo groot mogelijke coördinatie.<sup>714</sup> De voornaamste aandachtspunten waren NBC-verdediging, rampengeneeskunde, geneeskundige opleidingsaspecten, medisch materieel, het langdurig en veilig bewaren van voedsel, de ontwikkeling van een militair-medisch informatiesysteem in Europa en ten slotte militaire psychiatrie, waarbij de nadruk lag op gevechtsneurosen en het misbruik van alcohol en drugs binnen de krijgsmachten.<sup>715</sup> Ook de MGD zond zo mogelijk vertegenwoordigers naar de halfjaarlijkse vergaderingen van Euromed.

Op termijn kon de groep kleine successen op haar conto schrijven.<sup>716</sup> Er kwamen verschillende medische trainingsprogramma's en er werd een 'Information Exchange Register' aangemaakt, een soort vergelijkingstabel voor de medische uitrusting van de verschillende NAVO-partners. Dit was een kleine stap richting standaardisatie van alle medische uitrusting binnen de NAVO. In veel landen bleek het evenwel te duur om de bestaande voorraden te vervangen, zoals dat ook met wapens en ander militair materieel het geval was.<sup>717</sup> Het tijdschrift *Polsslag* stelde in 1982 kritisch: "spectaculair zijn de successen die Euromed tot dusver boekte zeker niet, vooral als men bedenkt dat acht jaren zijn voorbijgegaan sinds de eerste

---

<sup>712</sup> 'Bericht van 783 Geneeskundige groep', *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9.

<sup>713</sup> J.H. Stadelmann von Escholzmatt, 'Samenwerking tussen de militaire en civiele sector bij verweving van geneeskundige dienst materieel', *NMGT* 21 (januari/februari 1968) 1-13.

<sup>714</sup> Carla Coorens en Luc Viaene, 'Een voorbeeld van samenwerking tussen militaire medische diensten: EUROMED', *Polsslag* 16:5 (september 1982) 18.

<sup>715</sup> Zie: [https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137733/0355\\_European\\_Defence-12\\_years\\_of\\_the\\_Eurogroup\\_1980\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137733/0355_European_Defence-12_years_of_the_Eurogroup_1980_ENG.pdf)

<sup>716</sup> [https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137791/0358\\_Eurogroup\\_Western\\_Defense-The\\_European\\_Role\\_in\\_NATO\\_1984-1985\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137791/0358_Eurogroup_Western_Defense-The_European_Role_in_NATO_1984-1985_ENG.pdf)

<sup>717</sup> Matthew Ford en Alex Gould, 'Military Identities, Conventional Capability and the Politics of NATO Standardisation at the Beginning of the Second Cold War, 1970-1980', *The International History Review* 41:4 (2019) 775-792.

bijeenkomst. Maar de samenwerkings-problematiek is een taai domein dat zich niet zo snel laat wijzigen.”<sup>718</sup>

Ondertussen verbeterde ook de Nederlandse civiel-militaire interactie maar mondjesmaat, zo bleek tegen het einde van de jaren zeventig. Het eindrapport van oefening *Wintex 1979* van de Provincie Zeeland wees op het “onbegrip” tussen de civiele en militaire leiding.<sup>719</sup> Maar in het verslag van de provincie Zuid-Holland stond juist dat de hospitalisering “normaal” was verlopen en dat er een goede harmonie bestond tussen de civiele autoriteiten en de militair-geneeskundige liaisonofficieren.<sup>720</sup> Die verbetering was wel enigszins geflatteerd omdat de autoriteiten zoals gezegd in de loop van de jaren uitgingen van een meer behapbaar gewondenaanbod, conform de ideeën over de beperkte oorlog. Steeds vaker bleef de inzet van kernwapens tijdens stafoefeningen daarom achterwege. Wel kreeg de chemische dreiging meer aandacht. Tijdens *Wintex 1979* leidden gesimuleerde gasaanvallen in de regio Zuid-Holland tot wel dertigduizend ‘gaszieken’. Zij hadden geen chirurgische behandeling nodig – het toedienen van atropine was volgens de oefenleiding voldoende. De vraag waar de vergiftigde slachtoffers naartoe moesten worden gebracht, en of de hulp op tijd zou komen, bleef evenwel onbeantwoord.<sup>721</sup>

Op het gebied van de ziekenhuisorganisatie bleef samenwerking met de civiele ziekenhuizen het devies, maar zowel civiele als militaire deskundigen wezen voorstellen tot een verdere integratie voorlopig van de hand.<sup>722</sup> De “span of control” van de ZIBO had zijn limiet inmiddels bereikt.<sup>723</sup> De algehele omvang van het militaire en civiele oorlogsbeddenbestand bleef gelijk. Men hield vast aan de Nederlandse militaire verliesverwachtingen die in 1977 waren bijgesteld op 8,3 procent van de totale sterkte (na dertig dagen) in conventionele omstandigheden. Daarbij dienden nog 2,7 procent zieken te worden opgeteld en eventueel 5 procent ten gevolge van NBC-strijdmiddelen.<sup>724</sup> Het document besloot dat de 24.000 bedden voor militairen voldoende zouden zijn, los van de “nauwelijks daadwerkelijk reëel voorspelbare effecten in een N(B)C-fase.”<sup>725</sup> In feite verschilde dit weinig van de geneeskundige onderstelling van 1966 die nog uitging van een behoefte van 25.000 bedden. De MGD hield aldus rekening met een conventioneel scenario met mogelijk

---

<sup>718</sup> Coorens en Viaene, ‘Een voorbeeld’, 18.

<sup>719</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 392. Oefening *Wintex/Cimex 1979*, provincie Zeeland, eindverslag.

<sup>720</sup> NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 392. Bescherming Bevolking provinciaal commando Zuid-Holland, oefening *Wintex/Cimex 1979*, eindverslag.

<sup>721</sup> *Ibidem*.

<sup>722</sup> Voor de discussie: Muusse, ‘Oorlogsvoorbereiding, een filosofie’, 299-305; G.J.S. Goverts en J. Stuij, ‘Oorlogsvoorbereiding... zeker, maar niet zo!’, *NMGT* 32 (december 1979) 306-310; Ch.P.J. van Toren, ‘Geen hersenschim, wel een toekomstbeeld’, *NMGT* 32 (december 1979) 311-312; D.J. van Dam, ‘Behartenswaardige discussie’, *NMGT* 32 (december 1979) 313.

<sup>723</sup> Van Dam, Behartenswaardige discussie’, 313.

<sup>724</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 166. Concept deelstudie inzake de geneeskundige verzorging in oorlogstijd ten behoeve van de legerplanning voor de lange termijn, 1979.

<sup>725</sup> *Ibidem*.



gebruik van chemische wapens en de beperkte inzet van kernwapens. Daarop viel ten minste nog enigszins te plannen.

#### Interne en externe kritiek

De nationale oorlogsvoorbereidingen konden steeds rekenen op kritiek, ook van officieren. Op de civiel-militaire coördinatie, communicatie, besluitvorming en wederzijdse bijstandsverlening viel het nodige aan te merken, zelfs als het ging om de voorbereiding op een oorlog onder conventionele omstandigheden.<sup>726</sup> Het bleef daarom zaak steeds opnieuw te oefenen, maar dit gebeurde volgens militairen veel te weinig. Dat was te wijten aan een lage prioriteit die de oefeningen vanuit de burgersector kregen. Een officier verklaarde:

“Bij de civiele verdediging en de bescherming bevolking kan er een enthousiaste chef zijn die zegt: „er wordt geoefend”, waarop de „ondergeschikte” antwoordt (dit tussen aanhalingstekens, want er is geen feitelijke ondergeschikte), „ik heb een andere afspraak”, of „het schikt mij niet zo best”. ”<sup>727</sup>

Dit probleem werd onderkend en de autoriteiten poogden weliswaar meer structuur en regelmaat aan te brengen in de oefeningen,<sup>728</sup> maar uiteindelijk konden deze alleen doorgang vinden als er voldoende tijd en geld beschikbaar was. De civiel-militaire samenwerking bleef voor ambtenaren nu eenmaal bijzaak. Daarentegen erkenden militair-geneeskundigen dat zij voor een belangrijk deel – en zelfs in steeds sterkere mate – afhankelijk waren van burgerziekenhuizen, dus hechtten zij een groot belang aan civiel-militaire samenwerking. Daarbij zij echter opgemerkt dat de militaire sector haar zaken evenmin op orde had.

Over het algemeen interesseerden de pers en de publieke opinie zich niet of nauwelijks voor de civiele verdediging en nog minder voor de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Dat veranderde eind jaren zeventig, naar aanleiding van oplopende internationale spanningen tussen Oost en West. Deze stonden onlosmakelijk in verband met de militaire wapenwedloop. De voorgenomen plaatsing van nieuwe nucleaire wapensystemen op het grondgebied van verschillende lidstaten, gaven in veel Westerse landen, waaronder ook Nederland, aanleiding tot een hevig maatschappelijk debat over kernwapens, waarop in het volgende nader zal worden ingegaan. Hier moet alvast worden vermeld dat een aanzienlijk deel van de bevolking, onder wie veel medici, meer dan voorheen liet blijken dat zij geen enkele fiducia had in de overlevingskansen in een volgende oorlog, die vrijwel zeker nucleair zou worden. Het vertrouwen van de burger in de civiele verdediging maakte daarmee een duikvlucht. De noodlijdende BB, die al decennia kampte met

---

<sup>726</sup> A.G. Bos, 'het verschijnsel „interprovinciale stafoefeningen”', *Polsslag* 16-2 (maart 1982) 21.

<sup>727</sup> Mijnlief, 'De Civiele Verdediging', 80.

<sup>728</sup> Bos, 'het verschijnsel', 20.

een slecht imago, werd in de jaren tachtig opgeheven. Haar taken werden in theorie overgenomen door de brandweer, het Nederlandse Rode Kruis en het Korps Mobiele Colonne, maar het was zeer dubieus of die hulpdiensten voldoende op hun oorlogstaak waren voorbereid.<sup>729</sup> Frappant genoeg leidde de toegenomen aandacht voor de civiele verdediging niet tot meer aandacht over de MGD. De vermeerde aandacht voor het feit dat de medische verzorging tijdens een kernoorlog hopeloos zou falen gaf vooral kracht aan het argument dat door (desnoods eenzijdige) ontwapening de kans op een kernoorlog moest worden weggenomen. Dit thema zal in hoofdstuk 6 worden uitgediept.

### **De MGD in een nieuw jasje: kwaliteit boven kwantiteit**

In de schaduw van de politieke en maatschappelijke discussie over een kernoorlog en de onmogelijkheid van geneeskundige zorg in dat scenario, bleef de MGD zich richten op het verbeteren van de medische zorg tijdens een 'beperkte oorlog'. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de geneeskundige onderstelling van 1979: "Als uitgangspunt kan aangenomen worden dat het operationeel optreden zal plaatsvinden onder conventionele omstandigheden, in ieder geval bij aanvang van de omstandigheden. Er blijft echter een voortdurende dreiging dat overgegaan wordt (kan worden) op een nucleaire en/of chemische oorlogvoering. (...) Op dit moment (1979) zijn er geen aanwijzingen, dat terdege rekening moet worden gehouden met de inzet van biologische strijdmiddelen."<sup>730</sup> Het aantal slachtoffers na dertig dagen was volgens NAVO-norm in een conventioneel conflict (waarbij de mogelijkheid van de inzet van kernwapens bewust vaag werd gehouden) vastgesteld op circa 24.000 gewonden, die in elk geval op papier konden worden ondergebracht in ziekenhuizen en hospitalen.<sup>731</sup>

Aangezien de hospitaalcapaciteit de maximale omvang al had bereikt, kon er in feite geen rekening worden gehouden met een verdere expansie voor NBC-patiënten. Het streven was om de overlevingskansen van conventionele gewonden te vergroten. Dat gebeurde door medisch-technische verbeteringen, maar vooral ook door het stroomlijnen van de geneeskundige afvoerketen. Om dat doel te verwezenlijken kreeg de militaire geneeskunde in de Nationale Sector een vereenvoudigde bevelsstructuur. Waar eerder de territoriale bevelhebbers verantwoordelijk waren voor het geneeskundig transport en de gewondenzorg in hun gezagsgebied, werden deze taken op 1 maart 1976 centraal ondergebracht bij het nieuwe Geneeskundig Commando Koninklijke Landmacht (GCKL). Dit commando had met een vredes- en oorlogssterkte van respectievelijk duizend en zeventien duizend militairen het grootste

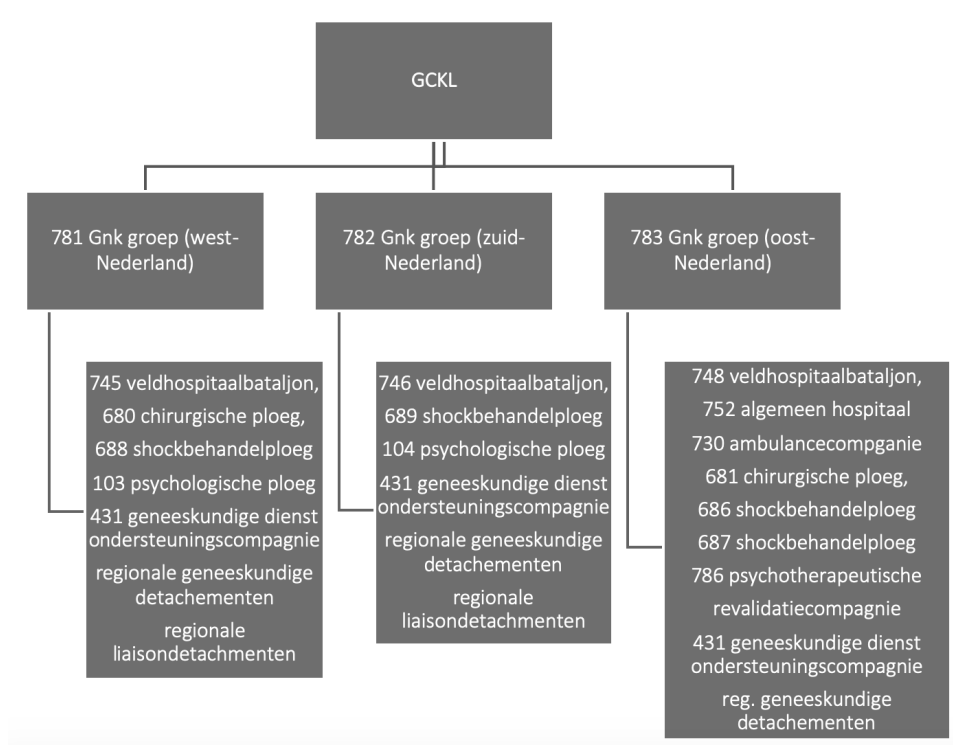
---

<sup>729</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* 295.

<sup>730</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 168. Concept deelstudie inzake de geneeskundige verzorging in oorlogstijd ten behoeve van de legerplanning voor de lange termijn, 1979.

<sup>731</sup> *Ibidem*.

deel van de MGD in de Nationale Sector onder zijn hoede (*Figuur 12*). Deze ingreep was onderdeel van het nieuwe beleid van de landmacht, waarbij eenheden op basis van hun functie werden gegroepeerd.<sup>732</sup>



**Figuur 12:** Samenstelling GCKL in 1979

De invoering van het GCKL bracht een verbeterd overzicht, maar toch verdiende deze reorganisatie niet de schoonheidsprijs. Van een werkelijke eenhoofdige leiding voor de geneeskundige activiteiten in oorlogstijd was nog geen sprake. De behandeling van gewonden viel onder het gezag van de IGDKL. Het eveneens in 1976 opgerichte Nationaal Logistiek Commando (NLC) was verantwoordelijk voor de afvoer van gewonden uit het legerkorpsgebied naar het moederland.<sup>733</sup> Eenmaal aangekomen bij uitlaadpunten bij de grens, werd de

<sup>732</sup> Opvallend was dat de lagere echelons geneeskundige verzorging in de Nationale Sector niet onder zijn gezag vielen. Waar eerste en tweede echelons geneeskundige verzorging eerder werd geregeld binnen de verschillende garnizoenen, werd zij geregeld door regionale geneeskundige detachementen, die vielen onder het operationeel gezag van de BLS.

<sup>733</sup> Het NLC leverde logistieke steun aan het legerkorps, en moet niet worden verward met het Legerkorps Logistiek Commando (LLC), dat de logistiek binnen het legerkorpsgebied voor zijn rekening nam. Zie ook: Hoffenaar en Schoemaker, *Met de blik*, 299.

verantwoordelijkheid voor de gewonden overgedragen aan de GCKL. Organisatorisch bleef er genoeg te wensen over.

### **Het lot van de hospitalen**

Samenhangend met de reorganisatie van de MGD in de nationale sector, was de vraag of de militaire en civiele geneeskundige zorg in oorlogstijd nog verder konden en moesten worden samengevoegd. In de jaren zeventig kende de krijgsmacht nog twee hospitalen in eigen beheer, het Marinehospitaal Overveen en het MHAM. Vooral de laatstgenoemde inrichting was voor de krijgsmacht van groot belang. Zij fungeerde als 'kloppend hart' van de MGD en moest in oorlogstijd de eerste slachtoffers opvangen en behandelen. De omvorming van het MHAM tot een Militair Geneeskundig Kenniscentrum was al in 1967 door de commissie Drijber aanbevolen, maar de vorderingen op dat gebied gingen traag, met name door personeelstekorten in de stafsecties en op het gebied van research. Daarbij was de inrichting van beide hospitalen verouderd en het zou veel geld kosten beide naar moderne maatstaven te renoveren. Economischer en bovendien meer in lijn met het streven naar het samenvoegen van de geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen, was de bouw van één modern uitgerust interservice hospitaal. Over de politieke achtergronden van deze beleidsvisie volgt in hoofdstuk 6 meer.

Een ander argument voor hervorming betrof de behandeling van burgers in beide hospitalen.<sup>734</sup> Deze regeling was tot stand gekomen omdat beide hospitalen met het oog op de oorlogssituatie ruim van opzet waren, maar in vreedstijd eigenlijk te veel capaciteit hadden voor de behandeling van alleen militairen, wat werd gezien als onrendabel. De behandeling van burgers bood militaire artsen in opleiding bovendien de gelegenheid om praktijkervaring op te doen en verder hield dit de kennis en vaardigheden van de beroepsofficieren-arts op peil. Het curatieve werk gaf ook de nodige voldoening. Zo werd het werk van de militair arts aantrekkelijker en steeg het in aanzien. Een vergoeding per burgerpatiënt bovenop het militaire honorarium droeg daar verder aan bij.

De regeling had echter wel een nadeel. In de jaren zeventig berichtten de kranten dat de militaire artsen in beide hospitalen meer aandacht besteedden aan de burgerpatiënten die zij daar ontvingen dan aan de militaire patiënten voor wie de hospitalen eigenlijk bedoeld waren.<sup>735</sup> In ogen van critici was dat onredelijk en daaruit vloeide weer de vraag of de hospitalen, of zelfs de gehele MGD niet kon worden opgeheven.<sup>736</sup> Zowel de IGDKL als de inspecteur van de geneeskundige dienst van de Koninklijke Marine verzetten zich echter tegen de sluiting van hun

---

<sup>734</sup> Brief van staatssecretaris van Defensie – Bouwbeleid, Beddenreductie en Budgettering nr. 3, 21 maart 1984.

<sup>735</sup> Van Bergen, *Robert George Nypels*, 88.

<sup>736</sup> *Ibidem*.

hospitalen met als argument dat deze een belangrijke schakel vormden in de geneeskundige keten in oorlogstijd.<sup>737</sup>

Het Ministerie van Defensie achtte het behoud van twee hospitalen niet nodig. Eén paraat en goed uitgerust hospitaal was in principe voldoende om de vrede-staken te kunnen blijven uitvoeren. Dit centrum diende daarnaast als kennis-centrum en in oorlogstijd als inrichting waar de eerste oorlogsgewonden konden worden opgevangen en behandeld. Om die redenen mocht de omvang van het hospitaal niet worden aangetast. Dit standpunt moest de minister van Defensie verdedigen tegenover zijn collega van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die vond dat de bezuinigingen nog niet ver genoeg gingen. Laatstgenoemde wilde in 1977 dat het MHAM driehonderd bedden (van het totaal van vijfhonderd), die bestemd waren voor burgers, zou opgeven. Dat moest een kostenbesparing opleveren.<sup>738</sup> Dit hing samen met de Wet Ziekenhuisvoorziening van 1971, die was ingevoerd om een doelmatiger ziekenhuiswezen te bevorderen. Kort gezegd lag aan deze wet de redenering ten grondslag dat het aantal benodigde bedden voor burgers (in vrede-stijd) was overschat door verkeerde aannames over de bevolkingsgroei, waardoor burgerziekenhuizen hun beddenpotentieel geleidelijk dienden af te bouwen.

Staatssecretaris van Defensie C.L.J. Van Lent was fel tegen de opheffing van de burgerbedden en beriep zich daarbij op de argumenten die de commissie Drijver tien jaar eerder had aangereikt. De behandeling van jaarlijks zeventuizend burger-patiënten was noodzakelijk voor het handhaven van de deskundigheid en vaardigheid van de in het MHAM werkzame militaire artsen. De behandeling van louter militaire patiënten (zieken) werkte eenzijdigheid in de hand. Los van de opleidingsfunctie moest de MGD in een oorlog kunnen beschikken over een centraal gelegen hospitaal dat met een voldoende aantal specialisten was voorbereid op een oorlogssituatie. Volgens de staatssecretaris vervulde het MHAM dus een cruciale functie in oorlogstijd en was het daarmee van nationaal belang. Om die reden mocht het niet door het bezuinigingsmes worden getroffen. Geneeskundige voorzieningen in het kader van “oorlog, oorlogsgevaar of buitengewone omstandigheden” vielen namelijk niet onder de Wet Ziekenhuisvoorziening. Voorlopig bleef het Utrechtse hospitaal buiten schot.

De beoogde beddenreductie van het Departement van Volksgezondheid bleef echter een agendapunt. De hiervoor verantwoordelijke minister had een nieuw plan laten ontwerpen om het aantal ziekenhuisbedden met achtduizend te verminderen, zodat in 1990 het aantal erkende ziekenhuisbedden van 66.000 naar

---

<sup>737</sup> De IGDKL liet tevergeefs studies verrichten om aan te tonen dat het MHAM rendabel was en moest blijven bestaan. Zie onder meer: NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 161.

<sup>738</sup> ‘Defensie wil bedden voor burgers houden’, *NRC/Handelsblad* 12 april 1977.

58.000 was teruggebracht.<sup>739</sup> Deze reductie hield er geen enkele rekening mee dat het gat tussen het aantal bedden in vreedstijd en het benodigde aantal bedden in oorlogstijd verder zou groeien. Bovendien publiceerde de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen, op 7 juli 1982 een ‘zwarte lijst’ met daarop 25 ziekenhuizen en ruim zeventig ziekenhuisafdelingen die hun deuren moesten sluiten. Zonder goed overleg met Defensie waren ook de burgerafdelingen van het MHAM en het Marinehospitaal Overveen aangemerkt voor opheffing.

**Tabel 7:** Hospitaalcapaciteit in de Nationale Sector, 1984.

Formatie/inrichting	Aantal oorlogsbedden
Militair Hospitaal A. Mathijssen	1000
Marinehospitaal Overveen	450
752 Algemeen hospitaalbataljon (mob.)	1500
745 Veldhospitaalbataljon (mob.)	300
746 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
747 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
748 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
<b>Totaal</b>	<b>4500</b>

Defensie hield echter voet bij stuk. Ook al waren er bezuinigingen nodig, de hospitalen mochten niet zomaar worden gesloten. Ook andere ziekenhuizen ontketenden een storm van protest en Gardeniers-Berendsen moest haar besluit na “urenlange debatten” uitstellen.<sup>740</sup> Dat nam echter niet weg dat Defensie een nieuw onderzoek instelde over het functioneren van de hospitalen, waarbij de vraag naar mogelijke bezuinigingen op de achtergrond speelde. De op 1 december 1983 ingestelde werkgroep Militair hospitaal concludeerde andermaal dat er vrijwel onmiddellijk na het uitbreken van een gewapend conflict een groot aantal gewonden zou moeten worden afgevoerd naar Nederland, waardoor er (tenminste) één centraal militair hospitaal gehandhaafd moest blijven.<sup>741</sup> De Defensienota 1984 onderschreef deze conclusie: “het [is] noodzakelijk dat al in vreedstijd een functionerende poliklinische en klinische hospitaalcapaciteit in eigen beheer aanwezig is.”<sup>742</sup> In een brief aan de Vaste Kamercommissie voor Defensie schreef Staatssecretaris van Defensie W.K. Hoekzema dat er minimaal vijftienhonderd

<sup>739</sup> HTK, 26 januari 1982, behandeling van hoofdstuk XVII (Volksgezondheid en Milieuhygiëne) van de rijksbegroting voor 1982, voor zover betreft de afdeling Volksgezondheid (17 100-XVII) 1486.

<sup>740</sup> ‘Bewogenheid speelde Gardeniers als minister dikwijls parten’, *de Volkskrant* 23 oktober 1982.

<sup>741</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie; Centrale Organisatie, Politieke Leiding, nummer toegang 2.13.219, inventarisnummer 720. Rapportage van de werkgroep Militair Hospitaal, 's-Gravenhage, 19 april 1984.

<sup>742</sup> *Defensienota 1984-1993* (1984) 158.

bedden onder militaire hoede moesten blijven.<sup>743</sup> In die behoefte konden de bestaande militaire hospitalen met hun uitbreidingsmogelijkheden op dat moment nog voorzien (*Tabel 7*).<sup>744</sup>

Ondertussen drong zich echter wel de vraag op hoe goed de bestaande twee militaire hospitalen eigenlijk waren uitgerust voor hun oorlogstaak. Al snel bleek de toegevoegde waarde van het marinehospitaal op dat gebied vrijwel nihil. Ook waren er twijfels over het MHAM. Op de interne infrastructuur van het gebouw viel het nodige aan te merken.<sup>745</sup> Verder was de voortschrijdende kennis van traumatologie in de jaren zeventig onvoldoende doorgedrongen tot het hospitaal.<sup>746</sup> De redactie van het officierstijdschrift *Carré* stelde in 1985 dat “de specialisaties die je op grond van de oorlogstaak specifiek in het MHAM zou verwachten (brandwonden, trauma-behandeling, huidtransplantaties) daar niet aanwezig zijn en dus in oorlogstijd niet adequaat kunnen worden verleend door militaire artsen.”<sup>747</sup> Dat was te wijten aan geldgebrek en besluiteloosheid van de politieke leiding, die de noodzakelijke verbeterpunten op de lange baan had geschoven. Een kolonel-arts, die werkzaam was in het MHAM, verdedigde de vakkundigheid van de aanwezige specialisten en de kwaliteit van het instrumentarium. Maar hij erkende wel dat de kosten van de vooruitgang hoog waren, zeker met het oog op de noodzakelijk geachte aanschaf van dure medische apparatuur.<sup>748</sup> Investerings- en exploitatiekosten waren dus vereist om het centrum volledig *up to date* te brengen en te houden, anders viel het politieke argument voor behoud van het MHAM als militair-geneeskundig expertisecentrum niet langer te verdedigen.

De uit medisch oogpunt beste oplossing was het bouwen van een compleet nieuw hospitaal, maar dat bleek al snel te kostbaar. Daarom was er genoeg aanleiding voor het Ministerie van Defensie om in december 1986 opnieuw een onderzoek te starten naar een integratie van het MHAM met het academisch ziekenhuis in Utrecht. Een werkgroep met vertegenwoordigers van de Ministeries van Volksgezondheid, Defensie en Financiën alsmede het Academisch Ziekenhuis in Utrecht, adviseerde de staatssecretaris van Defensie, J. van Houwelingen, een nieuwe polikliniek voor militairen te bouwen op het terrein van het academisch ziekenhuis. Het oude MHAM kon dan worden opgeheven.<sup>749</sup> De voorzitter van de dienstcommissie (de ondernemingsraad) van het MHAM was naar eigen zeggen heel ongerust: “De werkgroep denkt alleen aan investerings- en exploitatiekosten. Er wordt eigenlijk helemaal niet gesproken over de vraag: hoe ziet een optimaal

---

<sup>743</sup> ‘Krijgsmacht heeft 1500 ziekenhuisbedden nodig’, *Polsslag* 18-3 (mei 1984). Het artikel verscheen eerder in *Defensiekrant* 13 (29 maart 1984).

<sup>744</sup> Brief van de staatssecretaris van Defensie aan de voorzitter van de Staten Generaal, 21 maart 1984.

<sup>745</sup> Van Bergen, *George Robert Nypels*, 88.

<sup>746</sup> Henny, ‘Een korte geschiedenis’, 9.

<sup>747</sup> Redactie, ‘De geneeskundige verzorging van de militair’, *Carré* 9 (mei 1985) 5.

<sup>748</sup> J. van Koldam, ‘De hogere echelons geneeskundige zorg bij de KL’, *Polsslag* 20:5 (oktober 1986) 3.

<sup>749</sup> ‘De keuze tussen keizersnee en dikke knie kennen we niet’, *Reformatoisch Dagblad* 21 februari 1987.

functionerend, militair gezondheidszorgapparaat eruit?”<sup>750</sup> Volgens hem was er in ziekenhuizen geen enkele animo voor de oprichting van een nieuwe militaire afdeling. Een anesthesioloog bij het MHAM vreesde zelfs voor het voortbestaan van een onafhankelijke militaire gezondheidszorg. “De kennis verdwijnt en niemand weet meer welke behandelingsmethoden in oorlogstijd moeten worden toegepast.” Alleen het MHAM was in staat om snel om te schakelen naar een oorlogssituatie, dankzij de militaire bevelsstructuur. “In een burgerziekenhuis ligt dat veel moeilijker. Iedereen bemoeit zich er mee en wil zijn zegje doen. Het gevolg is dat de [oorlogs]voorbereiding nog in volle gang is, terwijl de slachtoffers al binnenstromen.”<sup>751</sup>

De medewerkers van het MHAM zagen de plannen met lede ogen aan. Volgens hen telde alleen het financiële voordeel voor Volksgezondheid: “Wanneer [de burgerpatiënten] niet meer worden verzorgd, kan Volksgezondheid 25 miljoen gulden besparen”.<sup>752</sup> Zij spanden een kort geding aan, maar werden niet in het gelijk gesteld. In september 1987 hakte Van Houwelingen de knoop door. In een brief aan de Tweede Kamer presenteerde hij een beleidsvoorstel voor de sluiting van beide militaire hospitalen en de bouw van een nieuwe militaire dependance aan de westzijde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU).<sup>753</sup> Nog voor het einde van dat jaar gaf de Tweede Kamer, zonder al te grote aarzeling, groen licht voor de nieuwbouw.

De Koude Oorlog was goed en wel ten einde toen het MHAM in 1991 zijn deuren sloot. Ondertussen verrees op het terrein van het AZU een nieuw gebouw waarmee de ‘krijgsmachthospitaalfunctie’ werd veiliggesteld.<sup>754</sup> Voor wat betreft de inrichting leek het te voldoen aan verreweg de meeste eisen die in de eerdere discussies naar voren waren gekomen. Het bestond uit vijf verdiepingen met een totale capaciteit van honderd bedden voor uitsluitend militaire patiënten, waarmee was voldaan aan de geëiste beddenreductie. In de kelder van het ziekenhuis was ruimte voor de snelle inrichting van een noodhospitaal, waarmee ook de paraatheidseis was gegarandeerd. Militair-geneeskundige specialismen zoals traumatologie, oorlogschirurgie, militaire toxicologie en stralingsproblematiek waren vertegenwoordigd in het nieuwe hospitaal, dat ook research en de opleiding van militair-artsen kon faciliteren. In de dagelijkse praktijk lag het accent evenwel op de poliklinische dagbehandeling en de bedrijfsgeneeskundige advisering met betrekking tot de gezondheid en inzetbaarheid van de militair. Om de motivatie en medische veelzijdigheid van de officieren-arts verder te bevorderen, bood het AZU hen toegang tot civiele patiëntenzorg en ondersteunende onderzoeksfaciliteiten.

---

<sup>750</sup> Ibidem.

<sup>751</sup> Ibidem.

<sup>752</sup> Ibidem.

<sup>753</sup> HTK 1987-1988, Brief van staatssecretaris van Defensie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (20238), Krijgsmachthospitaalfunctie Nr. 1, 25 september 1987.

<sup>754</sup> Ibidem.



Ter aanvulling van de oorlogscapaciteit van het nieuwe hospitaal werden twaalf militair-geneeskundige specialistenteams geformeerd en over verschillende (grote) ziekenhuizen in het land verdeeld. Het doel hiervan was de militair-artsen te verzekeren van voldoende medisch curatief werk in de ziekenhuizen, zodat hun kennis en vaardigheden op het vereiste niveau bleven. Een bijkomend voordeel van deze regionalisatie was dat de militair-geneeskundige zorg in vredestijd eenvoudiger en beter bereikbaar werd voor veel militair personeel. Tezelfdertijd zouden in het hele land parate kernen worden gevormd voor de inrichting van de oorlogshospitalen. Ook waren zes chirurgische teams samengesteld voor bijstand aan regionale ziekenhuizen, waarmee een spreiding van de oorlogsgeneeskunde werd bereikt.

Deze ontwikkelingen gingen hand in hand met een laatste reorganisatie van de geneeskundige diensten in de Nationale Sector. Zoals gemeld kende deze nog oneffenheden na de reorganisatie van 1976, waarna de geneeskundige stafofficieren en beleidsmakers in de jaren tachtig nog volop bezig waren deze glad te strijken. Uiteindelijk leidde dat met de oprichting van het Geneeskundig Commando Krijgsmacht (GCK) in 1990 tot een meer bevredigende organisatie. Met een vredes- en oorlogsterkte van respectievelijk duizend en zeventuizend geneeskundigen kwamen voor het eerst alle geneeskundige activiteiten buiten het legerkorps onder één dak. De Opvang- en afvoercompagnie van het GCK verzorgde de taken die voorheen aan de geneeskundige groepen waren opgedragen. Het onderbrengen van patiënten in civiele ziekenhuizen werd gecoördineerd tussen de ZIBO en de nieuw op te richten Provinciale administratie- en registratiecompagnieën van het GCK, waarmee de liaisondetachementen werden opgeheven. Deze ontwikkelingen betekenden een laatste stap in de integratie tussen civiele en militaire geneeskunde.

## **Balans**

Met de genoemde wijzigingen kwam een einde aan een ambtelijke discussie over de herstructurering van de geneeskundige dienst die ruim twee decennia had geduurd. Ingegeven door het motto 'kwaliteit ten koste van kwantiteit' was het nieuwe systeem kleiner en goedkoper, dat laatste vooral door de opheffing van de parate militaire hospitalen. In een positieve bewoording heette dat "afslanking", maar in feite was "de capaciteit van de behandel functie in vredes- en oorlogstijd (...) aanzienlijk teruggeschoefd".<sup>755</sup> Deze taak lag voortaan bij de ziekenhuizen. Wel wezen militaire deskundigen er terecht op dat er de nodige kwaliteitsverbeteringen in de gewondenzorg hadden plaatsgevonden. Concreet ging het om de herstructurering van de geneeskundige dienst van het legerkorps en de invoering van de 'systeemeisen' (zie hoofdstuk 2). Hierdoor werkte de geneeskundige afvoerketen in theorie sneller en doelmatiger, waardoor de overlevingskansen van de individuele

---

<sup>755</sup> G.S.D. Zaalberg, 'Militair Geneeskundige Dienst 175 jaar', *Militaire Spectator* 158:10 (1989) 495.

patiënt waren toegenomen, onder conventionele omstandigheden welteverstaan. Door verbetering van het transport konden tegen het einde van de jaren tachtig meer dan tweeduizend patiënten per 24 uur naar Nederland worden afgevoerd.<sup>756</sup> Intussen waren ook de materiële achterstanden grotendeels ongedaan gemaakt. Het chirurgisch instrumentarium was waar nodig vervangen en nieuwe ambulances deden hun intrede.

Waar de oorlogsorganisatie van de MGD nog kon rekenen op aandacht en voorstellen tot verbetering, kenmerkte de ZIBO zich door een gebrek aan progressie. Dat kwam vooral doordat de in de jaren vijftig en zestig opgebouwde organisatie haar politieke draagvlak verloor. Zo klonk het zuiver organisatorisch argument dat een verdere materiële uitbreiding weinig zinvol was omdat er onvoldoende medisch personeel beschikbaar was om een nog grotere organisatie te bestieren. Een economisch argument was dat het reeds aangeschafte materiaal in opslagplaatsen lag te verstoffen, zonder dat het ooit iets opleverde. Vanuit veiligheidsperspectief was het bovendien onwaarschijnlijk dat het materiaal ooit zou worden gebruikt - sterker nog, het gehele beleid was erop gericht om te voorkomen dat het materiaal ooit nodig zou zijn. Er kwam dan ook nagenoeg geen politieke druk van de bondgenoten om de ZIBO *up to date* te houden. De afschrikkingsstrategie was er immers nauwelijks van afhankelijk. Zo werd civiele verdediging vanaf de jaren zeventig gezien als een bezuinigingspost.

Eind jaren zeventig ontstonden nog kortstondig plannen om de gehele civiele verdediging nieuw leven in te blazen, maar de financiering ervan kwam nauwelijks van de grond, ook niet toen de begroting voor Binnenlandse Zaken in 1979 de civiele verdediging bestempelde als “wezenlijk onderdeel van het regeringsbeleid”.<sup>757</sup> Dit betekende ook dat de regering geen grote investeringen meer deed in medische oorlogsvoorbereidingen. Vanaf 1986 leek het zelfs twijfelachtig of het bestaande aantal noodbedden kon worden gehandhaafd met het oog op het beddenreductie-beleid van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. “Desgevraagd verklaarde de bewindsvrouw [van genoemd ministerie] dat thans niet valt te zeggen of binnen het budget van de civiele verdediging de middelen zullen moeten worden gevonden om ziekenhuizen, die in buitengewone omstandigheden zullen moeten functioneren, overeind te houden.”<sup>758</sup> Nieuwe studies moesten uitwijzen op welke manier de regering kon blijven voldoen aan de vastgestelde NAVO-richtlijnen waarop de civiele verdedigingsvoorbereiding in Nederland zich de komende jaren moest concentreren.<sup>759</sup> Het einde van de Koude Oorlog maakte echter vroegtijdig een einde aan die noodzaak.

---

<sup>756</sup> Feijen, ‘Herstructurering geneeskundige dienst’, 312.

<sup>757</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* 282.

<sup>758</sup> HTK, vergaderjaar 1986-1987, 19 963, nr. 3, pagina 12.

<sup>759</sup> *Ibidem*, 27.

In vergelijking met de ZIBO, die uiteindelijk in de bureaulade belandde, beschikte de MGD over meer daadkracht. Militair-geneeskundigen hadden eveneens te maken met een relatief lage politieke prioriteit, maar hun reorganisatie- en verbeteringsplannen vonden na een langdurig proces wel doorgang. Ook mocht de organisatie geleidelijk en in beperkte mate nieuw materieel verwelkomen. Verder bleven officieren wijzen op het belang van civiel-militaire oefeningen, die zij voortdurend onderwierpen aan kritische beschouwingen. De soms haperende communicatie tussen de civiele en militaire functionarissen bleef een heikel punt. Die kritiek moet worden opgevat als een teken dat de betrokkenen daadwerkelijk geloofden dat het, zelfs met een beperkt budget, noodzakelijk was om zoveel mogelijk voorbereidende oorlogsmaatregelen te treffen. Die leidden nooit tot tevredenheid, zo blijkt uit de militaire vaktijdschriften, maar iets doen was beter dan niets doen; zo werd gezegd.

### **Conclusie**

Al vroeg in de Koude Oorlog voorzagen de militaire en civiele autoriteiten dat de volgende oorlog – mocht die onverhoopt uitbreken – vernietiging op ongekeerde schaal zou veroorzaken. In dat scenario moesten hulpverleners rekening houden met een grote toestroom van gewonde militairen en burgers. Aangezien de MGD niet alle patiënten in eigen hospitalen kon onderbrengen, was de dienst afhankelijk van de medische capaciteit in burgerziekenhuizen. Met de toenemende verliesverwachtingen als gevolg van de kernwapendreiging werd echter al snel duidelijk dat ook de civiele medische capaciteit ontoereikend was voor de opvang van alle gewonden in een atoomoorlog. De autoriteiten gaven in besloten kring toe dat er bij dat scenario nooit kon worden gezorgd voor voldoende bedden voor alle gewonde burgers en militairen, laat staan dat er voldoende deskundige handen voor die bedden beschikbaar zouden zijn.

Desondanks hielden de betrokkenen vol dat plotselinge pieken in het aantal oorlogsgewonden moesten worden opgevangen door improvisatie en verdergaande civiel-militaire samenwerking. Vanuit deze gedachte ontstonden eind jaren vijftig civiel-militaire overlegorganen en draaiboeken voor het ziekenhuiswezen in oorlogstijd. Het Korps Mobiele Colonne zou tijdens rampsituaties in de Nationale Sector ondersteuning bieden aan de Bescherming Bevolking. Halverwege de jaren zestig sloten de gewestelijke hospitalen hun deuren, waarna het beschikbare materiaal ter beschikking kwam van het nationale ziekenhuispotentieel in oorlogstijd. Deze maatregelen beoogden de beschikbare medische capaciteit zo goed mogelijk te benutten, maar tegelijk betekende de vervlechting van het militaire en civiele medische domein een grotere afhankelijkheid van de MGD van burgerziekenhuizen.

Het staken van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen was in de ogen van de regering en de betrokken ambtenaren ondenkbaar en onverantwoord. De medische maatregelen moesten vriend en vijand het signaal geven dat Nederland

bijdroeg aan de bondgenootschappelijke verdediging. Zo gezien hadden de maatregelen een psychologische en symbolische betekenis. Maar dat was niet het enige. Medische voorbereidingen konden ook nog altijd praktisch nut hebben in een beperkte oorlog. Dat werd dan ook het uitgangspunt bij de oorlogsvoorbereidingen. De mogelijke inzet van kernwapens bleef daarbij bewust vaag. Zodoende hielden de betrokken functionarissen de moed erin en bleven de geneeskundige voorbereidingen enigszins behapbaar en financieel draagbaar. Beperkte investeringen, sporadische oefeningen en organisatorische verbeteringen moesten de hoop levend houden dat de hulpverlening klaarstond als dat nodig was. We zien hier opnieuw de neiging om de risico's van de Koude Oorlog te beheersen, of op zijn minst dragelijk te maken, door middel van een hoopvol narratief (*desirable future*), dat overigens wel onder invloed van nieuwe technologieën en inzichten werd aangepast.

Niet iedereen ging evenwel mee in deze optimistische gedachte. Wetenschappers, politici en vooral vredesactivisten gingen er van uit dat de oorlog vrijwel zeker nucleair zou zijn. Vanuit die optiek waren de voorbereidingen op een *limited war* ongeloofwaardig en zelfs gevaarlijk, want dat gaf de bevolking onterecht het gevoel dat de overheid de consequenties van een eventuele oorlog kon beheersen. Naarmate de kernwapens van de twee supermachten steeds krachtiger en vooral talrijker werden, daalde in Nederland het maatschappelijk draagvlak voor de oorlogsvoorbereidingen verder. In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat steeds meer medici zich tegen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen uitspraken. Deskundigen onder hen wezen erop dat Nederland niet eens was voorbereid op een conventionele oorlog. De 'ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden' (ZIBO) was een papieren tijger. Vredesactivisten vonden dat de burger daar kennis van moest nemen en zijn politieke conclusies daaraan moest verbinden.

Tegen deze achtergrond bleef het militair-geneeskundig beleid onverstoort gericht op een stapsgewijze verbetering van het bestaande militaire zorgsysteem in oorlogs- en vreedetijd. Kwantiteit moest plaatsmaken voor meer kwaliteit, waarmee een bredere trend binnen de krijgsmacht werd gevolgd. In het teken van doelmatigheid raakten de drie geneeskundige diensten van de krijgsmacht verder geïntegreerd. Met de kostenbesparing die daarvan het resultaat was, konden materiële achterstanden langzaam worden ingelopen. Dankzij een strakkere organisatie en verbeterd materieel was de overlevingskans van gewonden (onder conventionele oorlogsomstandigheden) in theorie groter. Het Ministerie van Defensie besloot om financiële redenen, en mede op aandringen van het Ministerie van Volksgezondheid, om één hoogwaardig militair-geneeskundig centrum te behouden, dat moest dienen om de eerste oorlogsgewonden op te vangen. Dit centrum werd in feite een dependance van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Ogenschijnlijk brandde bij niemand de vraag op de lippen of zulke militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen getalsmatig wel voldoende gewicht in de schaal legden in een eventuele oorlog. Dit zwijgen zal in hoofdstuk 6 verder worden onderzocht.

In 1991 was de doelstelling van de NAVO bereikt. Er kwam een einde aan de Koude Oorlog en daarmee was de MGD onbeproefd gebleven. Er valt natuurlijk te speculeren of het geneeskundig systeem had gefunctioneerd in een 'beperkte oorlog', waarop de voorbereidingen waren afgestemd. Uit dit hoofdstuk is gebleken dat de plannen een vrij abstract karakter hadden. Er waren afspraken op stafniveau, maar op werkniveau werd veel overgelaten aan het improvisatievermogen van de betrokkenen. Door het geringe aantal oefeningen was er geen sprake van routine in essentiële handelingen en procedures. Verder bestonden er de nodige tekorten, niet alleen aan materiële zaken, maar ook aan personeel. Op werkniveau, in de ziekenhuizen, waren er amper praktische voorbereidingen getroffen voor de komst van grote aantallen oorlogsgewonden. Deze mankementen waren bij de betrokken functionarissen bekend. Hierover ontstond nauwelijks maatschappelijke en publieke ophef. In de laatste twee hoofdstukken zal dieper op deze kwestie worden ingegaan.

## Hoofdstuk 5: Naar eer en geweten

“Combat surgeons – young men who must have good hands, a stout heart and not too much philosophy; he is called upon for decision rather than discussion, for action rather than a knowledge of what the best writers think should be done.”<sup>760</sup>

Tijdens de Koude Oorlog waren er genoeg redenen voor militair-geneeskundigen om na te denken over hun taak binnen de krijgsmacht. Officieren-arts en de geneeskundig verzorgers dienden zowel militaire als humanitaire belangen. Kritische geesten vroegen zich dan ook af hoe die twee belangen zich tot elkaar verhielden: waren ze complementair of tegenstrijdig? Met deze vragen sloten zij aan bij een lange traditie. Verschillende generaties geneesheren binnen en buiten de krijgsmacht hadden al geprobeerd om de tweezijdigheid van de militaire geneeskunde, alsook de consequenties ervan, onder woorden te brengen in de vakliteratuur of andere media. Nieuw was dat er vanaf de jaren vijftig een veel groter aantal dienstplichtige artsen met deze klassieke kwestie van de dubbele loyaliteit werd geconfronteerd.

Daarbij kwam de verwachting dat militair-geneeskundigen zich dienden voor te bereiden op een oorlog die mogelijk gevoerd zou worden met chemische, biologische of zelfs nucleaire wapens (NBC-wapens). De dreiging van een vrijwel totale vernietiging bracht het besef dat de invloed van de medicus op het moderne slagveld zeer beperkt was. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe militair-geneeskundigen op dit vooruitzicht reageerden, hoe zij zich tot de oorlogsvoorbereidingen verhielden en hoe die houding kan worden verklaard.

### Militaire en humanitaire belangen

Op dinsdag 12 april 1949 heerste er in de Van Sypesteynkazerne in Utrecht een opperbeste stemming. Op die dag vierde het Depot Geneeskundige Troepen er zijn tachtigjarig bestaan en dat ging vanzelfsprekend gepaard met een lofzang op de “genezerikken”. In het bijzijn van de cgs luitenant-generaal Kruls, werd een herdenkingsplaquette onthuld, gewijd aan majoor J. Blokhuis, die in 1940 commandant was geweest van het depot en tijdens de oorlogsjaren deel had uitgemaakt van een verzetsgroep, wat leidde tot zijn arrestatie en executie door de Duitse bezetter.<sup>761</sup> Militair-geneeskundigen waren geen doorsnee troepen, dat was

---

<sup>760</sup> <http://www.operationalmedicine.org/Library/Manuals/NATO%20EWS/Prologue.html>

NATO Stanag 2068 *Emergency War Surgery* (1959), beter bekend als het “NAVO handboek”.

<sup>761</sup> ‘Korps Geneeskundige Troepen 80 jaar’, *Arnhemse Courant* 16 april 1949.

de boodschap tijdens de plechtigheden. Ook de *Militaire Spectator* beklemtoonde dat: “De vele duizenden geneeskundige soldaten in de tropen verrichtten hun taak met opgewektheid en liefde” want “zij kennen de betekenis en de waarde van hun werk”, schreef de depotcommandant, officier-arts H.M. van der Vegt.<sup>762</sup> Ook enkele jaren later, bij het jubileumfeest van de School Geneeskundige Dienst in 1955 werd de gewondenverzorger op een voetstuk gehesen. Zijn kernwaarden heetten “hulpvaardigheid, offerbereidheid en verantwoordelijkheidsbesef jegens de mannen van onze strijdkrachten.”<sup>763</sup> Deze ‘levende traditie’ werd ook die dag sterk uitgedragen, noteerde de verslaggever van de *Legerkoerier*, het voorlichtingsorgaan van de Koninklijke Landmacht. De militairen lieten zien dat zij onderdeel waren van een “perfecte militaire eenheid, welke slechts het resultaat kan zijn van innerlijke bezieling en van geloof in de grootheid van de te vervullen taak”.<sup>764</sup>

De gezwollen taal van de ceremoniemeesters deed even vergeten dat er nogal wat meningsverschillen bestonden over het wezen van de MGD. Volgens Van der Vegt kende zijn vak zeker militaire elementen, maar hij benadrukte ook “de beschavende invloed van een goede geneeskundige verzorging” in oorlogstijd.<sup>765</sup> Tevens zag hij het als zijn plicht om zorg te dragen voor het lichamelijk en geestelijk welzijn van de militair, opdat militairen konden worden behoed voor “morele verwildering.”<sup>766</sup> De opvatting van zijn collega officier-arts H.M.J. Kiviet was echter van alle humanitaire franje ontdaan. In 1949 schreef hij:

“Het mag voor velen teleurstellend zijn, dat de taak van de geneeskundige dienst van ethische, humanitaire schillen is ontdaan, en dat de moderne oorlogvoering niets meer en minder eist dan de naakte, kale pit. (...) Zij die het meest lijden, zij die het zwaarst getroffen zijn, behoren het laatst te worden geholpen. Hoe minder kans op herstel, hoe groter de kans dat de getroffene van geen waarde meer is voor de voortzetting van de oorlog.”<sup>767</sup>

Het was een aantal critici opgevallen dat de militaire taak van de officier-arts steeds meer de overhand leek te krijgen en dat lokte verschillende reacties uit. Dienstplichtige jongemannen uit de doopsgezinde gemeenschap, die het dragen van wapens principieel afkeurden, waren tot dan toe bereid geweest om hun dienstplicht te vervullen als zieken- of gewondenverzorger, maar de nadrukkelijke voorstelling van de MGD als wapen in de strijd zorgde voor gewetensvragen.

---

<sup>762</sup> H.M. van der Vegt, ‘De betekenis en de waarde van de geneeskundige dienst’, *Militaire Spectator* 118:4 (april 1949) 215.

<sup>763</sup> ‘School Geneeskundige Dienst vierde feest’, *Legerkoerier* 5-8, (augustus 1955) 13.

<sup>764</sup> Ibidem.

<sup>765</sup> Van der Vegt, ‘De betekenis’, 214.

<sup>766</sup> Ibidem.

<sup>767</sup> H.M.J. Kiviet, ‘De opleiding van het Militair Geneeskundig Personeel’, *Militaire Spectator* 118:4 (1949) 216.

Dominee C.F. Bruswitz was blij dat de *Militaire Spectator* “ons de ware aard van de mil. gen. dienst. eens duidelijk uit de doeken heeft gedaan” en dat er was afgerekend “met de gedachte, die nog al te veel heerst, dat het hier betreft humanitair menslievend werk”.<sup>768</sup> De doopsgezinde dienstweigeraar Cor Inja onderbouwde in 1953 zijn antimilitaristische houding met het argument dat het individuele geweten van de dienstplichtige op een bepaald ogenblik ondergeschikt moet worden gemaakt aan het belang van de militaire organisatie. Dat gold heel nadrukkelijk voor de officier-arts, die door zijn officierseed trouw had afgelegd aan de koningin, die volgens hem prevaleerde boven “liefde voor patiënten”.<sup>769</sup> De opvattingen van dominee T.O. Hylkema sloten daarbij aan: “De uitingen, die wij reeds in vreedstijd horen, dat menslievendheid in deze dienst niet mag leiden, ja moet worden uitgeschakeld, (...) maken het zeker, dat in oorlogstijd als de gemoederen verhit zijn, het onmogelijk zou zijn om in de geest die een door Christus Woord Geleid geweten ons voorschrijft, bij de Geneeskundige troepen te dienen.”<sup>770</sup>

Er klonken ook niet-religieuze bezwaren tegen de tegenstrijdigheid van militaire en humanitaire belangen, vooral in *Medisch Contact*. Dat was en is een geneeskundig vaktijdschrift dat zijn wortels heeft in het Nederlandse artsenverzet tijdens de Tweede Wereldoorlog en waarin een kritisch tegengeluid over tal van medische kwesties kan worden gelezen. In dat blad stelde de arts A.J.P. Borstlap, die als officier van gezondheid had gediend bij het Koninklijk Nederlands Indisch Leger (KNIL) ten tijde van de Japanse invasie van Nederlands-Indië, in 1950 dat het zaak was om de militaire en medische taken zoveel mogelijk te scheiden, want dat zou de “janusfiguur” voor een belangrijk deel opheffen.<sup>771</sup> Hij stelde voor de omvang van de MGD te beperken tot het verlenen van eerste hulp en het verzamelen van gewonden. De verdere afvoer en behandeling zou dan worden overgenomen door het in capaciteit versterkte Nederlandse Rode Kruis. Deze organisatie kende volgens hem geen militair belang en moest dat ook nadrukkelijk uitdragen met onder meer witte uniformen. De reserveofficier-arts G.O.M. Dutilh omschreef de tegenstrijdigheid van de militaire geneeskunde in 1953 met gevoel voor drama: “de wereld van de geneeskunst tracht het leven van de mensheid te beschermen, door de dood te bestrijden” terwijl “de militaire wereld tracht het leven van de mensheid te beschermen, door vernietiging van leven, door de dood.”<sup>772</sup> De pacifistische arts E.E. Meursing ging nog verder.<sup>773</sup> Al tijdens het interbellum had hij zich herhaaldelijk uitgesproken tegen de MGD, want volgens hem werd een arts in militaire dienst

---

<sup>768</sup> Het citaat van de dominee staat in: C. Inja, *De gewetensbezwaarde tegen de militaire dienst en de geneeskundige troepen* (Middelburg 1953) 6.

