



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).

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.”²²⁴ 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.²²⁵ 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.²²⁶ 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

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

²²⁵ 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.

²²⁶ 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.”²²⁷ 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.

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

Spoedig kwam hierin echter verandering. Het feit dat Nederland praktisch onverdedigd was, baarde de militaire top namelijk steeds meer zorgen.²²⁸ 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.²²⁹ 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.²³⁰ 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

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

²²⁹ Montgomery was officieel voorzitter van het Western Union Commanders-in-Chief Committee.

²³⁰ 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 *2nd Infantry Division*. In dat verband werden in totaal 4.748 Nederlandse militairen uitgezonden.²³¹ 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

²³¹ 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^e 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.²³² 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.²³³ 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.²³⁴ 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.²³⁵

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."²³⁶ Een kanttekening was dat de NAVO-verdediging uiteindelijk tijdswinst moest opleveren, zodat de Amerikanen hun strategische luchtmacht op beslissende

²³² Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 70

²³³ *Ibidem*, 69.

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

²³⁵ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 88.

²³⁶ 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*).²³⁷ 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.

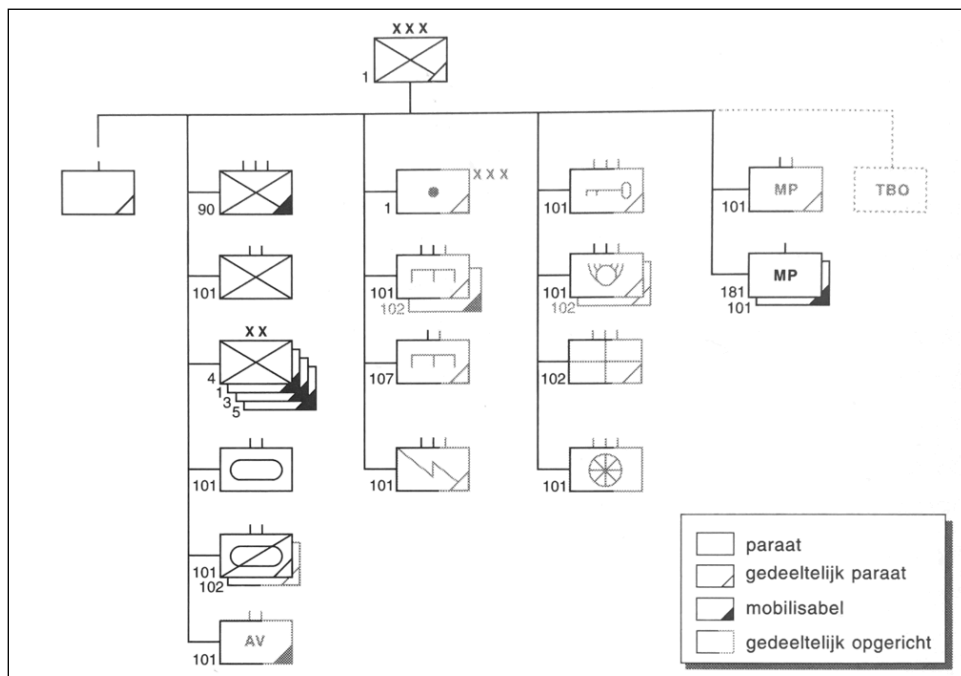
Ten opzichte van de vooroorlogse organisatie was de geneeskundige dienst er aanzienlijk op vooruit gegaan. De Nederlandse divisie van 1940 was met ongeveer tienduizend man bijna de helft kleiner en had geen organieke geneeskundige ondersteuning: die was toen nog ondergebracht in de zogenoemde legerkorps-trein.²³⁸ Bovendien was het algemene opleidingspeil toen niet bepaald hoog.²³⁹ In die tijd moest ook nog een groot beroep worden gedaan op het Nederlandse Rode Kruis.²⁴⁰ 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.

²³⁷ 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.

²³⁸ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 56.

