



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 4: De laatste schakel aan de geneeskundige keten

“Concretiserend kan worden gesteld dat oorlogsvoorbereidingen voor een deel bestaan uit pure filosofie, waarbij de werkers daarin zich voortdurend dienen af te vragen of zij bezig zijn met een hersenschim of een toekomstbeeld.”⁵⁹¹

Vorbereidingen op de militair-geneeskundige oorlogstaken vonden plaats op alle echelons, van de gewondenverzorgers in de voorste lijn, de verbandplaatsen in het brigadevak, de doorvoerhospitalen achter de gevechtszone, tot de grote geneeskundige formaties verder in het achterland. In de regel gold hoe hoger het geneeskundig echelon, hoe specialistischer de geneeskundige zorg. De veldhospitalen, algemene hospitalen en de eindhospitalen van de MGD vormden de laatste schakels in de militair-geneeskundige afvoerketen. Hier waren verschillende chirurgische specialisten vertegenwoordigd, zodat patiënten een definitieve medische behandeling kon worden geboden. Voor de zwaargewonden was de aanwezigheid van zulke hospitalen in de Nationale Sector een zaak van leven of dood.

De hogere echelons van de militair-geneeskundige verzorging waren nauw verweven met de civiele hospitalen. Dat betekende dat de MGD in oorlogstijd niet alleen te maken kreeg met de plannen voor de civiele verdediging, maar ook met de problemen die daar bestonden. Dit hoofdstuk vormt een kritische uiteenzetting van de afspraken die waren gemaakt om de civiel-militaire samenwerking op medisch gebied in oorlogstijd in goede banen te leiden. Daarbij is vooral aandacht voor de verdeling van de beschikbare medische capaciteit over gewonde burgers en militairen. Ook komt aan bod hoe men op dit niveau omging met de gepercipieerde dreiging van kernwapens, die de militaire en civiele medische hulpverlening bijzonder ingewikkeld, zo niet hopeloos maakte. De overkoepelende vraag is hoe de betrokkenen desondanks probeerden om een adequaat ziekenhuissysteem op te zetten dat enerzijds voldeed aan de vastgestelde behoefte in oorlogstijd, en anderzijds aan de economische afwegingen van ministers van Oorlog/Defensie en die van Volksgezondheid. Uit deze analyse ontstaat een scherp beeld van de invloed van de kernwapendreiging op de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen op het hoogste beleidsniveau.

⁵⁹¹ E.W. Muusse, ‘Oorlogsvoorbereiding, een filosofie... hersenschim of toekomstbeeld’, *NMG* 32 (december 1979) 299.

Totale oorlog, totale verdediging

In de jaren vijftig was het verklaren van de “totale oorlog” een wat pathetische manier om te zeggen dat het menens was. Krantenberichten uit die periode doen verslag van dokters die de totale oorlog uitroepen tegen het roken, van de New Yorkse politie die een totale oorlog verklaart aan plaatselijke jeugdbendes, en van de Britse *Labour Party* die de totale oorlog verkondigt aan de *Conservatives* wegens onenigheid over een salarisverhoging van parlementariërs.⁵⁹² Ook staatshoofden zoals Fidel Castro en de Egyptische leider Nasser gebruikten de totale oorlog als dreigement, waarmee ze hun politieke spierballen wilden tonen.

De grootspraak van de *totale Krieg* had voor velen een sinistere bijklank. Uit de mond van nazi-propagandaminister Josef Goebbels gingen deze woorden gepaard met een allesomvattende vernietigingsstrijd waarbij miljoenen mensen omkwamen. Toen de Tweede Wereldoorlog echter nog door menig hoofd echode, begonnen de voorbereidingen voor de volgende oorlog, die volgens deskundigen opnieuw een totaal karakter zou hebben.⁵⁹³ Opnieuw zouden economieën en maatschappijen vrijwel volledig worden gemobiliseerd voor de oorlogsinspanning en opnieuw zou de burgerbevolking blootstaan aan de volle hevigheid van het oorlogsgeweld. Het volgende conflict dreigde te gaan “van volk tegen volk” en daarbij was het primaire doel niet de vernietiging van de strijdkrachten, maar de ondermijning van de “volkskracht en het moreel van het volk” door destructie van strategische objecten.⁵⁹⁴ De vijand zou mogelijk militaire bases, industriële doelen en communicatiecentra in Nederland bestoken met bommen van allerlei ‘kaliber’. Een conclusie die de experts omstreeks 1950 trokken, was dat een totale oorlog vroeg om een totale verdediging. Burgers, bedrijven en overheidsinstellingen dienden gezamenlijk alles van waarde zoveel mogelijk te beschermen en het leed zoveel mogelijk te beperken.