<sup>769</sup> Ibidem, 8.

<sup>770</sup> Ibidem.

<sup>771</sup> A.J.P. Borstlap, ‘Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis’, *Medisch Contact* (28 december 1950) 1021.

<sup>772</sup> G.O.M. Dutilh, ‘Over de Arts in Militaire Dienst’, *Medisch Contact* 8:2 (8 januari 1953) 22.

<sup>773</sup> Zie verder: Leo van Bergen, *Internationaal zijn of niet zijn: dat is de keuze. E.E. Meursing: arts pro en contra “het” Rode Kruis* (Nijmegen 1990).



gebruikt “als instrument in de oorlogsvoorbereiding en in de oorlogsvoering” en stond daarmee “gelijk met den fabrikant van munitie”.<sup>774</sup> In 1957 opperde hij in *Medisch Contact* om de militair-geneeskundigen als beroepsgroep uit de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KMG) te weren vanwege hun “inhumane werk”.<sup>775</sup>

De critici konden rekenen op een stevig weerwoord. Reserve-eerste luitenant-arts J.B. Gortemulder noemde het voorstel om legerartsen buiten de KMG te houden “absurd” – de militairen mochten niet op één hoop worden gegooid met “ernstige delinquenten”.<sup>776</sup> Het tegendeel was waar, vond de legeraalmoezenier kapitein A.Th. Buters, die legerartsen omschreef als “een zeer grote groep medici die enorme diensten bewijzen aan onze samenleving”. In zijn ogen hadden zij het volste recht op beroepsbescherming binnen de KMG. De eerdergenoemde Van der Vegt schreef in 1957 dat de militaire geneeskunde geen enkele rol had bij het veroorzaken van leed. Integendeel, haar taak was het verzachten en voorkomen van het leed bij strijders van beide zijden.<sup>777</sup> De eveneens al genoemde IGDKL dr. Wilkens vond de tweeslachtigheid van de militaire geneeskunde louter theoretisch. Het ging om de praktijk, ofwel ervoor zorgen dat de zieken en gewonden in oorlogstijd de meest doeltreffende behandeling kregen. En een goed functionerende medische dienst vereiste in zijn ogen nu eenmaal een militaire bevelsstructuur.<sup>778</sup> In 1957 verklaarde de redactie van *Medisch Contact* de discussie voor gesloten, maar fundamentele verschillen van inzicht bleven bestaan.

Opvallend is hoezeer de Tweede Wereldoorlog fungeerde als toetssteen voor ethisch denken en handelen. Van der Vegt memoreerde: “In de bezettingstijd heeft de artsenstand in Nederland aangetoond hoe goed het mogelijk is om de plichten van de geneeskundige te plaatsen in het kader van de nationale plicht.”<sup>779</sup> Daarbij diende de medische verantwoordelijkheid altijd voor te gaan, want “een arts die tegen zijn beroepspllicht zondigt is misschien trouw aan zijn meerdere maar niet aan de wetten” en zodoende “op weg naar de galg van Nürnberg!”<sup>780</sup> Het oorlogsverleden was vermoedelijk ook van invloed op het standpunt van de critici. De doopsgezinde Cor Inja sprak zich niet expliciet uit over de bezetting, maar het staat vast dat hij in de oorlogsjaren samen met zijn vrouw had moeten onderduiken

---

<sup>774</sup> L. van Bergen, ‘Preventie boven genezing. Een korte geschiedenis van het medisch vredesstreven’ in: Leo van Bergen, Marianne Begemann, Hans van Iterson, *50 jaar NVMP: een digizine* (z.p. 2021) 10. <https://www.nvmp.org/wp-content/uploads/2019/10/DIGIZINE.pdf>

<sup>775</sup> E.E. Meursing, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:11 (maart 1957) 176.

<sup>776</sup> J.B. Gortemulder, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:16 (april 1957) 276.

<sup>777</sup> H.M. van der Vegt, ‘Medische ethiek en militaire dienst’, *Medisch Contact* 12:1 (april 1957) 240-241. Dit artikel volgde de strekking van zijn artikel uit 1949, waarin hij betoogde dat de militaire geneeskunde een “beschavende invloed” had.

<sup>778</sup> J.Th. Wilkens, ‘Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis’, *Medisch Contact* 6 (15 februari 1951) 121.

<sup>779</sup> Van der Vegt, ‘Medische ethiek’, 241.

<sup>780</sup> Ibidem.

omdat zij Joods was, terwijl de antimilitarist Meursing Joden had helpen onderduiken.<sup>781</sup>

Iedereen wilde de vrede handhaven, maar de meningen verschilden over de juiste aanpak. Inja en Meursing bepleitten algemene ontwapening, maar dat streven werd door tegenstanders gezien als naïef omdat zij de intenties van de Sovjet-Unie wantrouwden. Ontwapening zou zelfs kunnen leiden tot diplomatieke chantage of zelfs een Sovjetbezetting, zoals ook in centraal en Oost-Europa gebeurde. Met cynische ondertoon wenste officier-arts Gortemulder “van ganser harte” dat het Meursing “mocht lukken wat tot dusver niemand is gelukt, namelijk het scheppen van een samenleving waarin oorlog en oorlogsdreiging onbekende begrippen zullen zijn en gewapende machten geen enkele reden van bestaan meer zullen hebben”.<sup>782</sup> De meerderheid van de Nederlanders was voorstander van een weerbare samenleving en het bestaansrecht van de krijgsmacht stond buiten kijf.<sup>783</sup> Kortom, het bestaansrecht van de krijgsmacht stond niet ter discussie en de ‘tweeslachtigheid’ van de woordkoppeling militair-geneeskundige werd door weinigen als problematisch gezien.

### **Triage**

Gelijktijdig, maar los van de discussie over het wezen van de militaire geneeskunde, begonnen enkele officieren-arts de medische problematiek van atoomwapens te bestuderen. Sommigen van hen begrepen al in 1946 dat hun taak onder nucleaire omstandigheden bijzonder ingewikkeld was.<sup>784</sup> Nu liepen gewondenverzorgers altijd al grote risico's, maar het verzamelen van gewonden na een atoomaanval moest plaatsvinden in moeilijk begaanbaar en radioactief besmet gebied, dat mogelijk ook nog onder vijandelijk vuur lag. Voor de reddingsteams was dat een optelsom van grote gevaren. Dit scenario confronteerde de plaatselijke commandanten met morele vragen. Mochten zij reddingsteams bevelen het rampgebied in te gaan, of moest die taak worden overlaten aan groepen vrijwilligers? Was het aanvaardbaar hulpverlenende militairen bloot te stellen aan een stralingsdosis die mogelijk schadelijke gevolgen had op de langere termijn? Het voorschrift *Atoombescherming voor de Officier Geneeskundige Dienst* uit 1953 bood weinig houvast: het stelde een veilige dosis vast, die in bepaalde gevallen voor korte duur mocht worden verhoogd als “een beoogd doel per sé bereikt moet worden”. Wat de criteria voor verhoging van de dosis waren, liet het voorschrift over aan de

---

<sup>781</sup> Meursing zweeg over zijn hulp aan joodse onderduikers, zie: [http://stolpersteine-dordrecht.nl/het\\_voorbije\\_joodse\\_dordrecht\\_eppo\\_meursing.html](http://stolpersteine-dordrecht.nl/het_voorbije_joodse_dordrecht_eppo_meursing.html)

<sup>782</sup> Gortemulder, ‘Medische ethiek’, 276.

<sup>783</sup> Van der Boom, ‘Oorlogsangst’, 7-33.

<sup>784</sup> D. den Hoed, ‘Biologische aspecten van de werking der atoombom’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTG) 90-1 3/4 (Januari 1946). In 1946 maakte de chef van de geneeskundige dienst van de US Navy het eerste medische rapport naar aanleiding van Hiroshima en Nagasaki openbaar., zie ook: J.J. van Loghem, ‘De Atoombom’, *NTG* 90-19 (11 mei 1946) 417.

commandant ter plaatse, maar het waarschuwde er wel voor dat deze verhoging slechts eenmalig kon worden toegelaten omdat het risico op stralingsziekte anders te groot werd.<sup>785</sup>

Behalve de problemen bij de redding van de gewonden uit het rampgebied, zou de plotselinge toestroom van buitengewoon veel gewonden de geneeskundige hulpverlening op alle niveaus onder hoge druk zetten. Op de hulpposten, verzamel- en verbandplaatsen was snelheid van handelen essentieel om opstoppingen te voorkomen. Maar het was allesbehalve eenvoudig om de patiënten zo spoedig mogelijk naar hospitalen in het achtergebied te transporteren. Zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde is geweest, vormden beperkte transportmogelijkheden, moeilijk begaanbaar terrein en grote afstanden extra belemmeringen binnen het proces van de geneeskundige afvoer. Hoewel men in principe alle gewonden zo goed mogelijk wilde behandelen, moest er vanwege de beperkte transportmogelijkheden bij voorbaat een keuze worden gemaakt wie er wel en niet in aanmerking kwam voor evacuatie, én in welke volgorde.<sup>786</sup> In de praktijk betekende triage dat artsen op de bataljonshulpposten een onderscheid moesten maken tussen de lichtgewonden, die na beperkte hulp van de arts konden terugkeren naar hun eenheid, de ernstigere gevallen, alsook de hopeloze gevallen. De laatste groep mocht geen beslag leggen op de beperkte transportcapaciteit. De ernstige gevallen met een reële overlevingskans kwamen zodoende als eerste in aanmerking om te evacueren.

Tijdens het gewondentransport waren er nauwelijks behandel- mogelijkheden.<sup>787</sup> Ervan uitgaande dat de gewonde levend aankwam op de plaats waar de ernstige gevallen konden worden behandeld, dan volgde opnieuw een inschatting van zijn medische toestand. De meest ervaren chirurg keek daarbij naar de vereiste medische ingrepen die ter plaatse konden worden verricht. De urgentie bepaalde in welke volgorde de binnengekomen patiënten onder het mes kwamen. Volgens het beproefde systeem, dat door het Britse leger tijdens de Tweede Wereld- oorlog was gehanteerd en was vernoemd naar de legerarts Ogilvie, kregen de patiënten met het grootste levensgevaar voorrang (Tabel 8). Minder acuut, maar wel spoedeisend, waren de patiënten die een verhoogd risico hadden op infectie. De derde categorie traumaverwondingen betrof lichaamsdelen met een goede doorbloeding, waardoor de operatie tot 72 uur kon worden uitgesteld. De laatste categorie patiënten vereiste wel chirurgische behandeling, maar die kon zonder gevaar langer worden uitgesteld.<sup>788</sup> Dit systeem moest de overlevingskansen van zoveel mogelijk patiënten bevorderen.

---

<sup>785</sup> VS 3310. *Handleiding atoombescherming*, 93.

<sup>786</sup> Bernd Domres, Michael Koch, Andreas Manger and Horst D. Becker, 'Ethics and Triage', *Prehospital and Disaster Medicine* 16:1 (2001) 53-58.

<sup>787</sup> H. Stigter en M. B. Bloch, 'Helikopters, Militair Geneeskundige Dienst en.... tactiek', *Militaire Spectator* 126:4 (1957) 177.

<sup>788</sup> Deze classificatie was vastgelegd in W.H. Ogilvie, *Forward surgery in modern war* (Londen 1944) en in 1950 overgenomen door J.K.W. Neuberger in het door hem samengestelde *Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie*

**Tabel 8: Triage.**

Urgentie I	Slagaderlijke bloedingen, afgerukte of verbrijzelde ledematen, asfyxie (zuurstofnood), buik-, bekken en urogenitaalverwondingen, thoraco-abdominale letsels, (dreigend) gasgangreen, tweede en derdegraads verbandingen van meer dan 20 procent lichaamsoppervlak, ernstige oogverwondingen, ernstige handverwondingen
Urgentie II	Schotfracturen, gewrichtsverwondingen, grote spierwonden, niet-levensbedreigende thoraxverwondingen, overige derdegraads verbrandingen, tweedegraads verbrandingen tussen 10 en 20 procent
Urgentie III	Schedelverwondingen zonder hersenletsel, wervelverwondingen, gelaats- en halsverwondingen, niet-perforerende oogverwondingen
Urgentie IV	Oppervlakkige verwondingen, gesloten fracturen kleine botten, tweedegraads verbrandingen, luxaties (ontwrichtingen)

Het beproefde systeem van Ogilvie was onder nucleaire omstandigheden echter onhoudbaar, omdat een atoomaanval niet alleen buitengewoon veel, maar ook een ander soort verwondingen te zien gaf. In 1951 wezen deskundigen al op het grote aantal stralingszieken en verbrandingsgevallen na een atoomexplosie, van wie velen er slecht aan toe zouden zijn. Ook kon men patiënten verwachten met *combined injuries*, dat wil zeggen letsel ten gevolge van straling, hitte, *blast* en/of (conventionele) projectielen. Dit schrikbeeld noopte enkele officieren erop te wijzen dat de artsen zich in eerste instantie moesten concentreren op de patiënten met de beste kansen op herstel.<sup>789</sup> Daartoe hadden zij een nieuw pre-triagesysteem opgesteld, waarbij de officier-arts op de verbandplaats een onderscheid moest maken in (1) conventionele gewonden; (2) conventionele gewonden gecompliceerd door stralingsziekte; (3) zuiver stralingszieken, waarbij men aannam dat wie had blootgestaan aan minder dan 100 röntgen “praktisch niet ziek” werd, en dus niet naar het achtergelegen gebied mocht worden getransporteerd; (4) gevallen van verbranding, waarbij de aard en uitgebreidheid van de verbranding bepalend waren voor de urgentie van behandeling en/of afvoer; (5) Gevallen met gecombineerd letsel, zoals verbranding en verwonding naast elkaar, eveneens zo mogelijk weer onder te verdelen in een groep ongecompliceerd en een groep gecompliceerd door stralingsziekte.

---

(eerste druk 1952). Geraadpleegd is *Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie* (derde druk; 1957) 12-13. Deze classificatie werd in 1959 door een NAVO-standaard vervangen.

<sup>789</sup> Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 92.

Het valt zeer te betwijfelen of officieren-arts geloofden dat dit ingewikkelde schema in de praktijk effectief kon worden toegepast door jonge en onervaren eerste-luitenant-artsen, die bovendien geen diepgaande kennis hadden van de effecten van nucleaire wapens. Om duidelijkheid te verschaffen introduceerde de NAVO in 1958 een vereenvoudigd systeem van triage, waarbij men in rampomstandigheden uitging van vier urgentieklassen: *T1 (immediate treatment)*, ofwel patiënten met levensbedreigende verwondingen die met beperkte medische ingrepen een goede overlevingskans hebben; binnen de categorie *T2 (delayed treatment)* vallen ernstig gewonde personen wier behandeling tot zes uur kan worden uitgesteld; *T3 (minimal treatment)*, de lichtgewonden, die door leken kunnen worden behandeld. In groep *T4 expectant treatment* vallen de slachtoffers die noodgedwongen terzijde moesten worden gelegd. Het ging om stervenden of slachtoffers van wie de overlevingskans zelfs in gunstige omstandigheden klein werd geacht, bijvoorbeeld omdat de ademhaling of bloedcirculatie niet op gang gebracht konden worden, bloedingen niet gestopt konden worden of shock niet bestreden kon worden. Kortom, dit schema dwong medici hun aandacht te richten op de eerste twee categorieën en bleef op hoofdlijnen tot het einde van de Koude Oorlog van kracht.<sup>790</sup>

Radioactief besmette patiënten waren echter nauwelijks volgens het bovenstaande schema te sorteren omdat hun letsel zich niet onmiddellijk openbaarde. Als oplossing werd daarom voorgesteld dat de triage-arts kon beschikken over een dosimeter, waarna de gewonden konden worden ondergebracht in een 'schoon' of 'besmet' gedeelte van een verbandplaats of doorvoerhospitaal. Dat zou de verdere behandeling vereenvoudigen, zo werd verondersteld. Veel medische hulp hoefden de radioactief besmette patiënten overigens niet te verwachten. Zoals eerder beschreven was de enige bekende therapie van stralingsziekte uitermate tijdrovend en vergde bovendien dure en schaarse middelen zoals bloed, bloedplasma, antibiotica en speciale diëten. Hierdoor kon deze behandeling alleen worden gegeven aan de slachtoffers die er nog bij gebaat waren en niet aan hen die een vermoedelijk dodelijke dosis straling hadden ondergaan (en zelfs dan was het nog de vraag of zulke hulpverlening überhaupt kon worden opgebracht onder nucleaire omstandigheden). Ook de stralingszieken die verder geen verwondingen hadden, kregen een lage prioriteit van behandeling. Zij mochten de werkzaamheden op de verbandplaats niet belemmeren.<sup>791</sup> Veel stralingszieken waren impliciet ten dode opgeschreven.

---

<sup>790</sup> Dit schema stond bekend onder de naam STANAG (*standard agreement*) 2879, dat in aangepaste vorm nog steeds bestaat. De eerste versie stond afgedrukt in: *Emergency War Surgery: U.S. Armed Forces Issue of NATO Handbook Prepared for Use by the Medical Services of NATO Nations* (Washington, DC 1958). Zie ook: Jennifer Leaning, 'Burn and Blast Casualties: Triage in Nuclear War' in: Frederic Solomon en Robert Q. Marston eds., *The Medical Implications of Nuclear War* (Washington, DC 1986) 251-283.

<sup>791</sup> Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 92.

Het macabere vooruitzicht van een atoomoorlog betekende een forse stap terug voor de militair-geneeskundige professie. Tot dan toe was het de betrokkenen in elke (conventionele) oorlog steeds weer gelukt om het aantal sterfgevallen onder de gewonden te reduceren. Nu diende men rekening te houden met een groot aantal "hopeloze gevallen", wier lijden men alleen kon proberen te verzachten, zo schreef de officier van gezondheid Ephraïm in 1951.<sup>792</sup> Duidelijk was dat medische interventie zinloos was en de dood onherroepelijk zou optreden. Sedatie was het enige dat restte. Daarbij drong zich de vraag op welke stervensbegeleiding er mogelijk was en wie daarvoor verantwoordelijk was, de medicus of de geestelijk verzorger. Tijdens een internationaal militair-geneeskundig congres in 1955 had een van de sprekers de moed om zulke ongemakkelijke vragen op te werpen:

"The question of euthanasia seems really a precarious one – this is a problem indeed in which the opinions of the doctors of the various countries will differ according to religion, tradition, and national character! Should it be forbidden to ease the pains of a dying man by a morphium-injection, if this injection might abbreviate his life by a couple of minutes? Should a medical officer, isolated on the battlefield and knowing that it will be impossible to evacuate his patients timely for life-saving operation, be forbidden to use "methods which from a point of view of compassion, have the effect of provoking a painless and quiet death"?"<sup>793</sup>

Hij liet de beantwoording van de vraag over aan de individuele officier-arts, die zich naast zijn verantwoordelijkheid als dokter moest laten leiden door zijn begrip van de situatie en het medeleven met zijn kameraden. "The mission of the doctor – thank God – is not only to diagnose and treat diseases, but also to ease pains. He needs knowledge and humanitarian feelings."<sup>794</sup>

Triage onder nucleaire omstandigheden vroeg de arts nog meer emotionele afstand te nemen tot zijn patiënten. Zijn medische expertise haalde in veel gevallen immers weinig uit, de mortaliteit onder gewonden was naar verwachting bijzonder hoog. Het triageschema in een atoomoorlog dwong artsen – nog meer dan in een conventionele oorlog – tot rigoureuze, of beter gezegd, onbarmhartige keuzes. Zwaargewonden moesten, ten gunste van patiënten met een grotere overlevingskans, te sterven worden gelegd, zo mogelijk met pijnstillende middelen. In een werkelijk nucleair scenario zou die gedwongen hardheid en machteloosheid bij artsen zonder twijfel hebben geleid tot verbittering, gevoelloosheid, totale apathie

---

<sup>792</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 245. A.B.C. Commissie, Subcommissie 1, confidentieel no. 7. Persoonlijke dosimeters. Sleen 14-3-1951, aldaar pagina 3.

<sup>793</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 431. Verslag van congres Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires. Gehouden in Istanbul, september 1955.

<sup>794</sup> Ibidem..

of een zenuwzinking. Liet de morele dimensie van een atoomoorlog nog wel ruimte voor “humanitarian feelings”?

### **Een discussie binnenskamers**

De medisch-ethische vragen naar aanleiding van triage en euthanasie vroegen zeker om een reactie, maar terwijl er bijvoorbeeld in de Verenigde Staten al artikelen over dit onderwerp waren verschenen,<sup>795</sup> bleef het in de Nederlandse militaire maar ook medische vakbladen stil rond dit thema.<sup>796</sup> In 1952 schreef Van der Vegt dat geneeskundige tijdschriften en verenigingen een ontstellend gebrek aan belangstelling toonden voor de medisch-ethische problemen die zich konden voordoen in een atomaire, biologische en chemische oorlog.<sup>797</sup> Zijn alarmering had weinig resultaat en dat is op zich niet erg verrassend. Historici hebben al eerder gesignaleerd dat er binnen de krijgsmacht weinig aandacht was voor de humanitaire overwegingen op het gebied van de inzet van kernwapens.<sup>798</sup> Een gangbare verklaring hiervoor is dat militairen dat onderwerp beschouwden als een politiek vraagstuk, waarop zij geen invloed hadden. Volgens die redenering waren militairen slechts uitvoerders van democratische besluiten. Het gebrek aan discussie over de medisch-ethische gevolgen van de vijandelijke inzet van kernwapens vraagt echter om andere, of in elk geval aanvullende, verklaringen. De kwesties van triage en hulpverlening na een atoomaanval wierpen immers vragen op die specifiek binnen het medisch domein vielen.

Een algemene verklaring voor het ontbreken van openbare discussie, is dat de medische omgangscode met zieken en stervenden in Nederland in de jaren vijftig nog afstandelijk en formeel was.<sup>799</sup> In die periode, en ook nog daarna, bleven onderwerpen als euthanasie en palliatieve sedatie gevoelig en onbesproken. De discussie daarover kwam voor het eerst los vanaf 1969, naar aanleiding van het boek *Medische macht en medische ethiek* van de zenuwarts J.H. van den Berg. Het boek verscheen niet toevallig in een periode waarin de plaats van de arts in de maatschappij steeds meer aandacht kreeg.<sup>800</sup>

---

<sup>795</sup> C.M. Mayer, ‘The Hippocratic Oath, the Pledge of Geneva, and ABC warfare’, *The military surgeon: journal of the Association of Military Surgeons of the United States* 111-5 (mei 1952) 369-370.

<sup>796</sup> Zelfs in het vaak kritische *Medisch Contact* bestond in de jaren vijftig en zestig nog niet echt een discussie over dit thema.

<sup>797</sup> H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34<sup>e</sup> jaargang (1953) 303.

<sup>798</sup> Janssen, ‘De geloofwaardigheid’, 206-224; P.B.R. de Geus, *Staatsbelang en krijgsmacht: de Nederlandse defensie tijdens de Koude Oorlog* (Den Haag 1998) 103; Starink, ‘De nuclearisering’, 96-98; Hellema, *Nederland in de wereld*, 194-195.

<sup>799</sup> Cas Wouters, ‘Euthanasie in historisch-sociologisch perspectief’ in: Caspar Govaart en Jan Rolies, *Solidariteit met stervenden. Euthanasie: vragen bij een ‘geregelde’ kwestie* (Baarn 1993) 73. Zie ook: H.A.M.J. ten Have, ‘Honderd jaar Gezondheidsraad. V. Ethisch-maatschappelijke vraagstukken’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146:41 (12 oktober 2002) 1947-1951.

<sup>800</sup> J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek* (Nijkerk 1969).

Een meer specifieke reden voor het gebrek aan ethische debatten over de medische aspecten van kernwapens, is dat het onderwerp slechts werd bestudeerd door een klein gezelschap van hoofdzakelijk beroepsofficieren-arts. Zij kenden de problematiek die voortvloeide uit triage, maar waren minder geneigd om twijfel te zaaien over de opdracht van de MGD en de uitvoerbaarheid daarvan. Tijdens een internationaal congres van militair-geneeskundigen, waren de aanwezigen het erover eens dat de arts de taak had “om in alle omstandigheden hulp te verlenen, deze te organiseren en de nodige studie daartoe te maken”.<sup>801</sup> Verder vonden de meeste beroepsofficieren-arts het bezwaarlijk zich openlijk uit te spreken tegen kernwapens, mochten zij die behoefte al ervaren. Deze wapens vormden namelijk een essentieel onderdeel van de door de NAVO gevoerde afschrikkingsstrategie. Veel beroepsmilitairen vertrouwden op die strategie.<sup>802</sup> En mocht het onverhoopt toch komen tot een oorlog, dan zou de nucleaire drempel wellicht niet snel worden overschreden. Kapitein J. de Lange, een officier die veel artikelen schreef in *Polsslag* en wel “de beste militair van de Geneeskundige troepen” is genoemd,<sup>803</sup> vertrouwde erop “dat bij een eventueel conflict tussen nucleaire machten de politieke autoriteiten het gebruik van kernwapens zullen weten te voorkomen.”<sup>804</sup> Geen weldenkend leider zou een nucleair armageddon willen riskeren.

Voor de jonge dienstplichtige officieren-arts, die een groot deel van de functies binnen de MGD vervulden, was de kernwapenproblematiek tamelijk abstract. Het zal ook niemand verbazen dat een student geneeskunde of een pas afgestudeerd arts meer in beslag werd genomen door zijn dagelijkse werkzaamheden en verdere carrièremogelijkheden dan door lastige vragen over de werking van ioniserende straling op het organisme, of de medisch-ethische consequenties van triage. Het gehanteerde lesmateriaal werkte ook weinig stimulerend. Tijdens het vak ABC-oorlogvoering aan de School Geneeskundige Dienst kregen de cursisten weliswaar elementaire informatie over kernwapens, maar zoals in eerdere hoofdstukken al naar voren kwam, was er amper gelegenheid voor verdieping in dit complexe onderwerp. Aanvullende documentatie bleef vaak oppervlakkig of ontoegankelijk, waardoor de gemiddelde arts zich geen goed beeld kon vormen van de problematiek. De officier-arts F.H.A. Kothe lichtte dat in 1956 toe:

“Noch populaire krantenartikelen, noch wetenschappelijke overzichtsreferaten geven de leek voldoende denkbeeld van de omvang van de wetenschappelijke kennis en arbeid, nodig om de gevaren te onderkennen, en om de geneeskundige hulpverlening te organiseren en te commanderen. Het

---

<sup>801</sup> H.M. van der Vegt, ‘Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst’ in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1952*, 34<sup>e</sup> jaargang (1953) 301.

<sup>802</sup> De Geus, *Staatsbelang*, 103.

<sup>803</sup> Van Bergen, *George Robert Nypels*, 98.

<sup>804</sup> J. de Lange, ‘Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)’, *Polsslag* 7:5 (september 1973) 15.



bijzondere belang der geneeskundigen ligt in hun terugslag op het moreel van man en troep. Dit weegt nu nog te zwaarder, omdat in de atoomoorlog de officier-arts helaas voor de ontzaggelijke verplichting staat om als het ware over leven en dood te beslissen, teneinde voorlopig hen te redden, die redelijkerwijze nog te redden vallen.”<sup>805</sup>

De schrijver leek hier te vergeten dat de arts in conventionele oorlogen evengoed voor dilemma's met betrekking tot het lot van zijn patiënten kon komen te staan. Niettemin had Kothe gelijk als hij bedoelde dat de beschikbare medische aandacht en capaciteit in een atoomoorlog over meer patiënten moesten worden verdeeld, met als gevolg dat een groter aantal van hen van adequate medische hulp verstoken zou blijven. Het belang van triage was daarmee groter dan ooit.

Het onderwerp kwam tijdens de opleiding uiteraard ter sprake. Daarbij hanteerden de experts een vrij zakelijk en eufemistisch taalgebruik, dat niet uitnodigde tot bezinning. Op zich was dat niet nieuw. In de militaire vakliteratuur ging het steevast over de vijand 'uitschakelen' of 'neutraliseren'. Als het ging over atoomwapens, dan werd bijvoorbeeld gesproken van 'buitengewone omstandigheden' en een 'beperkte' kernoorlog. Het NBC-vademecum uit 1967 stelde dat 200 rad gold als maximaal toelaatbare stralingsdosis - alles daarboven stelde een militair "buiten gevecht".<sup>806</sup> Dit taalgebruik maakte het mogelijk om op onpersoonlijke, abstracte, afstandelijke wijze te praten en te schrijven over een hoogst onheilspellend onderwerp. De achterliggende reden was evident. Het stellen van gewetensvragen zaaide alleen maar twijfel die slecht was voor het moreel van de troep.

Om een paniekstemming te voorkomen, werden de effecten van atoomwapens op geruststellende toon beschreven of zelfs gebagatelliseerd, dat is al uit hoofdstuk 2 gebleken. In een artikel in de *Militaire Spectator* stond te lezen dat er voor stralingszieken "in het algemeen" geen eerste hulp aan het front (EHAF) gegeven "behoefde (...) te worden". Zij moesten slechts worden afgevoerd naar een geneeskundige eenheid. Verder waren er volgens de schrijvers in de eerste uren geen stralingszieken te verwachten.<sup>807</sup> Daarmee bedoelden ze eigenlijk te zeggen dat de hulpposten niet onmiddellijk zouden worden overspoeld door bestraalde slachtoffers omdat hun klachten zich pas na enige tijd zouden openbaren.

De nietsvermoedende lezer kan uit het artikel opmaken dat het stralingsletsel niet zo ernstig was, zeker in vergelijking met traumatische conventionele oorlogsverwondingen. Inderdaad was het zo dat het ziektebeeld van de bestraalde patiënt zich geleidelijk ontwikkelde, waardoor de effecten van bestraling kort na de

---

<sup>805</sup> F.H.A. Kothe, 'Opbouw van een geneeskundige dienst', *Militaire Spectator* 125:11 (1956) 503.

<sup>806</sup> NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 433. Verslag van de N.B.C.-conferentie bij Staf 1 LK op 23 mei 1967.

<sup>807</sup> Goldbach en Van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten', 89.

explosie minder goed merkbaar waren. Bovendien waren de langetermijngevolgen van straling nog onbekend. Desalniettemin was al begin jaren vijftig bekend dat artsen, laat staan gewondenverzorgers, niet veel konden doen voor stralingszieken. Opvallend is dat juist die belangrijke conclusie achterwege bleef. Dit kan het beste worden verklaard doordat de legerleiding het moreel niet wilde ondermijnen met dit sombere vooruitzicht. Individuele auteurs waren hier ook van doordrongen en brachten hun opinies versluierd onder woorden.

Het effect van zulke 'geruststellende' informatie op militair-geneeskundigen is moeilijk te achterhalen. Over het algemeen lieten weinig militairen zich kritisch uit, later komt dit nog uitgebreid aan de orde. Aan de andere kant staat wel vast dat burgers zich tijdens de Koude Oorlog niet zo eenvoudig een geruststellend praatje op de mouw lieten spelden. Uit landelijk bevolkingsonderzoek uit de jaren vijftig en zestig bleek dat voorlichting over de civiele verdediging en het overleven van een kernaanval veel scepsis ontmoette onder de bevolking.<sup>808</sup> Een enquête van het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie (NIPPO) uit 1961 schetst een beeld van de meningen over het voorlichtingsmateriaal van de Bescherming Bevolking (BB) in het geval van een atoomaanval. Ongeveer 29 procent van de ondervraagden vond het materiaal waardevol of zelfs zeer nuttig. Maar een groter deel van de respondenten (38 procent) zei het materiaal onzinnig te vinden, vooral omdat er tegen de atoombom toch niets te doen was; omdat de adviezen onuitvoerbaar waren; omdat er onvoldoende schuilgelegenheid was of omdat de adviezen niet concreet genoeg waren. Dan was er ook nog een grote groep burgers die gelaten reageerde: 14 procent antwoordde het materiaal alleen even te hebben ingekeken of helemaal niet gelezen te hebben; 9 procent beschouwde de informatie als bangmakerij; 4 procent zei over het onderwerp geen mening te hebben; 2 procent vond het allemaal wat voorbarig.<sup>809</sup>

Lang niet iedereen leek angstig voor een nieuwe oorlog. Aan het begin van de jaren zestig waren de grote steden in Nederland weliswaar het toneel van diverse demonstraties tegen kernwapens, maar hoe representatief was die groep? *De Telegraaf* stelde in november 1962 (vlak na de Cubacrisis) de vraag of de jeugd bang was voor oorlog. De antwoorden liepen behoorlijk uiteen. Een lezer uit Amsterdam constateerde onder velen een "algemeen fatalisme" en een "uitzichtloze berusting" ten aanzien van de Koude Oorlog. Een Rotterdammer schreef: "Ik ben 33 jaar en ik weet wat oorlog is. Laat de jeugd maar passief blijven en maak er geen zenuwpatiënten van, die altijd in angst zijn." Een tiener hoopte juist op meer betrokkenheid van zijn leeftijdgenoten: "Al hebben wij geen voorstellingsvermogen van de verschrikkingen van de oorlog, wij moeten toch interesse hebben in de

---

<sup>808</sup> Valkenburgh, *Mensen*, 231.

<sup>809</sup> 'BB-folders wekten gemengde gevoelens', *Parool* 20 oktober 1961.

toekomst en niet alles langs ons heen laten gaan. Ik hoop natuurlijk dat de optimisten gelijk krijgen en dat ons een derde wereldoorlog bespaard zal blijven.”<sup>810</sup>

Kijken we naar de houding van artsen, dan ontstaat een even diffuus beeld. Van een kleine groep artsen is bekend dat zij op de hoogte waren van de gevolgen van een kernaanval en daarover een discussie wilden voeren. De eerdergenoemde leraar oorlogschirurgie dr. Brummelkamp en de ex-leraar oorlogschirurgie J.K.W. Neuberger waarschuwden in 1964: “Op grond van onze huidige technische kennis en op grond van hetgeen wij weten van de wijze waarop de mens zich in het verleden heeft gedragen, moeten wij, voorlopig althans, concluderen tot de onontkoombaarheid van een nucleaire oorlog, misschien lokaal misschien totaal.” Volgens hen was het niet aangenaam aan deze mogelijkheid te denken, maar het moest wel.<sup>811</sup> Beide heren probeerden hier mogelijk een discussie aan te zwengelen, maar dit had dan weinig effect. Zoals in het eerste hoofdstuk al is besproken, werd de mogelijkheid van een kernoorlog door auteurs in militaire vakbladen steeds meer vermeden.

Het is niet eenvoudig om die zwijzaamheid te verklaren. Onderschatten zij de medische gevolgen van een oorlog waarin kernwapens werden gebruikt? Of vonden zij de vreselijke medische gevolgen een puur theoretische of politieke aangelegenheid? Zwegen zij uit desinteresse, een verlamdend gevoel van onmacht, of hadden zij vertrouwen in de goede afloop? De antwoorden op deze en andere vragen lagen uiteraard bij de individuele artsen. Slechts enkelen waagden zich aan een algemene observatie over de eigen beroepsgroep. Een Britse arts constateerde in 1958 bij zijn collega's een algemene houding van gelatenheid over een atoomaanval: “Men denkt: ‘dat kan ons nooit gebeuren’, of ‘gebeurt het toch, dan is er niets meer aan te doen’.”<sup>812</sup> Luitenant-kolonel R.J.W. Heslinga, die werkzaam was bij de Generale Staf en tevens doceerde aan de hogere krijgsschool, schreef in 1964 dat er een onbestemd gevoel heerste ten aanzien van kernwapens. Het was een gemoedstoestand die grensde aan bezorgdheid, maar tegelijkertijd ontbrak het “aan ook maar enige emotie bij de discussies over dit onderwerp, de sportresultaten van het laatste weekeinde daarentegen verwekken aanzienlijk meer opwinding!”<sup>813</sup>

Een verklaring voor de weinig uitgesproken houding van officieren, is dat in elk geval sommigen begrepen dat de geloofwaardigheid van de krijgsmacht op het spel stond. Twijfel aan de geneeskundige taak onder nucleaire omstandigheden kon een aanzet geven tot een complete afwijzing van kernwapens. De politieke en militair-strategische gevolgen daarvan waren ongunstig omdat deze houding afbreuk deed aan de kracht van de afschrikingsstrategie. Dat was gevaarlijk want

---

<sup>810</sup> ‘Brieven aan Brigitte, *De telegraaf* 16 november 1962.

<sup>811</sup> R. Brummelkamp en J.K.W. Neuberger, ‘Oorlogschirurgie, voorheen, thans en later’, *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 512.

<sup>812</sup> Ch.W.F. Winckel, ‘Arts en samenleving’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 102 (18 oktober 1958) 2062.

<sup>813</sup> R.J.W. Heslinga, ‘Problematiek van kernwapeninzet’, *Militaire Spectator* 133:5 (1964) 204.

dit kon een oorlog dichterbij brengen. Wilde men de vrede handhaven, zo geloofden veel officieren (en trouwens ook een meerderheid van de bevolking), dan moest men onverdeeld vertrouwen hechten aan de NAVO. Een reservekapitein verwoordde dit streven naar eenheid van denken al in 1952: “Slechts in volkomen loyale houding en in gelijk gestemde emoties [...] kan een toekomstige oorlog gewonnen worden, of nog meer een oorlog voorkomen worden.”<sup>814</sup> Ook later klonken dergelijke geluiden binnen de krijgsmacht, ook ten aanzien van kernwapens. Steeds meer realiseerden militairen zich dat hun taak was gelegen in het voorkomen van oorlog door het uitstralen van kracht en cohesie. Toen er in 1983 sprake was van de mogelijke plaatsing van nucleaire kruisvluchtwapens op Vliegbasis Woensdrecht, vatte een luchtmachtwoordvoerder de veel gedeelde opvatting onder het basispersoneel samen: “Niemand houdt van kruisraketten, ook militairen niet. [Maar] als die kruisraketten er komen, dan is dat om de vrede.”<sup>815</sup>

Omdat het niet de bedoeling van de krijgsmacht was een discussie aan te zwengelen over de ethiek van kernwapens, was de voorlichting over de medische gevolgen van een kernoorlog beperkt. Dit gebrek aan voorlichting had echter ook een keerzijde. Afgezien van enkele deskundigen, wisten de meeste officieren-artsen niet goed wat er onder nucleaire omstandigheden van hen werd verwacht. Zoals in hoofdstuk 1 besproken, mislukte de poging van de kapitein-arts (en later hoogleraar Humane Genetica) H. Galjaard en enkele collega's om een voorlichtingsfilm over dit onderwerp te maken. Zo bleef de MGD aangewezen op dienstvoorschriften.

### **Tussen hoop en verontrusting**

Hoewel de meeste (officier-)artsen in de jaren vijftig en zestig amper geneigd waren tot een medisch-ethische overdenking van de kernwapenproblematiek, was er een kleine groep civiele artsen die zich hierover wel zeer ongerust maakte. In navolging van een aantal prominente natuurwetenschappers, die hun bezorgdheid over kernwapens deelden in de zogeheten *Pugwash*-conferenties,<sup>816</sup> spoorden de verontruste artsen hun collega's aan om duidelijker stelling te nemen tegen kernwapens, het liefst door lid te worden van de in 1961 opgerichte *Physicians for Social Responsibility* (PSR). Door voorlichting en politieke lobby beoogde dit artsencollectief een kernoorlog te voorkomen, maar een groot draagvlak had het niet. Vaak is gesuggereerd, ook in Nederland, dat artsen een weinig politiek bewustzijn hadden en dat zij 'gevangen' zaten in de uitoefening van hun beroep.<sup>817</sup> Vanouds klonk geregeld kritiek op medisch activisme, onder meer van vakgenoten.<sup>818</sup> Het gangbare

---

<sup>814</sup> J.M.M. Hornix, 'Het belang van een goed moreel', *Militaire Spectator* 121:5 (1952) 303.

<sup>815</sup> 'Dit is Lourdes niet, dat ligt in Den Haag', *Brabants Nieuwsblad* 18 februari 1984.

<sup>816</sup> Zia Mian, 'Out of the nuclear shadow: Scientists and the struggle against the bomb', *Bulletin of the Atomic Scientists* 71-1 (2015) 59-69.

<sup>817</sup> Han van Geerten, *Een boekje open over de artsen* (Leiden 1971) 129.

<sup>818</sup> Michael McCally, 'Medical Activism and Environmental Health', *The Annals of the American Academy* 584 (november 2002) 148

argument is dat het discussiëren over controversiële politieke en sociale vraagstukken bepaalde kennis vereist die buiten het geneeskundig domein ligt. Wanneer de arts zich op 'vreemd' terrein uitspreekt, dan geldt hij of zij niet als deskundige, maar als een persoon met een mening. Dit kan op den duur de maatschappelijke perceptie van de arts als medische autoriteit in gevaar brengen. Ook is wel geargumenteed dat een politieke lobby de onpartijdige status (*impartiality* ten opzichte van de patiënt) en geloofwaardigheid van de arts kon aantasten.<sup>819</sup>

In elk geval kwam in Nederland voorlopig geen tegenhanger van de Amerikaanse PSR van de grond. Daarbij speelden mogelijk ook internationale ontwikkelingen een rol. Met de goede afloop van de Cubacrisis, de toenadering tussen Oost en West en het daaruit voortkomende kernstopverdrag in 1963 (*Test Ban Treaty*) was de druk wat van de ketel. Ook hadden de kerken zich duidelijker uitgesproken tegen de atoombewapening. De jurist, socioloog en polemoloog P.Ph. Everts suggereerde dat het geïnteresseerde publiek door dit alles wellicht het gevoel kreeg dat er wel genoeg gebeurde om een atoomoorlog te voorkomen.<sup>820</sup> In elk geval nam de maatschappelijke bereidheid tot het voeren van actie tegen de kernwapens in de loop van de jaren zestig zienderogen af. Demonstraties van de anti-kernwapenbeweging 'Ban-de-bom', die in 1961 en 1962 nog veel publieke aandacht genereerden, gingen in de navolgende jaren als een nachtkars uit.<sup>821</sup> Degenen die zich eerder hadden beziggehouden met de kernwapenproblematiek, verlegden hun aandacht meer naar het bredere vraagstuk van oorlog en vrede, maar ook daarin werd de stem van medici nog onvoldoende gehoord, zo verzuchtte de Groningse volkenrechtkundige en polemoloog B.V.A. Röling in 1965.<sup>822</sup>

De tweede helft van de jaren zestig zagen de eerste aanzetten tot verandering. Die periode stond in het teken van snelle sociaal-culturele veranderingen, onder meer het ontstaan van een kritischer houding jegens autoriteiten, het doorbreken van taboes en het bespreekbaar maken van heilige huisjes. Tegen die achtergrond, en in samenhang met de opkomst van de medische sociologie, toonden artsen steeds meer bereidheid om hun eigen positie in de maatschappij onder de loep te nemen. In dat veranderingsproces bleken zij steeds meer geneigd tot open discussie, ook als dat ten koste ging van de eenheid binnen hun professie. Dit leidde uiteindelijk tot een cultuuromslag: "open communicatie" zou in de jaren zeventig een belangrijk medisch streven worden, zowel in de verhouding van de artsen tot hun individuele patiënten als tot de samenleving in

---

<sup>819</sup> Ibidem.

<sup>820</sup> Ph.P. Everts, 'Het maatschappelijk verzet tegen de kernbewapening: 'Ban de Bom'' in: B. Schoenmaker en J.A.M.M. Janssen ed., *In de schaduw van de muur. Maatschappij en krijgsmacht rond 1960* (Den Haag 1997) 100-115.

<sup>821</sup> Everts, 'Het maatschappelijk verzet', 114.

<sup>822</sup> B.V.A. Röling, 'Arts en oorlogsprobleem', *Soteria. Orgaan van de Protestants-Christelijke Artsen Organisatie in Nederland* (december 1965) 1-4.

haar geheel.<sup>823</sup> In samenhang met deze ontwikkeling werd de zwijgzaamheid van de Nederlandse artsen over de medisch-ethische aspecten van 'het oorlogsvraagstuk' doorbroken.

Een directe aanleiding voor de inmenging van medici in het debat vormde de brandende kwestie van de Vietnamoorlog. Met name linksgeoriënteerd Nederland vond de Amerikaanse interventie in dat land onrechtvaardig of ronduit misdadig. Uit mediaberichten bleek voorts dat legerartsen daar worstelden met medisch-ethische vraagstukken, mede gelet op de zware geweldmiddelen die de Amerikanen in de strijd wierpen.<sup>824</sup> Eind jaren zestig werd zodoende nieuw leven geblazen in het debat over de dubbele loyaliteit van de officieren-arts, waarbij opnieuw aandacht werd gevraagd voor de mogelijkheid dat in bepaalde situaties de medische verantwoordelijkheid in de verdrukking kwam.<sup>825</sup> Een voorbeeld was de veroordeling door een krijgsraad van de Amerikaanse legerarts Howard Levi, die had geweigerd om speciale eenheden medisch te instrueren omdat hij vond dat die medische kennis een zeer bedenkelijke Amerikaanse strategie bevorderde: het winnen van *hearts and minds* van de Vietnamese burgerbevolking, terwijl dezelfde bevolking werd geterroriseerd als dat de militaire autoriteiten zo uitkwam.<sup>826</sup>

In 1968 stelde B.W. Sidel, een van de oprichters van de eerdergenoemde PSR, in het gezaghebbende Britse medische tijdschrift *The Lancet* dat het tijd werd dat artsen wereldwijd hun diensten zouden weigeren aan de oorlogsinspanning.<sup>827</sup> Sidels artikel gaf enkele artsen hier te lande, onder wie de eerdergenoemde Meursing, het laatste zetje om op 12 juli 1969 de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie (NVMP) in het leven te roepen. De leden waren voornamelijk medici die zich in het voorbije decennium al kritisch hadden uitgelaten over de krijgsmacht. (Een andere oprichter en vooraanstaand lid was de eerdergenoemde sociaal geneeskundige en polemoloog Verdoorn.) De NVMP wilde bewerkstelligen "dat de medische professie zich op het vraagstuk van de oorlog en de voorbereidingen daartoe, in het bijzonder wat betreft de medische aspecten daarvan, gaat bezinnen om daardoor te komen tot het bepalen van een standpunt".<sup>828</sup> Het speerpunt van de discussie lag in de komende jaren op de medische verantwoordelijkheid van de arts binnen het militaire apparaat. Aan dit vraagstuk werd voor het eerst nadrukkelijk de kwestie van de triage gekoppeld,

---

<sup>823</sup> C.J. van Klaveren, *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel* (Amsterdam 2015) 121.

<sup>824</sup> 'Arts en oorlog: een dilemma', *De Volkskrant*, 16 mei 1968; Redactioneel, 'Arts en oorlog', *Medisch Contact* 23:26 (juni 1968) 711.

<sup>825</sup> Het artikel was van de hand van de officier-arts Haartsen, geciteerd in: Van Bergen, *Waarde generaal*, 60.

<sup>826</sup> Ron Carver, David Cortright en Barbara Doherty eds., *Waging Peace in Vietnam: U.S. Soldiers and Veterans Who Opposed the War* (Oakland 2019) 15.

<sup>827</sup> B.W. Sidel, 'Points of View: Aesculapius and Mars', *The Lancet* (4 mei 1968) 966-967.

<sup>828</sup> 'Vereniging voor Medische Polemologie (in oprichting)', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (28 juni 1969) 1159.

waarover tijdens symposia en in artikelen fundamentele meningsverschillen aan het licht kwamen.

### **De criticasters**

Het ledental van de NVMP schommelde door de jaren heen. Het hoogtepunt werd waarschijnlijk bereikt in 1982, toen er in Nederland een felle maatschappelijke discussie over kernwapens woedde. Tegen die achtergrond groeide de vereniging in een jaar tijd van zeshonderd tot plusminus duizend leden.<sup>829</sup> Onder hen waren veel studenten in de geneeskunde, diverse medici, maar ook geïnteresseerden die geen medisch beroep uitoefenden, onder meer sociaal-wetenschappers. De betrokkenheid van officieren-arts bij de NVMP is helaas onbekend. Hier kan niet meer dan een beredeneerde schatting worden gegeven. Als we er gemakshalve van uitgaan dat de helft van de zeshonderd leden in 1982 van het mannelijk geslacht was, van wie het gros in aanmerking kwam voor militaire dienstplicht, dan is het zeker niet uit te sluiten dat enkele tientallen hun dienstplicht bij de MGD vervulden of al hadden vervuld. Die schatting van enkele tientallen kritische militair-geneeskundigen komt overeen met het ledental van de artsenwerkgroep van de Vereniging voor Dienstplichtige Militairen (VMDM) in 1976, die toen 65 reserve-officieren-arts telde.<sup>830</sup>

In elk geval is bekend dat er sporadisch enkele beroepsofficieren-arts bij de symposia van de NVMP aanwezig waren. Dat wijst enerzijds op hun belangstelling voor medisch-ethische kwesties in oorlogstijd, maar anderzijds blijkt uit hun observaties en commentaren ook dat zij heel anders tegen deze zaken aankeken dan de leden van de vereniging. Luitenant-kolonel-arts J.W. Thiessen, die als stralingsdeskundige werkte bij de staf van de IGDKL, was aanwezig bij de openingsvergadering van het NVMP. Hoewel hij voorstander was van wetenschappelijk onderzoek naar de medische aspecten van oorlogvoering, constateerde hij dat de medische polemologen te veel werden gedreven door wat hij 'emotie' noemde. Ook kwam het hem voor dat zij een vooringenomen standpunt hadden, namelijk dat het onmogelijk was om militaire en medische belangen met elkaar te verenigen. Als voorbeeld noemde hij dat een van de ongeveer zestig aanwezigen voorstelde om te bestuderen welk aandeel medici leverden aan de oorlogsvoorbereiding, met het doel te komen tot de uitspraak dat medici moesten weigeren hieraan deel te nemen. Volgens Thiessen kon deze uitspraak rekenen op applaus.<sup>831</sup> Na een symposium over de officierseed in 1972 constateerde een aanwezige kolonel-arts dat de NVMP de militair-artsen met hun waardevolle kennis van zich vervreemde. De kolonel-arts doelde impliciet op de omschrijving van de beroepsofficier-arts als uitvoerder

---

<sup>829</sup> 'Medici ruziën over standpunt Libanon', *De Volkskrant* 14-08-1982

<sup>830</sup> Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, International Institute of Social History, Amsterdam.

<sup>831</sup> J.W. Thiessen, 'De Vereniging voor Medische Polemologie. Een beschouwing naar aanleiding van de oprichting', *NMG* 22 (1969) 251-255.

van militaire opdrachten. Die interpretatie klopte in zijn ogen niet en dat leidde tot wederzijds onbegrip. En dat was jammer, omdat militaire artsen graag aan het onderzoek naar oorlog en vrede meewerkten.<sup>832</sup> Daarentegen kon Verdoorn zich niet aan de indruk onttrekken dat “men [van militaire zijde] geïrriteerd raakt door de diepere bezinning op de gestelde problematiek”.<sup>833</sup> Zijn opmerking geeft stof tot nadenken. Hadden de beroepsofficieren-arts in de zaal een te simplistische kijk op de zaken, of kregen zij van Verdoorn het verwijt dat zij bewust ‘wegkeken’ van de problematiek? Een nadere toelichting gaf de polemoloog niet, maar hij had wel de vinger op de zere plek gelegd. Ook vond hij dat de redactie van het NMGT een wat gereserveerde houding innam ten aanzien van een kritisch artikel in datzelfde periodiek over de botsing tussen de militaire en medische eed.<sup>834</sup>

Hoewel het vanaf het begin al duidelijk was dat het niet altijd boterde tussen de beroepsofficieren-arts en hun critici, was het tamelijk vaag wat nu precies de verschillen in opvatting waren. De eerdergenoemde Van der Vegt deed een poging tot opheldering. Volgens hem bestonden er drie stromingen. De eerste stelde dat legerartsen in de eerste plaats de belangen van de krijgsmacht moesten dienen. Deze groep meende dat elke oorlog die Nederland voerde in principe een verdedigingsoorlog was, en daarom moreel gerechtvaardigd, en elke officier-arts (die allereerst officier met een bijzonder specialisme was) diende zich dan ook in te zetten om de gevechtskracht te maximaliseren.<sup>835</sup> De tweede groep was in essentie antimilitaristisch en veronderstelde dat de arts binnen de krijgsmacht bewust of onbewust meewerkte aan de voorbereiding op massamoord. Volgens deze groep was dienstweigeren de enige juiste houding. De derde visie behelsde dat oorlog door politici moest worden vermeden, maar als het kanongebulder toch losbarstte, dan mocht men de slachtoffers niet aan hun lot overlaten. Professionele militair-geneeskundigen moesten dan hulpverleners aan het front, en alleen zij konden dat op effectieve wijze doen, namelijk met hun kennis van oorlogsgeneeskunde en op basis van triage, waarbij de beschikbare capaciteit zo doeltreffend mogelijk zou worden benut. Van der Vegt pleitte voor deze zienswijze en stelde dat humanitaire overwegingen de boventoon moesten voeren; de officier-arts was in de eerste plaats arts, die met de beschikbare middelen probeerde zoveel mogelijk levens en

---

<sup>832</sup> Z.S. Stadt, ‘Studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie’, *NMGT* (1972) 271.

<sup>833</sup> Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, International Institute of Social History, Amsterdam.

<sup>834</sup> De opmerking van Verdoorn staat in: *Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie bulletin* nummer 4/5 (dubbelnummer), terug te vinden in: Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303, *International Institute of Social History*, Amsterdam. Het artikel waarnaar Verdoorn verwijst is: F. van ‘t Hooft, ‘De botsing tussen de medische en de militaire wijze van denken’, in: *NMGT* 24 (mei-juni 1971) 159.