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

²⁴⁰ Van Bergen, *Pro patria*, passim.



van links naar rechts per kolom:

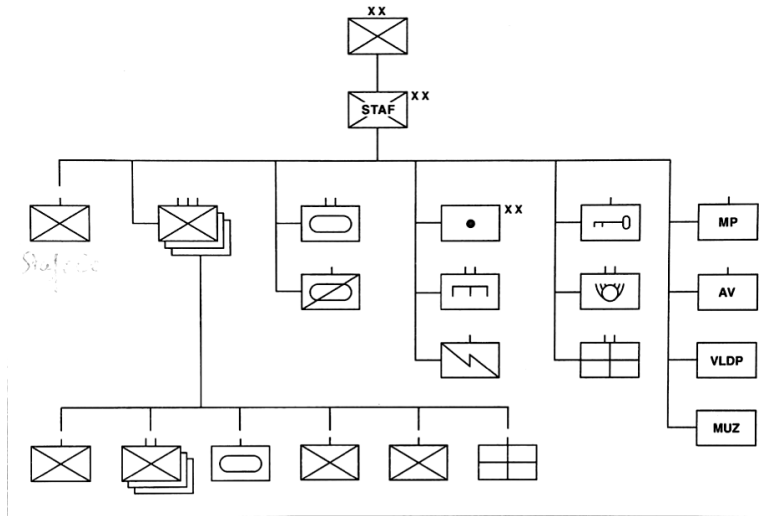
Staf 1Lk; 90 Regiment Infanterie, 101 Bataljon Infanterie, 4, 1, 3 en 5 Infanteriedivisie, 101 Tankbataljon, 101 en 102 Verkenningbataljon en 101 Aanvullingsbataljon Personeel; Legerkorpsartillerie, 101 en 102 Geniegevechtsgroep, 107 Geniedepotbataljon, 101 Verbindingsgroep; 101 Intendancegroep, 101 en 102 Technische Dienstgroep, 102 Geneeskundige Groep, 101 Transportgroep; 101 Marechausseebataljon en 181 en 101 Marechaussee-compagnie.

Figuur 4: Samenstelling 1 Lk (juli 1955) inclusief 102 Geneeskundige groep.²⁴¹

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

²⁴¹ 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 1954.²⁴²

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

²⁴² 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.²⁴³ 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 Pantserrieps gewondentransport	46
1964	DAF yp-408 Pantserwiel gewonden-transport	28
1968	M113 Pantserrieps gewondentransport	56
1977	YPR-765 Pantserrieps 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

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

logistieke apparaat van het leger.²⁴⁴ 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”.²⁴⁵ 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.²⁴⁶ 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.²⁴⁷ 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.²⁴⁸ 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*).

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

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

²⁴⁶ 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.

²⁴⁷ 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.

²⁴⁸ 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.

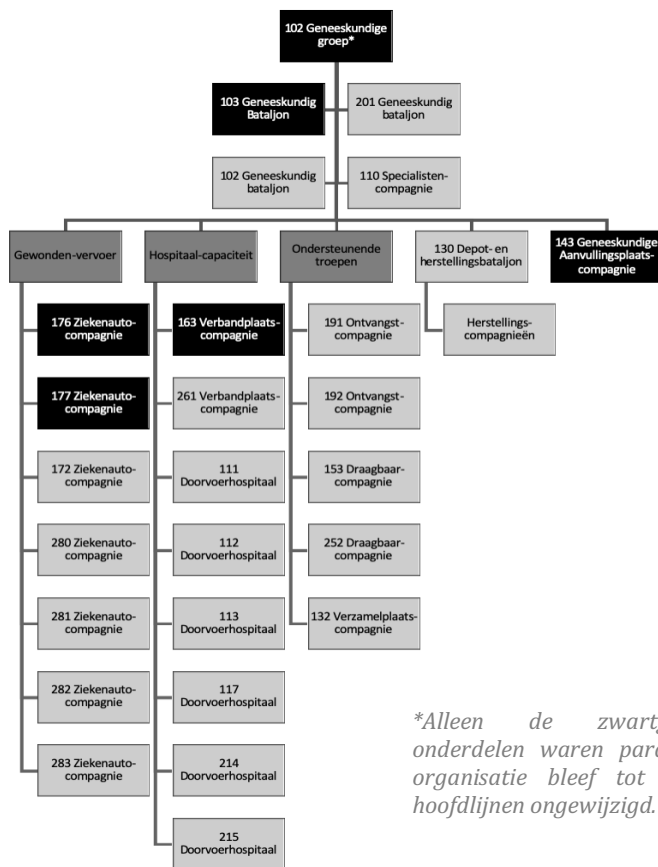
Voordat transport überhaupt mogelijk was, moest de patiënt eerst worden veiliggesteld van levensbedreigende bloedingen en obstructies van de luchtwegen. Als de arts verschillende gewonden tegelijk te zien kreeg, moest hij bepalen welke gevallen de grootste urgentie hadden en als eerste in aanmerking 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.²⁴⁹ 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 doorvoerhospitelen. Hier waren diverse medisch specialisten werkzaam, onder wie

²⁴⁹ *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.²⁵⁰ 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 doorvoerhospitalen, die waren ingedeeld bij de grotendeels mobilisabele 102 Geneeskundige groep onder het bevel van de legerkorpsarts (die zijn meerdere vond in de legerkorpscommandant).²⁵¹ 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.