Schattingen van het aantal te verwachten slachtoffers maakte men niet graag, en als men het deed, liepen de cijfers sterk uiteen.⁵⁹⁵ Hoe dan ook leerde de ervaring van de Tweede Wereldoorlog dat ziekenhuizen al snel onder grote druk kwamen te staan door de toestroom van gewonden als gevolg van oorlogshandelingen. Tijdens die oorlog was het herhaaldelijk voorgekomen dat zwaargewonde patiënten noodgedwongen in de ziekenhuisgangen lagen, in afwachting van geneeskundige behandeling. De personeelssterkte, evenals de faciliteiten en de inrichting van de gebouwen, was nu eenmaal afgestemd op de maatschappelijke behoeften in vreedestijd. Het aantal dokters, operatiezalen en ziekenhuisbedden was beperkt. Een

⁵⁹² ‘Totale oorlog tegen roken’, *Het Parool* 18 mei 1956; ‘New Yorkse politie voert „totale oorlog” met jeugdige gangsters’, *Leeuwarder courant* 7 augustus 1957; ‘Labour verklaart de oorlog aan de conservatieven’, *Trouw* 26 juni 1954.

⁵⁹³ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

⁵⁹⁴ *Ibidem*.

⁵⁹⁵ Van der Boom, *Atoomgevaar?* 118.

voor de hand liggende gevolgtrekking was dat het volledige medische potentieel in Nederland zich in oorlogstijd tot het uiterste zou moeten inspanssen. De officier-arts dr. H.M. van der Vegt confronteerde zijn vakgenoten al in 1949 met de mededeling "dat van een reële [oorlogs-]voorbereiding slechts sprake kan zijn wanneer alle militaire en burgerlijke instanties volledig samenwerken."⁵⁹⁶

In het hoogste militaire overlegorgaan werd die opvatting gedeeld. Het Comité Verenigde Chefs van Staven liet in 1951 de mogelijkheden tot samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten verkennen door een speciale werkcommissie.⁵⁹⁷ Deze bestond uit een secretaris, de twee chefs van de geneeskundige diensten en een vertegenwoordiger van de geneeskundige afdeling van de luchtmacht.⁵⁹⁸ Civiele vertegenwoordigers waren opvallend afwezig. Dat kwam omdat het in de eerste plaats ging om de geneeskundige behoefte van de krijgsmacht. Civiele inspraak werd daarbij niet nodig of wenselijk geacht.

De commissie voorzag capaciteitsproblemen bij de triage, het gewonden-transport, en het onderbrengen van patiënten, zoals al in de voorgaande hoofdstukken is besproken. Zij oordeelde ook dat het afstemmen van verantwoordelijkheden, de inzet van specialistisch personeel, de bouw van noodziekenhuizen, de inrichting van depots, alsmede de opslag van bloedtransfusiematerieel, sera, vaccins en penicilline vergaande planning vergden.⁵⁹⁹ De werkcommissie was dan ook van mening dat de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen een centraal coördinerend adviesorgaan vereisten, waarin zowel burgers als militairen zitting hadden. Het kabinet-Drees, dat over het algemeen meer bezorgd was over de overheidsfinanciën dan over de oorlogsdreiging⁶⁰⁰ liet zich overtuigen door vicepremier F.G.C.J.M. Teulings, die als minister zonder portefeuille belast was met de civiele verdediging. Om zijn argumenten kracht bij te zetten schreef laatstgenoemde in een brief aan de premier dat de coördinatie van geneeskundige maatregelen niet alleen in het belang was van de volksgezondheid, maar ook van "'s-lands schatkist."⁶⁰¹

Aldus riep de ministerraad op 16 juli 1951 de Geneeskundige Verdedigingsraad (GVR) in het leven, waarna de medische oorlogsvoorbereidingen op landelijk

⁵⁹⁶ H.M. van der Vegt, 'Hoofdstuk IV: Militair Geneeskundige Dienst' in: *Wetenschappelijk jaarbericht 1949*, 31^e jaargang (1950) 275.

⁵⁹⁷ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

⁵⁹⁸ Tot 1968 bestonden er twee militair-geneeskundige diensten: een voor de zeemacht en een voor land- en luchtmacht. Pas in 1968, op advies van de commissie Drijber werd een aparte Militair Geneeskundige Dienst der luchtmacht opgericht en werd de functie van Inspecteur der militair geneeskundige dienst Koninklijke luchtmacht ingesteld.

⁵⁹⁹ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Rapport van de Werkcommissie coördinatie der militaire en civiele Geneeskundige Diensten, 22 juni 1951.

⁶⁰⁰ Bart van der Boom, 'Oorlogsangst in Nederland', *Leidschrift* 16:1 (april 2001) 9.