<sup>835</sup> H.M. van der Vegt, ‘Geneeskunst en oorlog’, in: *Recent medisch-ethisch denken II* (Leiden 1970) 100-147. Geciteerd in: Leo van Bergen, *Waarde generaal: voelt u zich wel goed? Leger, geneeskunde, oorlog en vrede* (Nijmegen 1991) 36.



ledematen te redden. Het verhogen van de gevechtskracht was voor hem een onbedoelde consequentie van zijn handelen.<sup>836</sup>

Ook de inmiddels tot generaal-majoor-arts bevorderde Van der Giessen (in 1955 benoemd tot IGDKL) behoorde tot deze laatste groep. Tijdens de viering van het 150-jarig bestaan van de MGD richtte hij zich tot zijn toehoorders met de boodschap: "Wij hebben vooral dáár [in de oorlog] de taak een vonk van barmhartigheid te bewaken en te zorgen dat deze blijft gloeien tot de mens heeft geleerd, dat het doden van zijn tegenstander geen oplossing voor zijn verschillen zal geven."<sup>837</sup>

Het motto van de MGD was het voortzetten van zijn taak onder alle omstandigheden. Die opvatting werd door militair-geneeskundige vertegenwoordigers van andere NAVO-legers onderschreven.<sup>838</sup> Het is waarschijnlijk dat individuele officieren-arts er deels andere ideeën op nahielden, maar dat is moeilijk vast te stellen. Het waren immers vooral de beroepsofficieren-arts die hun gedachten over dit vraagstuk op schrift stelden. De kolonel-arts M.B. Bloch kon waarschijnlijk worden gerekend tot de categorie officieren voor wie de medische taak voorop stond.<sup>839</sup> In 1973 omschreef hij triage onder rampomstandigheden als een lichtend voorbeeld van de medische autonomie van de officier-arts. Een niet-medisch officier zou het zeker niet in zijn hoofd halen om zich hiermee te bemoeien.<sup>840</sup> Zijn schrijvende collega's zagen het ook zo. Zonder verdere toelichting stipuleerden twee beroepsofficieren dat de "hoofdinspanning" van de geneeskundige zorg moest worden gericht op hen, die de grootste overlevingskans hadden.<sup>841</sup> Zodoende kon een maximum aan levens worden gered, wat met de humanitaire opdracht strookte, terwijl een maximum aan gevechtskracht kon worden behouden, wat met de militaire opdracht overeenkwam.<sup>842</sup> De officieren-arts die deze opvatting huldigden, verkondigden in feite de consequentialistische ethiek, die streeft naar een zo positief mogelijke uitkomst voor zoveel mogelijk mensen. Volgens die ethiek moeten daden op basis van de resultaten worden beoordeeld. In het geval van de MGD was dat het redden van zoveel mogelijk levens en ledematen. Triage was een methode om dat doel na te streven. Zij gaven geen

---

<sup>836</sup> Leo van Bergen, *Waarde generaal: voelt u zich wel goed?* (Nijmegen) 39. Van Bergen heeft in dit boek laten zien dat de legerarts Van der Vegt sinds 1948 een ontwikkeling doormaakte van 'de legerarts is overwegend militair' naar een zienswijze waarin humanitaire argumenten de boventoon voeren.

<sup>837</sup> 'Plechtige herdenking van de oprichting der IMGD', *Legerkoerier* (nummer/jaargang 1964) paginanummer weggefallen.

<sup>838</sup> H.J. van der Giessen, '18eme Conference Office International Documentation Medecine Militaire', *NMGT* 8:12 (1956) 338.

<sup>839</sup> Van Bergen, *Waarde generaal*, 39, aldaar voetnoot 59.

<sup>840</sup> M.B. Bloch, 'De beroepseed en de officierseed', *Militaire Spectator* 140:4 (1971) 188-190.

<sup>841</sup> A. C. de Jonge en J. de Lange, 'Een Franse visie op het probleem van de massaverliezen', *Militaire Spectator* 139:6 (1970) 274.

<sup>842</sup> Dat was in de jaren vijftig zo, en ook het *Handboek Soldaat der Geneeskundige Troepen* (4e druk 1984) vermeldde dat de behandeling van zwaargewonden in 'normale' oorlogsomstandigheden weliswaar voorrang krijgt, maar dat hierop een uitzondering moet worden gemaakt wanneer de geneeskundige instellingen overspoeld raken bij een atoomaanval. In deze situatie wordt de medische verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt ondergeschikt aan het belang van het collectief.

commentaar op het idee dat de problemen bij triage in een atoomoorlog mogelijk veel groter waren. Dat er door de ontoereikende medische capaciteit veel zwaargewonde patiënten ten dode zouden zijn opgeschreven, was geen onderwerp van discussie in de vakliteratuur voor officieren-arts.

Naast de drie genoemde stromingen kan nog een vierde groep worden aangewezen. Deze artsen waren wel bereid om tijdens oorlog hulp te bieden en daarop wellicht zelfs voorbereidingen te treffen, maar zij verzetten zich tegen het systeem van triage. Uitgaande van de gelijkwaardigheid van elk mensenleven, was er in hun optiek geen enkele reden om medische voorrangswetensregels te hanteren. De toestand van het slachtoffer, hoe ernstig die ook is, mag geen reden zijn tot ongelijke behandeling. Deze redenering kwam voort uit de deontologie, een filosofische stroming die uitgaat van absolute gedragsregels. Deze vorm van ethiek is ook meer in overstemming met de Eed van Hippocrates, waarbij de arts-patiëntrelatie centraal staat. Volgens deze critici had triage een zuiver militaire doelstelling, namelijk het handhaven van de mankracht door hulp te verlenen aan de minder ernstige gevallen. Hierbij bepaalden dus militaire in plaats van medische criteria wie wel en wie geen behandeling kreeg, terwijl de voor de arts vanzelfsprekende aandacht voor het individu in het gedrang kwam. Zo kon de officier-arts in gewetensnood komen. De voorzitter van de vVDM, H.G.M. Dijkstra, merkte in zijn replek op het artikel van Bloch op dat deze geen ruimte had gelaten voor gewetensvragen van de arts.<sup>843</sup> Zulke kritische geluiden van officieren-arts zijn in de militaire publicistiek echter schaars. Zij zochten elders een podium om uiting te geven aan hun zorgen.

Hoewel hij geen militair-arts was, gold Verdoorn in de jaren zeventig als de belangrijkste criticus van de militaire geneeskunde. In zijn boek *Arts en Oorlog* uit 1972 ging hij dieper in op de problematiek van triage. In deze uitgebreide studie, die twee boekdelen besloeg, concludeerde hij dat “in de militaire gedachtegang de soldaat als individu en als mens in feite niet voorkomt. Hij is militair alleen van belang als gevechtselement, waarbij de optelsom van gevechtselementen, naast andere materiële factoren, het gevechtspotentieel van een leger in hoge mate bepaalt.”<sup>844</sup> Volgens Verdoorn voltrok zich hier ten aanzien van de individuele militair een proces dat Marxisten ook wel *Verdinglichung* hebben genoemd: het verworpen van subjecten tot objecten, dat praktisch gezien neerkomt op een ‘verzakelijking’ van sociale verhoudingen. Deze ‘zakelijke’, militaire blik op menselijk potentieel stond volgens Verdoorn haaks op de medische verantwoordelijkheid. Deze ambivalentie manifesteerde zich het duidelijkst bij de triage en bij de beslissing tot evacuatie.<sup>845</sup> Verdoorn betoogde dat slachtoffers bij wijze van spreken

---

<sup>843</sup> Bloch, ‘De beroepseed’, 188-190.

<sup>844</sup> J.A. Verdoorn, *Arts en oorlog. Medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa* (Rotterdam 1973) 314.

<sup>845</sup> Verdoorn. *Arts en oorlog*, 316.

gereduceerd werden tot administratieve gewondenkaarten met opschriften zoals 'uitgestelde behandeling', aangegeven met de lettercode 'T4'. Het ging kortgezegd om een sorteringssysteem dat stoelde op *efficiency* om de gevechtskracht te handhaven, met als resultaat een geheel onpersoonlijke benadering, een 'onmedische' benadering zelfs, die strijdig was met de Eed van Hippocrates.

Volgens Verdoorn was een deel van de officieren-artsen zich niet bewust van de mogelijkheid dat de militair-geneeskundige taak in oorlogstijd kon botsen met de medische verantwoordelijkheid. Zij vatten hun beroep op als vanzelfsprekend en hadden derhalve geen last van gewetenswroeging. Deze groep werd volgens Verdoorn het meest gewaardeerd binnen de krijgsmacht omdat zij geen enkele twijfel of onzekerheid hadden over hun integratie in het oorlogsapparaat en de daarin door hen te vervullen taak. Zij aanvaardden hun werk als belangrijke bijdrage tot het behalen van militaire resultaten en het in stand houden van de gevechtskracht van het leger. De tweede groep artsen erkende het bestaan van de kwestie maar negeerde of ontweek deze. Hierbij zouden psychische spanningen kunnen optreden die konden leiden tot een dissociatieve vlucht, geestelijke breakdown, neurose, psychose of zelfmoord. Een laatste groep zou volgens Verdoorn bewust kiezen voor de afwijzing van de militaire verantwoordelijkheid, wat in de praktijk neerkwam op insubordinatie.<sup>846</sup> Verdoorn pleitte voor dit laatste. Hij betoogde dat, nu door de komst van het atoomwapen de oorlog totaal en 'allesvernietigend' was geworden, de artsen een bijzondere verantwoordelijkheid hadden gekregen. Zij dienden te weigeren om mee te werken aan de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. In plaats daarvan moesten zij streven naar oorlogspreventie, zoals de artsen van de PSR ook deden.

Weinig militair-geneeskundigen gaven een openlijke reactie op het boek van Verdoorn en dat was niet verwonderlijk.<sup>847</sup> De redacteur van het tijdschrift *Polsslag*, officier van de Geneeskundige troepen J. de Lange, schreef dat hij "lang gearzeld" had met het publiceren van een uittreksel van *Arts en oorlog*. De belangrijkste reden was dat het werk "minder vleierende stellingen" bevatte over de MGD.<sup>848</sup> Dat was een behoorlijk understatement, want volgens Verdoorn waren de militaire en medische belangen in principe onverzoenlijk en had de MGD geen nut meer in de moderne oorlogvoering en de alomtegenwoordige atoomdreiging.

### **'Hufters' en 'kritiese' dienstplichtigen**

De polemische boeken en artikelen zorgden voor minder commotie dan de rechtstreekse confrontatie met kritische dienstplichtigen. In 1971 weigerden 51 aspirant officieren-artsen de officierseed af te leggen omdat deze volgens hen

---

<sup>846</sup> Ibidem.

<sup>847</sup> In de *Militaire Spectator* verscheen geen recensie van Verdoorns invloedrijke boek.

<sup>848</sup> J. de Lange, 'Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)', *Polsslag* 7:5 (september 1973) 15.

conflicteerde met hun medische eed. Met deze actie haalden zij de landelijke pers. Niettemin besloten de meesten van hen na verloop van tijd en onder druk de officierseed toch af te leggen. Blijkbaar woog de principekwestie niet op tegen de gevolgen van het weigeren van de eed, namelijk een degradatie, een lagere wedde en overplaatsing naar een niet-medische functie.<sup>849</sup> De VVDM, een kritische vakbond die de belangen van dienstplichtige militairen behartigde, kon hieraan niets veranderen. Een beroepsofficier die daadwerkelijk werd overgeplaatst na het uiten van kritiek (die overigens niets met medische kwesties te maken had) was majoor G. Miog, commandant van de parate 43 Geneeskundige compagnie. Miog was lid van de PvdA en onder het pseudoniem 'Democritus' had hij in *Het Vrije Volk* een eigen rubriek genaamd 'Parate hapjes'.<sup>850</sup> Nadat hij in 1971 een stuk had geschreven over het verbod op kritische lectuur in de kazernes en legerplaatsen, wist de Landmacht Inlichtingen Dienst te achterhalen dat de artikelen van Miog afkomstig waren. De majoor kreeg drie dagen streng arrest opgelegd en werd vervolgens overgeplaatst naar een functie waarin hij geen bevel meer voerde over een eenheid.<sup>851</sup> Natuurlijk moest deze straf ook anderen ervan weerhouden om openlijk en zonder toestemming kritiek te leveren.

In het najaar van 1975 haalden kritische legerartsen wederom het nieuws vanwege een rel rondom de eedaflegging. Ditmaal waren de rollen echter omgedraaid. De kolonel-arts J.J.P.A. van Besouw, commandant van 102 Geneeskundige groep, had namelijk geweigerd om vier dienstplichtige artsen de eed af te nemen. De laatsten hadden zich volgens hem schuldig gemaakt aan "hufteerig gedrag".<sup>852</sup> Een onderbouwing van deze beschuldiging kregen de dienstplichtigen niet, maar zij hadden wel een vermoeden waar de weigering op was gebaseerd: het opdagen bij een cursus in burgertenuue, het niet-deelnemen aan een excursie naar een farmaceutisch bedrijf en het leveren van kritiek op de gang van zaken binnen de MGD. Niettemin voelden de vier aspirant-legerartsen zich gedupeerd en dienden een klacht in bij de bevelhebber der Landstrijdkrachten, luitenant-generaal J.E. van der Slikke, de staatssecretaris en de minister van Defensie. Dit had resultaat: tegen de zin van Van Besouw vond de beëdiging toch doorgang omdat de vier kritische artsen het functioneren van de landmacht officieel niet belemmerden. Tevens distantieerde de Landmachtstaf zich van de uitspraken van de kolonel-arts, maar ondernam geen verdere stappen tegen hem. Wel besloot de legerleiding dat het beter was om de vier 'dissidenten' niet bij de parate troepen in het legerkorps onder Van Besouw te laten dienen, want dat zou onnodige wrijving veroorzaken. De legerleiding haastte

---

<sup>849</sup> 'Dienstplichtige artsen in Amersfoort weigeren officierseed af te leggen', *NRC Handelsblad* 15 april 1971.

<sup>850</sup> Boot, *Het leger*, 167.

<sup>851</sup> 'Democritus naar rijopleidingen', *Het vrije volk: democratisch-socialistisch dagblad* 15 december 1971.

<sup>852</sup> 'Vier artsen toch nog officier', *De Volkskrant* 7-11-1975.

zich daaraan toe te voegen dat de vier dienstplichtige artsen op zich wel geschikt waren voor een functie binnen het legerkorps.<sup>853</sup>



**Figuur 13:** Kritische dienstplichtigen die, na initiële weigering van hun commandant, op 7 november 1975 werden beëdigd tot eerste luitenant-arts. V.l.n.r. Ruud van der Reis, Paul Ram, Henk Nijkrake en Hans Grundmeijer (Nationaal Archief).

De kersverse officieren-arts, allen gebruikmakend van het onlangs verworven recht op vrije haardracht (*Figuur 13*), lieten het er niet bij zitten en besloten een aanklacht in te dienen tegen kolonel Van Besouw wegens “krenkende en onbillijke behandeling”.<sup>854</sup> Ook waren zij niet van plan om te stoppen met het kritiseren van de MGD. Zij streefden naar een beter werkklimaat voor de officieren-arts. Om te beginnen moest duidelijk worden wat precies de taken en verantwoordelijkheden van dienstplichtige artsen waren, en hoe die zich verhielden tot de medische eed. Twee van de vier artsen – de eerste luitenant-arts H. Grundmeijer en eerste luitenant-arts P. Ram – lieten zich in *Trouw* erg negatief uit over de opleiding. Zij typeerden die als een “volstrekt zinloze periode waarin je wordt opgeleid voor een taak die niet bestaat”. Grundmeijer vervolgde: “Van de 320 uur durende opleiding zijn er 44 zogenaamde medische uren waarin een specialist je vertelt hoe legers onder een atoombom uit elkaar spatten en hoe supersnelle kogels weefsels

---

<sup>853</sup> Ibidem.

<sup>854</sup> Ibidem.

kunnen vernietigen.”<sup>855</sup> Dat was in hun ogen allemaal zinloze informatie. Zo’n oorlog kon en mocht nooit uitbreken. Kritische artsen vonden dan ook dat zulke onderdelen uit het curriculum konden worden geschrapt. In hun ogen moest de leerweg van de legerarts gericht zijn op vredestaken, een soort huisartsen-geneeskunde voor militairen. Vanuit die optiek stelde de medische werkgroep van de VVDM een nieuw opleidingsrooster samen, waarin de tamelijk theoretische oorlogslessen waren verminderd en de ‘medische uren’ waren verhoogd tot 120. Veel aandacht was er voor de “psychosociale taken” van de officier-arts. Het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL) zag deze wijziging echter niet zitten. Artsen hadden al genoeg medische kennis opgedaan tijdens hun geneeskundestudie, dus moest de nadruk liggen op de militaire en militair-geneeskundige aspecten.<sup>856</sup> Niettemin werd het werpen van handgranaten, wat voor artsen weinig praktische waarde had, uiteindelijk uit het lesrooster geschrapt.<sup>857</sup>

Op zich is het niet verwonderlijk dat onder dienstplichtigen weinig belangstelling bestond voor de medische aspecten van een atoomoorlog. Doorsnee burgers en militairen hadden in vredetijd in beginsel nooit met de gevolgen te maken. De internationale ontwikkelingen waren ook gericht op het voorkomen van een kernoorlog, waardoor het onderwerp zoals eerder gezegd steeds minder relevant leek.

Ofschoon de kritische artsen dus niet probeerden om een discussie op gang brengen over kernwapens, zijn hun opvattingen over de krijgsmacht en de reacties daarop wel interessant om te onderzoeken. De botsingen laten namelijk zien waar de grenzen lagen van tolerantie en openheid. De krijgsmacht onderging in de jaren zeventig weliswaar een proces van vermaatschappelijking, maar de vrijheid van meningsuiting bleef in de praktijk toch beperkt. Dat verklaart ook waarom weinig militairen ongezouten hun mening gaven over de (on)mogelijkheden van de militaire geneeskunde onder nucleaire omstandigheden. Het is helaas niet eenvoudig om een schatting te maken van het aantal artsen dat kritiek uitte op het wezen van de militaire geneeskunde. Zij vormden hoogst waarschijnlijk geen meerderheid binnen de MGD. In 1976 – ruim een jaar na oprichting – telde de artsen-werkgroep van de VVDM 65 leden van wie er vijftien actief waren.<sup>858</sup> Alleen die actieve leden spraken zich openlijk uit tegen de gang van zaken binnen de MGD. *De Volkskrant* schreef dat de vier artsen die zich zogenaamd ‘hufteerig’ hadden gedragen, werden gesteund door veertien andere dienstplichtige legerartsen van hun lichte (die bestond uit vijftig man).<sup>859</sup> Uitgaande van deze cijfers, sympathiseerde halverwege de jaren zeventig ongeveer een derde van de dienstplichtige artsen met de VVDM. De beroepsofficieren-arts – dus grofweg de

---

<sup>855</sup> ‘Niet de dienstplichtige, maar het militaire systeem is gek’, *Trouw* 21 april 1976.

<sup>856</sup> *Ibidem*.

<sup>857</sup> NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 676.

<sup>858</sup> ‘Jan Soldaat wil maar niet beter worden’, *De Volkskrant* 27 maart 1976.

<sup>859</sup> ‘Vier artsen toch nog officier’, *De Volkskrant* 7-11-1975.

andere helft van het totaal aantal legerartsen van de MGD – distantieerden zich in ruime meerderheid van die vereniging.

Dat degenen die verandering wilden afdwingen zich niet geliefd maakten, bleek al tijdens de opleidingsperiode aan de School voor Reserve-Officieren Geneeskundige Dienst (SROGD) in Amersfoort.<sup>860</sup> Zo kwam het voor dat mededelingen van VVDM-leden ongevraagd van het prikbord werden verwijderd. Een andere keer smeten collega-officieren een hele stapel VVDM-tijdschriften door de slaapzaal van de kritische artsen met de boodschap “houden jullie je linkse rotzooi maar bij je”.<sup>861</sup> Later, toen de kritische artsen eenmaal werkzaam waren als keuringsarts, werden zij door andere officieren met de nek aangekeken. Grundmeijer sprak in 1976 met *De Volkskrant*: “In de mess wil geen officier meer met me eten, de koffie blijft uit, en het eten is opmerkelijk koud.”<sup>862</sup> Van beroepsofficieren kreeg hij te horen dat hij nog maar kort in dienst was en dus eigenlijk nog van niets kon weten. Ook zijn collega Ram observeerde dat de vrijwillig dienende officieren een afstandelijke en een gesloten houding aannamen jegens de kritische artsen: “je raakt het hele systeem zo in de kern dat de reacties verschrikkelijk zijn.”<sup>863</sup> Dissidenten werden hoogstens getolereerd, maar nooit als volwaardig geaccepteerd en altijd met argusogen gevolgd. De VVDM uitte zelfs het vermoeden dat de contra-inlichtingendienst van de landmacht informatie verzamelde over de politieke voorkeuren van een dienstplichtige arts.<sup>864</sup>

Historicus Coreline Boot heeft in haar proefschrift betoogd dat het beleid van het Ministerie van Defensie op dit gebied werd gekenmerkt door zowel gedogen als tegenwerken, ofwel ‘repressieve tolerantie’.<sup>865</sup> Daarbij moet worden aangetekend dat de grenzen van de toelaatbare kritiek in de jaren zeventig nog onduidelijk waren en dat gold ook binnen de MGD. Een beroepsofficier-arts oordeelde bijvoorbeeld in 1970 dat de NVMP kon dienen als ontmoetingspunt tussen “militaire artsen en andere collegae die verontrust zijn over hun rol bij de [oorlogs-]voorbereiding” mits “emotionele benaderingen” niet de overhand zouden krijgen. Dat zou immers de “loyale medewerking” door de officieren-arts onmogelijk maken. Overduidelijk waren echter de scheidslijnen tussen de artsen die principieel dienst weigerden, de kritische officieren-arts die vraagtekens plaatsten bij hun functie, en de officieren-arts die het militaire apparaat en de oorlogsvoorbereidingen zonder voorbehoud ondersteunden. Deze scheiding zou tot het einde van de Koude Oorlog blijven bestaan.

---

<sup>860</sup> Aan de School voor Reserve-Officieren van de MGD.

<sup>861</sup> ‘Jan Soldaat wil maar niet beter worden’, *De Volkskrant* 27 maart 1976.

<sup>862</sup> ‘Niet de dienstplichtige, maar het militaire systeem is gek’, *Trouw* 21 april 1976.

<sup>863</sup> Ibidem.

<sup>864</sup> ‘Arts beschuldigt inlichtingdienst van onderzoek’, *De Volkskrant* 26 november 1974.

<sup>865</sup> Boot, *Het leger*, 102.

## Artsen en het kernwapendebat, 1977-1985

Het optimisme over de mogelijkheden om de kernbewapening te beheersen, sloeg aan het einde van de jaren zeventig om in bezorgdheid. Westerse inlichtingendiensten wisten dat de opbouw van de Sovjetstrijdkrachten alsmaar voortging en de NAVO vond dat deze bedreiging niet onbeantwoord mocht blijven. Tegen de mogelijkheid van een massale aanval met Sovjettanks werd in de Verenigde Staten het zogeheten *Enhanced Radiation Reduced Blast Weapon* ontwikkeld: een nucleaire granaat waarbij veel straling vrijkwam waartegen gepantserde voertuigen weinig bescherming konden bieden. Toen de *Washington Post* in juni 1977 voor het eerst hierover berichtte, ontstond er veel ophef over wat men de neutronenbom ging noemen. Critici stelden dat deze eigenschappen bijzonder inhumain waren, omdat ze leidden tot een langzame, pijnlijke dood. Enkele links georiënteerde politici stelden dat het wapen typisch kapitalistisch was omdat het mensen doodde maar gebouwen en infrastructuur spaarde. Deze uitspraak en de politieke campagne die ermee gepaard ging hadden aanzienlijk effect. In Nederland kwam het tot grote protestbijeenkomsten zoals op zondag 19 maart 1978, toen er in Amsterdam ruim 50.000 bezorgde burgers demonstreerden tegen de neutronenbom; een maand later werden aan de voorzitter van de Tweede Kamer 1,2 miljoen handtekeningen aangeboden, waarna de groeiende maatschappelijke bezorgdheid niet meer viel te ontkennen.

Een van de tegenstanders van de 'neutronenbom' was niemand minder dan de minister van Defensie, dr. R.J.H. (Roelof) Kruisinga (CHU). De minister, die tot KNO-arts was opgeleid, was zich naar eigen zeggen terdege bewust van de vreselijke consequenties van dit wapen.<sup>866</sup> In verschillende media nam hij geen blad voor de mond en ook in het parlement liet hij weten de invoering van dit wapen te willen voorkomen. De minister erkende de militaire waarde van het wapen, maar zag "zeer grote bezwaren van nationale en internationale politieke en ethische aard".<sup>867</sup> Omdat zijn standpunt over de neutronenbom afweek van dat van het kabinet, zag Kruisinga zich genoodzaakt af te treden.<sup>868</sup> In een toelichting op zijn besluit, noemde hij de productie van het neutronenwapen omwille van de potentiële gevolgen "veel kwalijker" dan de productie van chemische wapens.<sup>869</sup> Ook onder militairen waren er tegenstanders van dit wapen. De Bond voor Dienstplichtigen (BVD), die een kleine groep linkse militairen binnen de krijgsmacht vertegenwoordigde, gaf voorlichting over kernwapens op kazernes en publiceerde hierover artikelen in *De soldatenkrant*

---

<sup>866</sup> Boot, *Het leger*, 225.

<sup>867</sup> HTK (23 februari 1978) 1109.

[https://repository.overheid.nl/frbr/sgd/19771978/0000181234/1/pdf/SGD\\_19771978\\_0000297.pdf](https://repository.overheid.nl/frbr/sgd/19771978/0000181234/1/pdf/SGD_19771978_0000297.pdf)

<sup>868</sup> Deze analyse komt van: Leon van Damme, "'Hij doorbrak de goede sfeer van camaraderie". Het aftreden van minister van Defensie Kruisinga en de gevolgen hiervan voor het latere Nederlandse kernwapenbeleid', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 125:3 (augustus 2012) 406, 408-409, 412.

<sup>869</sup> Leon ten Damme, 'Hij doorbrak de goede sfeer van camaraderie': Het aftreden van minister van Defensie Kruisinga en de gevolgen hiervan voor het latere Nederlandse kernwapenbeleid', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 125:3 (augustus 2012) 407.



en het *Kaderblad*.<sup>870</sup> In december 1977 berichtte het communistische dagblad *De Waarheid* dat “een groot aantal” militair-geneeskundigen op het OCMGD op de Juliana van Stolbergkazerne hun kasten voor Persoonlijke Standaard Uitrusting hadden voorzien van posters met de leus ‘Stop de neutronenbom’.<sup>871</sup> De kazernecommandant had de posters laten verwijderen met het argument dat het plakband de kasten zou beschadigen.<sup>872</sup> Vermoedelijk vond hij dergelijke politieke uitlatingen op het kazerneterrein ongepast, omdat die politieke discussies zouden uitlokken.

Eind jaren zeventig kwam het debat over kernwapens in een stroomversnelling. Als reactie op de ontplooiing van een nieuw type Sovjetraket (SS-20) achter het IJzeren Gordijn, had de NAVO in december 1979 het zogenaamde ‘dubbelbesluit’ genomen. Het bondgenootschap had ingestemd met het plaatsen van nieuwe nucleaire kernwapens voor de middellange afstand op Europees grondgebied. Tegelijkertijd moest de Sovjet-Unie worden uitgenodigd aan de onderhandelingstafel. Als de USSR de ontplooiing van haar eigen raketten staakte, dan stopte de plaatsing van de nieuwe kernwapens van de NAVO. Met dit dubbelbesluit wilde het Atlantisch bondgenootschap een signaal afgeven van politieke eensgezindheid en militaire daadkracht. De plannen hadden voorlopig echter niet het gewenste resultaat. De onderhandelingen ontaardden al snel in een patstelling. Begin jaren tachtig was er sprake van een verslechtering van de Oost-Westverhoudingen, die in veel westerse landen, waaronder Nederland, de angst voor een kernoorlog aanwakkerde.

Anders dan in de voorbije decennia, bereikte de beweging tegen kernwapens een toenemend aantal artsen. De eerdergenoemde Amerikaanse artsenbeweging PSR kende in 1980 een grote opleving en daarnaast zag in 1981 een wereldwijd netwerk van medici het licht: *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW). Deze organisatie oogstte wereldwijd veel lof en succes. In 1985 kreeg zij zelfs de Nobelprijs voor de vrede uitgereikt voor haar aandeel in het verminderen van de kernwapenwedloop. In Nederland werd de NVMP actiever dan ooit en hield zich vrijwel nog uitsluitend met de kernwapenkwestie bezig. De forse groei van de achterban van deze organisaties valt te verklaren doordat artsen directer en krachtiger werden aangemoedigd om een standpunt in te nemen ten aanzien van de kernwapenkwestie. De media berichtten bijna dagelijks over het onderwerp en ook de binnen- en buitenlandse medische vakbladen konden niet langer om de kwestie heen. Prangende medisch-ethische vragen werden opgeworpen: was het gezien de schaarste aan medische voorraden verantwoord om te wachten met hulpverlening totdat het aantal slachtoffers zou zijn geslonken (lees: gestorven) tot *manageable numbers*? Mochten medici, gezien hun verantwoordelijkheid om het lijden van patiënten te verlichten, (met toestemming)

---

<sup>870</sup> Boot, *Het leger*, 180.

<sup>871</sup> ‘Op de kast’, *De Waarheid* 10-12-1977.

<sup>872</sup> Ibidem.

euthanasie of palliatieve sedatie toepassen op de slachtoffers voor wie hulp tevergeefs was? Was het aanvaardbaar om voorbereidingen op dit scenario te treffen, onder andere door grote hoeveelheden verdovingsmiddelen op te slaan, om daarmee de levens van onbehandelbare patiënten te beëindigen?<sup>873</sup> Hierop kwamen geen eenduidige antwoorden. Veel lezers wilden waarschijnlijk niet eens over het scenario van een kernoorlog nadenken. Waar het de vraagstellers werkelijk om ging was het opwerpen van de achterliggende vraag: mogen artsen zich voorbereiden op het ondenkbare scenario van een kernoorlog, of moeten zij dat weigeren uit protest, met alle gevolgen van dien?<sup>874</sup>

Opmerkelijk is dat artsen zich de kwestie steeds meer gingen toe-eigenen, wat goed zichtbaar is in hun taalgebruik. Het verschijnsel van de bewapeningswedloop werd meer en meer voorgesteld als een sociaal-maatschappelijke ziekte.<sup>875</sup> Een deelnemster aan het derde IPPNW-congres schreef in een brief aan een vredesorganisatie: “We maken met zijn allen deel uit van een enorm mooi lichaam, de aarde, doch de laatste 40 jaar hebben we vreselijk ons best gedaan dit lichaam doodziek te maken” en “het is irrationeel om allerlei symptomen te behandelen terwijl de oorzaak niet wordt weggenomen en het sterfbed nadert.”<sup>876</sup> Anderen beweerden dat er geen *remedie* was tegen het kernwapen; de civiele verdediging was geen onschadelijk *placebo* met een heilzaam effect, maar een *tranquillizer* die de angst vermindert; in deze context werd gesproken van een *pathologische* aandoening; alleen *preventie* was effectief; enz. De gebruikte terminologie wijst op een *medicalisering* van een politieke kwestie.

De typering van een kernoorlog als ziekteverschijnsel was trouwens niet uitsluitend als beeldspraak bedoeld. Een psychiater meende dat het leven onder voortdurende kernwapendreiging kon leiden tot psychische klachten, vooral onder jonge mensen.<sup>877</sup> De vraag die sommige therapeuten zich stelden, was hoe deze klachten konden worden behandeld én voorkomen. Hierover ging een discussie tijdens een IPPNW-congres in Keulen in mei 1986, waar bleek dat de dokters in principe weinig tranquillizers voorschreven; wel adviseerden zij hun patiënten om zich in te zetten voor de vrede, wat een heilzame werking zou hebben.<sup>878</sup> Hiermee sloeg de patiënt twee vliegen in één klap: door actievoeren namen de individuele

---

<sup>873</sup> Andrew Haines, Christopher de B. White en John Gleisner, ‘Nuclear Weapons and Medicine: Some Ethical Dilemma’s’, *Journal of Medical Ethics* 9 (1983) 200-206.

<sup>874</sup> B.W. Ike, ‘Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging. Verplichte Voorbereiding op een Onaanvaardbare Mogelijkheid: een Dilemma’, *Medisch Contact* 16 (1983) 528-530.

<sup>875</sup> Howard H. Hiatt, ‘Preventing the last epidemic’, *JAMA* 244:20 (november 1980) 2315.

<sup>876</sup> De originele brief bevindt zich in het archief van de Woensrechtse Vredesbeweging, dat zich bevindt bij de Heemkundekring het Zuiderkwartier.

<sup>877</sup> Wim Berger, ‘Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging’ in: Bernard Delfgaauw en Hans Grond ed., *De Nucleaire Dreiging. Er is Geen Weg naar Vrede. Vrede is de Weg* (Kampen 1985) 77-87.

<sup>878</sup> ‘Bergse arts Jef Wierz: Wonen bij kruisraketten heeft psychische gevolgen’, *De Stem van West-Brabant* 4 juni 1986.

klachten af en tegelijkertijd werd een algemeen belang bevorderd. Bovendien had de medicus met deze raadgeving voldaan aan zijn sociale verantwoordelijkheid.

Het advies van de artsen had een wetenschappelijke basis. Al langere tijd bestond er belangstelling voor de invloed van stress op individuen en de manier waarop hiermee werd omgegaan. In dat kader werd vaak verwezen naar het concept *coping*.<sup>879</sup> Honderden vormen zijn inmiddels geïdentificeerd. Veelvoorkomend zijn probleemgerichte, emotiegerichte, en *appraisal-focused coping*. Deze manieren sluiten elkaar niet uit, maar worden vaak bewust of onbewust gelijktijdig door individuen toegepast. Ook kunnen deze door de tijd heen worden verruild door andere coping-mechanismen. Nadere bestudering leert dat probleemgerichte coping weinig geschikt is voor de omgang met kernwapens. Het probleem, de stressor, kan namelijk niet makkelijk worden weggenomen. Men kon zich uiteraard wel inzetten voor de vrede, maar daarmee waren de kernwapens nog niet een-twee-drie de wereld uit. De ernstige gevolgen van een nucleaire explosie konden niet worden voorkomen.

Er is sprake van emotiegerichte coping wanneer de nadruk ligt op het controleren van gevoelens die door het probleem worden veroorzaakt. Negatieve emoties worden in dat geval onderdrukt. Deze strategie kan effectief zijn. Het is al duidelijk gebleken dat de krijgsmacht probeerde om de gevolgen van kernwapens in abstract-zakelijke termen te omschrijven. We hebben al gezien dat te veel emotionele betrokkenheid bij kernwapens door beroepsmilitairen werd gezien als onprofessioneel. Eufemistisch taalgebruik was alomtegenwoordig in hun eigen teksten en in dienstvoorschriften. De reserveofficier-arts W.R.A. Berger noemde dat een proces van rationalisatie, waarbij het menselijk leed werd teruggebracht tot cijfers en grafieken.<sup>880</sup> Ook kon er sprake zijn van dissociatie, een permanente staat van ontkenning, waarbij het individu bepaalde onprettige gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn plaatst.<sup>881</sup> De aantrekkingskracht van die manier van coping was duidelijk: "The denial of true risk of the horrors of nuclear destruction may have a useful function in making it possible for people to go about in their daily lives".<sup>882</sup> Een nadeel is, dat wanneer het onderdrukken van emoties niet lukt, individuen kunnen vervallen in *maladaptive coping*. Te denken valt aan drankzucht, het gebruik van narcotica, of ander (vlucht)gedrag om de realiteit niet onder ogen te hoeven zien. Het valt zeker niet uit te sluiten dat sommige militairen zich te buiten gingen aan drank en verdovende middelen, maar door het ontbreken van hard bewijs kan dat gedrag moeilijk worden toegeschreven aan de angst voor een kernoorlog.

---

<sup>879</sup> Richard S. Lazarus en Susan Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping* (New York 1984) 117.

<sup>880</sup> Berger, 'Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging', 77-87.

<sup>881</sup> Andrew Haines, Christopher de B. White en John Gleisner, 'Nuclear weapons and medicine: some ethical dilemma's', *Journal of medical ethics* 9 (1983) 204

<sup>882</sup> Christine Cassel, 'Medical responsibility and thermonuclear war', *Annals of Internal Medicine* 97 (1982) 430.

Bij de omgang met kernwapens lijkt *appraisal-focused* coping de overhand te hebben. Niet het probleem zelf wordt aangepakt, maar het eigen perspectief wordt bewust of onbewust in positieve zin bijgesteld. Men bekijkt het probleem in een rooskleuriger daglicht. Uit de bronnen blijkt dat militairen zich openlijk uitlieten over de voordelen van kernwapens als noodzakelijk instrument om de vrede te handhaven. De negatieve aspecten werden met opzet niet genoemd, gerelativeerd of (minder waarschijnlijk) ontkend. Ook werd beredeneerd dat de kans op een kernoorlog minimaal was.<sup>883</sup> Enkelen distantieerden zich op zakelijke wijze van het probleem. De uitspraak 'het is aan de politiek om hierover te besluiten' was onder militairen en artsen veelgehoord. Daarmee wezen zij hun betrokkenheid of verantwoordelijkheid van de hand.

De artsen die bewust afzijdig waren gebleven in de kernwapenkwestie, zagen zich echter snel gedwongen een standpunt in te nemen. In 1980 ontvingen alle geneeskundigen in Nederland namelijk een brief van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat hen verzocht om informatie te verstrekken over hun beroepsuitoefening. Het achterliggende doel was om precies te kunnen bepalen wie er in oorlogstijd kon worden ingezet ten behoeve van de ZIBO (zie pagina 186). Dit was in 1971 vastgelegd in de zogenaamde Noodwet Geneeskundigen, waarin was bepaald dat er door de inspecteurs van volksgezondheid een lijst moest worden bijgehouden van alle Nederlandse geneeskundigen die tijdens een mobilisatie (of andere 'buitengewone omstandigheden') konden worden opgeroepen voor de zorg voor oorlogsgewonden. Zoals in hoofdstuk 4 is uitgelegd, had het de autoriteiten tot dan toe aan een dergelijk overzicht ontbroken.

Toen de eerste registratieronde in 1980 begon, toonden diverse artsen hun gebrek aan vertrouwen in de gewondenzorg in oorlogstijd. Zij werden daartoe aangemoedigd door de Amerikaanse PSR, maar ook door de NVMP. Het bereik van deze organisaties groeide. Op 2 maart 1980 verscheen in de *New York Times* een advertentie, ondertekend door 700 artsen van de PSR, waarin de gevolgen van een kernoorlog werden geschetst. Duidelijk was dat alle medische voorzorgsmaatregelen ontoereikend zouden zijn. Zelfs een beperkte oorlog zou een historisch ongekend aantal doden en gewonden tot gevolg hebben. Ook Nederlandse dagbladen pikten dit nieuws op.<sup>884</sup> Begin 1981 stond deze boodschap te lezen in een open brief aan de leiders van de twee supermachten, opnieuw ondertekend door artsen van de PSR.<sup>885</sup>

Iemand die de gevolgen van een kernoorlog voor Nederland schetste, was de eerdergenoemde dr. Grond, voormalig docent oorlogschirurgie bij de MGD. Hij

---

<sup>883</sup> Berger, 'Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging', 77-87.

<sup>884</sup> 'Amerikaanse artsen en kernbepapening', *Nieuwsblad van het Noorden* 24 juni 1980.

<sup>885</sup> Physicians for Social Responsibility, Inc., 'Danger - Nuclear War an Open Letter to President Carter and Chairman Brezhnev', *International Journal of Health Services* 11:1 (1981) 169-171.

schreef cynisch dat het een “indrukwekkende technische prestatie” zou zijn als het de hulpverleners in dat doemscenario lukte om de ernstig gewonden naar het ziekenhuis te vervoeren. Veel zou het niet uitmaken; behalve dat “de gewonde tenminste in een beschermd bed overlijdt”, refererend naar het AMC dat was gebouwd om te kunnen functioneren onder nucleaire omstandigheden, maar waar de medische capaciteit volgens hem onvermijdelijk tekort zou schieten.<sup>886</sup>

De NVMP stimuleerde de discussie over de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen verder met eigen publicaties en symposia. De vereniging verzocht artsen om geen gehoor te geven aan de verplichte registratie.<sup>887</sup> Met deze aanpak was zij succesvol, want bij de tweede registratieronde in 1983 weigerde een derde van de 40.000 Nederlandse artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers zich te registreren.<sup>888</sup> Dit gaf een krachtig signaal aan de autoriteiten dat er onder medici weinig vertrouwen bestond in de effectiviteit en het bestaansrecht van de civiele verdediging. De overheid moest alle inspanning richten op het voorkomen van oorlog, zo was de veel gedeelde opvatting.

Sommige weigeraars vreesden de consequenties van hun actie, want weigering of misleidend antwoorden was volgens artikel 39 van de Noodwet geneeskundigen strafbaar. Om die reden onderbouwden zij hun standpunt dan ook schriftelijk in het tijdschrift *Medisch Contact*. Door openlijk hun standpunt te verkondigen, hoopten zij als gewetensbezwaarde te worden aangemerkt. “Hierbij deel ik u mee dat ik op grond van mijn geweten weiger de mij door u gezonden Noodwet-enquête in te vullen”, viel meermaals in verschillende bewoordingen te lezen. Sommigen voorzagen hun inzending van medische argumenten, de meesten wezen op een politieke overweging. Deelnemen aan de oorlogsvoorbereiding werd gezien als een aanvaarding van de mogelijkheid dat ooit een conflict met nucleaire wapens zou kunnen worden uitgevochten. Velen vonden dat nu juist onacceptabel. Artsen onderstreepten ook dat zij behalve hun verantwoordelijkheid en openheid aan hun patiënten ook verantwoordelijkheid hadden af te leggen aan de samenleving. De oorlogsvoorbereidingen wekten de valse illusie dat een kernoorlog beheersbaar was en dus had de burger – de potentiële patiënt – recht op de sombere waarheid, namelijk dat er voor de slachtoffers van een kernaanval vrijwel geen medische hulpverlening mogelijk was. Daaraan werd wel toegevoegd dat de individuele bereidheid, ja zelfs de plicht, om medische hulp te verlenen natuurlijk bleef bestaan, ook al weigerde de arts gehoor te geven aan de geneeskundige registratieoproep.<sup>889</sup> Tijdens het derde internationale congres van de IPPNW, dat in 1983 plaatsvond in Amsterdam, ondertekenden honderden artsen een petitie met

---

<sup>886</sup> Grond, ‘Kunnen wij’, 109.

<sup>887</sup> Martin Niemeyer, ‘Noodwet Geneeskundigen. Symposium Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie’, *Medisch Contact* 30 (30 juli 1982) 895.

<sup>888</sup> Grond, ‘Kunnen wij’, 109.

<sup>889</sup> Alle citaten van medici in dit artikel zijn terug te vinden in de ingezonden brieven in *Medisch Contact* 30 (30 juli 1982) 894.

de stelling: 'As physicians, we wish to express our professional concern over the unprecedented threat to life and health posed by nuclear weapons, a threat that hangs over hundreds of millions of people.'<sup>890</sup> Verrast door de weerstand die de Noodwet-registratie teweeg bracht, besloot het ministerie de gewetensbezwaarden niet te vervolgen.

Weinig burgers voorzagen de kritische of gewetensbezwaarde artsen van een weerwoord. Mogelijk hielden voorstanders van oorlogsvoorbereidingen en het afschrikkingsevenwicht hun mond omdat de 'tegenstanders' daarvan het morele gelijk aan hun kant meenden te hebben. Een huisarts schreef: "De angst bij sommige briefschrijvers lijkt dermate groot dat zij andersdenkenden vereenzelvigen met hun angstobject en hen niet meer als gelijkaardigen en oprecht zoekenden naar begaanbare wegen toespreken. Badineren, verdacht maken, en imponeren voeren tot een heilloze discussie (...)"<sup>891</sup> De directeur van de in mei 1981 opgerichte Stichting Vredes Politiek, F. Th. de Bree, durfde wel een tegengeluid te laten horen. Hij vond het onethisch dat de NVMP de angst onder de bevolking wilde aanwakkeren over de gevolgen van een nucleaire oorlog, om zodoende het maatschappelijk debat te stimuleren en de druk op de regering op te voeren. "Door te propageren dat DE BOM aan een bijna doorgeroest draadje hangt en een onvermijdelijke holocaust te schilderen die, als hij VALT, in korte tijd de beschaving zal vernietigen, creëert een medicus zijn eigen angstpatiënten", aldus De Bree. Volgens hem gaven een "toereikende defensie-inspanning, internationale ontspanning en wederzijdse wapenbeheersing [...] een redelijke mate van zekerheid dat de bestaande vrede kan worden gehandhaafd met behoud van de ideologische, economische en culturele waarden van de democratie."<sup>892</sup> Iets meer dan de helft van de Nederlanders was die mening toegedaan, zo bleek uit opiniepeilingen. Dat beeld werd bevestigd toen een kleine Kamermeerderheid begin 1986 na een beladen debat akkoord ging met de stationering van nucleaire kruisvluchtwapens in Woensdrecht.<sup>893</sup>

Uitzonderlijk is dat de radioloog en tevens NVMP-lid B.W. Ike ook vond dat artsen de plicht hadden om medische voorbereidingen te treffen voor een nucleaire oorlog. Hij onderschreef dat het voorkomen ervan de hoogste prioriteit had, maar veronderstelde tevens dat het grootste deel van de mensheid een kernoorlog zou overleven, mocht die onverhoopt uitbreken. De medische wereld mocht zich niet onttrekken aan hun lot, want dat zou gelijk staan aan "massale preventieve euthanasie" (sic).<sup>894</sup> Het veelgehoorde argument dat de oorlogsvoorbereidingen schadelijk waren, stoelde volgens Ike niet op medische maar op politieke,

---

<sup>890</sup> <https://www.ipnpw.org/pdf/1983-amsterdam-declaration.pdf> (geraadpleegd op 01-04-2019).

<sup>891</sup> J. Rans, 'Kernwapens en de angst', *Medisch Contact* 52 (31 december 1981) 1596.

<sup>892</sup> F.Th. de Bree, 'Vrede in vrijheid', *Polsslag* 17:2 (maart 1983) 10.

<sup>893</sup> De bouw van de shelters voor deze wapens werd ook daadwerkelijk voltooid, maar door de ondertekening van het INF-verdrag in december 1987 was de komst van de kruisraketten op het laatste moment geannuleerd.

<sup>894</sup> TD: Er kan alleen sprake zijn van euthanasie als er toestemming is van de patiënt. Het citaat komt uit: B.W. Ike, Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging', *Medisch Contact* 18 (6 mei 1983) 530.

strategische en ideologische gronden. Met het hanteren van zulke argumenten riskeerde de arts dat hij zich op een terrein begaf waarop hij niet per se deskundig was. Zodoende brachten artsen hun professionele competentie in gevaar, een argument dat ook al in de jaren zestig had geklonken. Bovendien hadden artsen volgens hem niet het recht om als morele arbiters in de samenleving te fungeren. Een andere arts liet in 1983 in *Medisch Contact* weten “dat het verkondigen van meningen over dit soort vraagstukken [het kernwapenvraagstuk] dus niet in een medisch periodiek thuishoort maar in een politiek-sociologisch gericht discussie-orgaan.”<sup>895</sup> De *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG) onthield zich van een oordeel over de kwestie, wat erop wijst dat de medische wereld hierover sterk verdeeld was.



**Figuur 14:** ‘Soldaten tegen kernwapens’ tijdens een demonstratie in 1981. Minstens twee dienstplichtigen dragen het baretembleem van de MGD (Nationaal Archief).

---

<sup>895</sup> G.D. Bos, ‘Arts En Kernwapens’, *Medisch Contact* 2 (13 januari 1984) 37.

### **Demonstreren in uniform?**

Ondanks het groeiende artsenverzet tegen de kernwapens en de vele medisch-ethische artikelen op dat gebied, bleef het van militair-geneeskundige zijde angstvallig stil. Er zijn slechts enkele voorbeelden bekend van officieren-arts die zich over dat onderwerp kritisch uitlieten en de consequenties daarvan aanvaardden. Een van hen was de eerdergenoemde Berger, die in *Medisch Contact* schreef dat hij op 21 november 1981 in zijn militaire uniform tegen de kruisvluchtwapens had gedemonstreerd. Hij omschreef dat als een daad van burgerlijke ongehoorzaamheid, die was gegrond in de overtuiging dat artsen de plicht hadden om een helder signaal af te geven tegen de oorlogsvoorbereidingen. "(...) de officier-arts zal in de komende (kern)oorlog niets voor zijn militaire patiënten kunnen doen. Het officiële beleid op dit punt is ronduit misleidend; men bereidt zich op een conflict voor met voorzieningen die volkomen achterhaald lijken" en daarom was het de verantwoordelijkheid van militaire artsen hun (potentiële) patiënten daarop te wijzen in plaats van onrealistische rampenplannen met een prettig klinkende, sussende ondertoon te publiceren. Als voorbeeld noemde hij het 752 Algemeen hospitaal, dat na bericht van mobilisatie pas na zeventien dagen in bedrijf kon zijn en dus van geen betekenis was voor een plotselinge rampsituatie als gevolg van een uitgebroken oorlog.<sup>896</sup> Militairen die in uniform demonstreerden begrepen overigens dat zij in overtreding waren en van tevoren wisten zij niet dat de uiteindelijke geldboete die het ministerie van Defensie zou opleggen, erg meeviel (*Figuur 14*).

Enige dienstplichtigen vonden de dreiging van kernwapens dermate verontrustend dat zij zich compleet distantieerden van de krijgsmacht door een beroep te doen op de in 1962 ingevoerde Wet Gewetensbezwaren Militaire Dienst. Als zij als zodanig werden erkend, kregen zij vrijstelling van de militaire dienst en waren zij verplicht tot het verrichten van een 'vervangende dienst'. Reserve-eerste luitenant-arts Anno Winters, die zijn eerste oefening al had volbracht, werd in het voorjaar van 1984 opgeroepen voor een herhalingsoefening. Hij was ingedeeld bij het Korps Mobiele Colonnes, een eenheid die, als gezegd, was opgericht om de burgerbevolking hulp te bieden bij een rampsituatie in vredes- of oorlogstijd. De eerste herhalingsoefening waaraan Winters deelnam, gaf hem echter weinig vertrouwen in de oorlogsvoorbereidingen. Het stuitte hem tegen de borst dat de leiding sprak over een "ongeval" wanneer een kernexplosie werd bedoeld, terwijl er ook sprake was van "een grote onbekendheid met het hanteren van grote aantallen slachtoffers". Veel oefengewonden, die her en der in het rampgebied verspreid lagen, werden niet afgevoerd en het scenario dat aanvankelijk voorzag in het neerdalen van fall-out werd terloops aangepast om de hulpverlening niet nog verder

---

<sup>896</sup> 'Demonstreren in uniform. Waarom?', *Medisch Contact* 51 (18 december 1981).



te hinderen. Tot slot vertoonden de officieren van het KMC een grote onbekendheid met de intensiteit van de zorg die brandwondenpatiënten nodig hadden.<sup>897</sup>

Deze ervaringen sterkten Winters in zijn overtuiging dat de oefening feitelijk alleen bijdroeg aan de psychologische oorlogsvoorbereiding. Dat laatste zadelde hem op met een ethisch dilemma. Enerzijds ervoer hij het als zijn plicht om maatregelen te treffen om het lijden te verlichten en de gezondheid te bevorderen, maar anderzijds lag het hem zwaar op de maag dat hij medewerking moest verlenen aan het in stand houden van de illusie dat medische hulp in een kernoorlog mogelijk was. Winters vroeg en kreeg toestemming om zijn visie op dit gebied te bespreken in zijn klas met herhalingsplichtige artsen. De reacties varieerden volgens hem van “afweer en verdachtmaking tot voorzichtige sympathie. Er volgde een fikse discussie waarin de sfeer van ‘ouwe jongens krentenbrood’, zo kenmerkend in situaties zoals deze, naar de achtergrond verdween.” Om verdere polarisatie te voorkomen maakte de aanwezige leiding spoedig een einde aan het gesprek en ging zij verder met het cursusprogramma.<sup>898</sup>

Vanuit de behoefte aan “ondersteuning en inhoudelijke verdieping” over deze kwestie, zocht Winters via de nieuwsbrief van de NVMP contact met dienstplichtige artsen die een beroep hadden gedaan op de Wet Gewetensbezwaren Militaire Dienst. Tot een uitgebreide inhoudelijke discussie kwam het niet. Winters ontving drie persoonlijke reacties: een arts had geweigerd in dienst te treden, een ander had na zijn eerste oefening geweigerd deel te nemen aan herhalingsoefeningen, een derde arts overwoog dat laatste besluit. Winters voelde zich in elk geval voldoende in zijn overtuiging gesterkt en zijn beroep op de Wet Gewetensbezwaren werd na een eerdere afkeuring uiteindelijk gehonoreerd.<sup>899</sup>

Getuigenissen van andere gewetensbezwaarden binnen de MGD ontbreken. Wellicht ventileerden enkelen hun scepsis over de oorlogstaak of het militaire bedrijf anoniem, of onder een pseudoniem, maar ook dat is lastig te achterhalen. Toch dringt zich de vraag op naar de omvang van deze groep. Dit onderzoek heeft geen exacte cijfers aan het licht kunnen brengen. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat deze groep gewetensbezwaarden, niet alleen in de jaren tachtig maar ook daarvoor, betrekkelijk klein was. De meest overtuigde pacifisten waren buiten de krijgsmacht gebleven. Degenen die wel hun militaire dienstplicht vervulden, hadden in feite al geaccepteerd dat zij deel uitmaakten van de krijgsmacht: zij probeerden er het beste van te maken. Als we aannemen dat er een kleine groep was met morele vragen ten aanzien van de oorlogsvoorbereidingen (aspecten die in de dagelijkse praktijk maar weinig aandacht kregen), dan staat in elk geval vast dat slechts een enkeling hierover openlijk naar buiten trad. Er waren tal van redenen om dat niet te

---

<sup>897</sup> Anno Winters, ‘Verslag van een herhalingsplichtige arts’, *Nieuwsbrief Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie* VII (februari 1987). De brief werd ook geplaatst in *Polslag* 21:6 (november 1987) 23.