²⁵⁰ Nederlands Instituut voor Militaire Historie, Den Haag, Losse stukken, toegang 057, inv.nr. 3595. 'Voorlopige richtlijnen. Het doorvoerhospitaal'.

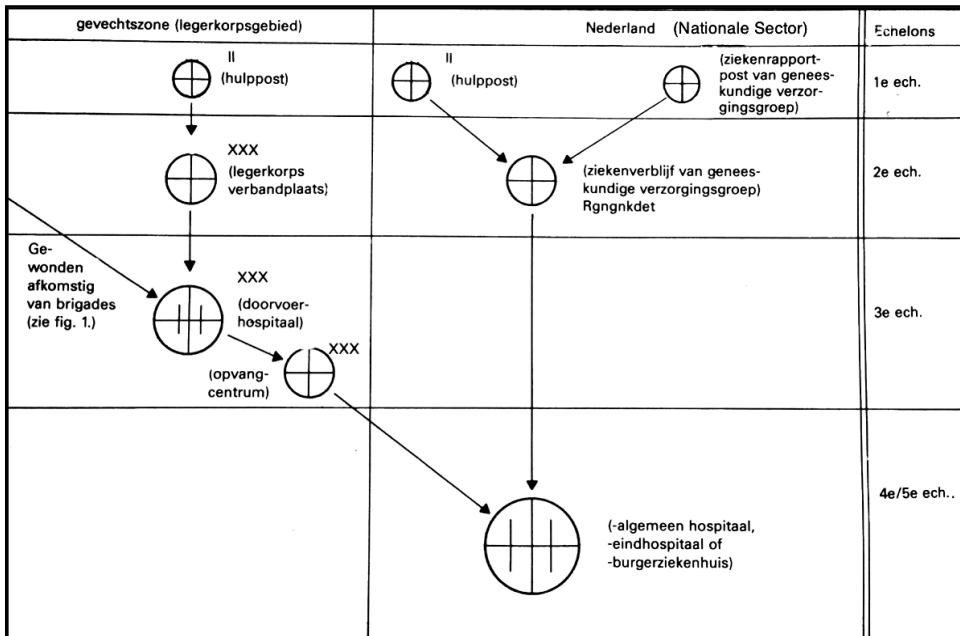
²⁵¹ De personele bezetting van alle eenheden bleef gedurende de Koude Oorlog een hekel punt – geregeld was een aantal sleutelposities vacant.

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.²⁵² 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.

²⁵² 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.²⁵³

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."²⁵⁴ Zijn zienswijze vond navolging in de vredesbeweging, die streefde naar totale nucleaire ontwapening. De ideeën van de bekende strateeg

²⁵³ VS2-1350/K1 (1984).

²⁵⁴ 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.²⁵⁵ 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."²⁵⁶

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.²⁵⁷ 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."²⁵⁸ 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.

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

²⁵⁶ 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.

²⁵⁷ 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.

²⁵⁸ 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.²⁵⁹ 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."²⁶⁰ 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).²⁶¹ 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.²⁶² 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'.²⁶³

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 VIIth Corps* experimenteerde vanaf 1953 met

²⁵⁹ 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.

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

²⁶¹ 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.

²⁶² Sanders, 'Tactische kernwapens', 346.

²⁶³ 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.²⁶⁴ 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.”²⁶⁵ 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.²⁶⁶ 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).²⁶⁷ 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”.²⁶⁸ 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

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

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

²⁶⁶ *Ibidem*.

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

²⁶⁸ 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.²⁶⁹ 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.²⁷⁰ 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".²⁷¹ De redactie voegde daaraan toe dat de inhoud van de artikelen op sommige punten mogelijk tegenstrijdig was, maar dat kwam een waardevolle

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

²⁷⁰ 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).
²⁷¹ 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.²⁷²

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.²⁷³ 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.²⁷⁴ 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.²⁷⁵ 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.²⁷⁶ 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.²⁷⁷ 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.”²⁷⁸ 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 luchtmachtprognoses 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.²⁷⁹

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

²⁷⁸ 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).

²⁷⁹ 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.²⁸⁰

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”.²⁸¹ 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.²⁸² 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.²⁸³

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 voltrefter van 20 kiloton:

“Indien we nu aannemen, dat het aantal troepen in de ‘A’ en ‘B’ gebieden [het rampgebied van 22 km²] tezamen 15.000 bedraagt, dat is gemiddeld 500 man per km², dan is het aantal slachtoffers: Gedood: ± 4.000 man. Gewond: ± 11.000 man. Totale verliezen: ± 15.000 man of wel de gehele troepensterkte.”²⁸⁴

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

²⁸⁰ Ibidem.

²⁸¹ 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.

²⁸² Van den Broek, ‘De militair geneeskundige dienst’, 328.

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

²⁸⁴ 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.²⁸⁵ 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.²⁸⁶ 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.²⁸⁷ 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.²⁸⁸

²⁸⁵ Ibidem, 88.

²⁸⁶ 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.

²⁸⁷ Ibidem.

²⁸⁸ 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.”²⁸⁹ 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.²⁹⁰ 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.”²⁹¹ 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.²⁹² Ten langen leste zagen maar weinig officieren de aanschaf van een groot aantal gewondenhelikopters als een reële optie.²⁹³

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

²⁸⁹ Ibidem.

²⁹⁰ 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.

²⁹¹ Stigter, ‘De helikopter’, 255.

²⁹² 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).

²⁹³ 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.²⁹⁴ 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.²⁹⁵ 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.²⁹⁶

Ook anderen pleitten voor een versterking van de geneeskundige component van de divisie.²⁹⁷ 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]".²⁹⁸ 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

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

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

²⁹⁶ Trommel, 'Oorlogvoering', 91.

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

²⁹⁸ 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.²⁹⁹ 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.³⁰⁰

Een officier maakte in 1960 in het NMGT een vrij gedetailleerde schets van geïmproviseerde hulpverlening na een kernexplosie in het frontgebied.³⁰¹ Volgens hem begon alles bij het vergaren van inlichtingen over het nulpunt, de springhoogte, het 'kaliber', de weersomstandigheden, en de troepensituatie op het moment van de aanval. Op basis daarvan moest de divisiearts in allerijl een schatting maken van de verliezen.³⁰² 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.³⁰³

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

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

³⁰⁰ 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.

³⁰¹ Goverts, 'De uitwerking', 366.

³⁰² Ibidem.

³⁰³ Ibidem.

ondervinden van “nablijvende radioactiviteit”.³⁰⁴ 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.³⁰⁵

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.³⁰⁶ 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.”³⁰⁷

De IGDKL, die bij deze conferentie aanwezig was geweest, had met speciale belangstelling geluisterd naar de mededelingen over de medische aspecten van de atoomoorlog.³⁰⁸ 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.³⁰⁹ 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-

³⁰⁴ Ibidem.

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

³⁰⁶ Van der Giessen, ‘Verslag’, 33-44.

³⁰⁷ 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.

³⁰⁸ 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.

³⁰⁹ 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.³¹⁰ 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^e 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.³¹¹ 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

³¹⁰ Ibidem.

³¹¹ Van der Giessen, 'Verslag', 42.

goed militair gebruik werd uitbesteed aan een werkgroep van deskundigen.³¹² Als voorbeeld nam zij de Amerikaanse *Pentomic division*, een afgeslankte divisie die was afgestemd op de eisen van het atomaire slagveld.³¹³ 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.³¹⁴

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*).³¹⁵

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

³¹² 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.

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

³¹⁴ 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.

³¹⁵ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 166-174.