<sup>898</sup> Ibidem.

<sup>899</sup> Ibidem.

doen. *Peer pressure* – de groep niet willen afvallen – had hier mogelijk mee te maken. Ook plichtsgevoel kan een rol hebben gespeeld. Artsen in dienstverband hadden de officierseed moeten afleggen en dus de daarbij behorende verantwoordelijkheden aanvaard. Het betekende dat zij deel uitmaakten van de militaire organisatie en de hun opgedragen (oorlogs-)taken moesten aanvaarden en zo nodig uitvoeren. Het openlijk diskwalificeren van diezelfde taken kon voor artsen in dienstverband leiden tot degradatie en overplaatsing naar een niet-medische functie, in combinatie met een status- en salarisverlaging, of misschien zelfs zwaardere straffen.

Beroepsofficieren(-arts) lieten in de jaren tachtig, net als in voorgaande decennia, niets merken van politieke of gewetensbezwaren ten aanzien van de kernwapenkwestie. Zij genoten wel de vrijheid van meningsuiting, maar wisten ook dat hun inbreng in een politiek vraagstuk door het Ministerie van Defensie en hun collega's niet bovenmatig werd gewaardeerd.<sup>900</sup> De krijgsmacht moest immers effectief uitvoering kunnen geven aan democratisch genomen besluiten. Te veel interne verdeeldheid maakte het uitvoeren van de opdracht moeilijk of zelfs onmogelijk.

Minister van Defensie P.B.R. de Geus probeerde de inzetbaarheid van de krijgsmacht te beschermen door in 1980 te bepalen dat er binnen de krijgsmacht wel over de gewetensproblematiek mocht worden gediscussieerd, mits “de vervulling van alle militaire taken bleef gewaarborgd”.<sup>901</sup> De minister legde nog eens uit dat de afschrikingsstrategie gebaseerd was op geloofwaardigheid, ofwel de bereidwilligheid van Nederland om kernwapens daadwerkelijk in te zetten als de NAVO daartoe had besloten. “Ons volk en onze bondgenoten moeten altijd op de Nederlandse krijgsmacht kunnen rekenen”, aldus de minister.<sup>902</sup> Voor de MGD was dat niet anders. In het functieprofiel van de officier-arts uit 1987 stond dat van deze functionaris “mag worden verwacht dat hij zich identificeert met de hem in de organisatie opgedragen taak, zich harmonisch inpast in de organisatiestructuur en beschikt over kennis en vaardigheid voor deelneming in de organisatieprocessen. De officier-arts draagt een directe verantwoordelijkheid voor zijn medisch handelen. Hij draagt ook verantwoordelijkheid voor het functioneren van de militair-geneeskundige organisatie.”<sup>903</sup>

In de jaren tachtig hielden militair-geneeskundigen zich op de vlakte over morele aspecten van de eventuele inzet van kernwapens op het slagveld. De bewering dat elke medische organisatie kansloos was in de volgende oorlog werd door militair-geneeskundigen bevestigd noch tegengesproken. Maar de uitspraak dat iedereen die meewerkte aan de oorlogsvoorbereidingen ook medeplichtig was

---

<sup>900</sup> Janssen, ‘De geloofwaardigheid’, 206.

<sup>901</sup> Boot, *Het Leger*, 189.

<sup>902</sup> *Ibidem*, 234.

<sup>903</sup> ‘Het beroep van de officier-arts: een profielschets’, *Polsslag* 22:2 (maart 1988) 9.

aan een eventuele oorlog – die vooral klonk vanuit de vredesbeweging – werd wél stellig ontkend. De reserve-luitenant-kolonel-arts dr. P.A.A. Klok vond dat de militair-arts geen blaam betrof als hij deelnam aan oorlogsvoorbereidingen, want volgens hem was er alleen sprake van planning voor de hulp aan overlevenden.<sup>904</sup> De vraag of, en zo ja op welke wijze, zinnige hulp kon worden geboden op grote schaal, liet hij onbeantwoord.

Beroepsofficieren hielden zich vooral bezig met de dreiging van chemische strijdmiddelen. Zoals in hoofdstuk 2 besproken, wezen inlichtingenrapporten op de grotere waarschijnlijkheid van de inzet van chemische wapens want men veronderstelde dat de Sovjet-Unie zou proberen om de atoomdrempel niet te overschrijden. In een recensie van een bundel met opstellen van de hand van Verdoorn, schreef een majoor van de cavalerie dat de medische polemologen altijd uitgingen van het meest extreme scenario, terwijl oorlog niet per definitie totaal hoefde te zijn. Het lesboek van de militaire artsenopleiding uit 1979 (de zogenaamde ‘artsenklapper’) verkondigde deze opvatting.<sup>905</sup> In elk geval was de opdracht van de krijgsmacht niet gelegen in het voeren van de totale oorlog, maar het *voorkomen* van oorlog door het innemen van een krachtige positie.<sup>906</sup> Daarbij hoorden grondige NBC-voorbereidingen, zo betoogde de kolonel-arts Besouw, die begin 1983 in het NMGT schreef dat het cruciaal was dat het geneeskundig systeem bleef functioneren onder NBC-omstandigheden, waarbij hij specifiek doelde op de aanwezigheid van strijdgassen.<sup>907</sup> Zijn conclusie was dat alleen preventieve maatregelen zin hadden omdat er in feite geen therapeutische behandeling bestond voor een aantal typen zenuwgassen. Zonder bescherming hadden “deze slachtoffers [...] geen enkele kans op overleving, zij sterven binnen enkele minuten ‘in het veld’, tenzij onmiddellijk ter plaatse hulp kan worden geboden.”<sup>908</sup>

Zelden trokken de auteurs in de militaire periodieken dergelijke ontuchtende conclusies over massavernietigingswapens. Een medisch-ethisch debat naar aanleiding van de atoomwapens kwam in militaire kringen gedurende de hele Koude Oorlog niet van de grond, hoewel sommigen niet nalieten te vermelden dat zij hoopten dat het nooit zover zou komen.<sup>909</sup> Het hopen op een goede afloop van de Koude Oorlog, of tenminste een vreedzame co-existentie, was een manier om niet over lastige ethische vraagstukken te hoeven nadenken.

---

<sup>904</sup> P.A.A. Klok, ‘Het kernwapenvraagstuk en de reserve-officier’, *Polsslag* 18:5 (september 1984) 10.

<sup>905</sup> *Artsenklapper 1979*, Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst, raadpleegbaar bij Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst, Korporaal van Oudheusdenkazerne te Hilversum.

<sup>906</sup> J.M.J. Bosch, ‘Mars en Aesculapius’, *Militaire Spectator* 155:3 (1986) 101-103.

<sup>907</sup> J.J.P.A. Besouw, ‘De afvoer van gewonden onder NBC omstandigheden’, *NMGT* 36:1 (januari 1983).

<sup>908</sup> J.J.P.A. Besouw, ‘Weerwoord op het commentaar van majoor-arts Van Rijn’, *NMGT* 36:3 (juni 1983) 163.

<sup>909</sup> De Lange, ‘Arts en oorlog’, 16.

## Conclusie

Tijdens de Koude Oorlog werkten legerartsen mee aan plannen om ervoor te zorgen dat de MGD zijn taak onder alle oorlogsomstandigheden kon voortzetten. Daarbij hoorden ook nucleaire omstandigheden, waarin de medische capaciteit, zo wisten zij bij voorbaat, ernstig tekort zou schieten. Dit zwarte scenario confronteerde artsen met de keuze welke patiënten wel of voorlopig (of helemaal) niet in aanmerking kwamen voor medische behandeling. Ook eerdere oorlogen hadden zulke dilemma's opgeworpen, maar nieuw was dat de problematiek in een nucleaire oorlog vele malen groter leek. Niet alleen het aantal gewonden was naar verwachting groter, maar ook de aard van het letsel van atoomgewonden was gecompliceerder. Voor vele, vooral aan straling blootgestelde slachtoffers, bestond helemaal geen effectieve behandelingsmethode.

Opvallend is de rationele en afstandelijke manier waarmee officieren-arts met deze problematiek omgingen. Terwijl kritische burgerartsen vanaf de jaren zestig veel vraagtekens plaatsten bij de geneeskundige voorbereidingen op een nucleaire oorlog, was er van een medisch-ethische discussie in militair-geneeskundige vakbladen geen sprake. De eerste verklaring voor de geringe discussie onder legerartsen moet worden gezocht in het feit dat alleen een select gezelschap van deskundigen zich intensief met deze complexe materie bezighield. De overige legerartsen maakten alleen in het leslokaal kortstondig kennis met de gestelde problematiek. De cursist ontving instructies over triage, die hem vanuit een consequentialistische ethiek moesten helpen om in het heetst van de strijd de juiste keuzes te maken. Alternatieve zienswijzen werden niet voorgeschoteld omdat de MGD geen verwarring wilde zaaien of tegenspraak uitlokken. Ruimte voor innerlijke bespiegelingen was er niet. Beroepsofficieren(-arts) bevestigden de heersende opvattingen, zo blijkt uit hun bijdragen in militair-geneeskundige periodieken. Over de operationele aspecten, de ideale militair-geneeskundige organisatie en de uitvoering van bepaalde procedures verschilden hun opvattingen, maar twijfelen aan de militaire oorlogstaak *an sich* was uit den boze want dat deed alleen maar af aan de kracht van de afschrikingsstrategie.

De regulatie van interne kritiek was een onmisbaar onderdeel van de inbedding van positief getinte toekomstbeelden (*sociotechnical imaginaries*) binnen de krijgsmacht. Tot het einde van de Koude Oorlog gingen dienstvoorschriften in tegen de maatschappelijk breed gedeelde opvatting dat een nucleaire oorlog de ondergang betekende (*resistance*). De militaire taakvoortzetting onder alle omstandigheden bleef de norm (*extension*). Ofschoon veel legerartsen moeten hebben getwijfeld aan de zin van de militaire geneeskunde onder nucleaire omstandigheden, ontstond er binnen de kazernemuren geen discussie.

Dat er in Nederland überhaupt weinig artsen bereid waren om zich daarover uit te spreken, laat staan officieren-arts, is overigens wel opmerkelijk. Als zij dat al deden, dan ging het in de jaren zestig en zeventig vooral over de 'gewone' oorlogen in de wereld, zoals gevoerd op het Afrikaanse continent en in Zuidoost-

Azië. Tegen die achtergrond kreeg ook de dubbele loyaliteit van de officier-arts de volle aandacht. De NVMP nam hierin het voortouw. Zij stelde dat de belangen van de militaire organisatie de medische verantwoordelijkheid in de verdrukking konden brengen. Het systeem van triage beschouwden de kritische artsen als een voorbeeld daarvan: zij redeneerden dat dit systeem louter tot doel had de gevechtskracht van het leger in stand te houden. Van militaire zijde probeerde men de kritiek te weerleggen, maar zij wisten de medisch-polemologen niet te overtuigen.

Toen eind jaren zeventig een breed maatschappelijk debat ontstond over kernwapens, verzocht de NVMP alle Nederlandse artsen zich uit te spreken tegen de voorbereidingen op een atoomoorlog. De campagne oogstte succes. Een derde van de Nederlandse weigerde zich te laten registreren in het kader van de Noodwet Geneeskundigen. Enkele militair-geneeskundigen demonstreerden begin jaren tachtig in uniform tegen kernwapens. Hiermee gaven zij uiting aan hun bezorgdheid en probeerden ze het kabinet te overtuigen van de noodzaak tot (nucleaire) ontwapening. Een aantal dienstplichtige artsen liet zich aanmerken als gewetensbezwaarde. Niettemin schaarde een meerderheid van de dienstplichtige artsen zich achter het gevoerde veiligheidsbeleid.

Terwijl de discussie over kernwapens in de jaren tachtig in Nederland hoog oplaaide, stelde de meerderheid van de militairen zich terughoudend op in de omgang met dit politieke vraagstuk. De minister van Defensie tolereerde interne discussie zolang het bestaansrecht van de krijgsmacht niet in twijfel werd getrokken, en zolang de paraatheid en het functioneren niet in gevaar kwamen. Vooral beroepsofficieren moesten hierop alert zijn. Een emotionele reactie op de NBC-gevaren – zelfs het uiten van grote bezorgdheid daarover – gold in hun kringen als onprofessioneel.

Tegen deze normenconstellatie binnen de krijgsmacht viel niet makkelijk op te boksen. Het uiten van kritiek kon leiden tot aanvaringen met collega's, berispingen van meerderen, het risico om te worden gezien als ontrouw, defaitistisch of simpelweg ongeschikt, of zelfs te worden overgeplaatst naar een niet-medisch onderdeel, gepaard met degradatie en een verlies aan status. Dit verklaart gedeeltelijk waarom er geen kritische stukken van de hand van officieren-arts verschenen in de militaire vakbladen. En voor zover dit onderzoek kon nagaan, publiceerden militaire artsen ook elders weinig kritische stukken onder vermelding van naam en rang. Terughoudendheid hoeft daarvoor niet de enige reden te zijn. Steun voor het overheidsbeleid is ook goed mogelijk. Het merendeel van de medici in Nederland vulde de enquête voor de Noodwet geneeskundigen plichtsgetrouw in. Natuurlijk hoopten zij dat het nooit tot buitengewone omstandigheden hoefde te komen. Alle hoop was gevestigd op een succesvolle wederzijdse afschrikking, diplomatieke verzoening en zo mogelijk nucleaire ontwapening.

## Hoofdstuk 6: De mgd in de politieke arena?

“M.J.J.A. Imkamp (D’66): Is het juist dat de militair geneeskundige dienst een minimaal bestaan leidt en de ter beschikking staande artsen overbelast zijn?

- W. den Toom, minister van Defensie: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. De overbelasting geldt voornamelijk de stafartsen en de artsen belast met wetenschappelijke arbeid. Door de huidige tekorten aan beroepsofficieren-arts moeten de aanwezigen zwaar worden belast om het vereiste niveau te kunnen handhaven”.<sup>910</sup>

Naast oorlogsvoorbereidingen had de MGD een breed spectrum aan vreedstaken, zoals het vaccineren, het verzorgen van EHBO-cursussen en hygiënische inspecties, en ook logistieke, bedrijfsgeneeskundige, verzekeringstechnische, curatieve taken eisten de nodige aandacht. De IGDKL moest er als hoogste medische autoriteit van de landmacht op toezien dat die taken uitvoerbaar waren met de middelen en het personeel dat daarvoor beschikbaar was gesteld. Dit hoofdstuk gaat nader in op die taakuitvoering. Welke verwachtingen van de MGD bestonden er binnen- en buiten de krijgsmacht, en in hoeverre wekte het functioneren van de dienst in vredes- en oorlogstijd de belangstelling van de ambtelijk-politieke top?

De eerste paragraaf biedt een overzicht van de belangrijkste argumenten voor het bestaan van de MGD in oorlogstijd, alsook de daaruit afgeleide argumenten om deze dienst in vreedstijd te handhaven. Hier passeren de perspectieven van de Nederlandse staat, de krijgsmacht en de NAVO-bondgenoten de revue. Ook komen er ‘klassieke’ tegenargumenten aan bod: de hoge kosten en het gebrek aan urgentie. In de navolgende paragrafen komen de belangrijkste politieke discussies over de MGD ter sprake. Daarbij ging het vrijwel altijd over personeelstekorten, die de militaire gezondheidszorg ondermijnden en de oorlogsvoorbereidingen in gevaar brachten. Hoe en hoe succesvol bracht de IGDKL dit onderwerp bij zijn superieuren onder de aandacht? Hadden de legerleiding en de politieke leiding van het Ministerie van Oorlog/Defensie voldoende oog voor deze problematiek en de consequenties ervan? Daarnaast zal de rol van de volksvertegenwoordiging in ogeschouw worden genomen. Werd het functioneren van de MGD tegen het licht gehouden bij de debatten over de jaarlijkse defensiebegroting? En zo ja, welke aspecten kregen dan aandacht?

Verder is het de bedoeling om te verklaren welke belangrijke militair-geneeskundige aspecten juist géén onderwerp van gesprek waren. Zo moet blijken

---

<sup>910</sup> Aanhangsel tot het Verslag van de HTK 1970-71, Vragen 1023, pagina 2057.

in hoeverre politici de militair-geneeskundige personeelsproblematiek in verband brachten met de oorlogsvoorbereidingen. Ook zal duidelijk worden in hoeverre er een parlementaire discussie werd gevoerd over de mogelijke uitvoering van de geneeskundige taken in oorlogstijd, waarbij de inzet van kernwapens niet kon worden uitgesloten. Door de blik te richten op de politieke aspecten van de militaire geneeskunde, behandelt dit hoofdstuk het laatste, maar zeker niet het minst belangrijke deel van de onderzoeksvraag.

### **Uit noodzaak geboren**

De geneeskundige verzorging van militairen is in de laatste drie eeuwen geëvolueerd van 'aardige bijkomstigheid' tot absolute voorwaarde voor het functioneren van de krijgsmacht. Tijdens de Koude Oorlog verwezen vooraanstaande officieren-arts geregeld naar de ervaringen van de geallieerde strijdkrachten tijdens de Tweede Wereldoorlog: toen waren miljoenen militairen in hospitalen opgenomen, behandeld en genezen, waarna velen van hen konden terugkeren in actieve dienst. Vanuit die optiek noemde veldmaarschalk Montgomery de bijdrage van de militaire geneeskunde aan de geallieerde overwinning 'beyond all calculation'.<sup>911</sup>

De erkenning van het belang van de MGD is in belangrijke mate gerelateerd aan de voortschrijdende medische wetenschap, die officieren-arts had geleerd dat personeelsuitval door ziekte grotendeels kon worden voorkomen door het treffen van tamelijk eenvoudige hygiënische maatregelen. Daarnaast stond ook de ontwikkeling van de chirurgie en wondbehandeling niet stil. In elke oorlog werd het leven van een steeds groter percentage gewonden gered, van wie zoals gezegd een steeds groter aantal na herstel kon terugkeren in actieve dienst. Verder zorgde de aanwezigheid van een goed functionerende MGD voor een versterking van het moreel van de troepen, zo is door verschillende militair-geneeskundigen gesuggereerd.<sup>912</sup> Het officiële motto van het Nederlandse Regiment Geneeskundige Troepen luidde dan ook *Eripiendo Victoriae Prosum*, al helpende dien ik de overwinning.

Afgezien van het militaire nut, was er ook nog een staatkundig argument voor het handhaven van de MGD, namelijk dat de overheid verantwoordelijk is voor de verlening van medische zorg aan dienstplichtige en vrijwillig dienende militairen.<sup>913</sup> Deze opvatting staat in relatie tot het gedachtegoed van de Verlichting, met name de theorievorming over de verhoudingen tussen burger en overheid. De Zwitserse filosoof Jean Jacques Rousseau betoogde in 1762 in *Du contrat social ou principes du droit politique* dat burgers een deel van hun vrijheid moeten opgeven

---

<sup>911</sup> Mark Harrison, *Medicine and Victory: British Military Medicine in the Second World War* (Oxford 2004) 1.

<sup>912</sup> Verschillende militair geneeskundigen verkondigden deze opvatting. Zie: Van Bergen, *Waarde Generaal*, passim.

<sup>913</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 36.

ten bate van de gemeenschap – ofwel het algemeen belang – en als tegenprestatie moet de staat zorgdragen voor onder meer veiligheid en welvaart.<sup>914</sup> Vrij vertaald is de dienstplicht, die in feite de zwaarst mogelijke beperking van de burgerlijke vrijheid betekent en in veel gevallen met tegenzin vervuld wordt, alleen legitiem als de staat goed gebruik maakt van die krijgsmacht en tevens zorg draagt voor het lichamelijk en geestelijk welzijn van haar burgers onder de wapenen.<sup>915</sup> Officieren van de MGD deelden die opvatting: de krijgsmacht moest voorzien in “hygiëne, voeding, lichamelijke opvoeding, (...) een behoorlijke medische en psychologische verzorging, (...) recreatie, ontspanning, sport”. Ook was zij verantwoordelijk voor het “scheppen van voldoende ruime mogelijkheden [voor persoonlijk ontplooiing, T.D.], met zoveel mogelijk vrijheid van keuze”.<sup>916</sup>

Een derde argument voor het handhaven van de MGD waren internationale afspraken. Nederland behoorde tot de eerste twaalf landen die in augustus 1864 de Conventies van Genève ondertekenden, waarin werd bepaald dat oorlogsgewonden recht hadden op geneeskundige verzorging ongeacht hun nationaliteit. Zou Nederland onverhoopt verwickeld raken in een oorlog, dan diende het te handelen in de geest van het verdrag. Dit impliceerde dat het leger de mogelijkheid moest hebben om geneeskundige zorg te bieden aan de eigen gewonden en die van de vijand. Hoe die zorg was georganiseerd, kon Nederland lange tijd zelf bepalen. Daarbij dienden de geneeskundige diensten in de buurlanden (met name Frankrijk) als voorbeeld.<sup>917</sup>

Toen de Nederlandse krijgsmacht vanaf 1949 deel ging uitmaken van de NAVO-verdediging, diende de legerleiding sterk rekening te houden met de plannen van SHAPE. Zo moesten de aan de NAVO-verdediging toegewezen strijdkrachten (*assigned forces*) voldoen aan bepaalde richtlijnen. Die waren niet juridisch bindend, maar als trouwe bondgenoot hechtte de Nederlandse regering er bij de formulering van het defensiebeleid altijd grote betekenis aan.<sup>918</sup> Zo werden aan de paraatheid, vuurkracht, mobiliteit en de communicatiemiddelen van het legerkorps hoge eisen gesteld.<sup>919</sup> Ook een goed functionerende medische verzorging was belangrijk om het gevecht te kunnen voortzetten. De NAVO probeerde daarom inzicht te krijgen in de

---

<sup>914</sup> Jean Jacques Rousseau, *Du contrat social ou principes du droit politique* (Geneve 1762) aldaar boek 3, hoofdstuk 9, dat gaat over de kenmerken van goed overheidsbestuur (*Des signes d'un bon Gouvernement*).

<sup>915</sup> J.R. Thorbecke noemde de krijgsmacht “de zwaarste schuld van alle welke de Staat aan de burgers oplegt.” Geciteerd in: B. Schoenmaker, *Burgerzin en soldatengeest. De relatie tussen volk, leger en vloot 1832-1914* (Amsterdam 2009) 204. Overigens vergt het onderzoek naar de invloed van het Verlichtingsdenken op sociale omstandigheden binnen de krijgsmacht nog het nodige onderzoek. Zie bijvoorbeeld het promotieonderzoek van Rosemarijn Vlijm (*Leven aan boord: humaniteit en zeemacht 1813-1885*) over de invloed van de Verlichting op de werk- en leefomstandigheden aan boord van marineschepen in de negentiende eeuw.

<sup>916</sup> C.J.A. Somers, ‘De Militair Geneeskundige Dienst in vreedstijd’, *Ons Leger* 44:10 (september 1960) 23. Somers refereert in zijn artikel naar een uitspraak van academicus en politicus prof. dr. F.L. Polak.

<sup>917</sup> Bijvoorbeeld: in het *Maandblad voor Reserveofficieren* (MAVORS) verschenen in het interbellum geregeld artikelen over de organisatie van de Duitse, Franse en Britse militair geneeskundige diensten.

<sup>918</sup> Van der Hoogen, *Besluitvorming*, 37.

<sup>919</sup> ‘Met het oog op atoombomoorlog. Reorganisatie van leger krijt in 1958 gestalte’, *de Volkskrant* 7 februari 1957..



medische capaciteit die de lidstaten tot hun beschikking hadden. Verder voorzag SHAPE, zoals we zagen, elk land van schattingen van het aantal slachtoffers in verschillende oorlogsscenario's. Op basis daarvan kreeg ook Nederland bondgenootschappelijke adviezen inzake de gewenste hospitaalcapaciteit en de aanschaf van militair-geneeskundige voorraden en materieel.

De medische verzorging bleef echter net als de logistieke ondersteuning in haar geheel een nationale verantwoordelijkheid, zowel in vreedstijd als in tijd van oorlog. Aan dit uitgangspunt lagen vooral politieke en economische overwegingen ten grondslag. Het defensieapparaat vergde enorme geldbedragen, dus vanuit het belang van de schatkist was het stellen van prioriteiten noodzakelijk. Zo kwam in hoofdstuk 2 al naar voren dat de gevechtseenheden in veel gevallen voorrang kregen bij de invoering van nieuw materieel.<sup>920</sup> De hospitalen in de Nationale Sector en de geneeskundige onderdelen bij de territoriale troepen stonden stevast tamelijk laag in de pikorde. De gevechtskracht en paraatheid van de *assigned forces* waren belangrijker: vooral daarop werd Nederland internationaal beoordeeld.

Een laatste argument voor een goed georganiseerde MGD was de publieke opinie. Wanneer de geneeskundige zorg niet op orde was, dan kon dat tot publieke verontwaardiging leiden, zoals bijvoorbeeld in Groot-Brittannië, naar aanleiding van de reportages van William Howard Russell over de medische situatie tijdens de Krimoorlog (1853-1856).<sup>921</sup> Ook hier te lande viel vanouds meermaals kritiek te beluisteren op de kwaliteit van de militair-geneeskundige zorg – in vreedstijd welteverstaan.<sup>922</sup> Vermeldenswaardig is de ophef die in 1916 ontstond over misstanden in de geneeskundige zorg voor dienstplichtigen. Naar aanleiding hiervan riep de minister van Oorlog een speciale commissie in het leven om onderzoek te doen “naar de werking van de Geneeskundige Dienst der Landmacht”.<sup>923</sup> Het rapport van de zogeheten commissie Ruysch uit 1917 bevatte veel elementen die bij latere discussies opnieuw aan de orde kwamen. Het rapport noemde de militaire hospitalen onmisbare specialistencentra voor de krijgsmacht. Wel constateerde de commissie dat de militaire zorgverlening in de voorbije decennia achterop was geraakt bij de civiele geneeskunde en dat verbeteringen noodzakelijk waren.<sup>924</sup>

De voorgestelde verbeteringen maakten echter geen einde aan de twijfels over de zorgkwaliteit. Ook de kosten van de militair-geneeskundige inrichtingen waren een heikel punt, vooral in perioden van economische neergang en overheids-bezuinigingen. Om die redenen was het voorstel tot beperking van de omvang van de MGD nog niet van tafel. Het idee kreeg vooral steun binnen partijen die weinig

---

<sup>920</sup> Roozenbeek ed., *In dienst*, 115. De auteur toont in dit boek aan dat de logistieke ondersteuning gedurende de Koude Oorlog steeds kampte met tekorten, terwijl de plannen voor verbetering maar traag van de grond kwamen.

<sup>921</sup> Harrison, *The Medical War*, 3.

<sup>922</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 147.

<sup>923</sup> *Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952) 41.

<sup>924</sup> *Ibidem*, 42.

ophadden met de krijgsmacht. Maar ook rechtse of conservatieve politici, die eerder voorstander waren van de een uitgebreid militair apparaat, zagen zich soms gedwongen de geldkraan naar de militaire geneeskunde dicht te draaien. In 1922 uitte de minister van Oorlog J.J.C. van Dijk (ARP) zijn voornemen om het aantal militaire hospitalen “tot het hoogst nodige te beperken”.<sup>925</sup> Dat zou niet de laatste keer zijn. In 1931 werd er opnieuw een commissie in het leven geroepen, die in het kader van de defensiebezuinigingen moest onderzoeken of de militaire hospitalen geheel konden worden opgeheven om daarmee te komen tot “een meest economische situatie van de MGD”.<sup>926</sup> Maar net als haar voorganger oordeelde deze commissie Rutgers echter dat de militaire hospitalen ook in vreedstijd een essentieel onderdeel van de krijgsmacht vormden.<sup>927</sup> Bovendien was er in de civiele ziekenhuizen geen plaats voor de opname van alle zieke militairen.

Ter verbetering van de zorgkwaliteit viel in 1938, na veel aandringen vanuit de MGD, het besluit tot de aankoop van een stuk grond in Utrecht, waarop een modern en centraal militair hospitaal moest verrijzen. Deze inrichting, die we al hebben leren kennen als het MHAM, kon pas na 1945 in gebruik worden genomen.<sup>928</sup> Hoewel de nieuwbouw geen einde maakte aan de sores binnen de MGD, was het wel een lichtpuntje. De behoefte aan goede militair-geneeskundige zorg leek ten langen leste door de politiek erkend, maar daarbij zij opgemerkt dat het rondkrijgen van de financiën tijdens het interbellum steeds moeizaam verliep. Het was een patroon dat zich de komende decennia zou blijven herhalen.

### **‘Een buiten adem voorttobbende dienst’**

Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden er ideeën om de militair-geneeskundige zorg grondig te verbeteren. Deze ideeën kunnen niet los worden gezien van het grotere politieke debat over de naoorlogse legervorming. De cgs luitenant-generaal Kruls was voorstander van een krachtige legeropbouw. De minister van Oorlog A.H.J.L. Fiévez steunde hem daarin, maar de ambitie van beide heren kreeg weinig steun in het kabinet. Bij gebrek aan een duidelijke vijand vielen premier Drees en de minister van Financiën P. Liefstinck (beide PvdA) niet te overtuigen van de noodzaak van een ingrijpende militaire opbouw. Zij gaven prioriteit aan de economische wederopbouw. W.F. Schokking, die de post van minister van Oorlog in 1948 overnam, slaagde er niet in om een vuist te maken voor de legerplannen.<sup>929</sup>

Ondanks de goede voornemens van de militair-geneeskundigen, bleef het binnen de heropgerichte MGD voorlopig behelpen. Nadat er in 1945 een IGDKL was aangesteld, kon er maar mondjesmaat een begin worden gemaakt met de vorming

---

<sup>925</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 194.

<sup>926</sup> *Rapport van de Commissie*, 41.

<sup>927</sup> *Ibidem*, 40.

<sup>928</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 199. NB: Het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht werd eind jaren zestig omgedoopt tot het Militair Hospitaal A. Mathijssen (MHAM).

<sup>929</sup> Hoogeboezem, *H.J. Kruls*, 245.

van keuringsraden, de opleiding van geneeskundigen voor de uitzending naar Indonesië, en het heropenen van de militaire hospitalen, sanatoria en herstelloorden. Deze inrichtingen waren tijdens de oorlog door de bezetter gebruikt en in deplorabele staat achtergelaten. Gezien het krappe budget rees voor het Ministerie van Oorlog de vraag of het volledig heropenen van deze vooroorlogse inrichtingen wel verstandig was. In dat kader riep minister Fiévez in 1947 een commissie in het leven die moest bestuderen of de geneeskundige zorg voor militairen in vreedstijd in eigen (militair) beheer moest blijven of dat deze beter door burgerinstanties kon worden overgenomen. De 'Commissie 1947', die onder leiding stond van Van der Giessen,<sup>930</sup> kwam tot dezelfde conclusies als de voorgaande commissies. De MGD vormde een essentieel onderdeel van de krijgsmacht en de militaire ziekeninrichtingen in de Nationale Sector waren onontbeerlijk. Een personele reorganisatie en materiële versoering van de hospitalen waren echter onvermijdelijk.<sup>931</sup> Voor een opbouw van de krijgsmacht in de volle breedte was eenvoudig niet genoeg geld.

Een andere bottleneck vormde het tekort aan medisch opgeleid personeel. Het aantal artsen was in Nederland en Nederlands-Indië tijdens de Tweede Wereldoorlog verminderd door ziekte en sterfte, terwijl de aanwas van jonge artsen in de oorlogsjaren was gestagneerd door de ontregeling van het hoger onderwijs. Daarentegen was de behoefte aan medici groot. De oorlog had velen dakloos gemaakt, met als gevolg dat deze ongelukkigen noodgedwongen onder gebrekkige hygiënische omstandigheden in geïmproviseerde onderkomens samenleefden, waardoor de uitbraak van besmettelijke ziekten op de loer lag. Vooral in Nederlands-Indië kon de medische zorg het best worden omschreven als een 'volstreckte wanorde'.<sup>932</sup> Om orde op zaken te stellen volgde van overheidswege in juli 1945 (vlak voor de Proclamatie van de Republiek Indonesië door Soekarno en Hatta) een bericht aan alle afgestudeerde artsen in Nederland dat zij zich moesten voorbereiden op een oproep in militaire dienst. Zij gingen deel uitmaken van onder meer hulpverbandplaatsafdelingen die vanaf oktober 1946 naar 'de oost' vertrokken. De Medische Coördinatiecommissie (MCC) moest ervoor zorgen dat in Nederland niet een al te groot tekort aan artsen zou ontstaan, door bijvoorbeeld te bepalen welke reserveofficieren van gezondheid wel en niet in aanmerking kwamen voor een oproep in werkelijke dienst, terwijl ook een financiële regeling werd getroffen voor degenen die een praktijk en/of gezin achterlieten.<sup>933</sup>

---

<sup>930</sup> Toen in de rang van Dirigerend Officier van Gezondheid 1<sup>e</sup> klasse (DOG-1).

<sup>931</sup> Het rapport van de commissie 1947 is als bijlage toegevoegd aan bijgevoegd aan *Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952) 39.

<sup>932</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 251.

<sup>933</sup> Zie voor een uitleg onder meer: F. Wibaut, 'Van het hoofdbestuur', *Medisch Contact* 2:26 (19 augustus 1947) 425-431; E. Kits van Waveren, 'Artsenpositie in Indonesië', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 91:4 (29 november 1947) 3430.

De officieren van gezondheid die na het einde van de Indonesische Onafhankelijkheidsoorlog terugkeerden in Nederland werden meestal gedemobiliseerd maar sommigen bleven in dienst om de opbouw van de MGD in goede banen te leiden. Deze situatie was echter niet lang houdbaar. Een leegloop van ervaren geneeskundig personeel dreigde. Van nieuwe lichteningen kon niet veel worden verwacht aangezien de diensttijd in 1949 slechts twaalf maanden bedroeg, een periode die grotendeels in beslag werd genomen door de opleiding. Van de instroom van vrijwillig dienende officieren-arts was nog amper sprake. Een van de redenen was dat pas afgestudeerde artsen niet stonden te springen om vrijwillig het militair uniform aan te trekken. Dat had niet alleen te maken met het lagere salaris dat zij in militaire dienst ontvingen. Ook de status van de militair arts was traditioneel gezien niet bepaald hoog.<sup>934</sup> De grote vraag was dan ook hoe er in de komende jaren moest worden voorzien in kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de duizenden dienstplichtigen.

Minister Schokking gaf in februari 1949 opdracht tot de oprichting van de Commissie Organisatie Militair Geneeskundige Diensten, in de wandelgangen bekend als de commissie Mol (vernoemd naar de voorzitter tevens KVP-Kamerlid en arts Chr.J.M. Mol). Zij moest advies uitbrengen aan de minister over de noodzakelijkheid "wijzigingen aan te brengen in de doelstelling, de werkwijze en de organisatie van de militair geneeskundige diensten van de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Marine, opdat de diensten het hoofd kunnen bieden aan de bestaande en te verwachten moeilijkheden, vooral op het gebied van personeelsvoorziening".<sup>935</sup> Hieraan was opnieuw de suggestie toegevoegd om te bezien in hoeverre de curatieve vredestaken van de MGD konden worden overgedragen aan de burgersector. Een kostenbesparing lijkt het belangrijkste doel te zijn geweest. Maar minister Schokking had waarschijnlijk ook de kwaliteit van de geneeskundige zorg voor ogen. De bewindsman toonde regelmatig oprechte belangstelling voor het wel en wee van de militairen en was vaak aanwezig bij de ontschepping van gerepatrieerde militairen.

Nu was een breed opgezet onderzoek naar de organisatie en omvang van de geneeskundige dienst voor de commissie Mol geen sinecure, zodat de resultaten pas in 1951 konden worden gepresenteerd. Schokking had toen al zijn congé gekregen. Uiter-aard stond de legeropbouw intussen niet stil. Gealarmeerd door de communistische aanval op Zuid-Korea in de zomer van 1950 namen het defensiebudget en de legeromvang aanzienlijk toe.<sup>936</sup> Het gevolg was dat de onderbezette MGD op volle toeren moest draaien om nieuwe lichteningen dienstplichtigen te keuren, geneeskundig personeel op te leiden en (na)zorg te verlenen aan oorlogsgewonden.

---

<sup>934</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 307.

<sup>935</sup> *Rapport van de Commissie*, 7.

<sup>936</sup> J. Hoffenaar, "Hannibal ante portas." De Russische militaire dreiging en de opbouw van de Nederlandse krijgsmacht.' in: J. Hoffenaar en G. Teitler, *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* ('s-Gravenhage 1992) 64.

Vooral de opleidingsbataljons hadden een tekort aan instructeurs, terwijl er ook een groot gebrek was aan onderofficieren met specialistische kennis, zoals operatiekamerhulpers, alsmede verpleegsters en beroepsofficieren-arts voor algemene dienst. Het defensiebudget was weliswaar spectaculair toegenomen, maar daarmee was het personeelsprobleem nog niet opgelost. Onderhand nam de tijdsdruk toe. De hamvraag was hoe de dienst in rap tempo kon worden klaargestoomd voor het geval de communistische strijdkrachten vanuit het oosten zouden toeslaan.

Omdat de militair-geneeskundige opleiding en de medische verzorging binnen de landmacht spaak dreigden te lopen, besloot de hoogste militair-geneeskundige autoriteit, de IGDKL dr. Wilkens, aan de bel te trekken.<sup>937</sup> Op 7 maart 1951 schreef hij een brief aan de kort daarvoor aangetreden minister van Oorlog Staf, waarin hij waarschuwde dat de MGD “noch aan zijn vredes-, noch aan zijn oorlogsverplichtingen [kan] voldoen, hetgeen onvermijdelijk tot onnodige verliezen aan mensenlevens en gezondheid, mankracht en dus slagkracht van het leger leidt”. Volgens de inspecteur moesten er op korte termijn systematische en ingrijpende verbeteringen tot stand worden gebracht, en hij herinnerde eraan dat daar al herhaaldelijk op was aangedrongen.<sup>938</sup> De bestaande vacatures voor beroepsofficieren-arts konden volgens de inspecteur niet worden gevuld door dienstplichtigen omdat zij onvoldoende gekwalificeerd waren. De vereiste routine en vakkennis konden niet in korte tijd worden opgedaan, en zelfs als dat kon, dan zou die kennis ook weer snel uit de organisatie verdwijnen omdat dienstplichtigen tenslotte maar tijdelijk onder de wapenen waren. Processen die een lange adem vereisten, zoals research, mobilisatie- en oorlogsvoorbereidingen, kwamen zodoende in de knel. Het bewaken van de continuïteit stond voor de IGDKL dan ook voorop. Door dienstplichtigen te werk te stellen in de vredesorganisatie zou er onvoldoende tijd over blijven voor hun opleiding terwijl de ervaring die zij opdeden te eenzijdig van aard dreigde te worden en te weinig afgestemd was op de oorlogsfunctie. De inspecteur herinnerde de minister eraan dat “de geneeskundige dienst op korte termijn gereed moet worden gemaakt voor de vervulling van zijn oorlogstaak” want als dat niet gebeurde zou de MGD in tijd van oorlog “de fatale zwakke schakel [...] blijken”.<sup>939</sup>

Uit de brandbrief komt naar voren dat de inspecteur het personeelsvraagstuk graag op basis van zijn eigen deskundig oordeel zou oplossen, politiek gesteund door de minister en zonder tussenkomst van onafhankelijke commissies

---

<sup>937</sup> De IGDKL was belast met de algemene leiding over alle geneeskundige eenheden en de algemene gezondheidstoestand van het leger en ook het materieel, de operationele planning, dienstvoorschriften, alsmede personeels- en opleidingszaken vielen onder zijn verantwoordelijkheid. Tevens was het zijn taak om de minister te voorzien van gevraagd en ongevraagd advies over al het belangrijks wat de militaire geneeskunde aanging. De IGDKL dr. J.Th. Wilkens had in 1948 het stokje overgenomen van zijn voorganger, luitenant-generaal dr. F. Daubenton.

<sup>938</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr. 6217. Brief IGDKL Achterstanden bij de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (1030731/confidentieel) aan Minister van Oorlog, 7 maart 1951.

<sup>939</sup> Ibidem.

die, naar het oordeel van de IGDKL, weliswaar capabel, maar inzake de militaire geneeskunde toch niet voldoende deskundig waren.<sup>940</sup> In algemene zin is het wantrouwen ten opzichte van 'buitenstaanders' typerend voor hooggeplaatste ambtenaren, die vanuit hun kennispositie en voortdurende aanwezigheid vonden dat zij als beste in staat waren het beleid vorm te geven.<sup>941</sup> Dit gold in sterke mate voor militair-geneeskundige autoriteiten die een zeer specifiek kennisgebied beheersten. Zij waren achterdochtig tegenover niet-ingewijden, die het wezenlijke belang en de taken van de MGD maar niet wilden of konden begrijpen. Een officier-arts verzuchtte in 1954 dat buitenstaanders vanuit een "administratief-harteloze praemisse" de neiging hadden tekorten en gebreken van de bloedarme MGD op te lossen "door omvang en taak dezer diensten dan ook maar zo ingrijpend mogelijk te beknotten".<sup>942</sup>

Om de minister te overtuigen van de essentiële waarde van de MGD, gaf Wilkens een opsomming van de vele taken en verantwoordelijkheden van de medische zorg. Die was "in oorlogstijd even onmisbaar voor de uitvoering van de opdracht van het leger als de andere wapens en diensten". Verder stelde hij met klem dat er voor militair-geneeskundige functies specifiek *militair-medische* kennis vereist was, dus niet militaire *en* medische kennis. Daarbij kwam dat de dienst op organisatorisch en tactisch gebied eigen beginselen had die niet vergelijkbaar waren met andere wapens en dienstvakken. Kortom, de openstaande vacatures konden niet zomaar en zonder negatieve gevolgen door buitenstaanders worden gevuld.<sup>943</sup>

Minister Staf was bereid om mee te denken over een oplossing. In elk geval wilde hij de situatie voorkomen waarin het nodig werd om gedemobiliseerde artsen opnieuw onder de wapenen te roepen. Wilkens kreeg dan ook opdracht de personeelstekorten en de minimaal vereiste aantallen officieren-arts nader te bepalen en zelf oplossingen voor het probleem te formuleren. De inspecteur had zijn antwoorden snel paraat. In de oorlogsorganisatie bestond een behoefte aan zeventienhonderd artsen, van wie 340 (ofwel 20 procent) beroepsofficier moesten zijn. Deze beroepsofficieren moesten leidinggeven aan de vredesorganisatie. Op dat moment stonden slechts 57 beroepsofficieren ter beschikking. De werving van 283 beroepsofficieren-arts moest volgens Wilkens gebeuren door de werkomstandigheden en carrièremogelijkheden van de officier-arts aantrekkelijker te maken, onder meer door een betere salariëring (een wens die niet uniek was voor de MGD).<sup>944</sup>

---

<sup>940</sup> Ibidem.

<sup>941</sup> Hoogeboezem, H.J. Kruls, 274.

<sup>942</sup> F.H.A.K., 'Rapport van de Commissie Organisatie Militair Geneeskundige Diensten (Commissie-Mol)', *Militaire Spectator* 123:5 (1954) 227.

<sup>943</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL Achterstanden bij de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (1030731/confidentieel) aan Minister van Oorlog, 7 maart 1951.

<sup>944</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL personeelstekorten en personeelsaanvulling bij GDKL (1042611), aan Minister van Oorlog, 26 april 1951.

De politieke leiding stemde in beginsel in met de wervingsplannen en deed zelf nog aanvullende suggesties. Maar zij wees er wel op dat het aantal beroeps-officieren waar de inspecteur om vroeg onrealistisch was. Het laten vervullen van bepaalde functies door civiele artsen was dan ook onvermijdelijk. Om meer zicht te krijgen op de mogelijkheden op personeelsgebied, werd het takenpakket van de MGD onderworpen aan een onderzoek.<sup>945</sup> Uit het onderzoeksrapport van 2 mei 1951 kwam naar voren dat er binnen de MGD van de landmacht functies waren die overlaptten met die van de geneeskundige dienst van de luchtmacht en van bepaalde burgerinstanties. Het rapport adviseerde daarom “een innige samenwerking” met geneeskundige instanties buiten de KL, omdat die kon zorgen voor een betere lastenverdeling en zodoende een afname van de grootste personeelstekorten.<sup>946</sup> Het zou niet de laatste keer zijn dat deze aanbeveling werd gedaan.

Intussen was de CGS luitenant-generaal Hasselman op de hoogte gebracht van het verzoek om extra beroepspersoneel. Op 1 juni 1951 schreef hij in een brief aan de minister van Oorlog dat hij zich verbaasde over het noodzakelijk geachte aantal van 333 beroepsofficieren. Naar zijn weten had de IGDKL eerder gesproken over een veel kleinere behoefte van 118 beroepsofficieren. Waar kwam de nieuwe schatting opeens vandaan? Verder verwierp Hasselman de stellingname van de IGDKL dat 20 procent van de functies in de oorlogsorganisatie door beroepspersoneel moest worden vervuld. Een lager percentage was aanvaardbaar, want in veel functies gold immers “geen hoge eis van militaire bekwaamheid en ervaring” – zuiver medische kennis was belangrijker. Wat dat aanging verdienden reserve-officieren van gezondheid zelfs de voorkeur omdat zij medisch beter waren onderlegd dan hun militair-ingestelde beroepscollega’s (sic), aldus Hasselman. Verder vond hij het volkomen billijk dat reserveofficieren in de vredesorganisatie te werk zouden worden gesteld om het tekort aan beroepsofficieren op te vangen. Juist hierdoor was aan de personeelsbehoefte in vredesdienst bijna voldaan, aldus nog steeds Hasselman. Hij betwijfelde dan ook of de IGDKL wel goed had nagedacht voordat hij zijn verzoek bij de minister had ingediend.<sup>947</sup>

De uitspraken van de chef-staf, die overigens is geroemd om zijn organisatorische vaardigheden, waren opmerkelijk.<sup>948</sup> In feite ging hij in tegen de adviezen van de hoogste medische autoriteit van de landmacht. Wilkens was *not amused*: “Dat de Ch-Gs er aan twijfelt (...), of mijn voorstellen wel overwogen zijn,

---

<sup>945</sup> Uitgevoerd door het Bureau efficiency van het Ministerie van Oorlog, dat samenwerkte met het Directoraat Personeel.

<sup>946</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Nota van de Directeur Personeel KL voor de Minister d.t.v. de Secretaris-Generaal en de staatssecretaris, 2 mei 1951.

<sup>947</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief CSG, Personeelstekorten en personeelsaanvullingen bij G.D.K.L. (G I/37690 Conf), aan Minister van Oorlog, 1 juli 1951.

<sup>948</sup> J.W.L. Brouwer, ‘B.R.P.F. Hasselman’ in: G. Teitler en W. Klinkert, *Kopstukken uit de krijgsmacht. Nederlandse vlag- en opperofficieren 1815-1955* (Amsterdam 1997) 311.

verwondert mij eniger mate”.<sup>949</sup> De inspecteur ontkende ten stelligste dat dienstplichtige artsen betere medici zouden zijn dan beroepsofficieren-arts. Verder wijdde hij uit over zijn personele behoeftestelling, die was gebaseerd op de zogenaamde ‘grote verdedigingsconceptie’ van de landmacht, die bestond uit een veldleger van vijf divisies, beter bekend als ‘Plan 1952’.<sup>950</sup> Op zich was dat niet verwonderlijk. Premier Drees had in zijn regeringsverklaring van 17 maart 1951 al aangekondigd dat er uiteindelijk vijf divisies zouden worden gevormd, dus daarmee was het min of meer een officiële doelstelling geworden. Maar Hasselman hield een slag om de arm, omdat hij – zoals veel deskundigen – twijfelde aan de haalbaarheid van het plan, dat door zijn voorganger was geconcipeerd.<sup>951</sup> Wanneer het ging om de geneeskundige planning, leek het de CGS voorlopig het beste om eerst maar eens te voorzien in de minimale vereisten op korte termijn, desnoods door een groot beroep te doen op reservisten.

Het viel echter niet te ontkennen dat de IGDKL een belangrijk punt had aangestipt. De toekomstige omvang van de MGD vroeg om aandacht van de legerleiding. Daarnaast had Wilkens ook gewezen op de uitvoering van de oorlogstaken. Wat dat betreft verscheen het rapport van de eerdergenoemde commissie Mol in oktober 1951 geen moment te vroeg.<sup>952</sup> Hierin stond de doelstelling van de MGD duidelijk omschreven: “het bevorderen van een zo groot mogelijke paraatheid op het gebied van geestelijke en lichamelijke gezondheid, en het op peil houden, c.q. het opvoeren van de manpower van de strijdkrachten in de meest ruime zin.”<sup>953</sup> Hieruit vloeide een omvangrijk takenpakket in oorlogs- en vreedetijd, waaronder het treffen van oorlogsvoorbereidingen. Voor de uitvoering was een vaste kern van beroepsofficieren hard nodig. Om aan de tekorten aan beroepsofficieren te voldoen waren drie opties onderzocht. De inschakeling van burgerartsen en het overdragen van de werkzaamheden van de militaire hospitalen aan civiele ziekenhuizen was geen aanvaardbare oplossing omdat de geneeskundige zorg voor militairen in oorlogs- en vreedetijd veel specifieke kennis vergde. Leken konden zich daarover geen oordeel aanmatigen, zo luidde het oordeel van de commissie. Het beperken van het aantal plaatsen voor beroepsofficieren-arts en deze permanent te laten bezetten door dienstplichtigen was ook geen optie. De *enige* mogelijkheid was om een voldoende aantal beroepsofficieren-arts te vinden en de commissie was unaniem van mening dat dit mogelijk was wanneer aan twee voorwaarden zou worden voldaan. In de eerste plaats moest hen een betere ‘remuneratie’ worden geboden,

---

<sup>949</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL aan de minister van Oorlog, 9 augustus 1952.

<sup>950</sup> Het jaartal verwees naar het jaar van uitvoering.

<sup>951</sup> J.W.L. Brouwer, ‘Politiek-militaire verhoudingen aan het begin van de Koude Oorlog: rond het ontslag van generaal H.J. Kruls, januari 1951’ in: J. Hoffenaar en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* (’s-Gravenhage 1992) 82.

<sup>952</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 104. Rapport Commissie Mol, aangeboden aan de minister op 9 oktober 1951.

<sup>953</sup> *Rapport van de Commissie Mol*, 9.



ofwel een wervingspremie van 15.000 gulden voor aanstormend beroepsofficieren-arts en het verhogen van het salaris voor degenen die reeds in dienst waren. Ten tweede moest de officier van gezondheid een aantrekkelijke werkkring worden geboden, zodat “zijn vakenthousiasme en zijn arbeidsbevrediging levendig gehouden en gestimuleerd kunnen worden”.<sup>954</sup>

De Directeur Personeel van het Ministerie van Oorlog was het ermee eens dat er pogingen moesten worden gedaan om extra beroepspersoneel te werven. Men kon niet steeds op de reserveofficieren van gezondheid blijven rekenen. De IGDKL kon als beste oordelen hoeveel beroepsartsen er nodig waren. Als dat er 333 moesten zijn, dan moesten die er maar komen.<sup>955</sup> In dat kader vonden op 5 en 16 november 1951 besprekingen plaats tussen de IGDKL, de secretaris-generaal en de staatssecretaris van Oorlog, waarbij onder meer werd stilgestaan bij de plaats van de MGD in het grotere geheel van de legeropbouw, de verwachte verliezen en het al dan niet vorderen van burgerziekenhuizen. De vertegenwoordiger van de Generale Staf (G1, Sectie Organisatie) gaf aan dat het aantal benodigde beroepsofficieren afhankelijk zou blijven van de eisen die de IGDKL stelde. Daarmee werden de eerder door Hasselman geuite twijfels teruggedrukt en werd het vertrouwen in de IGDKL hersteld. Desalniettemin vond de G1 het onnodig om 20 procent van de artsenfuncties door beroepsofficieren te laten vervullen: 10 procent was voldoende. De stafofficier merkte daarbij op dat het hier ging om streefgetallen en dat men zich flexibel moest opstellen. Een snelle legeropbouw stond voorop en perfectionisme moest voorlopig worden vermeden. Wel kreeg de IGDKL toestemming om ook oudere lichten afgestudeerde artsen op te roepen voor werkelijke dienst om het personeelstekort op korte termijn te ondervangen. Dankzij dit compromis bleef de organisatie draaiende, veelal dankzij de reserveofficieren.

Het Ministerie van Oorlog maakte wel melding van de personeelstekorten, maar over de consequenties voor de oorlogsvoorbereidingen werd met geen woord gerept. In de parlementaire discussies ging het vooral over de extra kosten die de artsenwerving met zich meebracht. In de vergadering over de begroting van Oorlog in november 1951 vroeg H.W. Tilanus, (fractievoorzitter van de CHU en gezaghebbend op defensiegebied) of het van goed financieel beleid getuigde om officieren-arts te werven door hen premies in het vooruitzicht te stellen.<sup>956</sup> De heer Mol, die de adviescommissie had voorgezeten, vond van wel. Hij benadrukte in de Tweede Kamer de waarde van de MGD, wat de werving van voldoende officieren-arts rechtvaardigde.<sup>957</sup> Ook minister Staf was daarvan overtuigd: “De ervaring heelt geleerd, dat wij op het ogenblik een te klein aanbod [aan beroepsofficieren-arts]

---

<sup>954</sup> Rapport Commissie Mol, aangeboden aan de minister op 9 oktober 1951.

<sup>955</sup> NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief van de Directeur Personeel aan de minister van Oorlog, 9 oktober 1951.