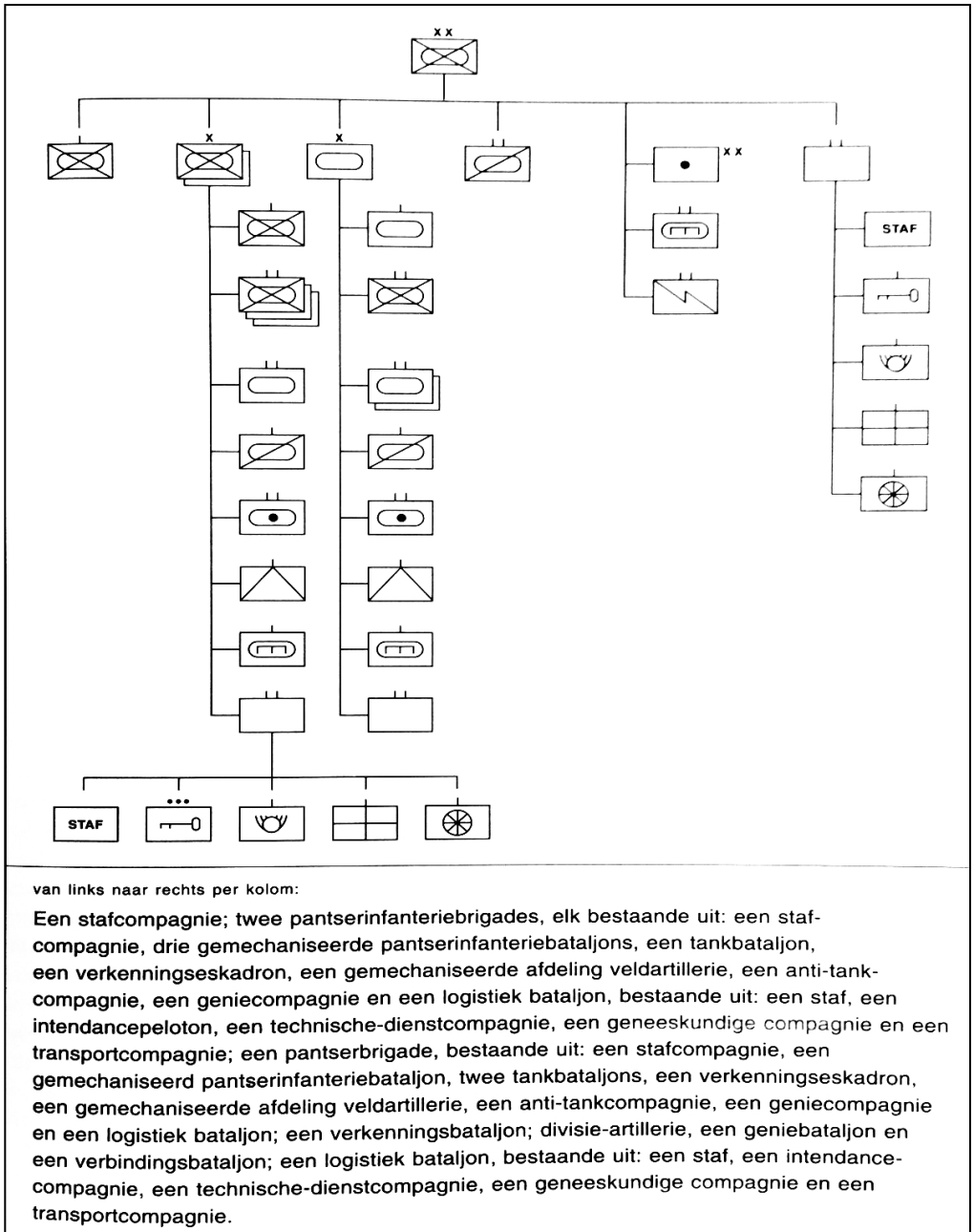
de NAVO besloot dat de vijandelijke strijdkrachten ten oosten van de Weser moesten worden vernietigd. De aan- en afvoerlijnen van het legerkorps werden daarmee nog verder opgerekt. Daarmee drong zich het probleem op van *maldeployment*, ofwel de vraag of het voltallige legerkorps met logistieke steun 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.³¹⁶ 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.³¹⁷ 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.³¹⁸

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

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

³¹⁷ 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.

³¹⁸ 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.³¹⁹ 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.³²⁰ Het stafdetachement 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 stafdetachement 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.³²¹ 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.³²²

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.³²³ In de militaire publicistiek

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

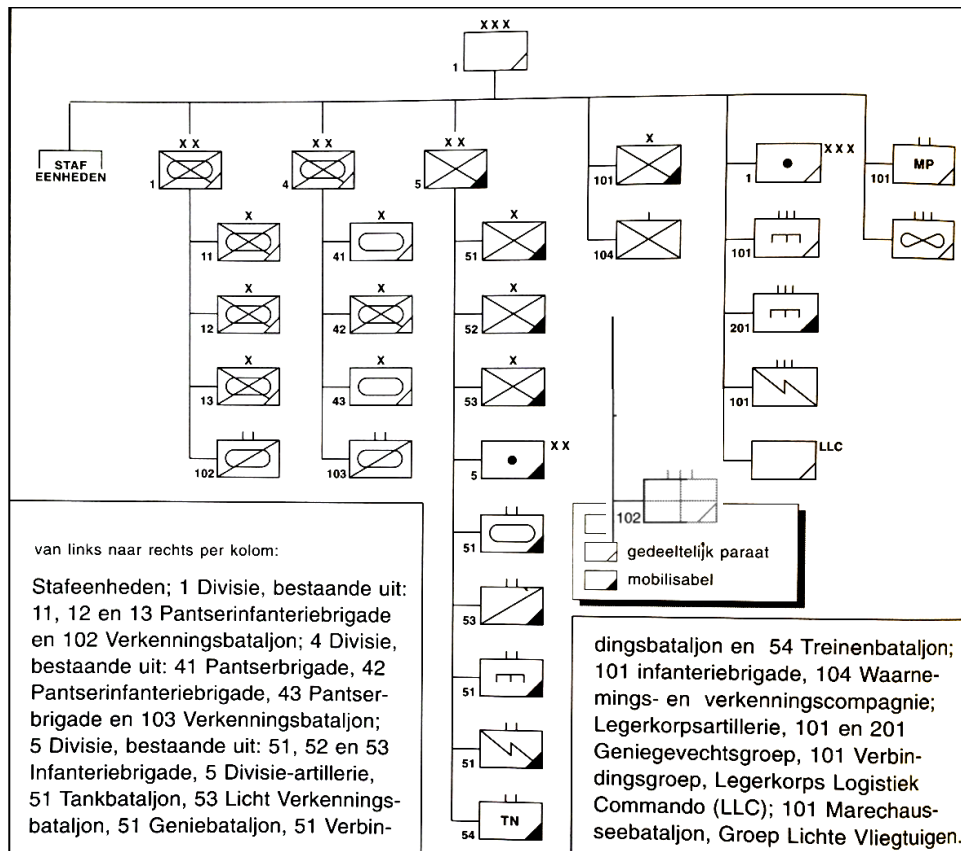
³²⁰ Sieben, *Beheersing*, 92.

³²¹ *Ibidem*.

³²² M113, AMX-13, YP-408, YPR-765.

³²³ 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.³²⁴



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

³²⁴ 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.³²⁵ President Eisenhower verwoordde dat in 1959 beeldender: “you might as well go out and shoot everyone you see and then shoot yourself.”³²⁶ 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.”³²⁷

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.³²⁸

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”.³²⁹ Erg overtuigd van dit idee raakte McNamara echter niet.³³⁰ 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.³³¹ 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

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

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

³²⁷ 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.

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

³²⁹ Gaddis, *The Cold War*, 79.

³³⁰ 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).

³³¹ 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.³³² 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.³³³ “Our whole thinking must change”, zo verzekerde de commandant van de Northern Army Group (NORTHAG) zijn legerkorpscommandanten.³³⁴ 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

³³² 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.

³³³ 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. Watters, ‘Nuclear weapons and limited war: A return to the nuclear battlefield?’, *Comparative Strategy* 39:1 (2020) 20.

³³⁴ 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*.³³⁵

Academici achtten de (eerste) inzet van tactische kernwapens door het Westen echter zeer onwaarschijnlijk.³³⁶ 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 1968.³³⁷ 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

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

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

³³⁷ 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.*³³⁸ 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.”³³⁹

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.”³⁴⁰ 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 bloed vergiftigende 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”.³⁴¹ 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

³³⁸ 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).

³³⁹ Ibidem.

³⁴⁰ Ibidem.

³⁴¹ Ibidem.

chemische strijdmiddelen een normaal onderdeel van de doctrine van het Rode Leger.³⁴²

Bijzonder verontrustend was het onderzoek naar chemische strijdgassen, waarmee de Sovjet-Unie volgens inlichtingendiensten voortdurend in het geheim bezig was.³⁴³ 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.³⁴⁴ 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*.³⁴⁵ 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.³⁴⁶

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

³⁴² Ibidem.

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

³⁴⁴ 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.

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

³⁴⁶ 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.³⁴⁷ Dit alles had ook zijn weerslag op de MGD. Het militair-geneeskundig takenpakket bleef weliswaar hetzelfde, maar er vond wel een accentverschuiving plaats.³⁴⁸ 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*).