<sup>956</sup> HTK, 18e vergadering van woensdag 21 november 1951, pagina 508

<sup>957</sup> Ibidem, 519.

hebben, en wij menen, dat het nu gedurende enige jaren nodig is om in deze leemte te kunnen voorzien.”<sup>958</sup>

Anders dan politici, ervoeren militairen en militair-geneeskundigen de gevolgen van het artsentekort aan den lijve. Eén officier maande de politiek tot actie: “Geneeskunde in oorlogstijd, a fortiori militaire geneeskunde, is zowel psychologisch als vaktechnisch-specialistisch gesproken een bijzonder gevoelige zaak. Zij laat zich niet voorbereiden met ontoereikende middelen, dilettantische krachten of invallers. Zij laat zich niet afkopen met kunstgrepen of illusionisme. *Schijnzekerheid bedriegt een volk in zijn kostbaarste bezit. De prijs hiervoor is: meer doden, meer invaliden, meer mandagen in hospitalen, met alle hieruit voortvloeiende psychologische, economische, administra-tieve en tactische verliezen.*”<sup>959</sup> Zelden klonk de roep om een goed georganiseerde MGD in vreedstijd sterker dan in het bovenstaande citaat van de officier-arts F.H.A. Kothe in de *Militaire Spectator* van november 1953. Het *Algemeen Handelsblad* had zijn hartenkreet opgemerkt en wijdde een artikel aan de toestand van de MGD, die zich niet “behoorlijk kan voorbereiden op zijn belangrijkste taak in oorlogstijd.”<sup>960</sup> Volgens de krant moest de dienst doelmatiger worden georganiseerd, zodat het beroep van legerarts aantrekkelijker werd en in aanzien steeg.

De politieke leiding erkende het tekort aan beroepsofficieren-arts, maar schreef met verzachtende woorden in de defensiebegroting dat de geneeskundige verzorging van militairen wel was verzekerd.<sup>961</sup> In het parlement hadden slechts enkelen hun twijfels. Kamerlid (en ex-beroepsmilitair) J.J. Fens (KVP) vroeg in november 1954 openheid over de precieze behoefte aan officieren van gezondheid binnen het legerkorps. Daarop antwoordde de minister dat er een tekort bestond van 25 officieren van gezondheid (*Tabel 9*). Dat lijkt wellicht een klein aantal, maar het tekort betekende in feite dat de officiersposities binnen het legerkorps maar voor 55 procent waren vervuld. Problematisch was dat een aantal posities voor het hogere officierskader vacant was. In zijn toelichting stelde de minister:

**Tabel 9:** Tekorten officieren van gezondheid, 24 november 1954.

Rang	Behoefte	Aanwezig	Tekort
Kolonel	1	1 (100%)	-
Luitenant-kolonel	5	1 (20%)	4 (80%)
Majoor	8	2 (25%)	6 (75%)
Kapitein en luitenant	42	27 (64%)	15 (36%)

<sup>958</sup> HTK, 19e vergadering van donderdag 22 november 1951, pagina 545-546.

<sup>959</sup> F.H.A. Kothe, ‘Het karakter van de Militaire Geneeskunde’, *Militaire Spectator* 122:11 (1953) 611.

<sup>960</sup> ‘Militair Geneeskundige Dienst moet worden gereorganiseerd. Moderne grondslag is noodzakelijk’, *Algemeen Handelsblad* 5 december 1953.

<sup>961</sup> HTK 1954-1955, Kamerstuk 3700, Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 Hoofdstuk VIII A Oorlog. Memorie van Toelichting No. 2, pagina 27.

Totaal:	56	31 (55%)	25 (45%)
---------	----	----------	----------

“Inderdaad moet worden toegegeven, dat er nog steeds een belangrijk tekort bestaat aan geneeskundig beroepspersoneel. Hoewel (...) in oorlogstijd een zeer groot aantal officieren van gezondheid met veel ervaring ter beschikking staat, (...) wordt niettemin al het mogelijke gedaan om ervaren artsen voor de militair geneeskundige dienst aan te trekken. De praktijk heeft uitgewezen, dat het uiterst moeilijk is ervaren artsen tussen de leeftijdsgrenzen van 35 tot 45 jaren voor de militaire dienst te winnen.”<sup>962</sup> Daarna verklaarde de minister dat al het mogelijke werd gedaan om het werk van de officier van gezondheid zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Maar Fens was hiervan niet onder de indruk: “De geachte bewindsman zal wel geloven, dat zijn uiteenzetting over de geneeskundige dienst onze ongerustheid niet heeft weggenomen.” Daarna verwees hij naar het in 1951 verschenen eindrapport van de commissie Mol, dat niet alleen over de hospitalen had gesproken, maar ook over de beroepsofficieren van gezondheid. “Noch uit de Memorie van Toelichting, noch uit de Memorie van Antwoord en evenmin uit het antwoord, dat de Minister ons heeft gegeven, hebben wij kunnen opmaken, dat men dit rapport ook weleens ter hand heeft genomen. Wat is gebeurd met het Rapport Mol? Ligt het nog steeds onder het loodje of is het — en hiermee bedoel ik niets onaangenaams ten aanzien van de inhoud van het rapport — gedeponereerd bij de onbegrijpelijke stukken?”<sup>963</sup>

Uiteraard was de inhoud van het rapport bestudeerd en besproken. Enkele aanbevelingen voor de werving van extra beroepsofficieren van gezondheid waren ook overgenomen. Het effect ervan, met name de artsenwervingscampagne moest voorlopig worden afgewacht (*Figuur 15*). In de Oorlogsbegroting van 1955 koesterde minister Staf geen hoop dat het artsentekort snel zou worden opgeheven.<sup>964</sup> Een verzachtende omstandigheid was dat ook in het buitenland een tekort aan legerartsen heerste. Bezien tegen deze achtergrond vond de bewindsman het probleem niet acuut of relevant genoeg om het in de Ministerraad ter sprake te brengen. In de jaren van wederopbouw moest de economie worden aangezwengeld met de beperkte middelen die voorhanden waren. Op allerlei terreinen was sprake van schaarste, niet in de laatste plaats binnen de krijgsmacht.

---

<sup>962</sup> HTK, 20ste vergadering, donderdag 25 november 1954 (over de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955, Departement van Oorlog) pagina 370.

<sup>963</sup> HTK, 21ste Vergadering - 26 November 1954 (over de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955, Departement van Oorlog). Pagina 388.

<sup>964</sup> HTK 1954-1955, Kamerstuk 3700, Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 Hoofdstuk VIII A Oorlog. Memorie van Toelichting No. 2, pagina 27.

*Bij de Militair Geneeskundige Dienst van leger en luchtmacht bestaat gelegenheid een verbintenis te sluiten als*



# Officier-arts

## Rang en Leeftijd

Rang: afhankelijk van ervaring en datum arts-examen. Leeftijd: tot 40 jaar. Voor hen, die reeds res. Officier-arts zijn, kan de leeftijdsgrens hoger gesteld worden.

Salaris: Volgens diensttijd. (Bij het bepalen van de voor bezoldiging geldende diensttijd wordt uitgegaan van de tijd, verstreken sedert het verwerven van het artsdiploma, vermeerderd met 8 jaren).

## Salaris

## Uitkering

Uitkering: na benoeming tot Officier-arts wordt een uitkering van f. 15.000,- uitbetaald (vrij van loonbelasting).

Inlichtingen: bij de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht, bureau Personeel, Nassauplein 30 (telefoon 183973, toestel 6) 's-Gravenhage.

## Inlichtingen



Sollicitaties te richten tot het Hoofd van de Afdeling Militair Personeel van het Ministerie van Oorlog, 's-Gravenhage.

*Ook zij, die het artsdiploma nog niet hebben behaald, kunnen nu reeds een verbintenis aangaan.*

*De tegemoetkoming in de studiekosten ad f. 15.000,- wordt in dat geval tijdens de studie in termijnen uitgekeerd.*

**Figuur 15:** Wervingsadvertentie in *Medisch Contact*, 7 april 1955.

## De rol van de IGDKL

Niet alleen personeel maar ook voldoende faciliteiten, met name hospitalen, waren voor de MGD dwingende vereisten. In 1951 had Mol deze kwestie al ter sprake gebracht in de Tweede Kamer. Na bestudering van de jaarlijkse begroting van het Ministerie van Oorlog, wilde hij weten onder welke post de bedragen voor de uitbreiding van "het militaire ziekenhuiswezen" vielen. Hij spoorde de minister van

Oorlog aan tot “voortvarendheid, waar het geldt bestaande hospitalen zo efficiënt mogelijk in te richten en nog meer, waar het geldt het bestaande grote tekort aan hospitalen — mede in verband met de grote legeruitbreiding — op doeltreffende wijze en in een aan de oorlogsorganisatie beantwoordende omvang aan te vullen door nieuwbouw.”<sup>965</sup> Met het oog op het bestaande tekort aan militair-geneeskundigen was een uitbreiding van de MGD echter geen haalbare kaart.

Het leek aanvankelijk niet te gaan om een zeer urgent probleem, maar dat veranderde met de steeds hogere verliesverwachtingen van de NAVO. In hoofdstuk 4 is hier al uitgebreid bij stilgestaan. Recapitulerend ontstond er een grote behoefte aan ziekenhuiscapaciteit in oorlogstijd, en omdat de krijgsmacht hier niet in kon voorzien, sloten de ministers van Oorlog en Volksgezondheid in 1954 een overeenkomst waarbij ‘militaire bedden’ werden gereserveerd in burger-ziekenhuizen. Tijdens deze onderhandelingen liet generaal-majoor-arts Wilkens, zich gelden als een solide onderhandelaar die respect afdwong. De inspecteur was een gepromoveerd medicus, maar zijn ervaring als militair legde meer gewicht in de schaal. Hij had zijn militaire sporen verdiend als hoofd van de MGD van het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger (KNIL) van 1947 tot 1949 tijdens de Indonesische Onafhankelijkheidsoorlog. Tevens had hij deelgenomen aan het tot stand brengen van de verdragen van Genève in 1949. Kortgezegd gingen die over de zorg voor oorlogsgewonden, de behandeling van krijgsgevangenen en de bescherming van burgers in oorlogstijd. Wilkens had zitting in de commissie die twee Geneefse conventies had voorbereid, namelijk het lot van de gewonden en zieken bij de oorlog op land (Eerste Geneefse Conventie) en bij de oorlog ter zee (Tweede Geneefse Conventie). Steeds verkondigde hij het grote belang van de MGD.<sup>966</sup>

Toen generaal-majoor-arts Van der Giessen in 1955 het stokje overnam als IGDKL, moest hij de militair-geneeskundige belangen veiligstellen in een periode die volgens de historici Hoffenaar en Schoenmaker kan worden geduid als ‘consolidatie en overgang’. De opbouwfase van de landmacht werd afgerond en zij ging zich voorbereiden op een confrontatie met de mogelijke inzet van nucleaire wapens.<sup>967</sup> Van der Giessen bekleedde zijn functie maar liefst tien jaar, tot 1965, waarmee de dienst was verzekerd van continuïteit in zijn belangenbehartiging.

Net als zijn voorganger was Van der Giessen een pleitbezorger van de preventieve gezondheidszorg. Dat had te maken met zijn medische expertise: zijn proefschrift handelde over trachoom, een gevreesde oogaandoening met mogelijke blindheid tot gevolg, die in de eerste helft van de twintigste eeuw nog epidemisch voorkwam in arme, dichtbevolkte stadswijken. Met hygiënische maatregelen kon deze ziekte worden uitgebannen. Ook in de praktijk zette hij zich in voor de preventieve gezondheidszorg. Tijdens de Tweede Wereldoorlog bracht hij een uitgebreid

---

<sup>965</sup> HTK 1951-1952, 18<sup>e</sup> vergadering, 21 november 1951, p. 519.

<sup>966</sup> Van Bergen, *Pro patria*, 297.

<sup>967</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 143.

bezoek aan een kamp met Nederlandse krijgsgevangenen in Duitsland, om daar onder meer toe te zien op de leefomstandigheden.<sup>968</sup> Ook probeerde de inspecteur om militairen middels voorlichting het roken te ontmoedigen en dat mag wel opmerkelijk worden genoemd in de jaren vijftig en zestig (en daarna), toen deze gewoonte nog overal gangbaar was.<sup>969</sup> Verder was de inspecteur er voorstander van om militairen te immuniseren tegen besmettelijke ziekten, vooral in 1958, toen het influenzavirus A-virus H2N2 (ofwel de Aziatische Griep) met dramatische gevolgen om zich heen greep.<sup>970</sup> Tot slot is noemenswaardig dat Van der Giessen zich in de jaren zestig hard maakte voor de oprichting van een Nationaal Epidemiologisch Centrum, dat vroegtijdig moest waarschuwen voor de verspreiding van besmettelijke ziekten.<sup>971</sup>

Zijn visie strookte volledig met de doelstelling van de MGD: het bewaken en bevorderen van de gezondheid van het militaire personeel, wat bijdroeg aan de inzetbaarheid van de krijgsmacht. Maar Van der Giessen had te maken met dezelfde problemen als zijn voorganger. En voor de grootste problemen kon ook hij geen oplossing vinden. Toen de GVR in 1957 vergaderde over de mogelijkheid van een substantiële verhoging van het aantal bedden voor militaire gewonden in burgerziekenhuizen, hielden de IGDKL en zijn evenknie bij de marine zich opvallend stil. Zij begrepen dat de kwestie op het hoogste besluitvormingsniveau in behandeling was. Zoals in hoofdstuk 4 uitgelegd, bestond er onenigheid over welk ministerie voor de ziekenhuisuitbreiding moest betalen. Als gezegd ging minister Staf uiteindelijk overstag. Het is niet zeker of Van der Giessen achter de schermen een verzoenende rol heeft gespeeld bij dit akkoord. Wel staat vast dat hij voorstander was van het uitgangspunt 'één voor allen - allen voor één': de militaire en civiele autoriteiten moesten een gezamenlijk doel voor ogen hebben. Dit impliceerde dat militairen in geval van nood een beroep moesten kunnen doen op civiele ziekeninrichtingen, maar ook vice versa. Zijn achterliggende motivatie is helaas niet bekend, maar waarschijnlijk begreep hij dat de moderne oorlogvoering grote offers vroeg en innige civiel-militaire samenwerking vergde.

Die noodzaak tot samenwerking beperkte zijn invloed. Toen de aandacht van de GVR vanaf 1957 werd verlegd naar het vervaardigen van een draaiboek voor het ziekenhuiswezen in oorlogstijd, speelden Van der Giessen en zijn evenknie bij de

---

<sup>968</sup> Dit centrum moest deel gaan uitmaken van het 'disease warning system' van de NAVO. De vrees voor de inzet van biologische strijdmiddelen door de Sovjet-Unie was echter niet groot genoeg, waardoor de dit systeem nooit volledig in werking werd gesteld. Zie verder: Nationaal Archief, Den Haag, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, nummer toegang 2.13.62.06, inventarisnummer 212.

<sup>969</sup> 'Soldaat grijpt sneller naar sigaret dan burger', *Het Parool* 9 juni 1962. NB: Een foto van de beeldbank van het NIMH toont de inspecteur met sigaret tijdens een commando-overdracht in 1964.

<sup>970</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 14. Vergadering Legerraad, 22 januari 1958. Zijn militaire meerderen waren niet meteen overtuigd van de noodzaak van vaccinaties. De CGS vroeg allereerst naar de consequenties daarvan, vooral het tijdsverlies dat zou ontstaan doordat militairen een aantal dagen niet konden deelnemen aan de normale dienst

<sup>971</sup> Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum. Notulen GVR. 30 mei 1959.

marine een bescheiden rol. Zo voorzag de inspecteur de discussie met regelmaat van achtergrondinformatie en correcties. Desondanks was hij minder vaak en minder lang aan het woord dan de vertegenwoordigers en adviseurs van de Ministeries van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, die ook stevast de agenda bepaalden.<sup>972</sup> De IGDKL lijkt dan ook meer een controlerende dan een sturende functie te hebben gehad. Hij bleek echter wel bereid om met de spreekwoordelijke vuist op tafel te slaan als de militaire belangen ondergesneeuwd dreigden te raken, bijvoorbeeld tijdens de vergadering van de GVR op 6 oktober 1961, toen bleek dat de uitvoering van het '17.000-beddenplan' nog niet eens was begonnen.<sup>973</sup> Het hielp echter niet veel: pas tien jaar later waren de voorzieningen gereed.

Hoewel Van der Giessen een capabel inspecteur was, had hij de wind tegen. Het valt hem niet te verwijten dat traagheid een vaste metgezel vormde van de besluitvorming over medische oorlogsvoorbereidingen. Vaak overstegen de noodzakelijke maatregelen het domein van de MGD. Bij de 'beddenkwestie' moesten de belangen van andere ministeries worden meegewogen. Misverstanden lagen voortdurend op de loer – alsook de oplopende schattingen betreffende de verliesverwachtingen. De verantwoordelijke autoriteiten hadden steeds te maken met tijdelijke cijfers. Hierdoor kregen de plannen een sterk geïmproviseerd karakter en verschenen die telkens weer (mogelijk tot vervelens toe) op de vergaderagenda. Zelfs de GVR dreigde de greep op de zaken soms te verliezen omdat deeltaken en onderzoek inzake de medische planning werden gedelegeerd aan subcommissies. Daarbij kwam dat door de hoge werkdruk van de individuele raadsleden vanaf 1956 de vergaderfrequentie van de raad afnam. Het was voor de raad steeds moeilijker om de regie te houden over de medische oorlogsvoorbereidingen.

Bovendien stond het Ministerie van Oorlog (vanaf 1959 Defensie) verschillende malen terughoudend tegenover het bekostigen van medische maatregelen. Hier kunnen drie concrete voorbeelden in herinnering worden geroepen. Eind 1952 weigerde minister Staf in de eerste instantie om 105.000 gulden beschikbaar te stellen voor een inventarisatie van de medische capaciteit in Nederland.<sup>974</sup> Ook het budget voor de werving van beroepsofficieren-arts werd niet makkelijk vrijgegeven. In 1957 leidde de financiering van het '17.000-beddenplan' tot een confrontatie tussen de ministers van Oorlog en Volksgezondheid. Ook de invoering van modern geneeskundig materieel liet op zich wachten, zo bleek uit hoofdstuk 2. De opeenvolgende inspecteurs konden hier weinig aan veranderen. Bovendien moesten zij zich vanaf de jaren zestig verzoenen met het defensiebeleid dat was gericht op doelmatigheid en kostenbesparing. Het 'klassieke' argument

---

<sup>972</sup> Dit algemene beeld komt naar voren in de Notulen van de Geneeskundige Verdedigingsraad.

<sup>973</sup> Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum. Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 6 oktober 1961.

<sup>974</sup> NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief van de Minister van Oorlog aan de Ministerraad, 10 december 1952.

tegen de handhaving van een omvangrijke MGD in vreedestijd kreeg daarmee de overhand.

### **Het artsentekort: de jaren zestig**

Wie in de jaren vijftig nog de hoop had gekoesterd dat het tekort aan artsen binnen de MGD mettertijd zou verminderen, kwam het volgende decennium bedrogen uit. De wervingsacties hadden niet het beoogde effect. Al met al bedroeg het tekort in 1960 nog 171 beroepsofficieren-arts bij de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Luchtmacht.<sup>975</sup> De meeste van deze functies werden waargenomen door dienstplichtige artsen, die in totaal 242 plaatsen in de organisatie innamen. Zorgelijk was dat er binnen afzienbare tijd een tekort aan de dienstplichtige artsen dreigde waardoor de functies bij de parate eenheden helemaal niet meer gevuld konden worden.<sup>976</sup> Dit terwijl de opleidingstijd van dienstplichtige artsen noodgedwongen al in 1955 was ingekort.<sup>977</sup> In de dagelijkse praktijk waren de gevolgen van de onderbezetting voelbaar. De inschakeling van veelal jonge dienstplichtige artsen in de militair-geneeskundige vredesorganisatie zorgde er bijvoorbeeld voor dat te veel zieke militairen naar het hospitaal werden gestuurd, "omdat [de jonge onervaren arts] dan de minste kans heeft dat hij later ter verantwoording wordt geroepen". Sceptici bleven er ook op wijzen dat studenten die op kosten van Defensie hun medicijnenstudie wilden volgen, waarschijnlijk geen intrinsieke motivatie hadden om in de krijgsmacht te dienen.<sup>978</sup>

De ernst van de personeelsproblematiek was binnen de MGD al lang duidelijk. De legerleiding leek de gevolgen pas goed te bevatten op 16 februari 1960, toen de IGDKL in de Legerraad verslag deed van de situatie. De CGS, luitenant-generaal G.J. Le Fèvre de Montigny, zei verrast te zijn door het zorgwekkende beeld.<sup>979</sup> Laatstgenoemde was zich wel bewust van de tekorten aan beroepsofficieren-arts, maar dacht dat de vacatures tot dan toe op bevredigende wijze werden vervuld door dienstplichtigen. Hij legde daarom zijn oor te luisteren bij de IGDKL, die enkele voorstellen deed. Ten eerste wilde hij de vrijstellingen voor dienstplichtige artsen beperken, zodat er zoveel mogelijk artsen opkwamen voor hun eerste oefening. Zo moesten afgestudeerde artsen geen toestemming meer krijgen voor het volgen van een specialisatie of vervolgstudie in het buitenland, althans niet voordat hun actieve dienstplicht erop zat. Ten tweede stelde hij nieuwe maatregelen voor om het aantal beroepsofficieren-arts te vergroten door middel van een aanzienlijke verhoging van de wervingspremie voor deze personeelscategorie van 15.000 naar 25.000 gulden.

---

<sup>975</sup> De IGDKL droeg destijds nog de verantwoordelijkheid over de vliegmedische dienst.

<sup>976</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Memorandum 'personeelstekort IMGD bij de vergadering van 7 juli 1960.

<sup>977</sup> Dat gebeurde naar aanleiding van de diensttijdverkorting in 1955. Zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 10. Notulen Legerraad 6 juli 1955.

<sup>978</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad, 7 juli 1960

<sup>979</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad 16 februari 1960.



Tot slot moest het salaris van militaire artsen worden gelijkgeschakeld met dat van artsen in andere overheidsdiensten. Daarin bestond namelijk nog altijd een discrepantie: in 1959 ontving een beginnend arts-rijksambtenaar een jaarsalaris van 15.500 gulden, terwijl een eerste luitenant-arts jaarlijks 8.868 gulden verdiende. Een majoor-arts met vijftien dienstjaren kreeg een jaarwedde van 13.716 gulden.<sup>980</sup> Alleen de salarissen van de officiersrangen van luitenant-kolonel-arts en daarboven konden zich meten met die van artsen in andere overheidssectoren.

De leden van de Legerraad stemden in met de verbetering van de arbeidsvoorwaarden en het verhogen van de wervingspremie.<sup>981</sup> Aan het beperken van de vrijstellingen kleefden echter grote bezwaren. De hoofd directeur Personeel van het Ministerie van Defensie deed wel drie alternatieve voorstellen om het tekort aan officieren-arts wat minder zwaar op de geneeskundige dienst te laten drukken. Ten eerste kon de opleiding tot reserveofficier volgens hem, “nu de IMGD [IGDKL] zo over zijn tekorten klaagt”, nog wel worden verkort met bijvoorbeeld twee maanden.<sup>982</sup> Ten tweede zag hij “praktische noch theoretische bezwaren” om de diensttijd van de reserve-artsen te verlengen van 21 naar 23 maanden, maar dat voorstel werd verworpen omdat het defensiebeleid op termijn juist was gericht op een verkorting van de diensttijd. Ten derde stelde de personeelsdirecteur voor om beroepsmilitairen een vrije artsenkeuze te bieden. Tegen vergoeding mochten zij buiten de krijgsmacht een geneesheer zoeken. Dit zou niet alleen de druk op de militaire artsen verlichten, maar ook voorkomen dat aan het ziekbed van militairen steeds weer andere (dienstplichtige) geneesheren verschenen. De militaire top had hier wel oren naar. Het doorvoeren van de maatregel was echter voorlopig niet haalbaar omdat de financiële en juridische consequenties nog onduidelijk waren. De IGDKL was en bleef pertinent tegen de vrije artsenkeuze. Hij vreesde namelijk voor het verlies van controle over de gezondheidstoestand van de militairen.<sup>983</sup>

Een ideale oplossing rolde dus niet uit de besprekingen. En daarmee lag de bal weer bij de IGDKL. Hij bleef het belang van een goede geneeskundige verzorging en de waarde van een vaste kern van beroepsofficieren-arts onderstrepen. Hij vond daarbij een luisterend oor en er kwamen opnieuw voorstellen om het beroep van officier-arts financieel aantrekkelijker te maken, vooral de verbetering van de secundaire arbeidsvoorwaarden. Tegelijkertijd werd de werklust voor beroeps-officieren op korte termijn enigszins verlicht. Dat gebeurde door het “rendement” van de dienstplichtige officieren-arts te vergroten. Zij moesten zoveel mogelijk tijd

---

<sup>980</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Nota aan de staatssecretaris van Defensie en de Legerraad, 4 november 1960.

<sup>981</sup> De vergoeding van de studiekosten werd verhoogd van 15.000 naar 20.000 gulden. De wervingspremie voor artsen met ervaring werd verhoogd naar f40.000. Zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad, 20 december 1960.

<sup>982</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Nota aan de staatssecretaris van Defensie en de Legerraad, 4 november 1960.

<sup>983</sup> Voor de opvatting van de IGDKL, zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 19. Vergadering van de Legerraad op 18 juni 1963.

bij de parate onderdelen doorbrengen. Hieruit komt duidelijk naar voren dat de uitvoering van de vreedestaken voorrang kreeg op de opleiding (oorlogsvoorbereiding) van de arts.

De verkorting van de opleiding hield de MGD voorlopig draaiende, maar het hield niet over. Dat leidde uiteindelijk tot bezorgdheid over het opleidingspeil. Zoals in hoofdstuk 3 naar voren kwam, klaagden deskundigen in de jaren zeventig en tachtig in toenemende mate over de geringe kennis van de oorlogsgeneeskunde onder dienstplichtige artsen. Bovendien bleef het aantal beroepsofficieren-arts laag. Daardoor kwam in de loop van de jaren zestig met name het stafwerk in de verdrukking. Uit het jaarverslag van de IGDKL van 1964 stond te lezen dat de personeelstekorten vooral bij de geneeskundige detachementen in de Nationale Sector waren toegenomen met als gevolg dat het zo noodzakelijke wetenschappelijk onderzoek niet meer kon worden uitgevoerd. De oorzaak van de toenemende tekorten was onder meer gelegen in het bijzonder grote aantal overplaatsingen door reorganisaties. Daarnaast was de klein-verlof regeling voor officieren-arts opnieuw ingevoerd, waardoor deze in feite vroegtijdig de dienst verlieten, dat wil zeggen na achttien in plaats van twintig maanden.<sup>984</sup> Ook hieruit blijkt dat het beleid noodgedwongen was gericht op de bezetting van de meest noodzakelijke functies op de korte termijn, ofwel de geneeskundige vredesverzorging van de troep.

De tekorten aan beroepsartsen en de onervarenheid van de dienstplichtige artsen leidden soms tot incidenten waarbij (mogelijk) sprake was van nalatige hygiëne of medische verzorging op de kazernes. Soms werd dat breed uitgemeten in de krant en daarbij bleef het niet. Zo kraakte de huisarts J. Lamberts (PvdA-Kamerlid tussen 1956 en 1977) kritische noten over de militair-geneeskundige verzorging in vreedestijd. Deze deskundige op het gebied van de volksgezondheid oordeelde in 1963 dat de krijgsmacht te veel de hand op de knip hield als het aankwam op de geneeskundige zorg voor militairen. In de aanloop naar een nieuwe defensienota, drukte hij de minister met de neus op de feiten: "Van 1953 tot 1958 is er in de burgersector een toename [prijsstijging] van ongeveer 100%; hier doet de Minister het met 29%. Ik geloof, dat hij daarmee niet eens de verhoging van de salarissen [van officieren-arts] kan betalen. Hij moet dus anderszins bezuinigen, wanneer hij die 29% wil aanhouden. In ieder geval kan hij er geen ziekenhuizen van bouwen."<sup>985</sup> Met die laatste opmerking verwees Lamberts naar de staat van de militaire ziekenhuizen, die aan renovatie toe waren. In elk geval kwam het erop neer dat er moest worden geïnvesteerd in de MGD, vooral vanuit het welzijnsbelang van de dienstplichtige en vrijwillig dienende militairen. Om het artsentekort te bestrijden moesten de militair-geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen worden samengevoegd omdat daarmee veel doublures en energieverpilling konden worden voorkomen. Het Kamerlid Wilmans (PvdA) vroeg in september

---

<sup>984</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 222. Jaarverslag IGDKL 1964.

<sup>985</sup> Vaststelling hoofdstuk X (Defensie) 1964 23ste vergadering - 10 december 1963, pagina 895.

1964 “welke stappen de minister had genomen of denkt te nemen om ook op langere termijn verbetering te bevorderen in de duidelijk geconstateerde tekortkomingen t.a.v. de lichamelijke geïndividueerde, de voedselgewoonten en de hygiënische vorming der Nederlandse militairen”. Dat laatste was in principe een taak voor de MGD. De minister antwoordde sussend: “Aan de hygiënische vorming der militairen wordt reeds bij voortdurend alle aandacht geschonken.”<sup>986</sup> Opnieuw zien we dat de aandacht van de Tweede Kamer is gericht op het wel en wee van Jan Soldaat. Hoe het was gesteld met de militair-geneeskundige verzorging in oorlogstijd, onder conventionele of nucleaire omstandigheden, stond in het parlement geheel niet in de belangstelling.

### **Reorganisatie en bezuiniging**

Het Ministerie van Defensie was begin jaren zestig gebrand op een doelmatiger inzet van de beschikbare middelen. Voor de MGD had dit beleid belangrijke gevolgen. Al in 1963 was in de Legerraad goedkeuring gegeven voor het aanstellen van een economisch directeur in de militaire hospitalen: die moest een beter inzicht krijgen in de financiële bedrijfsvoering.<sup>987</sup> Dit was een teken aan de wand voor wat er komen ging. Een jaar later verklaarde het Ministerie van Defensie dat alle uitgaven ten behoeve van de vredestaken van de MGD behoorden tot de exploitatiekosten.<sup>988</sup> Juist dergelijke kosten moesten in de komende jaren worden beperkt om zodoende financiële ruimte te maken voor noodzakelijk geachte investeringen in materieel. Die gedachte was vervat in de Defensienota 1964, waarin werd gesproken over met name het vergroten van de vuurkracht, het pantserafwerend vermogen en de luchtverdediging. Over de MGD was deze nota kort. Er werden maatregelen *overwogen* om de vrijwillige dienstneming door artsen en tandartsen te stimuleren en het verloop in deze categorieën tegen te gaan.<sup>989</sup> Bij dat ene zinnetje bleef het. We kunnen daaruit opmaken dat het artsentekort geen prioriteit had op de defensiebegroting. De IGDKL moest zich daarbij neerleggen.

Het verbeteren van de zorgkwaliteit door reorganisatie was een lastige kwestie, zo begreep ook de minister. Hij zich had daarom laten adviseren door de in hoofdstuk 4 besproken commissie Drijber. Kort samengevat had zij de verdere integratie tussen de militair-geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen aanbevolen, terwijl ook de coördinatie en samenwerking met burger-ziekenhuizen moest verbeteren. Verder was de MGD in de nationale sector te omvangrijk. De gewestelijke militaire hospitalen en het sanatorium in Amersfoort waren inefficiënt en verouderd, zo oordeelde de commissie. De inrichtingen hadden voor de MGD in

---

<sup>986</sup> HTK 1964-1965, Aangangsnummer 30, Vragen van de heer Wilmans (PvdA) in verband met het rapport van de reserve-kapitein E.E. van der Win over de medische aspecten van de militaire training (Ingezonden 16 september 1964) pagina 33.

<sup>987</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 19. Vergadering Legerraad, 10 april 1964.

<sup>988</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 222. Jaarverslag IGDKL 1964, pagina 12.

<sup>989</sup> P. J. S. de Jong, *Defensienota 1964*, nummer 3950 ('s-Gravenhage, 24 juni 1964) 36.

oorlogs- en vreedestijd nauwelijks toegevoegde waarde. Het eindrapport van de commissie stelde dan ook dat de opheffing van deze instellingen een welkome kostenbesparing beloofde.

Kamerleden die de ontwikkelingen op het terrein van Defensie volgden, beschouwden dit als een positieve ontwikkeling.<sup>990</sup> Zij omarmden een efficiëntere, compactere en meer op de burgergeneeskunde afgestemde MGD. Dat sloot aan bij de visie van minister Den Toom en staatssecretaris Van Es, die zij in 1970 presenteerden. Volgens Van Es was het fundament van de dienst in vredes- en oorlogstijd de “totale personeelszorg” ofwel het “verlenen van een op het bedrijf afgestemde lichamelijke, geestelijke- en sociaal-geneeskundige begeleiding van het personeel van de krijgsmacht. (...) In feite staat derhalve voor de geneeskundige dienst de goede taakvervulling met betrekking tot de vredesfunctie momenteel primair. Daarbij is de goede werking van de organisatie in vreedestijd de basis voor optimale werking in oorlogstijd.”<sup>991</sup> De vredeszorg stond dus expliciet op de eerste plaats. De staatssecretaris deed het voorkomen alsof de geneeskundige oorlogstaken als het ware vanzelf voortvloeiden uit een goede vredeszorg. De noodzaak van speciale medische voorbereidingen op een grootschalig conflict kwam in zijn verhaal niet voor.

De opeenvolgende inspecteurs van de geneeskundige diensten spraken zich niet expliciet uit tegen het beleid waarin de oorlogstaken van secundair belang waren. Wel maakten zij kenbaar dat zij de militair-geneeskundige zorg zoveel mogelijk in eigen beheer wilden houden. Herhaaldelijk benadrukten zij het specialistische karakter van de MGD. De uitbesteding van curatieve taken aan burgerartsen zagen zij met lede ogen aan. Van der Giessen had eerder verkondigd dat hij in oorlogstijd zoveel mogelijk toezicht wilde houden op de gewonde militairen, ook als die naar het achterland waren afgevoerd.<sup>992</sup> Niet de opheffing, maar het behoud en modernisering van de hospitalen had zijn voorkeur. Daarvoor bracht hij nog een ander argument in stelling. Als lid van de zogeheten “commissie 1947” had Van der Giessen twee decennia eerder al een advies uitgebracht aan de toenmalige minister om de hospitalen te behouden omdat die vanuit vakinhoudelijk oogpunt essentieel waren voor officieren arts. Tijdens de viering van het 150-jarig bestaan van de Inspectie Militair Geneeskundige Dienst op 14 oktober 1964, had Van der Giessen er in zijn jubileumtoespraak nog aan herinnerd dat de kwaliteit van de gezondheidszorg van de strijdkrachten afhing van de kennis, kunde en toewijding van de officieren-arts. Voor het aankweken van die kwaliteiten waren goed-geoutilleerde militaire hospitalen hard nodig.<sup>993</sup>

---

<sup>990</sup> Eerste Kamer de Staten-Generaal, Zitting 1965—1966, 8300 X nr. 91, p. 5.

<sup>991</sup> HTK 1970-1971, 37<sup>e</sup> verg., 22 december 1970, p. 2056.

<sup>992</sup> Militairen, of zij nu gewond waren of niet, bleven tot hun officiële ontslag in dienst, dus de krijgsmacht bleef voorzien in hun levensonderhoud. Toezicht en controle over gewonden was daarom van administratief belang.

<sup>993</sup> ‘Plechtige herdenking van de oprichting der IMGD’, *Legerkoerier* (nummer/jaargang 1964) paginanummer weggevallen.

De minister van Defensie besloot echter dat het militair-geneeskundig onderzoek, opleiding en de curatieve taken konden worden geconcentreerd in één paraat en gemoderniseerd hospitaal. Hoewel nog niet duidelijk was of en hoe de handhaving van dit hospitaal paste in de langetermijnplanning van de krijgsmacht, die op dat moment in voorbereiding was, gaf hij in september 1971 opdracht aan de commissie Van Rijckevorsel om onderzoek te doen naar de Nederlandse NAVO-taken en de daarvoor vereisten middelen. In maart 1972 rapporteerde de commissie haar bevindingen, die de defensie-minister zou meewegen in zijn besluitvorming. Voor de MGD was het advies pijnlijk. Verschillende leden stelden voor om alle militair-geneeskundige onderdelen buiten het 1 Legerkorps op te heffen en de zorgtaken over te dragen aan de burgersector.<sup>994</sup>

In een bijzondere bijeenkomst van de Legerraad in 1972 kwam dit standpunt ter sprake. Minister van Defensie H.J. De Koster (vvd) stelde allereerst de noodzaak van de MGD in oorlogstijd vast. Daaruit volgde dat er in vreedstijd voorbereidingen moesten worden getroffen op de taak in tijd van oorlog. Een andere reden voor het handhaven van integrale zorg voor militairen in vreedstijd was dat hun rechtspositie zou worden aangetast wanneer zij hun zorg zelf moesten regelen. Verder was de controlerende functie op zieke militairen onmisbaar. De CGS en de Opperofficier Personeel KL brachten nog een wezenlijk argument naar voren: zonder militaire hospitalen moest de krijgsmacht in oorlogstijd geheel terugvallen op civiele ziekenhuizen, waar minder specialisme in de traumatologie te vinden was. En de kennis voor het inrichten van nood- en veldhospitalen, die van kapitaal belang waren bij rampsituaties, was in de civiele sector afwezig. De minister kwam zo tot de slotsom dat een grote inperking van de geneeskundige dienst een aantasting van de oorlogsvoorbereiding betekende, waarmee de gehele opheffing van de MGD in de Nationale Sector van de baan was.<sup>995</sup> Desalniettemin werd de landmacht eind jaren zestig door de sluiting van de hospitalen een stuk afhankelijker van de bedden-capaciteit van de ZIBO, ofwel de civiele sector. Deze ontwikkeling, die voortkwam uit het streven van het Ministerie van Defensie naar meer efficiency, ging ten koste van de geneeskundige oorlogstaak.

### **Het artsentekort: de jaren zeventig en tachtig**

De minister van Defensie leek in 1972 het belang van de militair-geneeskundige oorlogstaak te erkennen, edoch leidde de dienst een minimaal bestaan. Sinds het einde van de jaren zestig hadden de personeelsproblemen zich opgestapeld. In de Legerraad van 21 maart 1967 kaartte de CGS aan dat de MGD een tekort had van 85 dienstplichtige en vrijwillig dienende artsen. Deze situatie dreigde door de verkorting van de diensttijd nog penibeler te worden. Alleen reorganisaties leken nog een oplossing te kunnen bieden. De staatssecretaris van Defensie liet daarom nagaan welke niet-medische taken van de officieren-arts konden worden

---

<sup>994</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 28. Notulen vergadering Legerraad, 11 april 1972.

<sup>995</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 28. Speciale bijeenkomst Legerraad, 5 juni 1972.

overgenomen door officieren Geneeskundige troepen. Een andere studie moest uitwijzen welke artsfuncties in de Nationale Sector door burgerartsen konden worden waargenomen.<sup>996</sup> Om op korte termijn een werklasterlichting te creëren werden enkele taken binnen de MGD geschrapt. Zo werd in 1967 aan zieke (dienstplichtige) militairen zelf overgelaten of zij zich wel of niet onder militair-geneeskundige behandeling zouden plaatsen. Het gevolg hiervan was dat de militaire controle verdween en dat het aantal simulanten sterk toenam. Na drie jaar werd derhalve het raadplegen van een militaire arts opnieuw verplicht gesteld.<sup>997</sup>

Uitzicht op verbetering was er niet. In juni 1970 schreef de inspecteur dat van de 108 organiek door beroepsofficieren-arts te vervullen functies maar liefst 41 vacant waren. Er bestond dus een tekort van 38 procent. Het gevolg hiervan was dat de aanwezige artsen extra werk moesten verrichten, waardoor meestal alleen tijd en gelegenheid over was om routinezaken af te wikkelen. Voor het noodzakelijke overleg en voor bezinning, “voor speurwerk, het beproeven van nieuwe methoden en werkwijzen in proefopstellingen” en “voor een analyse van tot dusverre gevolgde procedures” was onvoldoende tijd, zo stelde de IGDKL. Volgens de inspecteur was een aantal beroepsofficieren ontevreden omdat hun werk te weinig diepgang had. Voor 39 artsen gold een ander probleem, namelijk dat zij een functie bekleedden waaraan eigenlijk een hogere rang was verbonden. Voor de officieren-arts was de vervulling van deze functies natuurlijk eervol en uitdagend, maar in feite misten zij de vereiste kennis en ervaring, terwijl de bijkomende verantwoordelijkheid zwaar op hun schouders woog. Dit leidde onder deze groep tot onvrede over het salaris.<sup>998</sup> De vooruitzichten waren ook niet rooskleurig: zeer weinig artsen kozen na hun studie vrijwillig voor de krijgsmacht.

De inspecteurs maakten duidelijk dat de organisatie sterk gebukt ging onder het artsentekort. De arbeid in werkgroepen en commissies, waarvan het militair-geneeskundig beleid zo afhankelijk was, kwam door overbezette agenda's in het gedrang. Er was in sommige gevallen geen parate kern van beroepsofficieren die in oorlogstijd het commando kon voeren over de grotere mobilisabele eenheden, zoals de doorvoerhospitalen en veldhospitalen. De geneeskundige verzorging in de Nationale Sector was veelal een taak van toevallig aanwezige of op te roepen artsen, zelfs bij een aantal posten van vitaal belang. De functie van de beroepsofficier-arts, bestemd voor de verbandplaatscompagnieën bij 1 Legerkorps, werd in slechts één geval gevuld. Vergelijkbare tekorten golden overigens ook voor de MGD van de Koninklijke Luchtmacht en de Koninklijke Marine. De militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, die als gezegd geen politieke prioriteit hadden, kwamen door de onderbezetting verder onder druk te staan. Op 14 april 1971 wezen de

---

<sup>996</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 23. Notulen vergadering Legerraad, 21 maart 1967.

<sup>997</sup> Hoffenaar en Schoemaker, *Met de blik*, 277.

<sup>998</sup> Koninklijke Landmacht. Inspectie Geneeskundige Dienst KL. Onderwerp: situatie betreffende de beroeps artsen, 12 juni 1970. Herkomst document niet meer te herleiden, kopie document opnemen in collectie losse stukken NIMH.

geneeskundige inspecteurs in een nota aan de minister op de ernst van de ontstane personeelssituatie. Zij waarschuwden dat de MGD in geen enkel opzicht voldeed aan de noodzakelijke continuïteit in de organieke functies, vakbekwaamheid en deskundig leiderschap: eisen voor een goed functionerende organisatie.<sup>999</sup> Toen er een halfjaar later nog geen oplossing was gekomen, bracht de nieuwe IGDKL, de generaal-majoor-arts A.D.A. van Overeem, het artsentekort nog maar eens ter sprake in de Legerraad. Veel kreeg hij echter niet gedaan. De plaatsvervangend secretaris-generaal J.L. Cusell plaatste het toenemend tekort aan beroepsofficieren-arts in breder verband. Verschillende wapens en dienstvakken kampten met tekorten aan met name deskundigen met een technische achtergrond. De inspecteur moest maar bij de Opperofficier Personeel van de KL te rade gaan.<sup>1000</sup>

De personeelsproblemen binnen de MGD bleven niet verborgen voor het parlement. Het was evenwel niet het artsentekort en de gevolgen voor de landmacht die de aandacht van de Kamerleden trokken. Begin jaren zeventig stonden vooral het wel en wee van de legerartsen in de schijnwerpers. Dit had te maken met sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen in die tijd. Zoals in hoofdstuk 5 is uitgelegd, lieten dienstplichtigen zich steeds kritischer uit over de omgangsvormen en de leef- en werkomstandigheden binnen de krijgsmacht. Onder hen waren ook contractartsen, die hun bul hadden gehaald op kosten van Defensie, waarna zij als tegenprestatie een diensttermijn van twaalf jaar als officier-arts vervulden (zie pagina 133). Velen vonden deze verbintenis echter te lang, het salaris te laag en de werkdruk te hoog. Dat laatste kwam door het tekort aan beroepsofficieren, waardoor de omslachtige maar noodzakelijke bedrijfsadministratie in handen van te weinig beroepsofficieren-arts lag. Bovendien beklagden beroepsofficieren-arts zich erover dat hun takenpakket zo weinig ruimte liet voor het behandelen van patiënten. Die taak werd vooral aan dienstplichtigen overgelaten, vooral aan de bataljonsartsen bij de parate troepen, die daar overigens geen volledige dagtaak aan hadden.

Vanuit de volksvertegenwoordiging kwamen diverse voorstellen om de arbeidsomstandigheden van de contractartsen aantrekkelijker te maken. In 1970 wilde Kamerlid M.J.J.A. Imkamp (D'66) hen tegemoetkomen met een verbetering van de arbeidsvoorwaarden en het carrièrebeleid.<sup>1001</sup> Er moesten op ruime schaal ontwikkelingsmogelijkheden op medisch vlak komen, zoals specialisatie of het schrijven van een proefschrift. Organisatorische taken konden aan medisch geschoolde troepen-officieren worden opgedragen, zodat de officieren-arts meer tijd hadden voor curatieve taken. In zijn reactie bevestigde de minister van Defensie dat er een gevoel van onbehagen bestond, maar het was toch minder erg dan

---

<sup>999</sup> NL-HaNA, Defensie / Militair Geneeskundige Raad, 2.13.173, inv.nr. 11. Nota MGR inzake het artsentekort bij de krijgsmacht, 14 april 1971

<sup>1000</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 27. Notulen vergadering Legerraad, 26 oktober 1971.

<sup>1001</sup> Aanhangsel tot het Verslag van de HTK 1970-71, Vragen 1023, pagina 2057.

Imkamp veronderstelde.<sup>1002</sup> De bewindsman schoof de kwestie op de lange baan omdat er naar zijn zeggen al onderzoek gaande was naar de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Ook meldde hij dat de medische administratie in de toekomst zou worden geautomatiseerd, waardoor de werkdruk zou verminderen.

Pleitbezorgers van een verbetering van de arbeidsomstandigheden namen echter geen genoegen met verzachtende woorden. Een buitenparlementaire pressiegroep met de verbeuze naam 'werkgroep ter verbetering van het arbeidsklimaat bij de geneeskundige diensten en de situatie van de contract-artsen en -tandartsen' (hierna werkgroep contractartsen) pleitte voor een verkorting van de beroepsverbintenis van contractartsen. Onder druk deed staatssecretaris Van Es op 2 december 1970 de toezegging dat de contracttermijn voor aanstormend legerartsen zou worden teruggebracht tot zes jaar.<sup>1003</sup> Voor wie eerder in dienst was getreden kwam een overgangsregeling.<sup>1004</sup> Daarmee volgde Defensie het advies van de inspecteurs van de geneeskundige diensten.<sup>1005</sup> Een belangrijke kanttekening was dat de bestaande (langdurige) contracten wel moesten worden gehandhaafd, anders dreigde een personeelsleegloop.

De werkgroep nam geen genoegen met deze beloften, maar ondanks de opgevoerde politieke druk hield het Ministerie van Defensie voet bij stuk. Op 3 juli 1973 liet de nieuwe bewindsman H. Vredeling aan de Tweede Kamer weten dat de vroegtijdige opzegging van het artsencontract geen doorgang kon vinden. Die beslissing moest een verdere uitstroom van beroepspersoneel voorkomen. De lucht was echter nog niet geklaard. Op 28 februari 1974 stelden de PvdA-Kamerleden K.G. de Vries en de eerdergenoemde huisarts Lamberts een serie kritische vragen over de personeelssituatie binnen de MGD. Vredeling meldde dat sommige contractartsen inderdaad ontevreden waren, maar hij merkte daarbij wel op dat het beroep van militair-arts nu eenmaal draaide om een combinatie van preventieve, curatieve, bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden, alsof de bewindsman wilde zeggen dat het hier ging om een aangename afwisseling van taken.<sup>1006</sup>

Het tekort aan artsen kon hij echter niet verbloemen, maar dit was in zijn woorden dan ook "een zeer ingewikkeld vraagstuk en ik verwacht op korte termijn geen spectaculaire veranderingen".<sup>1007</sup> De jaarverslagen van de IGDKL in de tweede helft van de jaren zeventig maken nog altijd melding van de tekorten aan beroeps-officieren-arts, vooral binnen de staven en op wetenschappelijke functies.<sup>1008</sup>

---

<sup>1002</sup> Ibidem.

<sup>1003</sup> Voor degenen die vanaf 1971 werden benoemd tot officier-arts.

<sup>1004</sup> Zitting 1971-1972-11500 Rijksbegroting voor het Dienstjaar 1972 Hoofdstuk X – Defensie verslag van mondeling overleg Nr. 7, pagina 2.

<sup>1005</sup> Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Militair Geneeskundige Raad, nummer toegang 2.13.173, inventarisnummer 11. Nota MGR 'artsen tekort', 15 oktober 1970.

<sup>1006</sup> HTK, 54ste vergadering - 28 februari '74, pagina 2824-2827.

<sup>1007</sup> Ibidem.

<sup>1008</sup> NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 223 en 224. Jaarverslagen IGDKL 1970-1979.



Daarnaast bestond er een tekort aan kapiteins en sergeanten-majoor Geneeskundige troepen, terwijl ook verplegers, apothekersassistenten schaars waren. Dat kwam omdat veel beroepsmilitairen, die in de jaren vijftig de landmacht hadden helpen opbouwen, met pensioen konden gaan. De pensioengerechtigde leeftijd in de krijgsmacht lag namelijk een stuk lager dan bij andere beroepen. Eind jaren zeventig was het tekort aan officieren Geneeskundige troepen opgelopen tot 55 en zou tot 1982 nog verder toenemen.<sup>1009</sup> Toen in 1986 de basisbeurs werd ingevoerd voor alle studenten was de regeling voor de contractartsen onhoudbaar geworden. Aspirant artsen hoefden voor de bekostiging van hun medicijnenstudie niet langer bij het Ministerie van Defensie aan te kloppen.

Om de vacatures binnen de MGD toch nog te laten vervullen, kregen vanaf het einde van de jaren zeventig diverse maatregelen doorgang: een verhoging van de wervingsaantallen; personeel na hun 55<sup>e</sup> (op vrijwillige basis) laten doorwerken; het uitbesteden van functies aan andere krijgsmachtdelen; het 'overnemen' van personeel van andere krijgsmachtdelen; het laten vervullen van functies door kortverband vrijwilligers (kvv'ers) die een beroepsverbintenis voor bepaalde tijd aangingen; versnelde bevordering, en tot slot: burgers (met een achtergrond als reservist) horizontaal in de kapiteinsrang laten instromen. Maar ondanks deze maatregelen kwam voor de personeelsproblematiek – net als bij andere wapens en dienstvakken – nooit een geheel bevredigende oplossing.<sup>1010</sup>

Veel maakte het ogenschijnlijk niet uit. Het leek erop dat de MGD met het tekort aan beroepspersoneel had leren leven. Betrokkenen konden zich niet aan de indruk onttrekken dat de taken van de geneeskundige dienst werden aangepast aan de personeelssituatie, in plaats van andersom.<sup>1011</sup> Volgens de 'Haagse' logica van het Ministerie van Defensie was dat overigens geen groot probleem. De situatie was houdbaar zolang er aan de minimale NAVO-richtlijnen werd voldaan en zolang de medische zorgverlening in vredestijd niet echt in gevaar kwam. Het parlement bekommerde zich vooral om de arbeidsomstandigheden van de legerartsen. Dat die artsen en de MGD in zijn geheel weinig tijd overbleef voor oorlogsvoorbereidingen, stond niet op het politieke netvlies.

### **De tanende invloed van de IGDKL**

In de discussies over de handhaving van de hospitalen en de tekorten aan artsen moest de IGDKL zijn politieke en militaire bazen er steeds van overtuigen dat de MGD een onmisbaar onderdeel van de landmacht vormde en daarom niet kon worden wegbezuinigd. Tot zijn afzwaaien in 1965 had inspecteur Van der Giessen daarmee

---

<sup>1009</sup> P.B. Pluimert, 'Horizontale instroming, waarom en hoe?', *Polsslag* 12:6 (november 1978) 4.

<sup>1010</sup> Voor het algemene tekort aan beroepsofficieren, zie het redactionele commentaar 'Horizontale instroming', *Militaire Spectator* 147:11 (1978) 533-535.

<sup>1011</sup> J.A. van Donk, 'De tekorten aan beroepsofficieren-arts, -tandarts en -apotheker', *NMGT* 25 (januari-februari 1972) 50.

enige mate van succes. Zijn opvolgers waren echter bestuurlijk minder daadkrachtig, zo is verondersteld.<sup>1012</sup> De jaren zeventig stonden in het teken van een verdere beperking van de invloed van de inspecteurs op het militair-geneeskundig beleid.

Belangrijk in dat proces was het streven van de politieke leiding naar meer integratie tussen de geneeskundige diensten van de landmacht, luchtmacht en marine. Nadat die gedachte was geuit door de commissie Drijber waren er al verschillende stappen in die richting gezet. De eerdergenoemde oprichting van de Militair Geneeskundige Raad (MGR) in 1967 moest de coördinatie van het beleid verbeteren.<sup>1013</sup> Twee jaar later verloor de IGDKL de verantwoordelijkheid voor de opleiding van militair-geneeskundigen, als gevolg van de oprichting van het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL). Verder waren de inspecties van de drie geneeskundige diensten verhuisd naar het gebouw van het Ministerie van Defensie in Den Haag; dit gaf overzicht en moest het overleg tussen de staven bevorderen. Ook op materieel gebied moest er meer samenwerking plaatsvinden. De Materieelvoorzieningsafdeling van de IGDKL kreeg namelijk een interservice functie, wat betekende dat zij verantwoordelijk was voor de aanschaf van het zuiver geneeskundig materieel van alle geneeskundige diensten.<sup>1014</sup>

Onder Vredeling ging het integratieproces nog een stap verder. In de Defensienota 1974 was bepaald dat de drie geneeskundige inspecteurs onder eenhoofdige leiding kwamen te ressorteren.<sup>1015</sup> Dat was goed voor de overzichtelijkheid en vooral de doelmatigheid, met opnieuw mogelijke kostenbesparingen tot gevolg. Een andere reden was dat de visie van de politieke leiding vaak botste met die van de inspecteurs. In een vergadering van de Legerraad in 1974 legde de staatssecretaris van Defensie uit dat de inspecteurs van de geneeskundige diensten het militair-geneeskundig beleid vaak te veel vanuit een puur medische optiek bekeken: “Op zo’n manier is er eigenlijk geen constructieve gedachtewisseling mogelijk” en “hetzelfde zal zich gaan voordoen bij [...] de reconstructie van het hospitaal in Utrecht en ook bij een mogelijke gedachtewisseling over structuur en inhoud van de militaire geneeskundige diensten”, aldus de bewindsman.<sup>1016</sup> De inspecteurs hadden volgens de politieke leiding te weinig oog voor de financieel-economische belangen van de krijgsmacht.