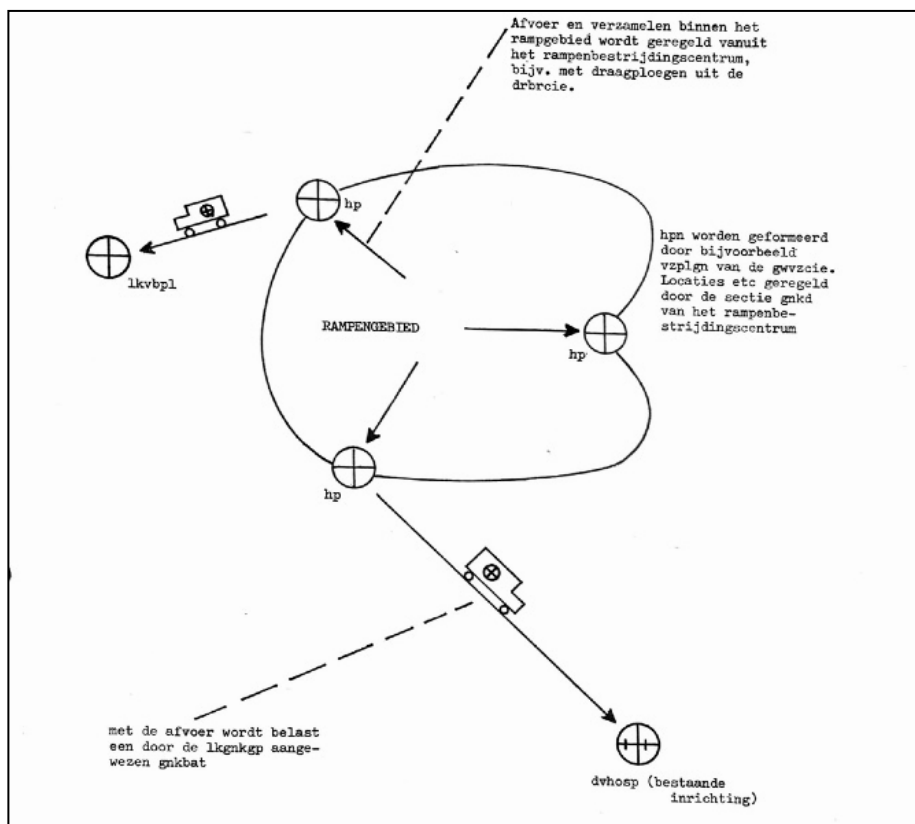
Het voorschrift vermeldt verder dat de behandeling van NBC-slachtoffers (voor zover deze niet onder behandeling van de chirurgische afdeling vielen) een taak was van de niet-chirurgische afdeling onder leiding van een internist (luitenant-kolonel-arts), bijgestaan door een tweede internist (majoor-arts), een neuropsychiater en enkele artsen algemene dienst.³⁴⁹ 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.³⁵⁰ 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.

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

³⁴⁸ Het rapport van de commissie Drijber vermeldde: “De taak van de MGD in vreedstijd 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).

³⁴⁹ 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).

³⁵⁰ 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).³⁵¹

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.”³⁵² 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.

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

³⁵² 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.³⁵³ 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.”³⁵⁴ 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,³⁵⁵ 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.”³⁵⁶ Als uitgangspunt diende de

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

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

³⁵⁵ 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.

³⁵⁶ 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.³⁵⁷ 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.³⁵⁸

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.³⁵⁹ 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

³⁵⁷ Ibidem, 13.

³⁵⁸ Louwen, 'Tijd is leven', 257.

³⁵⁹ 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.³⁶⁰ 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.³⁶¹

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.³⁶² Het probleem was echter dat pas geopereerde patiënten niet mochten worden verplaatst, waardoor de verbandplaats eenmaal in bedrijf een stationair karakter kreeg en zagezegd “een blok aan het been van de brigadecommandant” vormde.³⁶³ 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.³⁶⁴ 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)

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

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

³⁶² 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).

³⁶³ Gramberg, ‘Gemoderniseerde’, 130.

³⁶⁴ Ibidem.

personeel en materieel”.³⁶⁵ 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.³⁶⁶

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!”³⁶⁷

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.³⁶⁸ 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.³⁶⁹ 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.

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

³⁶⁶ Louwen, ‘Tijd is leven’, 257.

³⁶⁷ Ibidem.

³⁶⁸ Gramberg, ‘Gemoderniseerde’, 133.

³⁶⁹ 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.”³⁷⁰ 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.³⁷¹ 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.³⁷² 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

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

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

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

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

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.³⁷⁴ 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."³⁷⁵ De concrete uitvoering stuitte echter op tal van bezwaren, zoals hieronder zal blijken.

³⁷³ Ibidem.

³⁷⁴ Ibidem.