In 1976 werd het probleem ‘opgelost’. Met de aanwijzing van de Directie Militair Geneeskundige Diensten (DMGD) in dat jaar kwam er een hele nieuwe

---

<sup>1012</sup> Van Bergen, *George Robert Nypels*, 82.

<sup>1013</sup> HTK, 1969-1970, 15e verg., 4 november 1969, p. 624. Minister Den Toom was van mening dat elk krijgsmachtdeel “vanuit de operationele op de oorlogsorganisatie gerichte overwegingen” moest blijven beschikken over een eigen geneeskundige dienst. Zijn opvolgers lieten dat idee steeds meer los.

<sup>1014</sup> G.D.D. Nelis en J. Weller, ‘Organisatie, taak en werkwijze van de materieelvoorziening / IGDKL’, *Polsslag* 13:4 (juli (1979) 17.

<sup>1015</sup> *Defensienota 1974: Om de veiligheid van het bestaan. Defensiebeleid in de jaren 1974-1983* (Den Haag 1974) 82.

<sup>1016</sup> NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 30. Notulen Legerraad 29 januari 1974.

bestuurslaag tussen de IGDKL en de politieke leiding. Het militair-geneeskundig beleid van de gehele krijgsmacht viel nu onder de leiding van één directeur, die – hoe kon het ook anders – voorstander was van de verdere stroomlijning en unificatie van de geneeskundige diensten. Vanaf dat moment had de IGDKL geen zitting meer in de Geneeskundige Verdedigingsraad. Zijn invloed op de beleidsprocessen nam zienderogen af.

De inspecteurs zagen dit besluit met lede ogen aan. Zij vreesden voor het ontstaan van een soort geneeskundige eenheidsworst. De eigenheid van de geneeskundige diensten van de drie krijgsmachtdelen, waarop de ‘genezeriken’ zich lieten voorstaan, dreigde verloren te gaan. In een gesprek met de voorzitter van het tijdschrift *Polsslag* in 1979 luchtte de toenmalige IGDKL, generaal-majoor-arts J.W. Hartman, zijn hart. In de functioneel gestructureerde toporganisatie van de landmacht werkten volgens hem de instanties steeds meer langs elkaar heen en hij voelde zich steeds minder betrokken bij het geneeskundig beleid. Hartman vreesde dat het zelfs zover zou komen dat de IGDKL zijn functie als hoofd van de Geneeskundige troepen zou verliezen.<sup>1017</sup> Zover kwam het niet, maar zijn gevoel inzake deze kwestie is duidelijk.

In de loop van de Koude Oorlog brokkelde de invloed van de IGDKL merkbaar af. Begin jaren vijftig was de alom gerespecteerde Wilkens nog formeel bevoegd om de minister van Defensie gevraagd en ongevraagd te adviseren over militair-geneeskundige zaken. Zijn eveneens gerespecteerde opvolger Van der Giessen had echter geen rechtstreekse toegang tot de politieke leiding. Om de belangen van de MGD te behartigen moest hij zijn opwachting maken bij de Legerraad. De inspecteurs die in zijn voetsporen traden, ervoeren dat hun invloed verder aan banden werd gelegd. Steeds meer moesten zij het beleid afstemmen met dat van de geneeskundige diensten van de luchtmacht en marine. Ruimte voor een eigen koers was er nauwelijks. Door deze ontwikkeling dreigden de specifieke noden van de MGD van de landmacht ondergesneeuwd te raken. Dit proces versnelde na 1974, toen de IGDKL kwam te ressorteren onder de DMGD, die eindverantwoordelijk was voor beleid van de militair-geneeskundige diensten. De functie van de IGDKL bleef daarna beperkt tot het adviseren inzake de aanschaf van militair-geneeskundig materieel, bijvoorbeeld de vervanging van het chirurgisch instrumentarium.

Doordat de IGDKL nog meer dan tevoren vast kwam te zitten in het keurslijf van het micromanagement, bleef de meest fundamentele vraag onaangeroerd: de mate van voorbereiding van de MGD op het transporteren, behandelen en verzorgen van grote aantallen gewonden in oorlogstijd. Vanuit het stilzwijgende besef dat dit probleem te groot was om in één keer te adresseren (laat staan op te lossen), kwam de inspecteur niet verder dan het behandelen van technische en organisatorische deelproblemen. Dat leidde doorgaans tot het instellen van commissies, werkgroepen

---

<sup>1017</sup> Redactie, ‘Jaarvergadering 1979’, *Polsslag* 13-2 (maart 1979) 6.

en stuurgroepen die pas na veel wikken en wegen hun advies op tafel legden. De DMGD, die gebrand was op het stroomlijnen en verdere integratie van de militair-geneeskundige diensten, kon geen einde maken aan het feit dat geneeskundige deelvragen van de eerste orde strandden in het ambtelijk-bureaucratisch proces.

### **Horen, zien en zwijgen**

Eind 1984 ontving de Tweede Kamer een brief van de staatssecretaris van Defensie over het hospitaalbeleid. Hij schreef dat het aantal beschikbare bedden voor oorlogsgewonden niet door de ondergrens mocht zakken. De krijgsmacht moest blijven voorzien in vijftienhonderd bedden voor de eerste slachtoffers. “Na enkele dagen zal in een oorlogssituatie de behoefte van de krijgsmacht aan ziekenhuisbedden aanzienlijk toenemen”, vervolgde hij, daarom bestond er een aanvullende regeling met de burgerziekenhuizen.<sup>1018</sup> Zelden werd de oorlogstaak van de hospitalen in een brief aan de Tweede Kamer zo expliciet benoemd. Maar het is net zo opvallend dat Kamerleden niet vroegen om een nadere uitleg. Ook de kranten sloegen er niet op aan. Net zoals tijdens de discussies over het artsentekort, werden alleen de financiële en personele consequenties van het beleid met een kritisch oog gevolgd.<sup>1019</sup>

De uitzonderingen op deze regel zijn op één hand te tellen. Zo was het CDA-Kamerlid (en verpleegkundige) mevrouw Janmaat-Abee benieuwd of het plan voor de bouw van een nieuw hospitaal aan de NAVO-richtlijnen voldeed. Het antwoord was weinig verhelderend. De staatssecretaris – die zelf mogelijk ook niet op de hoogte was van de details op het gebied van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen – zei dat het plan, gelet op de omvang van de krijgsmacht, nog altijd voorzag in vijftienhonderd bedden om de allereerste oorlogsgewonden op te vangen.<sup>1020</sup> Daarmee suggereerde hij dat aan de eis van paraatheid werd voldaan. Of dat werkelijk genoeg zou zijn in oorlogstijd liet hij in het midden. Het enige wat telde, was dat Nederland voldeed aan de bondgenootschappelijke normen. Het Kamerlid nam met dit antwoord genoegen.

Deze weinig kritische houding is exemplarisch voor de parlementaire omgang met de MGD en zijn oorlogstaken. Hoe kan dit worden verklaard? Op basis van bovenstaande voorbeelden en de jaarlijkse defensiebegrotingen, moet allereerst worden geconstateerd dat de regering weinig mededeelzaam was over de militair-operationele aspecten van de oorlogsvoorbereidingen. De NAVO wilde de potentiële vijand niet wijzer maken dan hij toch al was. Op alle relevante documenten rustte het stempel vertrouwelijk of geheim. In geen geval kregen de Kamerleden oorlogs-

---

<sup>1018</sup> HTK, Brief van staatssecretaris van Defensie – Bouwbeleid, Beddenreductie en Budgettering nr. 3, 21 maart 1984.

<sup>1019</sup> HEK 1983-1984, Aangangsel van de Handelingen, nummer 40. Vragen van mevrouw Tiesinga-Autsema (D'66) inzake verbouwing van het militair hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht (Ingezonden op 1 juni 1984).

<sup>1020</sup> HTK 1987-1988 (20238) Krijgsmachthospitaalfunctie Nr. 5, verslag van een mondeling overleg, Vastgesteld 30 december 1987.

plannen onder ogen, en ook de verliesverwachtingen bleven achter slot en grendel. Deze geslotenheid maakte de controlerende functie van de Tweede Kamer aanzienlijk moeilijker.

Daarnaast moet worden vastgesteld dat de meeste Kamerleden überhaupt niet 'thuis' waren binnen het domein van defensieaangelegenheden. Alleen de Vaste Kamercommissie voor Defensie hield zich hiermee bezig, en onder hen bevonden zich vrijwel geen deskundigen inzake de militair-geneeskundige materie. De commissie, waarin de verschillende Kamerfracties waren vertegenwoordigd, controleerde de beleidsplannen van het ministerie van Oorlog/Defensie op hoofdlijnen. Wanneer de materie een zeer technisch gehalte had, kon expertise van buiten worden gevraagd. Maar hoe dan ook gingen de debatten meestal over de financiële aspecten van de aanschaf van militair materieel, of zaken aangaande defensiepersoneel. Voor wat betreft de militaire geneeskunde kwamen de artsentekorten en de (economische aspecten) van de hospitalen meermaals aan bod, omdat die betrekking hadden op de plichten van de staat ten opzichte van de dienstplichtige burger.

Alle fractievertegenwoordigers binnen de Vaste Kamercommissie onderschreven namelijk de doelstelling van dat veiligheidsbeleid: het voorkomen van oorlog. Met uitzondering van linkse, pacifistisch georiënteerde partijen, die voorstander waren van ontwapening, aanvaardde een politieke meerderheid op hoofdlijnen dat de doelstelling kon worden bereikt door middel van afschrikking. Een sterke en parate krijgsmacht was volgens velen de beste garantie op vrede. Dat kernwapens een essentieel onderdeel van de afschrikingsstrategie vormden, werd geaccepteerd als noodzakelijk kwaad.<sup>1021</sup> Daarentegen werden de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen *niet* direct met afschrikking geassocieerd. In de vergaderingen van de Tweede Kamer werd dat verband in elk geval niet gelegd.<sup>1022</sup> Enkel deskundigen stelden in vaktijdschriften dat inadequate oorlogsvoorbereidingen ten koste gingen van de geloofwaardigheid van de krijgsmacht, maar die boodschap ging er maar moeilijk in. Op de keper beschouwd was de verzorging van gewonden immers alleen aan de orde als de afschrikking had gefaald. Waarom was het nodig om rekening te houden met de desastreuze gevolgen van een scenario dat moest worden voorkomen? Zo moeten velen hebben geredeneerd. Bovendien zou de openlijke erkenning van de inadequate geneeskundige oorlogsvoorbereidingen alleen maar de geloofwaardigheid van het veiligheidsbeleid aantasten. Wat dat betreft zou men de kritiek op de gebrekkige militair-geneeskundige voorbereiding

---

<sup>1021</sup> Het waren vooral de linkse partijen (onder meer CPN, PSP, en later ook de PvdA) die de afschrikking met kernwapens veroordeelden. Niettemin toen gaf kleine Kamermeerderheid begin 1985, goedkeuring gaf voor de plaatsing van nucleaire kruisvluchtwapens.

<sup>1022</sup> De vergelijking met de civiele verdediging dringt zich hier op. Ook daarvan werd de afschrikwekkende waarde vaak miskend. Zelfs de regering liet in de Nationale Militaire Veronderstelling van 1970 in een voetnoot optekenen dat de afschrikingswaarde van de civiele verdediging een "bijkomstige factor" was. Bart van der Boom, *Atoomgevaar?* 269.

nog het meest van de CPN of PSP verwachten, partijen die pleitten voor een radicale verandering van het veiligheidsbeleid. In de politieke arena gaven zij echter de voorkeur aan onder meer sociaaleconomische argumenten om hun anti-militaire standpunten kracht bij te zetten.

Een bijkomende verklaring voor de geringe aandacht voor de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, is dat het onderwerp niet als urgent werd ervaren. Op geen enkel moment in de Koude Oorlog waren er concrete aanwijzingen dat een vijandelijke aanval op handen was. Het incasseren van verliezen was daardoor tamelijk abstract en ver weg. Over het algemeen werd de kans op een rechtstreekse aanval van het Warschaupact klein ingeschat, grotendeels dankzij het vertrouwen in de afschrikkingsstrategie.<sup>1023</sup> Er zijn periodes aan te wijzen waarin de oorlogsangst in zekere mate toenam, zoals tijdens de Koreaoorlog, de Cubacrisis en tijdens de opgelopen spanningen tussen de supermachten begin jaren tachtig. In die periodes intensiverde de politieke discussie over het defensiebeleid, maar de logica van de afschrikking veranderde er niet wezenlijk door. De polemoloog prof. Röling, die in 1977 op uitnodiging van de Vaste Kamercommissie over het neutronenwapen sprak, vond het “absurd rekening te houden met een agressie van Rusland. Het is dit 'worstcase-denken' (...) waarbij men veronderstelt dat de Russen een verrassingsaanval zullen beginnen en daarbij mede veronderstelt dat de bondgenoten in die situatie betrouwbaar zullen zijn. Dit zijn ze niet: immers zij zouden eraan gaan.”<sup>1024</sup>

Een falende afschrikking was in zekere zin ondenkbaar en onbespreekbaar. Velen vreesden dat een hete oorlog tussen Oost en West onherroepelijk zou escaleren in een nucleair conflict.<sup>1025</sup> Dit doemscenario ging de eigen ervaring en het voorstellingsvermogen te buiten. De bevolking en haar politieke vertegenwoordigers dachten er liever niet te veel over na. In oktober 1961 constateerde de eerdergenoemde chirurg Grond: “Er zijn teveel mensen, die niet over een atoomoorlog willen spreken en denken, omdat zij er bang voor zijn”.<sup>1026</sup> Een atoomoorlog was moreel verwerpelijk en kon nergens toe leiden – er zouden alleen maar verliezers zijn. Dit is dan ook een belangrijke reden waarom overheids-campagnes om de bevolking op een nuchtere manier te overtuigen van het nut van beschermingsmogelijkheden weinig succes oogstten.<sup>1027</sup>

De gedachte van een beperkte of beheersbare oorlog vond alleen aanhang in militaire kringen en bleef niet verschoond van kritiek. Tijdens de bovengenoemde hoorzitting over de neutronenwapen wond Röling er geen doekjes om: “Als men zich gaat verdiepen in fantasieën over wat er zal gebeuren als hier in Europa een nucleaire oorlog uitbreekt, stuit men op illusies dat zo'n oorlog zal kunnen worden

---

<sup>1023</sup> Van der Boom, 'Oorlogsangst', 7-34.

<sup>1024</sup> HTK 1977-1978. 14847 ERRB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 pagina 50.

<sup>1025</sup> Ibidem, 19.

<sup>1026</sup> 'Voorlichtingsactie over a-bescherming', *de Telegraaf* 27 oktober 1961.

<sup>1027</sup> Van der Boom, *Atoomgevaar?* passim.

beperkt.”<sup>1028</sup> Ook Dr. P. Boskma, verbonden aan het Centrum voor vraagstukken van wetenschap en samenleving van de Technische Hogeschool Twente, sprak heldere taal: “West-Europa is het slechtst mogelijke slagveld in die zin, dat het een gebied is met een zeer hoge bevolkingsdichtheid en dat daar het vechten met wapens van deze grootte-orde [kernwapens] uitermate verwoestend is.”<sup>1029</sup> Prof. F.A.M. Alting von Geusau, directeur van het John F. Kennedy Institute te Tilburg, beaamde dat “wanneer het eenmaal tot een werkelijk grootscheepse gevechtssituatie in Europa is gekomen, dan überhaupt elke voorspelling over rationeel handelen van de partijen volmaakt zinloos is.”<sup>1030</sup> Deze uitspraken ondermijnden de logica achter de oorlogsvoorbereidingen van de MGD en de KL als geheel: in een oorlogssituatie zou men de vijand zo lang mogelijk met conventionele (rationele) middelen proberen tegen te houden.

Het idee dat elke oorlog zou ontaarden in een onbeheersbare en allesverwoestende nucleaire oorlog, versterkte de gedachte dat burgers geen zinvolle bijdrage meer konden leveren aan de landsverdediging. In algemene zin leek de Nederlandse burger steeds minder bereid om offers te brengen voor ‘het vaderland’. Dit kwam voort uit: 1.) de opmars van de technologie, waardoor grof mechanisch geweld via de media in de woonkamer kon worden aanschouwd, 2.) het relatief minder belangrijk worden van de natiestaat en 3.) het proces van individualisering.<sup>1031</sup> Deze tendens werd weerspiegeld in het defensiebeleid in de jaren zeventig, toen het begrip ‘damage limitation’ in zwang raakte: het sparen van de eigen bevolking en het voorkomen van het maken van onbedoelde slachtoffers - wat op zich ook vreemd is, omdat de hele afschrikking bedoeld was om de oorlog buiten de deur te houden.<sup>1032</sup> Het is dan ook aannemelijk dat de maatschappij het risico op grote aantallen doden en gewonden steeds minder kon of wilde aanvaarden (ook al vormde de bereidheid dat risico juist wel te willen lopen een belangrijk element van de strategie van afschrikking). Volgens een rapport uit de jaren zestig was er zelfs sprake van “een vrij algemene apathie van het volk jegens het wel en wee van de krijgsmacht”.<sup>1033</sup>

Geredeneerd vanuit de gedachte dat de enige taak van de krijgsmacht was gelegen in het voorkomen van oorlog, leek het onzinnig om de militair-geneeskundige zorg voor oorlogsslachtoffers te verbeteren. Het onderscheid tussen militaire en civiele zorg was immers irrelevant in het doemscenario waarin heel Europa tegen de vlakte ging. Leden van de Eerste Kamer bestempelden in 1966 het

---

<sup>1028</sup> HTK 1977-1978. 14847 ERB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 pagina 40.

<sup>1029</sup> Ibidem, 67.

<sup>1030</sup> Ibidem, 40.

<sup>1031</sup> Meerten B. ter Borg, ‘De secularisatie van de zelfopoffering’ in: M.B. ter Borg et al, *Offerbereidheid. Tot hoever reikt de inzet van de militair?* (Den Haag 1997) 9.

<sup>1032</sup> HTK 1977-1978. 14847 ERB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 p. 46.

<sup>1033</sup> Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 201.

idee dat de krijgsmacht in oorlogstijd over eigen hospitalen diende te beschikken als achterhaald.<sup>1034</sup> Dat een kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van de militaire zorgverlening ten goede kwam aan de geloofwaardigheid van de afschrikking werd zoals gezegd maar zelden benadrukt, en dan alleen door ingewijden. Het nationale veiligheidsbeleid, dat was gericht op het voorkomen van oorlog door het afschrikken van de vijand in bondgenootschappelijk verband, en waarin geneeskundige voorbereidingen bepaald geen hoofdrol speelden, liet in elk geval weinig ruimte voor het praten over het ondenkbare scenario. Het ‘nucleaire taboe’, dat in de literatuur vooral betrekking heeft op de politieke consensus die de inzet van kernwapens veroordeelt,<sup>1035</sup> heeft dus ook betrekking op het zwijgen over het incasseren van verliezen.

Met het ontdooien van de Koude Oorlog nam de urgentie van de oorlogsvoorbereidingen verder af. Michael Gorbatsjov, die in 1985 was aangetreden als de nieuwe leider van de Sovjet-Unie, leek bereid om samen met de westerse leiders een einde te maken aan de nucleaire wapenwedloop. Eind 1987 sloot hij met de Amerikaanse president Reagan een verdrag waarmee een hele categorie kernwapens van de middellange afstand werd afgeschaft. De angst voor een nieuwe kernoorlog, die sinds het einde van de jaren zeventig sterk was aangewakkerd, zwakte daardoor sterk af. In de navolgende jaren leek het gevaar van een directe confrontatie tussen Oost en West steeds kleiner.

## Conclusie

Tijdens de Koude Oorlog bewees de MGD zich als onmisbaar. De dienst waakte ruim veertig jaar onafgebroken over de gezondheid van vele duizenden militairen, die het kostbaarste element van de krijgsmacht vormden. Mede dankzij keuringen, vaccinaties, hygiënische inspecties, en medische zorg en verpleging, slaagde de missie van de MGD - het in stand houden en waar mogelijk bevorderen van de mankracht en inzetbaarheid van de KL. Toch was er ook een schaduwzijde, zo heeft dit hoofdstuk laten zien. Het takenpakket van de MGD was complex en vergde een omvangrijke organisatie. Nauwelijks kon er worden voorzien in het benodigde personeel voor de opleidingscentra, sanatoria, herstellingsoorden, hospitalen en ziekenzalen. Alleen dankzij dienstplichtige artsen hield de dienst het hoofd enigszins boven water. Belangrijke taken die verband hielden met de oorlogsvoorbereiding kwamen echter in het gedrang.

De IGDKL bracht het personeelstekort en de consequenties daarvan meermaals onder de aandacht van de legertop en de politieke leiding, en wees

---

<sup>1034</sup> HEK 1965—1966, Voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs voor het ontwerp van wet tot vaststelling van hoofdstuk X (Departement van Defensie) der rijksbegroting voor het dienstjaar 1966 (8300), Nr. 91, pagina 5.

<sup>1035</sup> Nina Tannenwald, *The Nuclear Taboo. The United States and the Non-Use of Nuclear Weapons Since 1945* (Cambridge 2009).



daarbij op het belang van goede militair-geneeskundige zorg. De politieke en militaire leiding gaven echter geen hoge prioriteit aan dit probleem. Grote investeringen bleven uit, zodat ook de werving van extra beroepsartsen weinig succes oogstte. In de jaren zestig ging de politieke leiding zelfs over tot drastische bezuinigingen en reorganisaties. Verschillende geneeskundige inrichtingen sloten hun deuren. Speerpunt van het nieuwe beleid was een betere samenwerking met burgerinstanties en de geneeskundige diensten van de marine en luchtmacht. Een welkome kostenbesparing was het gevolg, maar door de reorganisaties werden de oorlogstaken van de MGD op de hogere echelons steeds meer bij burgerinstanties neergelegd. De zorg in vredetijd bleef gewaarborgd, maar de oorlogsvoorbereidingen raakten verder op de achtergrond. Ook vreesde de IGDKL voor het verschromelen en het verdwijnen van de eigenheid van zijn organisatie, maar hij kon deze ontwikkelingen niet tegenhouden.

Het parlement verwelkomde het doelmatigheidsbeleid ten aanzien van de militaire gezondheidszorg. Volksvertegenwoordigers vonden het vooral belangrijk dat de troepen konden rekenen op goede en betaalbare dagelijkse gezondheidszorg, voortvloeiend uit het idee dat staatsburgers in militaire dienst recht hadden op een zo veilig en gezond mogelijke werkomgeving. Ook de werkomstandigheden en arbeidscontracten voor legerartsen kregen politieke aandacht. Hierbij zij aangetekend dat de belangstelling van het Ministerie van Defensie voor deze kwesties mede voortkwam uit het artsentekort. De politieke leiding hoopte met de verbetering van de arbeidsomstandigheden de artsenwerving een impuls te geven.

Volksvertegenwoordigers hadden nauwelijks oog voor de organisatiebelangen van de MGD. De militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen kwamen niet ter sprake en werd ook niet in verband gebracht met het tekort aan militaire artsen. Daarvoor zijn verschillende redenen te noemen. Ten eerste was de regering (in verband met de NAVO-geheimhoudingsplicht) weinig mededeelzaam op dat gebied en waren Kamerleden over het algemeen niet ingewijd in deze materie. Ten tweede leken de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen voor politici weinig relevant en weinig urgent. Het voorkomen van oorlog door afschrikking was immers het hoogste doel. Het was in ieders belang dat de MGD *geen* oorlogstaken hoefde te verrichten. Elke organisatie zou in een onverhoopt oorlogsscenario immers tekortschieten. Bovendien was het onderscheid tussen civiele en militaire gewonden in zo'n conflict volstrekt irrelevant. Ofschoon het gebruik van kernwapens als legitiem afschrikmiddel veel morele vragen opwierp, bleef een meerderheid van de Kamerleden geloven dat de afschrikingsstrategie werkte; de kans op een hete oorlog werd mede daardoor over het algemeen tussen Oost en West klein geschat. De breed gedragen visie, waarin de vrede afhankelijk was van gewapende afschrikking, vormde daarmee een *sociotechnical imaginary* ten voeten uit. Dit beeld was zo bestendig dat een alternatieve toekomstvisies nooit de overhand kregen.

Nooit legden Kamerleden een direct verband tussen de militair-geneeskundige capaciteiten en de geloofwaardigheid van de afschrikingsstrategie.

De MGD leek daarin zelfs helemaal geen rol te spelen, de geloofwaardigheid van de krijgsmacht scheen te berusten op andere steunpilaren. Het feit dat er geen militaire verdediging plaats kon vinden zonder adequate geneeskundige ondersteuning, deed er niet toe. De stilzwijgende consensus was dat de dienst voldoende voor zijn taak was uitgerust, wat die taak ook mocht inhouden. De legerleiding bevestigde enkel dat er aan de minimale vereisten werd voldaan, ook al bleven die eisen zelf aan het publieke oog onttrokken. Deskundigen voelden niet de noodzaak om het publiek te alarmeren met onheilspellende vooruitzichten van de geneeskundige toestanden in een eventuele oorlog. Binnen de MGD, die vele voorstanders van de preventieve geneeskunde telde, werd het veiligheidsbeleid omarmd als een medisch cliché: voorkomen is oneindig beter dan met de moed der wanhoop proberen te genezen.

## Slotbeschouwing

“Geen verantwoordelijk leider van een Krijgsmacht zal heden ten dage ontkennen dat de geneeskundige dienst een onmisbaar onderdeel van de organisatie is. Meer en meer wordt de opvatting gehuldigd dat de geneeskundige dienst de daadwerkelijk ondersteunende dienst is en niet slechts een reparatie-organisatie van menselijk materieel.”<sup>1036</sup> Met die woorden onderstreepte de commodore-vliegerarts Edz. de Vries in 1967 ten overstaan van collega-officieren het belang van zijn vak. Met het optimaliseren van de militaire gezondheidszorg werd bijgedragen aan de inzetbaarheid en de gevechtskracht. Deze positieve bijdrage stond in schril contrast met de voorbereiding op een oorlog, waarbij de MGD een grote stroom gewonden met gecompliceerd letsel zou moeten ‘oplappen’. Dat scenario kwam in zijn redevoering niet aan de orde.

Bovenstaand citaat is in zekere zin typerend. Militair-geneeskundigen staarden zich tijdens de Koude Oorlog niet blind op het sinistere vooruitzicht van een massale oorlog tussen Oost en West. Het merendeel van hen stond met beide benen op de grond. Zij werden vrijwel volledig in beslag genomen door de dagelijkse routine: het waken over de gezondheidstoestand en het algemene welzijn van het militaire personeel, waarmee de inzetbaarheid van de krijgsmacht bleef gewaarborgd. Dit werk, dat betrekking had op de curatieve en preventieve geneeskunde, bracht velen ook de grootste professionele voldoening. Over het algemeen kon dat niet worden gezegd van de oorlogsvoorbereidingen. De maatregelen die ervoor moesten zorgen dat massale aantallen oorlogsgewonden konden worden afgevoerd en behandeld waren een abstract vraagstuk en leken ook weinig urgent. Voor dienstplichtige officieren-artsen waren de lessen traumatologie en logistiek te velde niet meer dan verplichte kost; het waren onderwerpen die over het algemeen ver van hun belangstelling stonden. Kritische dienstplichtige artsen trokken in de jaren zeventig het nut van zulke onderwerpen sterk in twijfel. De lagere rangen binnen de MGD kregen uiteraard een militaire opleiding en namen deel aan oefeningen, maar kregen verder weinig mee van de oorlogsvoorbereidingen. Voor hen stond het kazerneleven op de voorgrond. Uit het bronnenmateriaal dat ons ter beschikking staat, blijkt die preoccupatie met de vredestaken heel duidelijk. Daardoor ging ook deze studie naar de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen met onbedoelde ironie ook vaak over de beslommingen van de vredesdienst en raakte de dreiging van een kernoorlog soms wat op de achtergrond.

De afschrikkingspolitiek, de oorlogsvoorbereidingen, en de gepercipieerde dreiging van kernwapens hielden het merendeel van het militair-geneeskundig personeel minder bezig dan we op basis van de internationale relevantie van kern-

---

<sup>1036</sup> De Vries, ‘Het geneeskundig beleid’, 31.

wapens zouden veronderstellen. Maar terwijl velen de schouders hierover ophaalden, lieten enkelen zich uit hoofde van hun functie juist intensief met deze materie in. Achter de schermen waren staffunctionarissen van met name de IGDKL en het legerkorps verwickeld in de geneeskundige planning van en voorbereiding op de volgende oorlog. Zij waren niet te benijden. Deze selecte groep beroepsofficieren werd begin jaren vijftig geconfronteerd met de verliesverwachtingen die de NAVO had opgesteld. In een toekomstige oorlog met de Sovjet-Unie zou het aantal gewonden waarschijnlijk veel hoger liggen dan tijdens de meidagen van 1940 en de Dekolonisatieoorlog samen, zeker als daarbij kernwapens werden ingezet. Een enkel kernwapen kon een complete ingegraven infanteriedivisie decimeren. De onderzoeksvraag van dit proefschrift, hoe de MGD omging met dit dreigingsbeeld, wordt hieronder systematisch beantwoord. Vervolgens komt aan bod welke nieuwe inzichten dit proefschrift heeft opgeleverd.

### **De MGD in de schaduw van de bom**

Officieren van de MGD behoorden tot de eerste Nederlandse militairen die belangstelling toonden voor de afschuwelijke effecten van kernwapens op de mens en zijn omgeving. Zij begrepen dat een atoomexplosie een medische ramp veroorzaakte: voor talloze atoomslachtoffers met gecompliceerd letsel waren weinig behandel mogelijkheden. Over stralingsziekte was begin jaren vijftig nog veel onbekend. Met een zekere mate van optimisme begon een handvol officieren-arts en wetenschappers met het spuurwerk naar een effectieve therapie, maar zij oogstten uiteindelijk weinig succes. De door ioniserende straling toegebrachte schade aan het menselijk weefsel was niet meer ongedaan te maken. Daarbij groeide in de loop van de jaren vijftig het inzicht in de dodelijke gevaren van fall-out. En ook de massale afvoer van verbrande en bestraalde patiënten stelde de betrokkenen voor een grote logistieke uitdaging. Voor het eerst in de geschiedenis bestond er een wapen waartegen geen effectieve bescherming mogelijk was, terwijl de kans op genezing van ernstig stralingsletsel nihil was. Vooruitzichten dat er een werkzame therapie zou komen waren er niet.

Door de analytische lens van de *sociotechnical imaginaries* is goed te zien dat de militaire autoriteiten die belast waren met de oorlogsvoorbereidingen de percepties van het nucleaire gevaar probeerden te beperken en te beheersen.<sup>1037</sup> Herhaaldelijk, doch vooral in de jaren vijftig, hamerden zij erop dat het nemen van de juiste maatregelen veel slachtoffers kon voorkomen. Binnen de KL kregen troepenspreiding en camouflage prioriteit, want als eenheden geen lonend doelwit vormden, dan nam de kans op een kernwapenaanval af. Daarnaast kregen individuele beschermingsmaatregelen de volle aandacht. Ingegraven troepen konden een atoomexplosie op een zekere afstand overleven, zo viel keer op keer te

---

<sup>1037</sup> Om de definitie van *sociotechnical imaginaries* in herinnering te roepen: collectief wensdenken dat gegrond is in een institutioneel en maatschappelijk vertrouwen in de wetenschappelijke en technologische vooruitgang.

lezen in voorschriften, handboeken en ander instructiemateriaal. De effecten van een atoomexplosie werden overzichtelijk gepresenteerd, met als doel militairen ervan te overtuigen dat 'de bom' niet het einde van alles en iedereen hoefde te betekenen. Opmerkelijk is dat de schadelijke gevolgen hier en daar werden gebagatelliseerd. Soms was dat opzettelijk en soms ook uit onwetendheid, maar het psychologisch doel van de voorlichting was er in elk geval mee gediend: het zakelijke karakter ervan moest een houding van onmacht, fatalisme en nihilisme voorkomen. Tegelijk geloofden de instructeurs dat de voorlichting werkelijk van pas kwam bij een onverhoopte kernaanval. Ingegraven militairen waren inderdaad beter beschermd tegen een atoomexplosie, zo lieten Amerikaanse proeven zien. Bovendien waren mentaal goed voorbereide militairen minder geneigd om in paniek op de vlucht te slaan.

Naast de algemene adviezen bestonden er instructies specifiek voor de MGD. Na een kernaanval moest de hulpverlening in de periferie van het rampgebied doorgaan. Daarbij lag de nadruk op een snelle verzameling, triage en evacuatie van gewonden. De details ervan werden rationeel en zonder emotionele betrokkenheid besproken in de vakliteratuur. Daarbij legden militair-geneeskundigen een opvallende oplossingsgerichtheid aan de dag: geen medisch of logistiek probleem leek in de jaren vijftig onoverkomelijk. De werkelijkheid was echter weerbarstiger. De moeilijkste kwestie liet men welbewust onbenoemd, vooral het trieste feit dat er voor veel patiënten weinig kon worden gedaan. Artsen moesten zich niet blindstaren op de problemen, maar zich richten op wat wél mogelijk was. Met het praten over onoplosbare problemen leek arts, patiënt noch krijgsmacht gebaat. Zo kwamen de onoplosbare aspecten van het kernwapenvraagstuk in de taboesfeer terecht. Het was de olifant in de kamer.

Militair-geneeskundigen zouden hun uiterste best doen, meer konden zij niet beloven. Deze *can do*-mentaliteit, die als een rode draad door dit proefschrift loopt, stond echter op gespannen voet met de organisatorische realiteit. Toen de geneeskundige dienst van het legerkorps moest worden afgestemd op het verwerken van *mass casualties*, bleek het verruimen van de medische capaciteit nauwelijks mogelijk. De Generale Staf wilde namelijk niet een al te omvangrijke en logge logistieke component binnen het legerkorps. Dat was contraproductief aangezien het beweeglijk en verspreid optreden erdoor werd ondermijnd, met als gevolg juist een verhoogde kwetsbaarheid voor kernaanvallen. Bovendien was en bleef het aantal ambulances, hospitalen, gewondenverzorgers, verplegend personeel en vooral het aantal artsen nu eenmaal beperkt. De tekorten waren het meest voelbaar in het achterland. Naast een algemeen tekort aan medisch specialisten (waar weinig aan viel te doen) kampte de krijgsmacht ook met een groot tekort aan hospitaalbedden voor gewonde militairen. De inschakeling van burgerziekenhuizen om die tekorten op te vangen, bleek een onbevredigende oplossing omdat diezelfde ziekenhuizen bij lange na niet konden voldoen aan het vereiste aantal bedden voor gewonde burgers.

Zo werd de 'omgekeerde planning' van toepassing: niet het vereiste aantal bedden en artsen in een nucleaire oorlog werd het uitgangspunt (want onhaalbaar), maar de door de legerleiding en politiek ter beschikking gestelde middelen vormden vanaf de jaren zestig het uitgangspunt in de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Alleen zo bleven de oorlogsvoorbereidingen behapbaar en hadden de hulpverleners nog enige kans om hun opdracht met bevredigend resultaat in de praktijk te brengen, althans zo hield men zich voor. Uit de bronnen komt naar voren dat de MGD in 1954 nog rekening hield met de drastische uitbreiding van de militair-geneeskundige capaciteit, zodat er voldoende bedden waren voor gewonde militairen gedurende de eerste *negentig dagen* van een conventionele oorlog. Eind 1954 ging de NAVO uit van medische voorbereidingen voor *zestig dagen*. Maar toen dat ook onhaalbaar bleek, adviseerde SHAPE in 1957 het treffen van medische maatregelen voor de eerste *dertig oorlogsdagen*. Dit uitgangspunt bleef gedurende de Koude Oorlog gehandhaafd, hoewel de verliescijfers nog wel enige malen zijn gepreciseerd. Het naar beneden bijstellen van de streefcijfers inzake de geneeskundige verzorging gebeurde overigens ook in andere landen; ja, zelfs de gehele logistieke planning en bevoorrading van de NAVO bleef gedurende de Koude Oorlog een probleemkind omdat het nooit helemaal kon voldoen aan de gestelde verwachtingen.

Het uitgangspunt was en bleef vanaf het einde van de jaren vijftig een 'limited war', ofwel een oorlog die met conventionele middelen zou worden gevoerd, maar waarbij het beperkte gebruik van kernwapens mogelijk was. Dit scenario werd met opzet vaag omschreven, omdat werd begrepen dat het verloop van een toekomstige oorlog niet viel te voorspellen. Wel werd geredeneerd dat een oorlog in elk geval een conventionele fase zou kennen. Daarbij moest het verspreide en beweeglijke optreden van de NAVO-grondtroepen voorkomen dat de vijand de kans kreeg om zijn kernwapens met verwoestend effect te benutten. In de officiële doctrine werden de gepercipieerde risico's van de Koude Oorlog overzichtelijk gepresenteerd. Door de aandacht te vestigen op die veronderstelde conventionele fase, hoefde men niet te veel denken aan de impact van nucleaire explosies.

De functionarissen belast met de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen waren er echter niet gerust op. Zelfs als men uitging van een conventioneel conflict, was de MGD onvoldoende afgestemd op het verwerken van de ook in zo'n scenario te verwachten grote aantallen slachtoffers. In de jaren zestig en zeventig verschenen er in vakbladen verschillende voorstellen om de grotere afstanden op het slagveld te compenseren door sneller en beter gewondentransport. De aanschaf van nieuw materieel verliep echter maar mondjesmaat. Een andere discussie ging over de vergroting van de chirurgische capaciteit, maar hieraan bleken zwaarwegende logistieke nadelen te kleven, zodat alles bij het oude bleef. Pas in de jaren tachtig wisten de deskundigen overeenstemming te bereiken over een nieuwe organisatiestructuur die enigszins tegemoetkwam aan de moeilijk verenigbare eisen

van het kunnen voeren van een beweeglijk gevecht en het onderhouden van een solide medisch-logistieke keten.

Een andere blijvende bron van zorg was de geoefendheid van het militair-geneeskundig personeel. Eenvoudige zaken zoals EHAF werden weliswaar in voldoende mate herhaald, maar er stonden grote vraagtekens bij de kennis en vaardigheden op het gebied van de oorlogsgeneeskunde van de dienstplichtige officieren-arts (die het merendeel van de functies voor hun rekening namen). Ook maakten commentatoren zich voortdurend zorgen of de geneeskundige taak in groter verband wel voldoende werd geoefend. Vooral het samenspel tussen verschillende geneeskundige eenheden en de afvoer en behandeling van aanzienlijke aantallen gewonden kwamen te weinig aan de orde. Nog minder vaak kwam het oefenen van de taakvoortzetting onder nucleaire omstandigheden aan bod. Dat vereiste namelijk schaarse middelen, tijdrovende planning en de nodige kennis. Bovendien was de inzet van een atoombom met zijn onvoorstelbare vernietigende kracht en fall-out moeilijk te simuleren. De verwerking van een onverwacht grote stroom radioactief 'besmette' gewonden werd hoogst zelden aan een praktijktoets onderworpen. De inzet van chemische strijdmiddelen kon daarentegen wel met enige overtuiging worden uitgebeeld en geoefend. Bij de NBC-verdediging lag de nadruk dan ook al snel op de 'c' van chemische wapens. Dezelfde trend is waarneembaar bij de civiel-militaire (staf-)oefeningen. Vanaf de jaren zeventig bleef een inzet van 'het absolute wapen' dan ook achterwege, zodat oefeningen toch met een bevredigend resultaat konden eindigen.

Vanuit het inzicht dat de scheidslijn tussen burger en militair in oorlogstijd vervaagde, werden de betrekkingen tussen de MGD en de civiele geneeskunde alsmear nauwer. Ook geld speelde daarbij een belangrijke rol. Toen in de loop van de jaren zestig duidelijk werd dat het materieel van de KL aan vernieuwing toe was, beoogde het Ministerie van Defensie financiële armslag te creëren met het terugbrengen van de exploitatiekosten van de krijgsmacht. De MGD in de nationale sector ontkwam niet aan dit bezuinigingsstreven. In lijn met het bredere defensiebeleid stuurde de politieke leiding aan op een betere interservice en civiel-militaire samenwerking. Dat zou leiden tot een compactere, goedkopere en meer met de burgermaatschappij geïntegreerde MGD in de Nationale Sector. De opheffing van gewestelijke hospitalen in de jaren zestig was de eerste stap. Hun taken zouden door mobilisabele hospitalen en burgerziekenhuizen worden overgenomen. Zo werd de krijgsmacht in toenemende mate afhankelijk van bedden in burgerziekenhuizen, die helemaal niet op die oorlogstaak waren berekend. Critici wezen daar meermaals op, vooral omdat er een alsmear groter gat tussen de vredes- en oorlogsorganisatie van de geneeskundige opvang groeide.

Het resultaat was dat in de loop van de jaren zestig en zeventig het accent sterker kwam te liggen op de militaire bedrijfsgeneeskunde, met alle sociaal-medische aspecten die daarbij kwamen kijken. De vredestaken kregen dus prioriteit. De oorlogsvoorbereidingen verdwenen weliswaar nooit helemaal uit beeld, maar

werden met beduidend minder daadkracht doorgevoerd. Het tekort aan chirurgische capaciteit in het legerkorpsvak, dat al eind jaren zestig door deskundigen was aangekaart, werd pas in de jaren tachtig opnieuw bezien. De reorganisatieplannen die hieruit voortkwamen, werden niet voor het einde van de Koude Oorlog voltooid. De invoering van nieuw militair-geneeskundig materieel ging al even traag. Eind jaren tachtig begon de bouw van een modern, centraal gelegen interservice-hospitaal dat moest dienen om de eerste oorlogsgewonden op te vangen. In theorie werd hiermee de zorgkwaliteit verbeterd, maar of dit enkele hospitaal zou volstaan in een grootschalig conventioneel conflict, bleef buiten beschouwing. Alle maatregelen samen hadden ervoor gezorgd dat de organisatie op de lange termijn in stand kon worden gehouden. De kwantiteit van de jaren vijftig had plaatsgemaakt voor kwaliteit, die zich kenmerkte door betaalbare en op vredestand gerichte integrale militair-medische zorg.

Deze ontwikkeling ontmoette weinig verzet. Het merendeel van de legerartsen was dienstplichtig en begaf zich dus maar relatief kort binnen de kazernemuren. Het naar behoren uitvoeren van hun dagelijkse werkzaamheden stond voorop. Met andere woorden: zij hielden zich maar weinig bezig met oorlogsvoorbereidingen, laat staan dat zij de vraag stelden of het militair-geneeskundig apparaat wel voldoende op zijn taak was berekend. Beroepsofficieren van de Geneeskundige dienst en de Geneeskundige troepen wezen wél op de noodzaak om zwakke punten in de oorlogsorganisatie te verbeteren, maar in hun pleidooi voerden technische en logistieke aspecten de boventoon. Meer fundamentele vragen kwamen niet ter sprake. Militair-geneeskundigen lieten zich nagenoeg niet uit over de vraag of zinvolle medische oorlogsvoorbereidingen in schaduw van de kernwapendreiging überhaupt mogelijk waren. De door burgerdeskundigen geponeerde stelling dat Nederland niet eens voldoende was voorbereid op een 'ouderwetse' conventionele oorlog leidde evenmin tot discussie. De kritische artsenwerkgroep van de VVDM, met een ledental van enkele tientallen dienstplichtigen, had wel aandacht voor gewetenskwesaties met betrekking tot de militaire geneeskunde, maar het ging dan vooral over het tegenstrijdige karakter van de militaire geneeskunde zelf (de medische eed versus de officierseed) – nauwelijks over de morele aspecten van de medische voorbereidingen op oorlog.

Dat militair-geneeskundigen deze grote kwesties vermeden, kan worden verklaard door hun beroepsethiek. De taakvoortzetting onder alle omstandigheden gold als uitgangspunt van de MGD. Daarbij was en bleef de eerder gesignaleerde *can do*-mentaliteit de norm voor beroepsofficieren-arts, ook toen de kritiek op de oorlogsvoorbereidingen uit de hoek van de vredesbeweging aanzwol. De plicht gebod: (*always*) *doing the best for the most*. Alternatieve zienswijzen kwamen binnen de kazernemuren niet aan bod omdat de MGD geen verwarring wilde creëren of tegenspraak wilde uitlokken. Niemand voelde de behoefte om het eigen vakgebied te diskwalificeren met de mededeling dat alle oorlogsvoorbereidingen in de schaduw van de bom zinloos waren. Twijfelen aan de opdracht was uit den boze,



want dat deed alleen maar afbreuk aan de afschrikking. Binnen de krijgsmacht was discussie alleen mogelijk zolang het bestaansrecht van de krijgsmacht niet in twijfel werd getrokken, en zolang de paraatheid niet in gevaar kwam. Beroepsofficieren vonden een emotionele beoordeling van de gevaren van de inzet van NBC-middelen – ofwel het uiten van grote bezorgdheid daarover – onprofessioneel. En dat was een ernstige diskwalificatie van een beroepsgroep die zich juist op haar professionaliteit voorstond.

Zelfs het maatschappelijke kernwapendebat in de jaren tachtig bracht hierin geen merkbare verandering. In samenhang met de heropleving van de wapenwedloop lieten medici (met name de leden van de NVMP) toen luider dan voorheen hun stem horen tegen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Zij bestempelden die als ongeloofwaardig en zelfs gevaarlijk – juist omdat ze de voorwaarden voor de oorlog in het leven riepen en daarmee de mogelijkheid van het daadwerkelijk voeren van die oorlog bewust openlieten. Desalniettemin bleef het aantal militaire medestanders dat zich openlijk onder vermelding van naam en rang uitsprak klein. Van slechts enkele militair-geneeskundigen is bekend dat zij begin jaren tachtig in uniform demonstreerden tegen kernwapens of zich tot gewetensbezwaarde lieten verklaren omdat zij het stilzwijgen niet konden verdragen.

Het parlement had een blinde vlek voor de oorlogsvoorbereidingen van de MGD. Dat was in de eerste plaats te wijten aan een gebrek aan relevante expertise onder Kamerleden. Daar kwam bij dat de krijgsmacht en de regering zich op dat gebied weinig openhartig toonden. Een strikte geheimhouding inzake de NAVO-planning lag daaraan ten grondslag. Voorzichtig kan ook worden geconcludeerd dat de regering wilde voorkomen dat onheilspellende scenario's zouden leiden tot grote maatschappelijk verontrusting. Het was immers duidelijk dat nieuwsberichten over de NAVO-oefening *Carte Blanche* in 1955 onbedoeld het publieke vertrouwen in de afschrikingsstrategie hadden ondermijnd.<sup>1038</sup> Nu moet hier worden opgemerkt dat de vraag naar het publieke vertrouwen in de landsverdediging de grenzen van dit onderzoek overschrijdt. Wel staat vast dat het Ministerie van Oorlog/Defensie probeerde om maatschappelijk draagvlak te creëren voor een sterke krijgsmacht door steeds de doelstelling van de oorlogspreventie te benadrukken. Dit verklaart waarom het incasseren van slachtoffers niet onder de aandacht werd gebracht. De positieve boodschap van oorlogspreventie (een *desirable future*) viel politiek gezien moeilijk te rijmen met het nemen van medische maatregelen zodat massale verliezen konden worden geïncasseerd.

Ook Kamerleden was het zonneklaar dat oorlog, bovenal een nucleaire oorlog, moest worden voorkomen, zeker toen halverwege de jaren vijftig duidelijk werd dat de effecten van een of meer kernexplosies niet lokaal of regionaal beperkt

---

<sup>1038</sup> Robert T. Davis II, 'Cold War Infamy: NATO Exercise Carte Blanche' in: Beatrice Heuser, Tormod Heier en Guillaume Lasconjarias eds., *Military Exercises: Political Messaging and Strategic Impact* (Rome 2018) 64.

zouden blijven. Rapporten uit de jaren zestig lieten zien dat elke medische organisatie machteloos zou staan na een atoomaanval op een dichtbevolkt gebied. Dat inzicht ondermijnde echter niet het bestaansrecht van de MGD. De voornaamste taak van de dienst was het bijdragen aan de gezondheid van de militaire populatie. Burgers in dienst van de krijgsmacht hadden daarop het volste recht. Voor deze doelstelling stonden de MGD minimaal noodzakelijke geldstromen en middelen ter beschikking. Dat kwam naar voren in de jaarlijkse defensiebegrotingen en -nota's. De debatjes over de MGD in de Staten-Generaal gingen vooral over de vraag of dat geld genoeg was om de dienst draaiende te houden, of dat het budget nog doelmatiger kon worden besteed. De opeenvolgende militaire-geneeskundige inspecteurs wezen op de noodzaak van voldoende personeel omdat anders de oorlogstaak en -voorbereiding in gevaar kwamen, maar dat leidde niet tot een groter budget. Desondanks kon de primaire doelstelling van de MGD in vreedstijd worden behaald. De militaire gezondheidszorg droeg er in belangrijke mate aan bij dat de KL tijdens de Koude Oorlog kon beschikken over fysiek gezond en inzetbaar personeel. In dat opzicht was de MGD van grote waarde voor de Nederlandse Defensie-inspanning, en indirect ook aan de geloofwaardigheid van de afschrikingspolitiek van de NAVO.

### **In breder perspectief**

Met dit proefschrift is er voor het eerst de geschiedenis van de MGD tijdens de Koude Oorlog geboekstaafd. Bezien we de activiteiten van de dienst in het ruimere verband van de oorlogsvoorbereidingen, tussen de oprichting van de NAVO in 1949 en de val van der Berlijnse muur in 1989, dan springt in het oog hoezeer politiek en legerleiding de nadruk legden op de militaire slagkracht – het toebrengen van schade aan de tegenstander – en hoe weinig er werd gesproken over gevechtsverliezen. Die omissie valt ook op in de 'battle history', ofwel geschiedschrijving van de operationele planning van de Koude Oorlog. Het is dan ook goed om de bevindingen van dit onderzoek in een breder perspectief te plaatsen. Punt een: waren de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen puur symbolisch? Vanuit politiek oogpunt wel. Het doel van de krijgsmacht was oorlogspreventie door middel van afschrikking. Militair krachtsvertoon moest oorlog buiten de deur houden. Maar daarmee komen we bij punt twee: welke rol speelde eigenlijk de militair-geneeskundige component bij de handhaving van de afschrikingsstrategie van de NAVO?

Bekend is dat die strategie berustte op geloofwaardigheid: het was essentieel dat het Atlantisch bondgenootschap bereid was – en zich ook op overtuigende wijze bereid toonde – daadwerkelijk oorlog te voeren, eventueel met nucleaire wapens.<sup>1039</sup> Het incasseren van gevechtsverliezen maakt echter ook deel

---

<sup>1039</sup> Dit vereiste materieel, strijdmiddelen, plannen, infrastructuur en *last but not least* personeel dat in staat was om zijn taken te volbrengen.

uit van elk strijdplan. De verdediging kon niet functioneren zonder effectieve gewondenzorg. Dit werd ook tijdens de Koude Oorlog door militair-geneeskundigen benadrukt. De legercommandanten waren zich hiervan in principe bewust – of zij zouden dat moeten zijn. Desalniettemin waren de militaire geneeskundige voorbereidingen niet goed afgestemd op de operationele realiteit, zoals uit dit proefschrift naar voren is gekomen. Al vroeg in de jaren vijftig kwam de krijgsmacht artsen, bedden en geneeskundig materieel tekort, zelfs volgens de meest conservatieve schattingen, waardoor een groot beroep moest worden gedaan op burgerziekenhuizen. Dankzij de noodbeddenplannen kon de MGD uiteindelijk eind jaren zestig beschikken over voldoende bedden voor de krijgsmacht voor een periode van dertig dagen, in een oorlogsscenario met beperkt gebruik van atoomwapens. Daarmee was een belangrijk politiek doel gehaald: Nederland voldeed op papier aan de NAVO-adviezen en toonde zich op die manier een trouwe bondgenoot.

De MGD was echter geen uithangbord van geloofwaardigheid. Binnen de militair-geneeskundige staven was er in elk geval weinig reden voor optimisme. Personeelstekorten speelden de organisatie parten. Bovendien was de intensiteit van het conventionele gevecht sterk gestegen, zodat de verliesverwachtingen eigenlijk omhoog moesten, maar door gebrek aan nauwkeurige gegevens werd die aanpassing telkens uitgesteld. Ook de verliesverwachtingen ten gevolge van atoomwapens waren aan de lage kant. Die hielden in elk geval geen rekening met een nucleaire voltreffer die bijvoorbeeld een hele divisie kon wegvagen. De spreekwoordelijke kop werd in het zand gestoken. Daarbij moet worden gezegd dat er weinig alternatieven waren. Complexiteit van de materie, institutionele traagheid en teruglopende budgetten zorgden ervoor dat pas eind jaren tachtig enkele verbeteringen werden doorgevoerd. Intussen kreeg de verhoging van de gevechtswaarde van het legerkorps voorrang. Hiervan ging een grotere afschrikwekkende werking uit. Door de investeringen in geneeskundige oorlogsvoorbereidingen een lagere prioriteit te geven, nam de regering een welbewust risico, maar tevens kan worden geconcludeerd dat het geloof in de afschrikking (ook zonder adequate MGD) groot was.<sup>1040</sup>

Met het oog op deze bevindingen is het verleidelijk om te spreken over een structurele onderwaardering van de MGD. Vanaf de jaren zestig lag het accent steeds op meer doelmatigheid, integratie, samenwerking. Bezuinigingen hadden in de jaren zeventig de overhand. Daarbij zijn echter wel een aantal kritische kanttekeningen op zijn plaats. Met uitzondering van enkele tragische incidenten, voldeed de gezondheidszorg voor dienstplichtigen aan de groeiende maatschappelijke verwachtingen.<sup>1041</sup> Daarnaast moet worden vastgesteld dat een zuinige indeling van geneeskundig personeel noodzakelijk is, aangezien de medische capaciteit van een

---

<sup>1040</sup> Deze conclusie valt ook te rijmen met de uitspraak van de staatsecretaris van Defensie dat er door de reorganisaties noodgedwongen gaten in de verdediging zouden vallen. Zie: Hoffenaar, "De baby is er!" 37-58.

<sup>1041</sup> Haneveld en Van der Peet, *Van stiefkind*.

land per definitie beperkt is. De MGD voldeed op papier aan de NAVO-richtlijnen en misschien viel er ook niet meer te verwachten. Gezien het blijvende tekort aan beroepsofficieren-arts kon de dienst niet verder uitbreiden. Over de grens was dat niet anders.<sup>1042</sup> Afgezien daarvan was het simpelweg onmogelijk om voorbereidingen te treffen op alle mogelijke rampspoed. Elke organisatie schoot in een nucleair scenario tekort. Zelfs het Amerikaanse leger, dat in de jaren vijftig de 'luxe' kende om te oefenen in het stof van werkelijke atoomexplosies, moest erkennen dat de toenmalige organisatie, verbindingen en mobiliteit ongeschikt waren voor het optreden onder atomaire omstandigheden.<sup>1043</sup> Het uitrusten van complete divisies met helikopters werd daar aangedragen als oplossing, maar de Nederlandse krijgsmacht stonden zulke dure middelen niet ter beschikking.

Voor een goed begrip van de militaire geneeskunde tijdens de Koude Oorlog moeten we niet alleen de invloed van de oorlogsdreiging, maar ook het uitblijven van oorlog in ogenschouw nemen. Historici hebben al eerder geconstateerd dat de krijgsmacht geleidelijk, en in algemene zin, meer ging lijken op een civiel bedrijf.<sup>1044</sup> Medio 1970 was deze ontwikkeling ook zichtbaar in het beleid van de MGD. Dat valt vooral op in de gebruikte terminologie. Niet langer 'het handhaven van de militaire inzetbaarheid en het voorbereiden op de oorlogsgeneeskunde' voerde de boventoon, maar de 'integrale gezondheidszorg en ook de sociaal-medische aspecten ervan'.<sup>1045</sup> Hieruit mag echter niet te snel worden geconcludeerd dat het werk van de officier-arts geen verschillen meer vertoonde met dat van de burgerarts. Ondanks de vermaatschappelijking van de krijgsmacht bleef de eerste deel uitmaken van het militaire stelsel van normen en waarden. Ook bleven de hiërarchische verhoudingen bestaan. Veel dienstplichtigen gaven (formeel) leiding aan een geneeskundig onderdeel. Ook hun dagelijks werk had een bijzonder karakter: zorgdragen voor een jonge en over het algemeen gezonde militaire patiëntenpopulatie. De officier-arts kreeg te maken met dienstplichtigen die door middel van oefeningen en marsen werden gedwongen tot de grenzen van hun fysieke en mentale uithoudingsvermogen te gaan, soms resulterend in situaties die artsen de wenkbrauwen deden fronsen.<sup>1046</sup> Het onderwerp 'geneeskundige dienst te velde' verdween niet uit lesstof en ook de oorlogsgeneeskunde bleef een vast

---

<sup>1042</sup> Fitzpatrick, 'The Trouble with Peace', 129-145.

<sup>1043</sup> Linn, *Elvis's Army*, 229.

<sup>1044</sup> B. Schoenmaker, *Vredesoperaties en de terugkeer van de oorlog. Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar militaire geschiedenis aan de Universiteit Leiden* (Leiden 2012) 5; Boot, *Het leger*.

<sup>1045</sup> HTK 1970-1971, 37<sup>e</sup> verg., 22 december 1970, p. 2056.

<sup>1046</sup> Kamerlid De Vries (PvdA) stelde in 1980 enkele vragen aan de Minister van Defensie over oefening *Pantserstorm*, die volgens het vvdm leidde tot blijvende lichamelijke of mentale klachten onder sommige dienstplichtigen. Hem was ter ore gekomen dat artsen bepaalde situaties tijdens de oefening als medisch onaanvaardbaar hadden gekwalificeerd. De minister wierp deze suggesties van de hand. Zie: HTK 1980-1981, Aanhangsel nummer 492, p. 989.

onderdeel van het curriculum, ook al kreeg dit onderdeel volgens critici te weinig aandacht.

Zo moet worden vastgesteld dat de officier-arts niet simpelweg een legergroene huisarts was. Hij was en bleef onderdeel van de militaire confrontatie van de Koude Oorlog. Met de gezondheidszorg werd een militair belang gediend. De handhaving van hygiëne, de gezondheid, de belastbaarheid van militairen in vreedstijd droeg uiteindelijk bij aan de gevechtskracht van de KL in oorlogstijd. Net als ten tijde van de grote mobilisaties waren beroepsofficieren-arts hiervan doordrongen.<sup>1047</sup> Dienstplichtige artsen waren zich echter veel minder bewust van de militaire doelstelling van hun werk. Zij hadden jarenlang medicijnen gestudeerd en voelden zich in de eerste plaats arts, die tijdelijk noodgedwongen zijn werk in uniform verrichtte. Zij probeerden er het beste van te maken. Het geestelijke en lichamelijke welzijn van de troepen stond in hun ogen op de eerste plaats.

De kennis van de oorlogsgeneeskunde van dienstplichtige-artsen was in geen geval hoogstaand. De nadruk op de vreedstaken en de relatief korte militaire opleiding van reserveofficieren-arts waren hier debet aan. Vele dienstplichtige artsen kenden alleen de theorie van Eerste Hulp aan het Front, áls ze die al kenden. Door de aanhoudende personeelskrapte was het moeilijk om meer tijd in te ruimen voor onderwijs. Bovendien ontbrak het de meesten aan praktijkervaring. Zij waren hooguit bekend met de behandeling van gewonden als gevolg van verkeersongelukken of ongevallen met wapens. Slechts een handvol militair-geneeskundigen hadden tijdens de Tweede Wereldoorlog, Indonesië, Korea, Nieuw-Guinea praktijkervaring opgedaan met het behandelen van gevechtsverwondingen. Het aantal veteranen nam echter af, met als gevolg dat in de loop van de Koude Oorlog steeds meer militair-geneeskundige praktijkkennis uit de organisatie verdween.<sup>1048</sup>

In een oorlogssituatie zou het dus aankomen op improvisatie. Zo vertoont de MGD tijdens de Koude Oorlog een duidelijke continuïteit met de Nederlandse militaire geneeskunde in voorgaande decennia.<sup>1049</sup> Nooit ging de MGD ten strijde met een voltallig en hoogwaardig uitgerust korps frontchirurgen. De geneeskundige diensten van andere legers evenmin. In beide wereldoorlogen, en nog ruime tijd daarna rekenden die op dienstplichtige artsen die zich het vak van de oorlogsgeneeskunde in de bloedige praktijk eigen moeten maken. De Duitse arts Hans Kilian, die tijdens de Tweede Wereldoorlog in dienst van de *Wehrmacht* aan het oostfront was gestationeerd, beschrijft in zijn memoires de medische blunders die

---

<sup>1047</sup> Van Bergen, *Pro Patria*, 307. De auteur stelt dat de geüniformeerde arts, met name de hogere echelons van de MGD, allereerst een officier was en daarna medicus.

<sup>1048</sup> Dit verlies van kennis van de oorlogsgeneeskunde in vreedstijd staat in de literatuur bekend als de Walker Dip en is een relevant thema binnen het militair-geneeskundige vakgebied. Zie: A.J. Walker, 'The "Walker dip"', *Journal of the Royal Navy Medical Service* 104:3 (2018) 173–176.

<sup>1049</sup> Van Bergen, *Pro Patria*, 309.

de onervaren, dienstplichtige legerartsen begingen.<sup>1050</sup> In andere krijgsmachten ging het er vaak niet beter aan toe.

Er valt genoeg te speculeren over hoe de MGD zou hebben opgetreden in een hete oorlog, maar dat heeft weinig met geschiedschrijving te maken. Wel is het historisch relevant om erop te wijzen dat de wereld verschillende malen in de nucleaire afgrond keek. Dat oorlog toch telkens werd voorkomen, valt te verklaren aan de hand van het *rational actor model*: de risico's van een oorlog waren zo groot dat geen enkele leider het daadwerkelijk voeren van een oorlog durfde te overwegen.<sup>1051</sup> Toch moeten we bedenken dat een oorlog nooit begint met een compleet overzicht van de feiten. Een technisch mankement, een verkeerde berekening of politiek misverstand zou geleid kunnen hebben tot een incident of zelfs een oorlog. Mede vanwege die onvoorspelbare factor namen militairen hun taak serieus. Een oorlog kon nooit worden uitgesloten, zo viel keer op keer te beluisteren. Militairen moesten daarom zijn voorbereid zijn op het ergste, ook al heeft deze studie laten zien dat zij dat niet waren. Toch is er weinig reden om te betwijfelen dat zij ten minste zouden pogen hun opdracht uit te voeren, zelfs al bestond de kans dat een oorlog nucleair zou worden.

Ofschoon de *what if*-vraag voor historici irrelevant is, was dat voor tijdgenoten zeker niet het geval. Wat als de bom tóch valt? Niet voor niets stroomde Den Haag in 1983 vol met 500.000 betogers tegen de kernwapens en het vijanddenken. Hun strijdbaarheid was gegrond in onbehagen, bij velen zelfs oprechte oorlogsangst. De Oost-West-confrontatie en daarmee gepaarde wapenwedloop had voor hen niets dan onheil in petto. De oorlogsplannen die destijds zijn vervaardigd liegen er inderdaad niet om. Zeker als we bedenken dat militairen, hoezeer zij misschien ook geloofden in het succes van de afschrikking, getraind waren en waarschijnlijk ook de intentie hadden om de plannen uit te voeren als dat nodig was. Critici spraken van pure bluf, maar volgens militairen speelde altijd op de achtergrond dat wat beoefend werd, ooit harde werkelijkheid kon worden.<sup>1052</sup> Piloten van het Amerikaanse *Strategic Air Command*, die tijdens de gespannen politieke situaties het luchtruim kozen, wisten dat zij het bevel konden krijgen om hun vernietigende bommenlading te lossen.<sup>1053</sup> De NAVO was meer dan een vogelverschrikker in de Europese voortuin. Het symbolische machtsvertoon berustte op de mogelijkheid om de plannen uit te voeren, hoe inadequaate plannen ook waren en hoe rampzalig de gevolgen ook mochten zijn. De MGD zou hier onverbiddelijk in worden meegesleurd.

---

<sup>1050</sup> Hans Kilian, *Im Schatten der Siege: Chirurg am Illensee 1941–1942 – 1943* (München 1964) *passim*.

<sup>1051</sup> James Blackwell, 'Deterrence at the Operational Level of War', *Strategic Studies Quarterly* 5:2 (2011) 34.

<sup>1052</sup> Bosch, 'De operationele inzetbaarheid', 140.

<sup>1053</sup> Melvin G. Deaile, 'The SAC Mentality. The Origins of Strategic Air Command's Organizational Culture, 1948–51', *Air & Space Power Journal* 29-2 (april-maart 2015) 48-73.

## Vervolgonderzoek

Dit proefschrift over de MGD tijdens de Koude Oorlog tussen 1949-1989 maakt deel uit van een groter project dat beoogt de geschiedenis van de MGD te boekstaven. De periode 1815-1949 is in *Pro patria et Patienti* behandeld door Leo van Bergen. In *White coats, green jackets* – net als deze studie verschenen als proefschrift – nam Francesca Hooft de periode van 1990 tot 2010 voor haar rekening. De afgebakende tijdvakken sluiten daarmee naadloos op elkaar aan. Het gaat echter te ver om te spreken van een drieluik van de hand van drie verschillende schilders. Van een samenhangende compositie is weinig sprake, maar er zijn wel belangrijke thematische overeenkomsten. Het meest opvallend is de problematiek waarmee militaire artsen in oorlog en vrede worden geconfronteerd. Alle drie de boeken laten zien dat de positie van militair-geneeskundigen in de krijgsmacht door de tijd heen gecompliceerd is. De medische en militaire eisen die aan het militair-geneeskundig personeel worden gesteld zorgen soms voor loyaliteitsvraagstukken. In die zin is de MGD nooit een ‘gewoon’ onderdeel van de krijgsmacht geweest.

Veel vragen zijn echter nog onbeantwoord. Al bij de afbakening van dit onderzoek was dat voorzien. Er was geen ruimte om alle interessante deelonderwerpen te behandelen. Te denken valt aan de oorlog in Korea, Nieuw-Guinea en Libanon, alsook de kleinere VN-missies in het tijdvak van de Koude Oorlog. We weten weinig over het daadwerkelijke optreden van de Nederlandse militair-geneeskundigen in die periode en de lessen die daaruit wel of niet werden geleerd. Een ander interessant terrein is hoe de MGD inspeelde op de toenemende invloed van technologie binnen de krijgsmacht. Na 1945 voltrokken zich tal van ontwikkelingen, zoals de behandelde motorisatie en mechanisatie, maar ook de computer, laser en radar deden hun intrede. Dat had ook weer zijn doorwerking op de belastbaarheid van het personeel, maar daarover is weinig bekend. Verder verdient na de marine en nu de landmacht ook de militaire geneeskundige dienst van de Koninklijke Luchtmacht een eigen onderzoek.

Uiteraard zijn er nog vele andere interessante deelonderzoeken te noemen. Maar op deze plaats moet vooral worden gewezen op de onbeantwoorde vragen die specifiek uit dit onderzoek zijn voortgekomen. Eén vraag steekt er met kop en schouders bovenuit: hoe keken de militair-geneeskundige diensten in andere landen tegen de problematiek van de oorlogsvoorbereidingen aan? Die vraag is maatschappelijk relevant, zeker in het huidige tijdsgewricht waarin de Russische president openlijk dreigt met de inzet van kernwapens. Bovendien is de NAVO nog altijd de hoeksteen van het veiligheidsbeleid van Europa, dus het is van belang hoe de lidstaten tegen deze problematiek aankijken, en hoe deze houding historisch is bepaald. Over de noodzaak van militaire samenwerking heerst momenteel een grote consensus. Maar het is zeker leerzaam om te kijken naar de vroegere samenwerking op het militair-operationele niveau, obstakels die zijn overwonnen en vooral de problemen die zijn gebleven. Vanuit academisch perspectief is interessant in hoeverre de dreiging van de Koude Oorlog in verschillende landen en verschillende

krijgsmachten werd ervaren en beleefd. Waren er duidelijke verschillen tussen de militair-geneeskundige diensten van de NAVO-bondgenoten onderling en tussen de westerse alliantie en de legers van het Warschaupact? In het buitenland heeft dit onderwerp nog geen monografieën voortgebracht, dus deze vraag kan hier niet goed worden beantwoord. Daardoor behoorde een comparatieve studie, hoe wenselijk ook, niet tot de mogelijkheden. Wel is duidelijk dat alle landen werden geconfronteerd met het vooruitzicht van massaverliezen. Twee artikelen wijzen erop dat zowel de Britten als de Fransen in de jaren zeventig tot de conclusie waren gekomen dat er geen adequate planning kon worden gemaakt voor het militair-geneeskundig optreden onder nucleaire omstandigheden.<sup>1054</sup> Dit proefschrift bevestigt dat de MGD die opvatting deelde. Het ligt dus voor de hand dat men in andere landen tot een vergelijkbare slotsom kwam. Maar het is wel interessant hoe de verschillende landen met die problematiek omgingen.

Dát men anders met de problematiek omging, valt wel te verwachten. Zo kende Groot-Brittannië tijdens de Koude Oorlog geen dienstplicht. Het Britse *Royal Army Medical Corps* bestond louter uit beroepsmilitairen. Dit werkte door in de militaire cultuur. De *Sanitätsdienst* van de *Bundeswehr* droeg de morele last van het Duitse oorlogsverleden en moest in een toekomstige oorlogssituatie op eigen grondgebied optreden. Waarschijnlijk was daardoor nog meer civiel-militaire samenwerking nodig (en mogelijk). Deze vluchtige observaties geven echter nog niets prijs over de verschillen aangaande de grote vragen die in dit proefschrift naar voren kwamen: hoe gingen militair-geneeskundigen in verschillende landen om met het vraagstuk van de massale vernietiging? Waren er verschillende nationale opvattingen over de rol van de militair-arts, of misschien is er juist sprake van een opvallende eenheid: een universele gedachte over de taak en het wezen van de officier-arts en de gewondenverzorger. Een vergelijkende studie naar de taak, opleiding, omvang en *deployment* van de verschillende geneeskundige diensten kan daar antwoord op geven en inzichtelijk maken wat de eigenheid of identiteit van de Nederlandse MGD bepaalt.

---

<sup>1054</sup> De Jonge en De Lange, 'Een Franse visie', 277; Shaw, 'Medical planning factors', 208-214.



# Dankwoord

*De esculaap en het zwaard* is onderdeel van een tussen 2016 en 2022 uitgevoerd onderzoeksprogramma naar de geschiedenis van de Nederlandse militaire geneeskunde. Het onderzoek werd gefinancierd door Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) en het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH), beide onderdeel van het Ministerie van Defensie. Ik wil in het bijzonder de voormalige commandant-DGO brigade-generaal arts Johan de Graaf en zijn opvolger commandeur-arts Remco Blom bedanken voor het vertrouwen dat ik mocht ontvangen vanuit de militaire gezondheidszorg.

Mijn aanstelling en promotietraject zou niet mogelijk zijn zonder de Universiteit Leiden en het NIMH. Ik kreeg de zeldzame luxe van een werkplek op de universiteit én op de Frederikkazerne in Den Haag. Bovendien was mij alle vrijheid gegund om naar eigen inzicht onderzoek te verrichten. Inspirerende ontmoetingen kwamen op mijn pad, met als hoogtepunt een bezoek en presentatie aan het All Souls College van Oxford University. Voor de genoten vrijheid ben ik de Universiteit Leiden en het NIMH veel dank verschuldigd. De geboden ondersteuning liet ook niets te wensen over. Daarnaast wil ik ook de dienstverlening van het Nationaal Archief noemen, waar ik vele middagen mocht doorbrengen. Ook mijn bezoeken aan het Instituut voor Sociale Geschiedenis (ISG) en vooral de Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst waren onmisbaar voor het schrijven van dit boek. Koffie, goede gesprekken en interessant bronnenmateriaal vond ik daar in overvloed.

Mijn dank gaat, behalve naar de financiers, in het bijzonder uit naar mijn promotoren. Prof. dr. Ben Schoemaker gaf mij het groene licht om te beginnen, motiveerde mij bij de voortgang en waakte over de goede afloop van het project. Mijn copromotor, Dr. Leo van Bergen, stapte het laatste jaar van mijn promotietraject 'aan boord' en gaf mij de laatste zet om deze dissertatie te voltooien. Beide historici, die ik onder meer om hun publicaties en stijl bewonder, voorzagen mijn hoofdstukken steeds van vakkundige en opbouwende kritiek. Zelfs toen de Coronalockdown het onmogelijk maakte om fysiek af te spreken, was hun persoonlijke *touch* in de kantlijn nooit ver weg ('ik zou het aantal zou-en drastisch beperken').

Met kolonel-arts b.d. Walter Henny bracht ik een aangename middag door in een restaurant, waar we vele aspecten van de militaire geneeskundige bespraken. Ook bij collegae van het NIMH kon ik mijn licht opsteken, vooral tijdens vergaderingen van de sectie Wetenschappelijk Onderzoek onder leiding van prof. dr. Jan Hoffenaar. Hun aandacht, aanwijzingen en herkenning van de typische (militair-)historische problematiek waren onmisbaar voor deze studie. Verder deelden dr. Anselm van der Peet en drs. Herman Roozenbeek geregeld hun waardevolle inzichten met mij. Ook mijn kamergenoten cq. mede-promovendi van het Huizinga

Instituut voor geschiedenis in Leiden - Philip, Alexander, Roosje en Neilabh - verbreedden mijn blikveld en brachten mij wekelijks frisse moed. Waar gelachen mag worden kan serieus onderzoek floreren. Verder wil ik mijn waardering uitspreken voor drs. Piet Kamphuis, prof. dr. Wim Klinkert, prof. dr. Joost Jonker en dr. Jeroen Touwen. Voordat mijn wens om te mogen promoveren in vervulling ging, hielpen zij mij om de eerste stappen in die richting te zetten. André Sondejker wil ik ook niet onvermeld laten. Hij stelde mij in de gelegenheid tot het schrijven van een kort artikel in het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift. Ook had ik via hem de mogelijkheid om de complete jaargangen van het NMGT in te zien.

Veel dank tenslotte aan mijn familie, die de afgelopen 'tropenjaren' veel tijd doorbracht met mijn jonge kinderen, Dolores en Mingus, zodat ik dit boek kon voltooien. Maar de meeste steun vond ik bij Sanne, die veel geduld moest opbrengen en mij telkens weer uit de wind hield.

# Geraadpleegde bronnen en literatuur

## Archieven en collecties

Nationaal Archief, Den Haag

Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, nummer toegang 2.13.62.06.

Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht [IGDKL], nummer toegang 2.13.158.

Kabinet van de Commissaris der Koningin in Zuid-Holland, nummer toegang 3.02.42.

Ministerie van Binnenlandse Zaken: Bescherming Bevolking (OBB), nummer toegang 2.04.5051

Ministerie van Defensie: Rijksverdedigingsorganisatie (RVO-TNO), nummer toegang 2.13.205.

Ministerie van Defensie: Centrale Organisatie, Politieke Leiding, nummer toegang 2.13.219.

Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110.

Ministerie van Defensie: Gewoon en Geheim Verbaalarchief en daarbij opgelegde bescheiden, nummer toegang 2.13.151.

Ministerie van Defensie: Legerraad, nummer toegang 2.13.182.

Ministerie van Defensie: Militair Geneeskundige Raad, nummer toegang 2.13.173.

Ministeries voor Algemeene Oorlogvoering van het Koninkrijk (AOK) en van Algemene Zaken (AZ): Kabinet van de Minister-President (KMP), nummer toegang 2.03.01.

Staf 1e Legerkorps en de daaronder ressorterende Divisies 1-6, nummer toegang 2.13.14.

Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH), Den Haag

Losse stukken, Toegang 057, inventarisnummer 3995 bevat diverse documenten met betrekking tot de MGD.

Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst, Korporaal van Oudheusdenkazerne, te Hilversum

De collectie bevat onder meer militair-geneeskundige vaktijdschriften en dienstvoorschriften, alsmede de notulen van de Geneeskundige Verdedigingsraad (GVR).

Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, Amsterdam

Archief Vereniging van Dienstplichtige Militairen, inventarisnummer 1303.  
Documentatie van de artsenwerkgroep.  
Collectie Heemkundekring Zuiderkwartier, Hoogerheide  
Bevat documentatie met betrekking tot de voorgenomen plaatsing van kruisvluchtwapens op de vliegbasis Woensdrecht: onder meer adhesiebetuigingen voor het werk van vredesactivisten. Specifiek: de steunbetuiging van een arts.

### **Digitale bronnen (geraadpleegd november 2022)**

Bergen, Leo, Marianne Begemann en Hans van Itersen, 50 jaar NVMP: een digizine (2021). <https://www.nvmp.org/wp-content/uploads/2019/10/DIGIZINE.pdf>

Defensiehandboek Index\_35\_310 Beginselen van de verdediging tegen nucleaire strijdmiddelen (2019).  
[https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_353100000000\\_10/1](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_353100000000_10/1)

Emergency War Surgery NATO Handbook (1977).  
<http://www.operationalmedicine.org/Library/Manuals/NATO%20EWS/Prologue.html>

Eppo Meursing, de Dordtse huisarts die zweeg over zijn hulp aan joden.  
[http://stolpersteine-dordrecht.nl/het\\_voorbije\\_joodse\\_dordrecht\\_eppo\\_meursing.html](http://stolpersteine-dordrecht.nl/het_voorbije_joodse_dordrecht_eppo_meursing.html)

European Defence: 12 years of the Eurogroup (Brussel 1980).  
[https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137733/0355\\_European\\_Defence-12\\_years\\_of\\_the\\_Eurogroup\\_1980\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137733/0355_European_Defence-12_years_of_the_Eurogroup_1980_ENG.pdf)

Herinneringen van soldaat Heinz Verstappen.  
<https://seedorf40.com/de-diensttijd-van-heinz-verstappen-2/>

Informatieblad van het Nederlands Instituut voor Militaire Historie over Nederlandse inzet in de Korea-oorlog van 1950 tot 1955.  
<https://www.defensie.nl/downloads/brochures/2021/03/03/korea-oorlog>

Instructiekaart abc-strijdmiddelen 4 Divisie.  
<https://seedorf40com.files.wordpress.com/2021/08/instructiekaart.jpg>

Meeting of the World Congress of Doctors held at Cannes, 27th – 29th September 1957. [https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/7/17250/AC\\_52-D\\_268\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/7/17250/AC_52-D_268_ENG.pdf)

- Memorandum for the military representatives, 10 SEPTEMBER 1954.  
[https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54\\_ENG\\_PDP.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54_ENG_PDP.pdf)
- Notulen Shape Medical Planning Conference (4-7 mei 1955).  
[https://www.nato.int/nato\\_static\\_fl2014/assets/pdf/pdf\\_archives/20121128\\_19550504\\_NU\\_SHAPE-AG2030-04-MED-1010-55-LOG\\_1955\\_SHAPE\\_Medic.pdf](https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19550504_NU_SHAPE-AG2030-04-MED-1010-55-LOG_1955_SHAPE_Medic.pdf)
- Notulen SHAPE Medical Planning Conference (juni 1953).  
[https://www.nato.int/nato\\_static\\_fl2014/assets/pdf/pdf\\_archives/20121128\\_19530601\\_NU\\_SHAPE\\_AG\\_2030-MED-272-53\\_Medical\\_Planning\\_Confer.pdf](https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19530601_NU_SHAPE_AG_2030-MED-272-53_Medical_Planning_Confer.pdf)
- Oekraïne: medische trein Artsen Zonder Grenzen verplaatst eerste patiënte(n)(s), 6 april 2022. <https://www.msf-azg.be/nl/news/oekra%C3%AFne-medische-trein-artsen-zonder-grenzen-verplaatst-eerste-pati%C3%ABntens>
- Oosterboer, Frank, 'Omgekomen in militaire dienst. Vredesverliezen tijdens de Koude Oorlog' Dpl Sld, 2012. <http://dplsld.nl>
- President Truman refuses to rule out atomic weapons, 30 november 1950.  
<https://www.history.com/this-day-in-history/truman-refuses-to-rule-out-atomic-weapons>
- SHAPE. Changes in command structure, volume II section I, chapters I-III (1952-1953).  
[https://www.nato.int/nato\\_static/assets/pdf/pdf\\_archives/20121126\\_SHAPE\\_HISTORY\\_VOLUME\\_II.pdf](https://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_archives/20121126_SHAPE_HISTORY_VOLUME_II.pdf)
- Sloot, Bart van der, De reikwijdte van de macht. Een verhandeling over staatsnoodrecht (z.d.).  
[https://bartvandersloot.nl/onewebmedia/De\\_reikwijdte\\_van\\_de\\_macht\\_%201.pdf](https://bartvandersloot.nl/onewebmedia/De_reikwijdte_van_de_macht_%201.pdf)
- The International Physicians' Call: IPPNW 3rd World Congress, Amsterdam 1983.  
<https://www.ippnw.org/wp-content/uploads/2020/07/1983-Amsterdam-Congress-Declaration.pdf>
- Western Defense the European role in NATO (Brussel 1985).  
[https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137791/0358\\_Eurogroup\\_Western\\_Defense-The\\_European\\_Role\\_in\\_NATO\\_1984-1985\\_ENG.pdf](https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137791/0358_Eurogroup_Western_Defense-The_European_Role_in_NATO_1984-1985_ENG.pdf)
- Arboportaal  
<https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/ioniserende-straling/werken-met-dosislimieten>

## **Documentaires**

Andere Tijden afl. 440: *Atoombom op de Dam*.

*The Atomic Soldiers* (2019) van regisseur Morgan Knibbe.

## **Gedrukte archivalische bronnen**

*Handelingen, bijlagen en aanhangsels van de Eerste Kamer der Staten-Generaal* (HEK).

*Handelingen, bijlagen en aanhangsels van de Tweede Kamer der Staten-Generaal* (HTK).

*Rapport 1967 Commissie Militair Geneeskundige Diensten 1967* ('s-Gravenhage 1967).

*Rapport over de schuilgelegenheid van de bevolking*. Commissie Schuilgelegenheid, Ministerie van Binnenlandse Zaken ('s-Gravenhage 1970).

*Rapport van de commissie 1947*, als bijlage toegevoegd aan bijgevoegd aan *Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952).

*Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952).

## **Militaire voorschriften**

*Artsenklapper 1979, Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst* (raadpleegbaar bij de Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst).

*Emergency War Surgery: U.S. Armed Forces Issue of NATO Handbook Prepared for Use by the Medical Services of NATO Nations* (Washington, DC 1958).

*FM 101-10. Staf Officers' Field Manual. Organization, Technical and Logistical Data* (1949).

*Instructiekaart nr. 2-20: Persoonlijke bescherming tegen de uitwerking van ABC-strijdmiddelen* (eerste druk; 1962).

*NATO Stanag 2068 Emergency War Surgery* (eerste druk; z.p. 1959).

*U.S. Armed Forces Medical Policy Council. Handbook of Atomic Weapons for Medical Officers* (Washington, DC 1951).

*Voorschrift nr. 1226: Wat iedere militair dienst te weten in geval van een atoombom aanval* (1<sup>e</sup> druk; 1952).

*Voorschrift nr. 1300: Lessen van de Koreaanse Oorlog. Twee delen* (eerste druk; 1952).

*Voorschrift nr. 2-1350/K1: Handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen* (vierde druk; 1984).

*Voorschrift nr. 2-1386: Gevechtshandleiding* (tweede druk; 1968).  
*Voorschrift nr. 3306: Handboek voor de Soldaat geneeskundige troepen* (eerste druk; 1952).  
*Voorschrift nr. 3310: Handleiding atoombescherming voor officieren van de geneeskundige dienst* (eerste druk; 1953).  
*Voorschrift nr. 8-1: De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel I: algemeen* (tweede druk; 1972).  
*Voorschrift nr. 8-1: De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel II: De geneeskundige dienst in het operatie gebied* (eerste druk; 1970).  
*Voorschrift nr. 8-1: De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Deel III: De geneeskundige dienst KL en KLu buiten de gevechtszone* (‘derde druk; 1973).  
*Voorschrift nr. 8-103: De shocktoestand en zijn behandeling* (eerste druk; 1958).  
*Voorschrift nr. 8-107: Frontchirurgie* (derde druk; 1957).

## **Kranten**

‘100.000 bedden extra’, *Overijsselsch Dagblad* 24 maart 1955.  
‘Amerikaanse artsen en kernbewapening’, *Nieuwsblad van het Noorden* 24 juni 1980.  
‘Arts beschuldigt inlichtingdienst van onderzoek’, *De Volkskrant* 26 november 1974.  
‘Arts en oorlog: een dilemma’, *De Volkskrant* 16 mei 1968.  
‘Atomic attacker is held favored’, *New York Times* 29 juni 1955.  
‘Atoomsplitsende bom uitgevonden’, *Het Parool* 7 augustus 1945.  
‘BB-folders wekten gemengde gevoelens’, *Parool* 20 oktober 1961.  
‘Bergse arts Jef Wierz: Wonen bij kruisraketten heeft psychische gevolgen’, *De Stem van West-Brabant* 4 juni 1986.  
‘Bij bombardement: Acht minuten vóór aanval alarm’, *Trouw* 24 maart 1955;  
‘Bij opkomst moet er nog van alles met de rekrut gebeuren’, *Leeuwarder courant* 12 december 1964.  
‘Bikini in miniatuur voor het Nederlandse leger’, *Brabants Nieuwsblad* 22 mei 1954.  
‘Brieven aan Brigitte’, *De telegraaf* 16 november 1962.  
‘De keuze tussen keizersnee en dikke knie kennen we niet’, *Reformatorisch Dagblad* 21 februari 1987.  
‘Defensie wil bedden voor burgers houden’, *NRC/Handelsblad* 12 april 1977.  
‘Democritus naar rijopleidingen’, *Het vrije volk: democratisch-socialistisch dagblad* 15 december 1971.

- 'Dienstplichtige artsen in Amersfoort weigeren officierseed af te leggen', *NRC Handelsblad* 15 april 1971.
- 'Dit is Lourdes niet, dat ligt in Den Haag', *Brabants Nieuwsblad* 18 februari 1984.
- 'Dood van soldaat niet te wijten aan M.G.D.', *Leeuwarder courant* 24 juni 1958.
- 'Drie zwaargewonden bij oefening 'Big Ferro'', *Het Parool* 15 september 1973.
- 'Elfde geneeskundig bataljon houdt oefening "houen zo"', *De Tijd-Maasbode* 20 mei 1960.
- 'Gewonde luitenant: "jullie maken er teveel drukte over"', *Het Vrije Volk* 7 december 1963.
- 'Hospitaal in actie na atoomaanval', *Het Parool* 9 mei 1958.
- 'Jan Soldaat wil maar niet beter worden', *De Volkskrant* 27 maart 1976.
- 'Korps Geneeskundige Troepen 80 jaar', *Arnhemse Courant* 16 april 1949.
- 'Labour verklaart de oorlog aan de conservatieven', *Trouw* 26 juni 1954.
- 'Medici ruziën over standpunt Libanon', *De Volkskrant* 14-08-1982.
- 'Met het oog op atoomoorlog. Reorganisatie van leger krijgt in 1958 gestalte', *De Volkskrant* 7 februari 1957.
- 'MGD: bedrijfsgeneeskundige dienst van onze militairen', *Nieuwsblad van het Noorden* 14 januari 1965.
- 'Militair Geneeskundige Dienst moet worden gereorganiseerd. Moderne grondslag is noodzakelijk', *Algemeen Handelsblad* 5 december 1953.
- 'Neutronenbom doodt minder snel dan de militairen beweren', *NRC Handelsblad* 14 september 1977.
- 'New Yorkse politie voert „totale oorlog" met jeugdige gangsters', *Leeuwarder courant* 7 augustus 1957.
- 'Niet de dienstplichtige, maar het militaire systeem is gek', *Trouw* 21 april 1976.
- 'Nieuw Amerikaansch wapen', *De oprechte Dalfser courant* 8 augustus 1945.
- 'Nieuw Hospitaal in Den Haag', *Algemeen Dagblad* 25 januari 1961.
- 'Nieuwe B.B.- situatie in feite zeer logisch', *De Maasbode* 24 maart 1955.
- 'Op de kast', *De Waarheid* 10-12-1977.
- 'Overschot aan ziekenhuisbedden kost f 1,5 miljard', *Algemeen Dagblad* 30 oktober 1980.



“Papieren” NATO-oefening Side Step van start’, *De Zuid-Limburger* 21 september 1959.

‘Schadelijke werking nog onbetekenend’, *Overijsselsch Dagblad* 8 mei 1957.

‘Soldaat grijpt sneller naar sigaret dan burger’, *Het Parool* 9 juni 1962.

‘Surinamer ziet atoombom vallen’, *Amigoe di Curaçao* 3 juli 1946.

‘Tbc in legerkamp MGD schuldig aan grove nalatigheid?’, *Trouw* 18 december 1958.

‘TNO was aanwezig bij leukemie-behandeling’ *De Volkskrant* 23 februari 1959.

‘Totale oorlog tegen roken’, *Het Parool* 18 mei 1956;

‘Transplantaties van beenmerg na kernramp grotendeels mislukt’, *NRC Handelsblad* 22 augustus 1989.

‘Varken als „proefkonijn” aan ‘t front’, *De Telegraaf* 6 juli 1967.

‘Vier artsen toch nog officier’, *De Volkskrant* 7 november 1975.

‘Voorlichtingsactie over A-bescherming’, *De Telegraaf* 27 oktober 1961.

‘Weer thuis uit hospitaal’, *Twentsch dagblad Tubantia* 12 december 1957.

‘Winnen van een atoomoorlog is een dwaze waan’, *Trouw* 29 juni 1955.

## Literatuur

‘Bericht van 42 Brigadegeneskundige compagnie. Najaarsproblemen’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 13-17.

‘Bericht van 783 Geneeskundige groep’, *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9.

‘De koninklijke Landmacht van 1968 tot en met 1971’, *Legerkoerier* 18:7 (juli 1968) 6.

‘Demonstreren in uniform. Waarom?’, *Medisch Contact* 51 (18 december 1981) 1566.

‘Een dag in de ABC-oorlog’, *Legerkoerier* 12:6 (juni 1962) paginanummer weggevalen.

‘Het beroep van de officier-arts: een profielschets’, *Polsslag* 22:2 (maart 1988) 9-10.

‘Horizontale instroming’, *Militaire Spectator* 147:11 (1978) 533-535.

‘Instelling Commissie Planning Voorbereiding Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 96:II:24 (26 juni 1952) 1486.

‘Krijgsmacht heeft 1500 ziekenhuisbedden nodig’, *Polsslag* 18-3 (mei 1984).

‘Lezing gehouden voor de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap op 2 oktober [sic] 1946 te ‘s-Gravenhage, door den Kapitein ter Zee G.W. Salm en Majoor dr. H.W. Brunning’, *Orgaan Krijgswetenschap 1946-47* (1948) 1-37.

- 'Naschrift van de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht en Koninklijke Luchtmacht', *NMGT* 9:11 (1956) 321.
- 'NBC-verdediging', *Carre* 6:3 (maart 1983) 23-31.
- 'Oirschotse Heide was toneel van chemische oorlog', *Legerkoerier* 12:12 (december 1962).
- 'Oorlogsvoorbereiding van reserve-officieren', *Polsslag* 3-5 (september 1969) 1.
- 'Opheffing van militaire hospitalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 111-23 (4 juni 1966).
- 'Plechtige herdenking van de oprichting der IMGD', *Legerkoerier* (nummer/jaargang 1964) paginanummer weggevalen.
- 'Reception Horatius', *Journal of the Royal Army Medical Corps* 1-XCVI (januari 1950) 68.
- 'School Geneeskundige Dienst vierde feest', *Legerkoerier* 5-8, (augustus 1955) 13
- 'Uit de buitenlandse vakpers', *Militaire Spectator* 120:8 (1951) 496.
- 'Vereniging voor Medische Polemologie (in oprichting)', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (28 juni 1969) 1159.
- 'What Every Medical Officer Should Know About the Atomic Bomb', *Bulletin of the U.S Army Medical Department* (deel 1, maart 1948, 187-198; deel 2, april 1948, 269-283; deel 3, mei 1948, 350-362; deel 4, juni 1948, 422-433; deel 5, juli 1948, 504-517);
- Adamsky, Dima, 'The Conceptual Battles of the Central Front: The Air-Land Battle and the Soviet Military Technical Revolution', in: Leopoldo Nuti ed., *The Crisis of Détente in Europe: From Helsinki to Gorbachev, 1975-1985* (Londen 2009) 150-162;
- Adamsky, Dima, 'Through the Looking Glass: The Soviet Military-Technical Revolution and the American Revolution in Military Affairs', *The Journal of Strategic Studies* 31:2 (April 2008) 257-294;
- Adamsky, Dima, *The Culture of Military Innovation: The Impact of Cultural Factors on the Revolution in Military Affairs in Russia, the US, and Israel* (Stanford 2010).
- Adank, L.W.C., 'Een minder bekend programma van wederzijdse hulpverlening', *Militaire Spectator* (1961) 291-293.
- Aggelen, Laurens van, *Regiment Geneeskundige Troepen. Al helpende dien ik de overwinning* (Arnhem 2022).
- Apel, Otto F., *MASH: An Army Surgeon in Korea* (Lexington 1998);
- Barrass, Gordon S., 'The Renaissance in American Strategy and the Ending of the Great Cold War', *Military Review* (January-February 2010) 101-110.

- Barrass, Gordon S., *The Great Cold War: A Journey through the Hall of Mirrors* (Stanford 2009).
- Bartelings, H.J., en P. van den Broek, 'Gedachten over de "New Look" van de Geneeskundige Dienst', *NMGT* 9:11 (1956) 319.
- Bennesved, Peter, en Casper Sylvest, 'Embedding Preparedness, Assigning Responsibility: The Role of Film in Sociotechnical Imaginaries of Civil Defence' in: Cronqvist et al., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication 2022) 103–128.
- Berg, J.H. van den, *Medische macht en medische ethiek* (Nijkerk 1969).
- Berg, T. van den, 'De geneeskundige dienst in de moderne oorlogvoering', *Militaire Spectator* 135:2 (1966) 88-92.
- Berg, T. van den, 'De Geneeskundige Troepen een dienstvak zonder toekomst...?', *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 1-3.
- Bergen, L. van, 'Barmhartig zijn: wat is dat moeilijk. Het 'Nederlandsche Roode Kruis en de Tweede Wereldoorlog', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 14 (1991) 240-253.
- Bergen, L.F.J.M. van, 'Surgery and War. The discussion about the usefulness of war for medical progress', in: Thomas Schlich ed., *The Palgrave Handbook for the History of Surgery* (Londen 2018) 389-407.
- Bergen, Leo van, *Internationaal zijn of niet zijn: dat is de keuze. E.E. Meursing: arts pro en contra "het" Rode Kruis* (Nijmegen 1990).
- Bergen, Leo van, *Pro Patria et Patienti. De Nederlandse militaire geneeskunde 1795-1950* (Nijmegen 2019).
- Bergen, Leo van, *Robert George Nypels. Van a-militair arts tot generaal-majoor van gezondheid. Een militair-medische non-autobiografie* (Nijmegen 2020) 22.
- Berger, Wim, 'Veiligheidsbeleid als Gezondheidsbedreiging' in: Bernard Delfgaauw & Hans Grond ed., *De Nucleaire Dreiging. Er is Geen Weg naar Vrede. Vrede is de Weg* (Kampen 1985) 77-87.
- 'Bescherming tegen atoomexplosies', *Legerkoerier* 4:6 (juni 1954) 20.
- Besouw, J.J.P.A., 'De afvoer van gewonden onder NBC omstandigheden', *NMGT* 36:1 (januari 1983) 11-14.
- Besouw, J.J.P.A., 'Weerwoord op het commentaar van majoor-arts Van Rijn', *NMGT* 36 (juni 1983) 163.
- Bessems, F., 'Het geneeskundig peloton van het (elfde) pantserinfanteriebataljon nader bekeken', *Polsslag* 11:2 (maart 1977) 19-24.
- Bijl, J. van der, 'Wageningen en Omstreken', *Medisch Contact* 24 (november 1961) 739.

- Blackwell, James, 'Deterrence at the Operational Level of War', *Strategic Studies Quarterly* 5:2 (2011) 30-51.
- Bliss, Raymond W., 'Atomic Warfare Confronts Army Medical Department', *Armored Cavalry Journal* (November-December 1947) 36-37.
- Bloch, M.B., 'De beroepseed en de officierseed', *Militaire Spectator* 140:4 (1971) 188-190.
- Bloch, M.B., 'De beroepsofficier-arts IV', *NMGT* 22 (januari 1969) 48-52.
- Bloem, D.J., et al., *Nederland en de kernwapens. Een studie over het Nederlands nucleair beleid 1972-1985* (Alphen aan de Rijn/Brussel 1987).
- Bollegraaf, R., 'ACTH of cortison bij oogverbrandingen', *NMGT* 5 (1952) 223;
- Bollet, Alfred Jay, *Civil War medicine: challenges and triumphs* (Somerville 2000).
- Bommezijn, H., 'Het bestand officieren geneeskundige troepen', *Polsslag* 14-1 (januari 1980) 11-18.
- Boom, Bart van der, 'Oorlogsangst in Nederland', *Leidschrift* 16 (april 2001) 7-34.
- Boom, Bart van der, *Atoomgevaar? Dan zeker B.B.: de geschiedenis van de bescherming bevolking* (Den Haag 2000).
- Boom, J.B.M. van den, 'De echelonnering van de bevelvoerings- en verzorgingsorganen van een pantserinfanteriebataljon (mech) tijdens het beweeglijk optreden', *Militaire Spectator* 132:1 (1963) 14-15.
- Boot, Coreline, *Het leger onder vuur. De Koninklijke Landmacht en haar critici* (Amsterdam 2015).
- Borg, Meerten B. ter, 'De secularisatie van de zelfopoffering' in: M.B. ter Borg et al, *Offerbereidheid. Tot hoever reikt de inzet van de militair?* (Den Haag 1997) 8-12.
- Borstlap, A.J.P., 'Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis', *Medisch Contact* 5 (28 december 1950) 1021-1025.
- Bos, A.G., 'het verschijnsel „interprovinciale stafoefeningen”', *Polsslag* 16-2 (maart 1982) 20-23.
- Bos, G.D., 'Arts en Kernwapens', *Medisch Contact* 39 (13 januari 1984) 37.
- Bosch, J.M.J., 'De operationele inzetbaarheid: marges en knelpunten' in: J. Hoffenaar e.a., *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 137-152.
- Bosch, J.M.J., 'Mars en Aesculapius', *Militaire Spectator* 155:3 (1986) 101-103.
- Bosscher, Doeko, 'De jaren vijftig epische geduid', *BMGN* 112:2 (1997) 209-226.
- Boyer, Paul, *By the Bomb's Early Light. American Thought and Culture At the Dawn of the Atomic Age* (Chapel Hill 1994) 181-240.

- Branger, J.D., 'Over opleiding en taak van de officier-arts', *NMGT* 18:4 (april 1965) 127-131.
- Bree, F.Th. de, 'Vrede in vrijheid', *Polsslag* 17:2 (maart 1983) 9-10.
- Bremerkamp, G.J., 'De samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten', *Polsslag* 4-4 (juli 1970) 9-19.
- Bricknell, M.C.M., 'The evolution of casualty evacuation in the British Army in the 20<sup>th</sup> century (part 3) – 1945 to present', *Journal of the Royal Army Medical Corps* 149 (2003) 85-95.
- Bridger, Sarah, *Scientists at war. The ethics of Cold War Weapons Research* (Harvard University Press, Cambridge Massachusetts en Londen).
- Brodie, Bernard, *The Absolute Weapon: Atomic Power and World Order* (Harcourt 1946).
- Broek, P. van den, 'De militair geneeskundige dienst' in: *Wetenschappelijk Jaarbericht 1956*, 38<sup>e</sup> jaargang ('s-Gravenhage 1957) 223-236.
- Broek, P. van den, 'FT X 1-56, mass casualty exercise, 31st medical group', *NMGT* 9:12 (1956) 349-361.
- Brosky, J.L., 'Reorganisatie van de brigadegeneeskundige compagnie', *Polsslag* 23:1 (januari 1989) 17-18.
- Brouwer, J.W.L., 'Politiek-militaire verhoudingen aan het begin van de Koude Oorlog: rond het ontslag van generaal H.J. Kruls, januari 1951' in: J. Hoffenaar en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* ('s-Gravenhage 1992) 70-86.
- Brouwer, J.W.L., *Om de beheersing van de Defensie-uitgaven, 1948-1951* (1990).
- Bruggemans, F.H., 'Depot-opleiding', *Militaire Spectator* 125:5 (1956) 232-238.
- Brummelkamp, R., 'Reflecties en impressies over brandwonden (symposium gehouden te Brussel november 1966)', *NMGT* 21 (maart april 1968) 58-81.
- Brummelkamp, R., en J.K.W. Neuberger, 'Oorlogschirurgie, voorheen, thans en later', *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 506-513.
- Carver, Michael, 'Conventional warfare in the nuclear age' in: Peter Paret ed., *Makers of modern strategy. From Machiavelli to the Nuclear Age* (Princeton 1986) 779-814.
- Carver, Ron, David Cortright en Barbara Doherty eds., *Waging Peace in Vietnam: U.S. Soldiers and Veterans Who Opposed the War* (Oakland 2019).
- Cassel, Christine, 'Medical responsibility and thermonuclear war', *Annals of Internal Medicine* 97 (1982) 430.
- Ch.W.F. Winckel, 'Arts en samenleving', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 102 (18 oktober 1958) 2062.

- Chase, Chevy, 'Medical Aspects of Atomic Warfare in Europe' in: Jerome B. Green, *The Tactical Employment of Atomic Weapons in the Defense of Central Europe* (Johns Hopkins University: December 1952).
- Clarke, Michael, en Rod Hague ed., *European Defence Co-Operation: America, Britain and NATO* (Manchester: Manchester University Press, 1990).
- Cohen, J.A., 'Medisch biologisch laboratorium der rijksverdedigingsorganisatie', *NMGT* 21-3 (1969) 107-115.
- Cooney, J.P., 'Psychological Factors in Atomic Warfare', *Canadian Army Journal* (januari 1951) 19-22:
- Coorens, Carla, en Luc Viaene, 'Een voorbeeld van samenwerking tussen militaire medische diensten: EUROMED', *Polsslag* 16:5 (september 1982) 10-15.
- Craig, S.C., en D.C. Smith ed., *Glimpsing Modernity. Military Medicine in World War I* (Newcastle upon Tyne 2015).
- Cronqvist, Marie, Rosanna Farbøl en Casper Sylvest eds., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication [z.p.] 2022).
- Cronqvist, Rosanna Farbøl, Casper Sylvest eds., 'Introduction: New Paths in Civil Defence History' in: Cronqvist et al., *Cold War Civil Defence in Western Europe. Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness* (Open publication 2022) 1-23.
- Dam, D.J. van, 'Behartenswaardige discussie' *NMGT* 32 (december 1979) 272-323.
- Damme, Leon van, "'Hij doorbrak de goede sfeer van camaraderie". Het aftreden van minister van Defensie Kruisinga en de gevolgen hiervan voor het latere Nederlandse kernwapenbeleid', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 125:3 (augustus 2012) 400-412.
- Davis II, Robert T., 'Cold War Infamy: NATO Exercise Carte Blanche' in: Beatrice Heuser, Tormod Heier en Guillaume Lasconjarias eds., *Military Exercises: Political Messaging and Strategic Impact* (Rome 2018) 47-64.
- De Geus, P.B.R., *Staatsbelang en krijgsmacht: de Nederlandse defensie tijdens de Koude Oorlog* (Den Haag 1998) 103.
- Deaile, Melvin G., 'The SAC Mentality. The Origins of Strategic Air Command's Organizational Culture, 1948-51', *Air & Space Power Journal* 29-2 (april-maart 2015) 48-73.
- DeBakey, Michael E., 'History, the Torch That Illuminates: Lessons from Military Medicine', *Military Medicine* 161:12 (1 December 1996) 711-716.
- Delfgaauw, Bernard, en Hans Grond ed., *De nucleaire dreiging. Er is geen weg naar vrede, vrede is de weg* (Kampen 1985).

- Diepen, Remco van, *Hollanditis: Nederland en het kernwapendebat, 1977-1987* (Amsterdam 2004);
- Domres, Bernd, Michael Koch, Andreas Manger and Horst D. Becker, 'Ethics and Triage', *Prehospital and Disaster Medicine* 16:1 (2001) 53-58.
- Dongen, Jeroen van, en Friso Hoeneveld, 'Quid pro quo: Dutch Defense Research during the Early Cold War', in: Dongen, Jeroen van, ed., *Cold War science and the transatlantic circulation of knowledge* (Boston en Leiden 2015) 101-121.
- Dongen, Jeroen van, Friso Hoeneveld en Abel Streefland, 'Introduction' in: Jeroen van Dongen ed., *Cold War science and the transatlantic circulation of knowledge* (Leiden en Boston 2015) 4.
- Donk, J.A. van, 'De tekorten aan beroepsofficieren-arts, -tandarts en -apotheker', *NMG* 25 (januari-februari 1972) 49-58.
- Dutilh, G.O.M., 'Over de Arts in Militaire Dienst', *Medisch Contact* 8 (8 januari 1953) 21-22.
- Earle, Edward Mead, 'The Influence of Air Power Upon History', *Yale Review* XXXV (juni 1946) 577-593.
- Eden, Lynn, *Whole World on Fire: Organizations, Knowledge, and Nuclear Weapons Devastation* (Cornell 2006).
- Eenenaam, B.J. van, *48 kruisraketten. Hoogspanning in de lage landen* ('s-Gravenhage 1988) 17-20.
- Elsackers, J.R.C., 'Opleidingen op de helling', *Polsslag* (1969) 2-7.
- Ephraïm, K.H., 'Boekbespreking', *NGMT* 5-9 (1952) 259.
- Ephraïm, K.H., 'Medische aspecten van de atoomoorlogvoering', *NMG* 2 (1949) 258-328.
- Evan B. Double (e.a.), 'Long-term Radiation-Related Health Effects in a Unique Human Population: Lessons Learned from the Atomic Bomb Survivors of Hiroshima and Nagasaki', *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 5 (2011) 122-133.
- Evers, Th., 'De SMO-KMA/OCOSD aan het OCMGD', *Polsslag* 15-1 (januari 1981).
- Everts, Ph.P., 'Het maatschappelijk verzet tegen de kernbewapening: 'Ban de Bom' in: B. Schoenmaker en Janssen, J.A.M.M., ed., *In de schaduw van de muur. Maatschappij en krijgsmacht rond 1960* (Den Haag 1997) 100-115.
- Ewijk, J.W. van, 'De opleiding van dienstplichtige onderofficieren', *Polsslag* 3-6 (november 1969) 19.
- Farkas, E., 'Transit of Pressure Waves through New Zealand from the Soviet 50 Megaton Bomb Explosion', *Nature* 4817 (1962) 765-766.