³⁷⁵ 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.³⁷⁶ 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.³⁷⁷ 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”.³⁷⁸ 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. Goverts stond versteld van de mogelijkheid om in gesprek te gaan met militair-geneeskundigen uit het Oostblok. Het wederzijds

³⁷⁶ 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.

³⁷⁷ 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.

³⁷⁸ Hoffenaar, “De baby is er!”, 41.

contact bleef “zeer oppervlakkig”, maar hij sprak toch van een “aparte sensatie”.³⁷⁹ 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.³⁸⁰

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*.³⁸¹ Recente conflicten demonstreerden bovendien dat het gevecht ’s nachts geen respijt kende. Het ‘klokronde’ 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.³⁸² 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.”³⁸³

Zulke militair-technische ontwikkelingen moesten worden meegewogen in een zinvolle oorlogsplanning.³⁸⁴ 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.³⁸⁵ Op 16 juni 1976 gaf de legerkorpscommandant wel een eerste aanzet tot een verbetering van de geneeskundige structuur

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

³⁸⁰ 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).

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

³⁸² Shaw, ‘Medical planning factors’, 211.

³⁸³ 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.

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

³⁸⁵ 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.³⁸⁶ Verder trilde het voertuig minder dan de gewondenjeep en ziekenauto, wat gunstig was voor de stabiliteit van de patiënt.³⁸⁷ 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.³⁸⁸ 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.³⁸⁹ 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

³⁸⁶ 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)

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

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

³⁸⁹ *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”.³⁹⁰ 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.³⁹¹

Toch bleven er medio 1970 nog veel on vervulde 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).³⁹² Ook de bestaande Atropine-injectoren stonden eind jaren zeventig op de lijst om te worden vervangen.³⁹³ 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.³⁹⁴ 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.³⁹⁵ Tot slot bestond er nog behoefte aan overdrukinstallaties die schadelijke stoffen buiten geneeskundige inrichtingen

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

³⁹¹ 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.

³⁹² 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.

³⁹³ 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.

³⁹⁴ 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.

³⁹⁵ 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.³⁹⁶

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.³⁹⁷ 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.³⁹⁸ 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.³⁹⁹ 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.⁴⁰⁰ 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.⁴⁰¹ 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.⁴⁰² Zulke pijnlijke conclusies werden niet vaak getrokken. In plaats van om de hete brij heen te draaien werd hier de harde realiteit onder

³⁹⁶ 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.

³⁹⁷ Roozenbeek en Van Woensel, *De geest*, 283.

³⁹⁸ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 1960.

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

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

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

⁴⁰² 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.⁴⁰³ 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.⁴⁰⁴ 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.⁴⁰⁵

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.⁴⁰⁶ 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

⁴⁰³ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 408.

⁴⁰⁴ 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.

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

⁴⁰⁶ 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.⁴⁰⁷ 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.⁴⁰⁸ 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 legerkorps⁴⁰⁹ – 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.”⁴¹⁰ 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.⁴¹¹ 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

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

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

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

⁴¹⁰ A.G.H. Wiggers, 'Commando-overdracht bij 102 Geneeskundige groep', *Polsslag* 17:2 (1984) 6.

⁴¹¹ 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.⁴¹²

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.⁴¹³ 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.⁴¹⁴ 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).⁴¹⁵

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.⁴¹⁶ 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.

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

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

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

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

⁴¹⁶ 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.⁴¹⁷ 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.⁴¹⁸ Hiermee kreeg de reorganisatie in de loop van 1988 handen en voeten. Tijdens deze "rommelige fase" bleven de meningen evenwel verdeeld.⁴¹⁹ 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."⁴²⁰ Anderen waren sceptisch. Door een aanhoudend gebrek aan transportcapaciteit en personeel waren knelpunten en vertragingen op het eerste echelon onvermijdelijk.⁴²¹ 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."⁴²²

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

⁴¹⁷ Ibidem.

⁴¹⁸ J. Stuij, 'Realisatie van het structuurplan geneeskundige verzorging krijgsmacht', *Polsslag* (september 1987) 7.

⁴¹⁹ J. de Lange, 'Commando-overdracht 103 Geneeskundig bataljon', *Polsslag* 23:3 (mei 1989) 15.

⁴²⁰ H.J. Slot, 'Geneeskundig optreden binnen het manoeuvrebataljon tijdens het verdedigend gevecht', *Militaire Spectator* 158:2 (1989) 74.

⁴²¹ Feijen, 'Herstructurering geneeskundige dienst', 308-309; Slot, 'Geneeskundig optreden', 65.

⁴²² 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.⁴²³

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

⁴²³ 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.