- Feijen, P.M.M., 'Herstructurering geneeskundige dienst KL', *Militaire Spectator* 158:4 (1989) 308-313.
- Fitzpatrick, Meghan, 'The Trouble with Peace: The Royal Army Medical Corps' Cold War Recruitment Conundrums', *War & Society* 37:2 (2018) 129-145.
- Ford, Matthew, en Alex Gould, 'Military Identities, Conventional Capability and the Politics of NATO Standardisation at the Beginning of the Second Cold War, 1970-1980', *The International History Review* 41:4 (2019) 775-792.
- Freemon, Frank, *Gangrene and glory: medical care during the American Civil War* (Champaign 2001).
- Gabriel, Richard A., *Between flesh and steel. A history of military medicine from the middle ages to the war in Afghanistan* (New York 1992).
- Gabriel, Richard A., en Karen S. Metz, *A History of Military Medicine*. 2 delen (New York 1992).
- Gaddis, John Lewis, e.a. eds., *Cold War Statesmen Confront the Bomb: Nuclear Diplomacy Since 1945* (Oxford 1999).
- Gaddis, John Lewis, *The Cold War. A new history* (New York 2005) 79.
- Gaddis, John Lewis, *We know now. Rethinking Cold War History* (Oxford 1997) 222.
- Gavin, James. *War and Peace in the Space Age* (Londen 1959).
- Gee, A.J. de, 'Wat is eigenlijk NBC-bescherming?' *Militaire Spectator* 139:3 (1970) 112-116.
- Geerten, Han van, *Een boekje open over de artsen* (Leiden 1971).
- Giessen, H.J. van der, '18eme Conference Office International Documentation Medicine Militaire', *NMGT* 8:12 (1956) 338-343.
- Giessen, H.J. van der, 'Verslag van het 15e congres van het Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires, en van de 19e zitting van het Office Militaire et Documentation van dit Comité', *NMGT* 11:2 (1958) 42.
- Gillyboeuf, G., 'Considerations sur la service de sante aux armees devant l'eventualite d'une guerre atomique, biologique ou chimique', *Revue du Corps de Sante Militaire* (maart 1956) 90.
- Goedkoop, C.J.C., 'De nbc-verdediging in het legerkorps', *Militaire Spectator* 145:5 (1976) 209-216.
- Goldbach, K.L., en H. van Nouhuys, 'Geneeskundige aspecten voor de troepen te velde, verbonden aan het gebruik van tactische atoomwapens', *Militaire Spectator* 124:2 (1955) 81-93.
- Gommans, H.A., 'Welke weg slaat de geneeskundige dienst in?', *Militaire Spectator* 139:7 (1970) 307-310.



- Gortemulder, J.B., 'Medische ethiek en militaire dienst', *Medisch Contact* 12:16 (18 april 1957) 276.
- Goverts, G.J.S., 'De geneeskundige dienst en de reorganisatie van de infanteriedivisie (I)', *Militaire Spectator* 132:5 (1963) 219-222.
- Goverts, G.J.S., 'De uitwerking der kernwapenexplosies en de daaruit voortvloeiende maatregelen voor de geneeskundige dienst III', *NMGT* 13:12 (december 1960) 365-377.
- Goverts, G.J.S., 'Het XXe Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires', *Polsslag* 5:5 (september 1971) 3.
- Goverts, G.J.S., 'Samenwerking tussen de militair- en civiel-geneeskundige diensten in de nationale sector', *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 539-541.
- Goverts, G.J.S., en J. Stuij, 'Oorlogsvoorbereiding... zeker, maar niet zo!', *NMGT* 32 (december 1979) 272-323;
- Gradon Carter en Brian Balmer, 'Chemical and Biological Warfare and Defense, 1945-90' in: Robert Bud en Philip Gumett, *Cold War Hot Science. Applied research in Britain's defence laboratories 1945-1990* (Londen 1999) 295-338.
- Gramberg, H.E., 'Gemoderniseerde militaire geneeskundige dienst', *Militaire Spectator* 136:3 (1967) 130-133.
- Gramberg, H.E., 'Herhalingsoefening 405- en 406 Territoriale geneeskundige compagnie', *Polsslag* 6-3 (mei 1972) 27.
- Gramberg, H.E., 'Herhalingsoefening 761 Ambulancetreinencompagnie', *Polsslag* 6-1 (januari 1972) 4-5.
- Gramberg, H.E., 'Militair-geneeskundige verzorging onder buitengewone omstandigheden in de Nationale Sector', *Militaire Spectator* 141:9 (1972) 419.
- Gramberg, H.E., 'Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten', *Militaire Spectator* 140:3 (1972) 132-136.
- Grant, Matthew, 'Making sense of nuclear war: narratives of voluntary civil defence and the memory of Britain's Cold War', *Social History* 44:2 (2019) 229-254.
- Grant, Matthew, en Benjamin Ziemann, *Understanding the imaginary war: culture, thought and nuclear conflict, 1945-90* (Manchester 2016).
- Greenwood, John T., en Berry F. Clifton Jr., *Medics at War: Military Medicine from Colonial Times to the 21st Century* (Annapolis 2005).
- Grond, Hans, 'Kunnen wij een derde wereldoorlog overleven?' in: Bernard Delfgaauw en Hans Grond ed., *De nucleaire dreiging. Er is geen weg naar vrede, vrede is de weg* (Kampen 1985) 105-119.
- Grond, J.Th. 'Oogverbrandingen', *NMGT* 5 (1952) 224.

- Grond, J.Th., en J.K.W. Neuberger, 'Behandeling van verbrandingen aan front en bij massale rampen', *NMGT* 5 (1952) 46-79.
- Grond, J.Th., 'Problemen van de heelkundige verzorging te velde', *NMGT* 21 (november-december 1968) 356-365.
- Grüter, Regina, *Kwesties van leven en dood: het Nederlandse Rode Kruis in de Tweede Wereldoorlog* (Amsterdam 2017).
- Guvenc Serhat, en Mesut Uyar, 'Lost in translation or transformation? The impact of American aid on the Turkish military, 1947-60', *Cold War History* 22:1 (2022) 59-77.
- Haak, H.R., 'Bericht van ... 11 Brigadegeneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9-12.
- Haan, M.C. de, 'Bezoek aan Saxon Drive', *Polsslag* 13:1 (januari 1979) 15.
- Haartsen, A.B., 'De beroepsofficier-arts I', *NMGT* 22 (januari 1969) 23-44.
- Hackett, Sir John, *The Third World War: The Untold Story* (Londen 1982).
- Haines, Andrew, Christopher de B. White & John Gleisner, 'Nuclear Weapons and Medicine: Some Ethical Dilemma's', *Journal of Medical Ethics* 9 (1983) 200-206.
- Hall, Peter A., en Rosemary C.R. Taylor, 'Political Science and the Three New Institutionalisms', *Political Studies* XLIV (1996) 938-939.
- Halla, M.J.J.F., 'De reorganisatie van het OCMGD', *Polsslag* 5-6 (november 1971) 9-17.
- Haller Jr., John S., *Battlefield Medicine: A History of the Military Ambulance from the Napoleonic Wars through World War I* (Carbondale 2011).
- Halliwell, Martin, 'Cold War Ground Zero: Medicine, Psyops and the Bomb', *Journal of American Studies* 44-2 (2010) 313-331.
- Hammerich, Helmut, 'Fighting for the heart of Germany. German I Corps and NATO's Plans for the Defense of the North German Plain in the 1960s' in: Jan Hoffenaar and Dieter Kruger, *Blueprints for Battle: Planning for War in Central Europe, 1948-1968* (Lexington: University Press of Kentucky, 2012) 155-174.
- Haneveld, Gerard T., en Anselm J. van der Peet ed., *Van stiefkind tot professionele wasdom. De medische zorg bij de Nederlandse zeemacht in de twintigste eeuw* (Amsterdam 2005).
- Haneveld, Gerard T., en Paul C. van Royen, *Vrij van zichtbare gebreken. De medische zorg bij de Nederlandse zeemacht in de negentiende eeuw* (Amsterdam 2001).
- Harrison, Mark, *Medicine and Victory: British Military Medicine in the Second World War* (Oxford 2004).
- Harrison, Mark, *The Medical War: British Military Medicine in the First World War* (Oxford 2010).

- Hasselmann, B.R.P.F., 'Voorwoord voor de atoombomnummers', *Militaire Spectator* 124 (januari 1955) 4.
- Have, H.A.M.J. ten, 'Honderd jaar Gezondheidsraad. V. Ethisch-maatschappelijke vraagstukken', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146:41 (12 oktober 2002) 1947-1951.
- Hellema, D., en G.P. Scott-Smith, *De Amerikaanse Ambassade in Den Haag: Achter de schermen van Nederlands-Amerikaanse betrekkingen* (Den Haag 2016).
- Hellema, Duco, 'De Brezjnev-jaren, 1964-1982. De apotheose van de Sovjetmacht', in: Jan Hoffenaar, Jan van der Meulen en Rolf de Winter, *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 21-36.
- Hellema, Duco, 'De Koude Oorlog in Nederland. Een fijne tijd', *Historisch Nieuwsblad* 5 (juni 2011) 30-41.
- Hellema, Duco, *Nederland in de wereld. De buitenlandse politiek van Nederland* (vierde druk; Houten/Antwerpen 2010).
- Henny, W., 'De Kring Mathijssen en de opleiding reserve-officier-arts', *Polsslag* 19:4 (juli 1985) 5-7.
- Henny, Walter, 'Een korte geschiedenis van de geneeskundige verzorging in de Nederlandse Krijgsmacht', *De Reserve Officier* 5 (2008) 8-12.
- Heslinga, R., 'De doelstelling van de strijdkrachten', *Militaire Spectator* 134:9 (1965) 401-402.
- Heslinga, R.J.W., 'Problematiek van kernwapeninzet', *Militaire Spectator* 133:5 (1964) 204-210.
- Hesp, J., 'Een interview met brigade-generaal J.C. Mels', *Polsslag* 22-6 (1988) 3-4.
- Heuser, Beatrice, 'Victory in a Nuclear War: A Comparison of NATO and WTO War Aims and Strategies', *Comparative European History* 7 (1998): 311-327;
- Heuser, Beatrice, 'Warsaw Pact Military Doctrines in the 1970s and 1980s: Findings in the East German Archives', *Comparative Strategy* 13:4 (1993) 437-457;
- Heuser, Beatrice, *Britain, NATO, France and the FRG: Nuclear Strategies and Forces for Europe, 1949-2000* (Basingstoke: Macmillan, 1997).
- Hewlett, Richard G., en lack M. Roll, *Atoms Peace War. Eisenhower and the Atomic Energy Commission* (Berkeley, Los Angeles en Londen).
- Heyden, A.P. van der, 'De radioactief besmette patiënt in de geneeskundige inrichting', *NMGT* 15-3 (maart 1962) 71-75.
- Hiatt, Howard H., 'Preventing the last epidemic', *JAMA* 244:20 (november 1980) 2315.
- Hoed, D. den, 'Biologische aspecten van de werking der atoombom', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTG) 90-1 3/4 (Januari 1946) 61-64.

- Hoencamp, R., 'Medical aspects and challenges in an armed conflict', *Militaire Spectator* 185:6 (2016) 264-273.
- Hoffenaar, J., "Hannibal ante portas.' De Russische militaire dreiging en de opbouw van de Nederlandse krijgsmacht.' in: J. Hoffenaar en G. Teitler, *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* ('s-Gravenhage 1992) 64.
- Hoffenaar, J., 'De logica van de Koude Oorlog', *Militaire Spectator* 182:2 (2013) 64-73.
- Hoffenaar, J., en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* (Den Haag 1992).
- Hoffenaar, Jan, "'De baby is er!' De Defensienota 1974 en het gevecht om de toekomst van de krijgsmacht' in: Hoffenaar, Jan, Jan van der Meulen en Rolf de Winter, *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 37-58.
- Hoffenaar, Jan, 'That came as a surprise to me', in: Jan Hoffenaar ed., *Wat een vondst! Verhalen uit de geschiedenispraktijk* (Amsterdam 2020).
- Hoffenaar, Jan, en Ben Schoenmaker, *Met de blik naar het oosten. De Koninklijke Landmacht, 1945-1991* ('s-Gravenhage 1994).
- Hoffenaar, Jan, en Dieter Krüger, *Blueprints for Battle. Planning for War in Central Europe, 1948-1968* (Lexington 2012) 15.
- Hoffenaar, Jan, en Michiel de Jong, *Op herhaling de Koninklijke Landmacht en haar reservisten 1945-2006* (Amsterdam 2006).
- Hoffenaar, Jan, Jan van der Meulen, Rolf de Winter ed., *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de koude oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004).
- Honig, J.W., *Defense Policy in the North Atlantic Alliance. The Case of the Netherlands* (1994).
- Hooft, F. van 't, 'De botsing tussen de medische en de militaire wijze van denken', in: *NMGT* 24 (mei-juni 1971) 159-164.
- Hooft, Francesca, *White Coats, Green Jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency 1990-2020* (2022).
- Hoogeboezem, Jaap, *H.J. Kruls. Een politieke generaal* (Amsterdam 2010).
- Hoogen, Th.J.G. van der, *Besluitvorming over de defensiebegroting. Systeem en verandering* (Leeuwarden z.j.).
- Hootegem, E.J.C. Van, 'De nieuwe NAVO-strategie. Commentaar op Commentaar', *Militaire Spectator* 136:1 (1968) 4.
- Hordijk, A.F., 'Kom maar', *Polsslag* 10-4 (juli 1976) 15-17.
- Hornix, J.M.M., 'Het belang van een goed moreel', *Militaire Spectator* 121:5 (1952) 297-303.

- Horst, W. van der, 'Uit de vakpers', *Militaire Spectator* 138:6 (1969) 269.
- House, Jonathan M., *A Military History of the Cold War, 1944–1962* (Norman 2012).
- Houte, A. van, 'Het gebruik van de MOS-codering in het aanvullingssysteem bij de infanterie', *Militaire Spectator* 123:7 (1954) 293-299.
- Huber, Reiner K., Lynn F. Jones en Egil Reine, *Military Strategy and tactics. Computer Modeling of Land War Problems* (New York en Londen 1974).
- Huijjer, Marli, *Discipline. Overleven in overvloed* (Amsterdam 2013).
- Ike, B.W., 'Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging. Verplichte Voorbereiding op een Onaanvaardbare Mogelijkheid: een Dilemma', *Medisch Contact* 16 (1983) 528-530.
- Ike, B.W., 'Noodwet Geneeskundigen en civiele verdediging', *Medisch Contact* 18 (6 mei 1983) 530.
- Inja, C., *De gewetensbezwaarde tegen de militaire dienst en de geneeskundige troepen* (Middelburg 1953) 6.
- Jacques Ellul, *Propaganda: The Formation of Men's Attitudes* (New York 1973).
- Janet Farrell Brodie, 'Radiation Secrecy and Censorship after. Hiroshima and Nagasaki', *Journal of Social History* 48-4 (2015) 842-864.
- Janowitz, Morris, 'Armed forces and society: a world perspective' in: Jaques van Doorn ed., *Armed forces and society. Sociological Essays* (Den Haag en Parijs 1968) 15-38.
- Jans, H.S., 'J.A. Cohen: Never a dull moment' in: H. Beukers, M. Gruber en R. Matthijsen, *Nederlandse Vereniging voor Biochemie: De eerste 60 jaar* (Utrecht 1987) 84-90.
- Janssen, J.A.M.M., 'Inspelen op een nieuw fenomeen. Nederland en de dreiging van een atoomoorlog' in: J. Hoffenaar en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* (Den Haag 1992) 132-146.
- Janssen, Jan, 'De geloofwaardigheid op de tocht? Het kernwapendebat in de krijgsmacht, 1978-1987' in: J. Hoffenaar e.a., *Confrontatie en ontspanning. Maatschappij en krijgsmacht in de Koude Oorlog 1966-1989* (Den Haag 2004) 206-224.
- Jasanoff, Sheila, 'The political science of risk perception', *Reliability Engineering and System Safer* 3-59 (1998) 91.
- Jong, B.D. de, 'IGK op werkbezoek in Ermelo', *Polsslag* 21:5 (september 1987) 17-19.
- Jong, C. de, 'De Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde', *NMG* 17:10 (oktober 1964) 345-352.
- Jong, Michiel de, en Jan Hoffenaar, *Op herhaling. De Koninklijke Landmacht en haar reservisten, 1945-2006* (Boom 2006).

- Jonge, A. C. de, en J. de Lange, 'Een Franse visie op het probleem van de massaverliezen', *Militaire Spectator* 139:6 (1970) 270-277.
- Jonker, J., 'Aan het woord: professor doctor G.J. Sizoo' in: J. Jonker, *Van rvo tot hdo* (1987) 18-22.
- Jonker, J., *Van RVO tot HDO: 40 jaar Defensieonderzoek TNO* (Delft 1987).
- Kamerlingh Onnes, H.M.A., 'De toekomst van de civiele verdediging', *Orgaan van de Koninklijke Vereniging ter beoefening van de krijgswetenschap* 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> aflevering (1966-1967) 1-30.
- Kaplan, Fred, *The Bomb: Presidents, Generals, and the Secret History of Nuclear War* (Simon and Schuster: 2021).
- Kilian, Hans, *Im Schatten der Siege: Chirurg am Ilmensee 1941-1942 - 1943* (München 1964).
- King, William, 'A weapon too far: The British radiological warfare experience, 1940-1955', *War in History* 29-1 (2022) 205-227.
- Kissinger, Henry, *Nuclear Weapons and Foreign Policy* (New York 1957).
- Kits van Waveren, E., 'Artsenpositie in Indonesië', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 91:4 (29 november 1947) 3430.
- Kiviet, H.M.J., 'De opleiding van het Militair Geneeskundig Personeel', *Militaire Spectator* 118:4 (1949) 216.
- Klaveren, C.J. van, *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel* (Amsterdam 2015).
- Klemann, C.Th., 'De school reserve officieren van de School Geneeskundige dienst binnen het Depot Geneeskundige troepen', *Polsslag* 1:6 (juli 1967) 3-6.
- Klok, P.A.A., 'Het kernwapenvraagstuk en de reserve-officier', *Polsslag* 18:5 (september 1984) 9-10.
- Koesveld, G. H. van, 'Het moderne gevecht', *Militaire Spectator* 137:5 (1968) 228-233.
- Kohlman, Arthur E., 'Big nonex', *Polsslag* 7:6 (november 1973) 22-25.
- Koldam, J. van, 'De hogere echelons geneeskundige zorg bij de KL', *Polsslag* 20:5 (oktober 1986) 3-6.
- Koning, B., *De Koude Oorlog. Ontstaan, beloop en bestrijding* (Nijkerk 1960).
- Kothe, F.H.A. 'Het karakter van de Militaire Geneeskunde', *Militaire Spectator* 122:11 (1953) 604-615.
- Kothe, F.H.A., 'Opbouw van een geneeskundige dienst', *Militaire Spectator* 125:11 (1956) 503-504.
- Kothe, F.H.A., 'Wezen en karakter der militaire geneeskunde', *Militaire Spectator* 125:1 (1956) 57-60.

- Kraayeveld, A., 'New technique for local treatment of burns', *NMGT* 5 (1952) 80.
- Kruik J., en G.J.S. Goverts, 'Overplaatsing van officieren naar het Dienstvak van de Geneeskundige Troepen', *Militaire Spectator* 143:3 (1974) 139.
- Kruls, H.J., 'Waar werken wij voor? Wat bereiken wij? VIII', *Militaire Spectator* 119:7 (1950) 576-579.
- Kruymer, L., 'Ervaringen met een verbandplaatspeloton tijdens de brigade-oefening "Rhino-plus"', *Polsslag* 6-2 (maart 1972) 16-17.
- Kuhn, Thomas S., *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago 1996).
- Kwast, P.J. de, 'Mijn parate tijd', *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 17-20.
- Lam, D.M., 'NATO Multinational Medical Operations and the Requirement for Interoperability and Data Exchange', *Force Health Protection* (2007) 4-12.
- Lange, J. de, 'Arts en oorlog. De militaire geneeskunde heeft geen toekomst meer (??)', *Polsslag* 7:5 (september 1973) 9-16.
- Lange, J. de, 'Commando-overdracht 103 geneeskundig bataljon', *Polsslag* 23-3 (mei 1989) 15.
- Lange, J. de, 'De Commissie Doorlichting geneeskundige diensten, lezing door majoor H. Oosterhof tijdens de jaarvergadering, opgetekend door lkol. J. de Lange', *Polsslag* 7-2 (maart 1973) 9-13.
- Lange, J. de, 'Het memorandum "De toekomst van het korps officieren Geneeskundige troepen"', *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 3.
- Lange, J. de, 'Ingraven, ook de verbandplaats!', *NMGT* 13:4 (april 1960) 99-107.
- Lange, J. de, 'Schuilplaatsen tegen radio-actieve neerslag', *NMGT* 13:6 (juni 1960) 191-192.
- Lazarus, Richard S. en Susan Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping* (New York 1984).
- Leaning, Jennifer, 'Burn and Blast Casualties: Triage in Nuclear War' in: Frederic Solomon en Robert Q. Marston eds., *The Medical Implications of Nuclear War* (Washington, DC 1986) 251-283.
- Lederer, Suzan E., 'Going for the burn: medical preparedness in early Cold War America', *Journal of Law, Medicine and Ethics* (2011) 48-53.
- Liagre Bohl, H.F.L.O. de, 'De rode beer in de polder: een herinterpretatie van de 'lange jaren vijftig' in: C. Kristel, *Met alle geweld: botsingen en tegenstellingen in burgerlijk Nederland* (Amsterdam 2003) 214-229.
- Lieburg, M.J. van, 'De burger-geneeskundige dienst in mobilisatie en bezettingstijd', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* (1991) 177-192.
- Lina, A. 'Markering - toen en voortaan', *Militaire Spectator* (1969) 211-212.

- Linn, Brian McAllister, *Elvis's Army. Cold War GI's and the Atomic Battlefield* (Cambridge [USA] en Londen 2016). Trauschweizer, Ingo, *The Cold War U.S. Army: Building Deterrence for Limited War* (Lawrence 2008).
- Liu, Hai-Fei, Feng Zhang en William C. Lineaweaver, 'History and Advancement of Burn Treatments', *Annals of Plastic Surgery* 78-2 (februari 2017) 2-8.
- Loghem, J.J. van, 'De Atoombom', *NTG* 90-19 (11 mei 1946) 417.
- Loof, Jef de, en Mieke de Loof, *En niemand hoort je huilen* (Leuven 1983).
- Louwen, G.H., 'Blijf de geneeskundige dienst achter?', *NMGT* 16:10 (oktober 1963) 321-322.
- Louwen, G.H., 'Oefening Sine Cura '85', *Polsslag* 19-5 (september 1985) 3-6.
- Louwen, G.H., 'Ontwikkelingen op het gebied van gewondenvervoer bij de Koninklijke Landmacht', *NMGT* 16:1 (januari 1963) 253-260.
- Louwen, G.H., 'Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten [commentaar op gelijknamig artikel van H.E. Gramberg]', *Militaire Spectator* 141:6 (1972) 286-287.
- Louwen, G.H., 'Tijd is leven. Enige gedachten over de geneeskundige afvoer in de gevechtszone', *NMGT* 25 (november 1972) 256-265.
- Louwen, Herman, *Mijn dienstitijd (1954-1989)* (Leusden 2003).
- Löwenberg, B., 'Beenmergtransplantatie in ontwikkeling', *NTVG* 122-10 (1978) 332-336.
- Luttwak, Edward N., *On the meaning of victory. Essays on strategy* (New York 1986).
- MacIsaac, David, 'Voices from the central blue: The Air Power Theorists' in: Peter Paret ed., *Makers of modern strategy. From Machiavelli to the Nuclear Age* (Princeton 1986) 624-647.
- Maguire, Robert, 'Scientific Dissent amid the United Kingdom Government's Nuclear Weapons Programme', *History Workshop Journal* 63 (2007).
- Malloy, Sean L., "'A Very Pleasant Way to Die": Radiation Effects and the Decision to Use the Atomic Bomb against Japan', *Diplomatic History* 36-3 (juni 2012) 515-545.
- Mastny, Vojtech en Sven Holtsmark, Andreas Wenger, *War Plans and Alliances in the Cold War: Threat Perceptions in the East and West* (Londen en New York 2006).
- Mastny, Vojtech, 'Planning for the Unplannable' in: *Parallel History Project on NATO and the Warsaw Pact (PHP). Taking Lyon on the Ninth Day? The 1964 Warsaw Pact Plan for a Nuclear War in Europe and Related Documents* (Washington, D.C. en Zurich 2000) 2-8.
- Mastny, Vojtech, *Learning from the Enemy: NATO as a Model for the Warsaw Pact* (Zurich 2001).



- Mayer, C.M., 'The Hippocratic Oath, the Pledge of Geneva, and ABC warfare', *The military surgeon: journal of the Association of Military Surgeons of the United States* 111-5 (mei 1952) 369-370.
- McCallum, Jack E., *Military Medicine: From Ancient Times to the 21st Century* (Santa Barbara 2008).
- McCally, Michael, 'Medical Activism and Environmental Health', *The annals of the American Academy* 584 (november 2002) 145-158.
- McNamara, Robert, *Blundering Into Disaster: Surviving the First Century of the Nuclear Age* (New York 1986).
- Meyboom, P., en D. Smit, 'De verbandplaatscompagnie in het legerkorps', *NMGT* 9:9 (1956) 265-276.
- Meyboom, P., en J. de Lange, 'De werkwijze van het geneeskundig peloton van een pantserinfanteriebataljon (mech)', *NMGT* 16:8 (augustus 1963) 249-256.
- Meyer, David S., 'Framing national security: Elite public discourse on nuclear weapons during the cold war', *Political Communication* 12 (1995) 173-192.
- Meursing, E.E., 'Medische ethiek en militaire dienst', *Medisch Contact* 12:11 (14 maart 1957) 176.
- Mian, Zia, 'Out of the nuclear shadow: Scientists and the struggle against the bomb', *Bulletin of the Atomic Scientists* 71-1 (2015) 59-69.
- Michielsen, R., 'Nogmaals oefening "Konings-Gambiet"', *Polsslag* 3-2 (maart 1969) 20-24.
- Mijnlieff, F.R., 'De Civiele Verdediging en haar grenzen', *Orgaan van de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap* 3 (1963-1964) 61-91.
- Miksche, F.O., *Atomic Weapons and Armies* (Londen 1955).
- Moody, Simon J., 'Enhancing Political Cohesion in NATO during the 1950s or: How it Learned to Stop Worrying and Love the (Tactical) Bomb', *Journal of Strategic Studies* 40:6 (2017) 817-838.
- Moore, Richard, *Nuclear Illusion, Nuclear Reality: Britain, the United States and Nuclear Weapons, 1958-1964* (Basingstoke: Palgrave, 2010).
- Mourik, P.E. van, 'Voor de subalterne troepenofficier ABC anno 1963. Enkele gedachten over opleiding, procedure en rapportage', *Militaire Spectator* 132:9 (1963) 43-44.
- Munro Iain, en Christian Huber, 'Kafka's Mythology: Organization, Bureaucracy and the Limits of Sensemaking', *Human Relations* 65-4 (2012) 523-543.
- Muusse, E.W., 'Oorlogsvoorbereiding, een filosofie... herenschim of toekomstbeeld', *NMGT* 32 (december 1979) 299-312.
- Nagai, Takashi, *Living Beneath the Atomic Cloud Testimonies* (Wilmington 1983).

- Nagai, Takashi, *The Bells of Nagasaki* (New York 1994).
- Neer, F.J. van, 'Radio-actieve neerslag van militaire betekenis', *Militaire Spectator* 130:1 (1961) 20-26.
- Nelis, G.D.D., en J. Weller, 'De overdracht van de eerste serie van de Landrover-ziekenauto', *NMGT* 32 (oktober 1979) 259-263.
- Neuberger, J.K.W., 'Horizons in burn surgery', *NMGT* 5 (1952) 48.
- Neuberger, J.K.W., 'Oogverbrandingen', *NMGT* 5 (1952) 224.
- Niemeyer, Martin, 'Noodwet Geneeskundigen. Symposium Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie', *Medisch contact* 30 (30 juli 1982) 895.
- Nolan jr., James L., *Atomic doctors. Conscience and complicity at the dawn of the nuclear age* (Harvard University Press: Cambridge Massachusetts en Londen).
- Ogilvie, W.H., *Forward surgery in modern war* (Londen 1944).
- Oosten de Boer, P.F. van, 'Op herhaling bij 752 algemeen hospitaal', *Polsslag* 16-1 (januari 1982).
- Oosterhof, H.A., 'De opleiding tot reserveofficier geneeskundige troepen' *Polsslag* 1-8 (november 1967) 9-10.
- Oosterhof, H.A., 'Verdere vorming der reserve-officieren', *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 3-4.
- Pas, J.G. ten, 'Quo Vadis: het verslag', *Polsslag* 22:1 (januari 1988) 1.
- Peetoom, C., 'Lentescheuten', *Polsslag* 7-4 (juli 1973) 15-16.
- Peetoom, Jan C. 'Onderdeelsarts en compagniescommandant: samenwerking of tegenwerking?', *Polsslag* 16-6 (november 1982) 5-7.
- Peetoom, Jan C., 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 13-14.
- Peetoom, Jan C., 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-2 (maart 1973) 16-18.
- Peetoom, Jan C., 'Bericht van ... 42 Geneeskundige compagnie', *Polsslag* 7-3 (mei 1973) 23-24.
- Peetoom, Jan C., 'Oefening pleisterplaats', *Polsslag* 15-1 (januari 1981) 20-21.
- Philip W. Dyer, 'Will Tactical Nuclear Weapons Ever be Used?', *Political Science Quarterly* 88-2 (juni 1973) 214-229.
- Physicians for Social Responsibility, Inc., 'Danger - Nuclear War an Open Letter to President Carter and Chairman Brezhnev', *International Journal of Health Services* 11:1 (1981) 169-171.
- Pittock, A.B., T.P. Ackerman en P.J. Crutzen, *Environmental Consequences of Nuclear War Volume I: Physical and Atmospheric Effects* (1986).

- Pluimert, P.B., 'Horizontale instroming, waarom en hoe?', *Polsslag* 12:6 (november 1978) 3-7.
- Poelen, W.J., 'De wordingsgeschiedenis van het KMC', *Militaire Spectator* 139:8 (1980) 346-348.
- Putters, H., 'De geneeskundige dienst in de moderne oorlogvoering', *Militaire Spectator* 135:6 (1966) 281-282.
- Putters, H., 'De opleiding bij het Depot Geneeskundige Troepen', *Polsslag* 1:5 (mei 1967) 11-14.
- Putters, H., 'De ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden', *Polsslag* 8:4 (juli 1974) 6-11.
- Quinlan, Michael, *Thinking About Nuclear Weapons: Principles, Problems, Prospects* (Oxford 2009).
- Rans, J., 'Kernwapens en de angst', *Medisch Contact* 52 (31 december 1981) 1596.
- Rapport, *Carré Actueel* 1-6 (maart 1985) aldaar pagina 6.
- Redactie, 'De geneeskundige verzorging van de militair', *Carré* 9 (mei 1985) 5.
- Redactie, 'In memoriam generaal-majoor-arts Dr. H.J. van der Giessen', *NMGT* 21:7 (1968) 193.
- Redactie, 'Jaarvergadering 1979', *Polsslag* 13-2 (maart 1979) 3-7.
- Redactie, 'De atoomnummers van de Militaire Spectator', *Militaire Spectator* 124 (januari 1955) 40.
- Redactie, 'Gas!... Gas!', *Militaire Spectator* 145:4 (1976) 193-196.
- Redactioneel, 'Arts en oorlog', *Medisch Contact* 23:26 (juni 1968) 709-711.
- Ree, A.J. van, '25 jaar COKL', *Militaire Spectator* 163:11 (1994) 477-484.
- Reid, Fiona, *Medicine in First World War Europe. Soldiers, Medics, Pacifists* (2017).
- Richardson, F. M., "Exercise "Medical Mushroom", *Journal of the Royal Army Medical Corps* 4-XCVIII (juni 1952) 311-318.
- Ridder, P., en J. H. P. Hauser, 'De voortgezette opleiding bij de parate troepen', *Militaire Spectator* 125:6 (1956) 224-231.
- Rijn, A.T.M. van, 'De afvoer van gewonden onder NBC-omstandigheden', *NMGT* 36 (juni 1983) 162.
- Rijs, A.A. van, 'Het geneeskundig peloton', *Polsslag* 11:3 (mei 1977) 22-24.
- Risseeuw, J.A. de, 'Beginselen van Militaire Oefeningen I', *Militaire Spectator* 120:2 (1951) 72-75.
- Röling, B.V.A. 'Arts en oorlogsprobleem', *Soteria. Orgaan van de Protestants-Christelijke Artsen Organisatie in Nederland* (december 1965) 1-4.

- Romero, Federico, 'Cold War historiography at the crossroads', *Cold War History* 14:4 (2014) 685-703.
- Roo, H.J. de, 'De brigadeverbandplaats', *NMGT* 26 (juli-augustus 1973) 216-227.
- Roozenbeek, H., en J. van Woensel, *De geest in de fles. De omgang van de Nederlandse defensieorganisatie met chemische strijdmiddelen 1915-1997* (Amsterdam 2010) 283.
- Roozenbeek, Herman, ed., *In dienst van de troep. Bevoorrading en transport bij de Koninklijke Landmacht* (Amsterdam 2008).
- Rousseau, Jean Jacques, *Du contrat social ou principes du droit politique* (Geneve 1762).
- Rutkow, Ira, *Bleeding Blue and Gray: Civil War surgery and the evolution of American medicine* (2005).
- Sanders, Daan, 'Tactische kernwapens in de Nederlandse landmacht 1953-1968. Vuursteun of afschrikking?', *Militaire Spectator* 189:7/8 (2020) 344-359;
- Sauren, A.A.H.J., en J. Bos, 'Trillingsmetingen aan de ambulance Citroen HY', *NMGT* 132 (juni 1979) 106-118.
- Scawthorn, Charles, John M Eiding, Anshel J Schiff ed., *Fire Following Earthquake (American Society of Civil Engineers: Technical Council on Lifeline Earthquake Engineering, Band 26)* (z.p. 2005).
- Schmidt, James M., and Guy R. Hasegawa ed., *Years of change and suffering: modern perspectives on Civil War medicine* (2009).
- Schoenmaker, B., *Burgerzin en soldatengeest. De relatie tussen volk, leger en vloot 1832-1914* (Amsterdam 2009).
- Schoenmaker, B., *Vredesoperaties en de terugkeer van de oorlog. Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar militaire geschiedenis aan de Universiteit Leiden* (Leiden 2012).
- Schoenmaker, Ben, en Floribert Baudet, *Officieren aan het woord. De geschiedenis van de Militaire Spectator 1832-2007* (Amsterdam 2007).
- Schoonoord, D.C.L., *Pugno Pro Patria. De Koninklijke Marine tijdens de Koude Oorlog* (Franeker 2012).
- Schouwenaars, A. A. J. C., 'De Koninklijke Militaire School', *Militaire Spectator* 148:10 (1979) 461-464.
- Shaw, A.J., 'Medical planning factors', *Journal of the Royal Army Medical Corps* 122 (1976) 208-214.
- Shnider, Ruth W., *Compilation of Nuclear Test, Flash Blindness & Retinal Burn Data and Analytic Expressions for Calculating Safe Separation Distances Final Report* (Washington april 1971).
- Sidel, B.W., 'Points of View: Aesculapius and Mars', *The Lancet* (4 mei 1968) 966-967.

- Sidel, V.W., H.J. Geiger en B. Lown, 'II The physician's role in the post-attack period', *New England Journal of Medicine* 266 (1962) 1137-1145.
- Sieben, C., *Beheersing van militaire macht. Een studie naar enkele ontwikkelingen van wapentechnologie, de sturctuurkenmerken van militaire organisaties en de aanpak van het beheersingsvraagstuk* (Meppel 1991).
- Sizoo, G.J., 'Het MBL-symposium, *NMGT* 23-3 (1971) 150-151.
- Slot, H.J., 'Geneeskundig optreden binnen het manoeuvrebataljon tijdens het verdedigend gevecht', *Militaire Spectator* 158:2 (1989) 65-75.
- Smith, Melissa, 'Architects of Armageddon: the Home Office Scientific Advisers' Branch and civil defence in Britain, 1945-68', *The British Journal for the History of Science* 43-2 (juni 2010) 149-180.
- Smith, Rupert, *The utility of force. The art of war in the modern world* (Londen 2005).
- Solomon, Zahava en Bruce Oppenheimer, 'Social Network Variables and Stress Reaction—Lessons From the 1973 Yom-Kippur War', *Military Medicine* 151-1 (1 January 1986) 12-15.
- Somers, C.J.A., 'De Militair Geneeskundige Dienst in vreedestijd I', *Ons Leger* 44:9 (september 1960) 23-25.
- Somers, C.J.A., 'De Militair Geneeskundige Dienst in vreedestijd II', *Ons Leger* 44:10 (oktober 1960) 9-12.
- Somers, C.J.A., 'De Militair Geneeskundige Dienst in vreedestijd III', *Ons Leger* 44:11 (november 1960) 11-13.
- Stadelmann von Escholzmatt, J.H., 'Samenwerking tussen de militaire en civiele sector bij verweving van geneeskundige dienst materieel', *NMGT* 21 (januari/februari 1968) 1-13.
- Stadt, Z.S., 'De militair Geneeskunde dienst heeft niet-medici nodig', *Polsslag* 5-4 (juli 1971) 7-10.
- Stadt, Z.S., 'Studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie', *NMGT* 23 (1972) 267-271.
- Starink, D., 'De nuclearisering van de krijgsmacht' in: B. Schoenmaker en J.A.M.M. Janssen ed., *In de schaduw van de muur. Maatschappij en krijgsmacht rond 1960* (Den Haag, SDU, 1997) 82-99;
- Steevan, A., 'NBC-bescherming. Enkele aspecten van de troepenopleiding', *Militaire Spectator* 135:11 (1966) 573-575.
- Stigter, H., 'De helicopter als ambulance-vliegtuig', *NMGT* 9:9 (1956) 255-264.
- Stigter, H., en M. B. Bloch, 'Helikopters, Militair Geneeskundige Dienst en.... tactiek', *Militaire Spectator* 126:4 (1957) 174-185.

- Stoddart, K., *Losing an Empire and Finding a Role: Britain, the USA, NATO and Nuclear Weapons 1964-1970* (Londen en New York 2012).
- Stuij, J., 'Realisatie van het structuurplan geneeskundige verzorging krijgsmacht', *Polsslag* 21 (september 1987) 7-9.
- Swart, J.E., 'Over de opleidingen bij het depot geneeskundige troepen', *NMGT* 2-7 (juni 1949) 214-222.
- Swierstra, J.C.C., en H.A. Kortman, 'Het samenstellen van een aanvaardbare scala van oefengewonden', *NGMT* (januari 1964) 11.
- Tannenwald, Nina, *The Nuclear Taboo. The United States and the Non-Use of Nuclear Weapons Since 1945* (Cambridge 2009).
- Tesselaar P., en K. Brunt, 'De historie van het gasmasker in de Nederlandse krijgsmacht' *Militaire Spectator* (1976) 201-202.
- Teunissen, H.W.J., 'Factoren Van Invloed Op Militaire Vorming En Opleiding II', *Militaire Spectator* 119:12 (1950) 738-739.
- Thiessen, J.W., 'De Vereniging voor Medische Polemologie. Een beschouwing naar aanleiding van de oprichting', *NMGT* 22 (1969) 251-255.
- Thiessen, J.W., 'Het acute stralingsyndroom', *NMGT* 12 (1960) 301-307.
- Tonn, R.E., 'Enige recepten ter bereiding van schminkbloed en vleespasta', *NMGT* 17:4 (1964) 99-101.
- Toren, Ch.P.J. van, 'Geen hersenschim, wel een toekomstbeeld', *NMGT* 32 (december 1979) 272-323.
- Trauschweizer, Ingo. 'Berlin commander: Maxwell Taylor at the Cold War's frontlines, 1949-51', *Cold War History* 21:1 (2021) 37-53;
- Trommel, J.H., 'Oorlogvoering en de geneeskundige dienst', *NMGT* 9:3 (1956) 90-91.
- Valkenburgh, P., *Mensen in de Koude Oorlog. Sociologische bijdrage tot onze kennis van internationaal-politieke conflictsituaties* (Meppel 1964)/
- Vegt, H.M. van der, 'De betekenis en de waarde van de geneeskundige dienst', *Militaire Spectator* 118:4 (1949) 214.
- Vegt, H.M. van der, 'Geneeskunst en oorlog', in: *Recent medisch-ethisch denken II* (Leiden 1970) 100-147.
- Vegt, H.M. van der, 'Hoofdstuk IV: Militair Geneeskundige Dienst' in: *Wetenschappelijk jaarbericht 1949*, 31<sup>e</sup> jaargang (1950) 230-285.
- Vegt, H.M. van der, 'Hoofdstuk V: Militair Geneeskundige Dienst' in: *Wetenschappelijk jaarbericht 1952*, 34<sup>e</sup> jaargang (1953) 280-304.
- Vegt, H.M. van der, 'Medische ethiek en militaire dienst', *Medisch Contact* 12:1 (4 april 1957) 240-241.

- Vegt, Quirijn van der, *Take-off. De opbouw van de Nederlandse luchtmacht 1945-1973* (Amsterdam 2013).
- Verdoorn, D.J., 'Herhalingsoefening - nieuwe stijl', *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 11-13.
- Verdoorn, J.A., *Arts en oorlog. medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa* (Rotterdam 1995).
- Vintura, S., 'Hoofdstuk VI: Geneeskundige dienst A. Landmacht' in: *Wetenschappelijk Jaarbericht*, 47<sup>e</sup> jaargang (1965) 195-202.
- Visser, R., 'Verslag van de oefening Big Ferro', *Polsslag* 8:1 (januari 1974) 19-22.
- Vojtech, Mastny, 'Was 1968 a Strategic Watershed of the Cold War?', *Diplomatic History* 29-1 (january 2005) 149-177.
- Vos, O. de, 'Recente ontwikkelingen op het gebied van de beenmerg- en orgaantransplantatie', *NMG* 21 (september-oktober 1968) 293-305.
- Vreeken, J., 'Commentaren. Beenmergtransplantatie', *NTVG* 122-10 (1978) 337.
- Vries, Edz. de, 'Het geneeskundig beleid van een krijgsmacht', *Orgaan van de Koninklijke Vereniging voor de Beoefening van de Krijgswetenschap*, 4<sup>e</sup> aflevering (1967) 31-61.
- Walker, A.J., 'The "Walker dip"', *Journal of the Royal Navy Medical Service* 104:3 (2018) 173-176.
- Watterson, Christopher J., 'Nuclear weapons and limited war: A return to the nuclear battlefield?', *Comparative Strategy* 39:1 (2020) 18-28.
- Weart, Spencer R., *The Rise of Nuclear Fear* (Harvard University Press: Cambridge 2012) 58-60.
- Wertheim, W.F., *De gevaren van de atoombom. Wetenschappelijke onderzoekers waarschuwen* (Amsterdam en Antwerpen 1956).
- Westadt, Arne, *The Global Cold War. Third World Interventions and the Making of Our Times* (Cambridge 2005).
- Wibaut, F., 'Van het hoofdbestuur', *Medisch Contact* 2:26 (19 augustus 1947) 425-431.
- Wiggers, A.G.H., 'Commando-overdracht bij 102 geneeskundige groep', *Polsslag* 17-2 (maart 1983) 5-7.
- Wijdeven, Ivo van de, 'De angst van het Warschaupact voor de NAVO' in: Alfred Staarman, Mathieu Willemsen en Monique Brinks, *Als de Russen komen* (Soesterberg 2019) 129-138.
- Wilensky, Robert J., *Military medicine to win hearts and minds: aid to civilians in the Vietnam War* (Lubbock 2004).
- Wilkens, J.Th., 'Militair Geneeskundige Dienst en het Rode Kruis', *Medisch Contact* 6 (15 februari 1951) 120-122.

- Wilson, William L. 'Medical Effects of Atomic Weapons', *Medical Arts and Sciences, A Scientific Journal of the College of Medical Evangelists* (Spring 1951) 10-19;
- Wintermute, Bobby A., *Public Health and the US Military. A History of the Army Medical Department, 1818-1917* (Londen 2015).
- Winters, Anno, 'Verslag van een herhalingsplichtige arts', *Polsslag* 21:6 (november 1987) 23-24.
- Wither, J., 'Alem el Halfa with Nuclear Artillery: How Britain's World War II Era Army Prepared for Atomic War', *Global War Studies* 13:1 (2016) 6-46.
- Wohlstetter, Albert, 'The delicate balance of terror', *Foreign Affairs* 37-2 (januari 1959) 211-234.
- Woldhuis, J., 'De taak van officieren geneeskundige troepen bij het 1e Legerkorps', *Polsslag* 5-3 (juni 1971) 6-7.
- Woodard, Scott C., 'The Story of the Mobile Army Surgical Hospital', *Military Medicine* 168-7 (2003) 503-513.
- Wouters, Cas, 'Euthanasie in historisch-sociologisch perspectief' in: Caspar Govaart en Jan Rolies, *Solidariteit met stervenden. Euthanasie: vragen bij een 'geregelde' kwestie* (Baarn 1993) 73.
- Yamazaki, James N., *Children of the Atomic Bomb. An American Physicians Memoir of Nagasaki, Hiroshima, and the Marshall Islands* (Durham en Londen 1995).
- Yamazaki, James N., *Children of the Atomic Bomb. An American Physicians Memoir of Nagasaki, Hiroshima, and the Marshall Islands* (Durham en Londen 1995).
- Zaalberg, G.S.D., 'Militair Geneeskundige Dienst 175 jaar', *Militaire Spectator* 158:10 (1989) 489-495.
- Zaalberg, G.S.D., 'Militaire geneeskunde in de 20e en 21 eeuw', *Mars in Cathedra. Orgaan KVBK* 155 (1986) 2399-2434.



# Afkortingen

1 LK	Eerste Legerkorps
AAC	Atoomenergie Advies Commissie
ABC	Atomair, Biologisch Chemisch
AMC	Amsterdams Medisch Centrum
ARP	Anti-Revolutionaire Partij
AZU	Academisch Ziekenhuis Utrecht
BB	Bescherming Bevolking
BHP	Bataljonshulppost
BLS	Bevelhebber der Landstrijdkrachten
BVD	Bond voor Dienstplichtigen
CD	Commissie Doorlichting
CDA	Christendemocratisch Appel
CGS	Chef Generale Staf
CHU	Christenhistorische Unie
COGA	Coördinatieorgaan Geneeskundige Aangelegenheden
COKL	Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht
DAF	Van Doorne's Aanhangwagenfabriek
DDR	Duitse Democratische Republiek
DMGD	Directeur Militair Geneeskundige Diensten
DOG	Dirigerend Officier van Gezondheid
EHAF	Eerste Hulp aan het Front
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
GCK	Geneeskundig Commando Krijgsmacht
GCKL	Geneeskundig Commando Koninklijke Landmacht
GD	Geneeskundige Dienst
GNKCIE	Geneeskundige Compagnie
GNKPEL	Geneeskundig Peloton
GVR	Geneeskundige Verdedigingsraad
GWT	Gewondentransport
HTK	Handelingen van de Tweede Kamer der Staten Generaal
IDR	Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen
IGDKL	Inspecteur Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht
IGDZ	Inspecteur Geneeskundige Dienst der Zeemacht
IMGD	Inspecteur Militair Geneeskundige Dienst
INF	Intermediate Range Nuclear Forces
IPPNW	International Physicians for the Prevention of Nuclear War
KB	Koninklijk Besluit
KL	Koninklijke Landmacht

KM	Koninklijke Marine
KMA	Koninklijke Militaire Academie
KMC	Korps Mobiele Colonne
KNIL	Koninklijk Nederlands-Indisch Leger
KNMG	Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNO	Keel-Neus-Oorheelkunde
KT	Kiloton (duizend ton)
KVV	Kortverband Vrijwilliger
KVP	Katholieke Volkspartij
LANDCENT	Allied Land Forces Central Europe
LARO	Landrover
MASH	Mobile Army Surgical Hospital
MBL	Medisch Biologisch Laboratorium
MCC	Medische Coördinatie Commissie
MGCC	Militair Geneeskundige Coördinatie Commissie
MGD	Militair Geneeskundige Dienst
MGR	Militair Geneeskundige Raad
MHAM	Militair Hospitaal dr. A. Mathijssen
MR	Ministerraad
MSHPG	Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde
NATO	North Atlantic Treaty Organisation
NAVO	Noord-Atlantische Verdragsorganisatie
NBC	Nuclear, Biologisch Chemisch
NIMH	Nederlands Instituut voor Militaire Historie
NIPO	Nederlandsch Instituut voor Publieke Opinie
NLC	Nationaal Logistiek Commando
NMGT	Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift
NONEX	Non-Exercise
NRK	Nederlandse Rode Kruis
NVMP	Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie
OCMGD	Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst
PAINFBAT	Pantserinfanteriebataljon
PSR	Physicians for Social Responsibility
PvdA	Partij van der Arbeid
RVO-TNO	Rijksverdedigingsorganisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
S1/G1	Stafafdeling (of functionaris) voor personeel, tucht en moreel
S2/G2	Stafafdeling (of functionaris) voor inlichtingen en veiligheid
S3/G3	Stafafdeling (of functionaris) voor operaties
S4/G4	Stafafdeling (of functionaris) voor logistiek
SALT	Strategic Arms Limitation Treaty
SGD	School Geneeskundige Dienst

SHAPE	Supreme Headquarters Allied Powers Europe
SROGD	School Reserveofficiieren Geneeskundige Dienst
STANAG	Standard Agreement
TBO	Territoriaal Bevelhebber Oost
TOZT	Tactische Oefening Zonder Troepen
USSR	Unie van Sovjet-Socialistische Republieken
VN	Verenigde Naties
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VVDM	Vereniging voor Dienstplichtige Militairen
ZIBO/ZOBO	Ziekenhuisorganisatie in Buitengewone Omstandigheden

## Summary

During the Cold War, the purpose of the Dutch Army Medical Service (MGD) was to promote the health and operational readiness of the Royal Netherlands Army. Medical war preparations were an integral part of this. The evacuation, treatment and nursing of sick and wounded soldiers in wartime required the formulation of procedures and doctrines as well as an extensive organization, complete with supplies and equipment, trained personnel and mobilization plans. However, these activities were shrouded in uncertainty as the prospect of biological, chemical or even nuclear warfare called into question all casualty estimations based on previous conflicts.

The central question in this dissertation is how the MGD dealt with the nuclear threat perception and how military-medical war preparations were influenced by it. Against the backdrop of the ominous prospects of future warfare, military physicians tried to legitimize their war preparations and make sense of them. This mechanism is made clear using the concept of *sociotechnical imaginaries*: constructed optimistic images of the future that are based on the collective belief in scientific and technological progress. This study shows that the MGD maintained an optimistic outlook from the beginning through the end of the Cold War, but the reasoning that supported this viewpoint evolved over time.

In the early 1950's, it was generally maintained that promoting military health improved the army's readiness, thus contributing to NATO's strategy of deterrence. According to this logic, the military medical services indirectly contributed to the prevention of war. And even if war did break out, the measures taken in peacetime would save lives and limbs. By magnifying an optimistic outcome, war preparations remained meaningful and the associated problems were effectively pushed into the background.

Critical voices within the armed forces were few. The army medical service heavily relied on conscripts, whose involvement in war preparations was limited. Only a small group of regular officers were actually concerned with planning the next war (possibly under nuclear conditions). They understood that the prospects were bleak, but they rationalized that fact by arguing that the military standoff with the Soviet Union would unlikely escalate into a hot war. And even if it did, professional soldiers maintained that a single nuclear bomb did not necessarily mean the end of life for everyone. They taught disaster medicine in a sober and detached manner. In military classrooms the opportunities for discussion were kept at minimum. Cynicism or doubt about the continuation of the medical task under nuclear circumstances undermined morale and indirectly affected the preparedness of the armed forces and thus the effectiveness of the deterrence strategy.

Furthermore, military medics and physicians felt professionally obligated to do everything they could to help the sick and wounded, regardless of the circumstances. The negative consequence of this can-do mentality was that the dangers of nuclear weapons, whether deliberately or out of ignorance were given less weight.

As medical knowledge of the terrible effects of nuclear weapons increased, it became increasingly difficult to downplay the nuclear threat. Growing nuclear stockpiles made clear that nuclear war could not be limited. Studies predicted that the number of dead and injured after a nuclear exchange would run into the millions. After 1960, speculations on actually fighting an atomic war diminished, marking the end of the 'nuclear romantic age'. NATO reasoned that the nuclear threshold had to be raised and adjusted its strategy accordingly. As a result, dispersed armoured operations became a focal point in Dutch operational planning. The underlying idea was that the use of nuclear weapons could automatically be limited or prevented if the enemy was denied a 'rewarding' atomic target. It was this theory – or wishful thinking – that helped shape the image of the modern battlefield.

As planning for conventional operations dominated military staff work, a taboo slowly but surely emerged in military literature against talking and writing about actually waging an atomic war. Military medical exercises underscored this trend. Practicing protective measures against nuclear hazards was only a small, almost negligible aspect of the training. Some experts did underscore the fact that the enemy use of nuclear weapons could not be ruled out, but their warnings were disregarded.

At the level of civil-military relations, medical preparations followed similar lines. In the early 1950s, both military and civilian casualty expectations for the next war appeared manageable and authorities assumed that hospitals would be able to accommodate all wounded. This hope evaporated when NATO presented its casualty predictions in a nuclear conflict at the end of the decade, however, and as a result, medical preparations were geared towards a 'limited war'. This scenario kept the use of nuclear weapons deliberately vague, which enabled civil and military authorities to cling to the idea that preparations were both useful and necessary. These not only promoted social resilience in wartime, but also demonstrated Dutch reliability as a NATO partner. Deontological ethics on the part of the medical officers also played an important role: they felt it was simply their duty to prepare to give medical support, whatever the circumstances.

The obvious limitations of military-medical war preparations raised few critical voices in parliament. Political discussions about the MGD mainly focused on the costs of medical care in peacetime and sustaining the armed forces on the long term (which were seen as a financial burden). Aside from casualty estimations being inaccessible to the public, war preparations and treating large numbers of injured soldiers were difficult to reconcile with war prevention. In the unlikely event that deterrence failed, every organization would be powerless, and the distinction

between civilian and military wounded would be irrelevant. Most politicians preferred not to talk about that scenario: the term nuclear taboo, referring to a powerful sense of revulsion associated with such destructive weapons, is therefore also applicable to the deliberate silence on the costs of a nuclear war. In conclusion, nuclear weapons were less decisive in military-medical war preparations than we might otherwise assume based on their strategical importance. It was the limited resources made available by the army leadership and cabinet rather than the prospect of nuclear warfare that determined medical planning for the next war.

## Curriculum Vitae

Tom Duurland (geboren te Hilversum, 1986) studeerde geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam en behaalde in 2013 zijn masterdiploma binnen de master militaire geschiedenis. Na publicatie van enkele artikelen schreef hij voor het Nederlands Instituut voor Militaire Geschiedenis (NIMH) een in 2018 verschenen boek over de vliegbasis Woensdrecht tijdens het kruisrakettendebat. Aansluitend trad hij als promovendus in dienst bij de Universiteit Leiden en het NIMH. Zijn aandachtsgebieden zijn de militaire geschiedenis van de Tweede Wereldoorlog en de Koude Oorlog.