⁶⁰¹ Om die reden stelde Teulings voor om een econoom aan de GVR toe te voegen, maar dat ging niet door. Nationaal Archief, Den Haag, Ministeries voor Algemeene Oorlogvoering van het Koninkrijk (AOK) en van Algemene Zaken (AZ): Kabinet van de Minister-President (KMP), nummer toegang 2.03.01, inventarisnummer 3940. Brief 'nationale geneeskundige coördinatie' van Teulings aan de minister president, 4 juli 1951.

niveau van start konden gaan, zij het dat de raad slechts een adviserende en coördinerende rol had.⁶⁰² Dat laatste was cruciaal, want tijdens de mobilisatie in 1939 waren de activiteiten van het Nederlandse Rode Kruis, de Militair Geneeskundige Diensten, de Luchtbeschermingsdienst en de Commissie Afvoer Burgerbevolking niet goed op elkaar afgestemd.⁶⁰³ De korte duur van de oorlogshandelingen tijdens de Meidagen had de organisatorische zwaktes van de Nederlandse gezondheidszorg grotendeels verborgen gelaten,⁶⁰⁴ maar duidelijk was dat de geneeskundige zorg plaatselijk veel handen tekort kwam.

Van meet af aan was de organisatie van het ziekenhuiswezen in oorlogstijd het meest omvangrijke en urgente onderwerp.⁶⁰⁵ Gezien de beperkte medische capaciteit, moest de GVR er voor zorgen dat het beschikbare potentieel in oorlogstijd tot het uiterste werd benut. In geen geval mochten in de volgende oorlog slachtoffers “op straat blijven liggen.”⁶⁰⁶ De omvangrijke taak van de GVR werd verder gecompliceerd door het feit dat in deze raad verschillende belangen naar voren kwamen. De staatssecretaris van Volksgezondheid, die als voorzitter fungeerde, had als vertegenwoordiger van de regering een beslissende stem. Aan de vergadertafel zaten verder een secretaris, de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, de directeur-generaal voor Openbare Orde en Veiligheid (namens het Ministerie van Binnenlandse Zaken), alsmede de inspecteurs van de geneeskundige diensten van de landmacht en zeemacht. Vanaf het begin bestond er van militaire zijde twijfel of de civiele leden wel voldoende oog hadden voor de “bijzondere eisen” die verbonden waren aan het militair-geneeskundige apparaat in tijden van oorlog.⁶⁰⁷ De cgs luitenant-generaal Hasselman liet dit in een brief aan zijn collega stafchefs duidelijk weten. De chef Luchtmachtstaf stond in dezen achter hem. De chef Marinestaf daarentegen vond dat de inspecteurs van de geneeskundige dienst uitstekend in staat waren eventuele afwijkende meningen in de raad te verdedigen.⁶⁰⁸ Extra militaire vertegenwoordigers of de invoering van starre richtlijnen zouden de werkwijze van de GVR alleen maar onnodig belemmeren en

⁶⁰² Bij de aanstelling van de GVR door de ministerraad in 1951 waren geen statuten opgesteld. Deze werden pas op 17 maart 1957 erkend. Laatstgenoemde datum wordt dan ook vaak (onterecht) in bronnen aangehaald als oprichtingsdatum van de GVR.

⁶⁰³ M.J. van Lieburg, 'De burger-geneeskundige dienst in mobilisatie en bezettingstijd', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* (1991).

⁶⁰⁴ *Ibidem*.

⁶⁰⁵ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief 'volksgezondheid in oorlogstijd' aan staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Minister President, 16 december 1952.

⁶⁰⁶ Nationaal Archief, Den Haag, Kabinet van de Commissaris der Koningin in Zuid-Holland, nummer toegang 3.02.42, inventarisnummer 382. Verslag van de nationale bespreking over Fallex '64 gehouden te Nunspeet op 21 en 22 april 1965 ('s-Gravenhage 1965) 46.

⁶⁰⁷ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Geneeskundige Verdedigingsraad (militaire vertegenwoordiging), brief van B.R.P.F. Hasselman aan H.J. van der Giessen, voorzitter Militair Geneeskundige Coordinatiecommissie, 11 juli 1952.

⁶⁰⁸ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3940. Geneeskundige Verdedigingsraad (militaire vertegenwoordiging), brief van viceadmiraal A. de Booy aan H.J. van der Giessen, voorzitter Militair Geneeskundige Coordinatiecommissie 26 juli 1952.

vertragen. Uiteindelijk gaven de andere stafchefs zich gewonnen voor deze argumenten, waarna zij schoorvoetend instemden met de gekozen opzet en samenstelling van de raad.

Vanaf het begin was duidelijk dat de GVR een groot aantal aspecten van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen niet voor eigen rekening kon nemen. Het werkveld was te omvangrijk en vereiste externe expertise. Bepaalde taken werden daarom gedelegeerd aan specialistische werkgroepen en commissies. Een ervan luisterde naar de naam Commissie Planning Voorbereiding Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden. Dit gezelschap van burgerambtenaren en officieren kreeg de taak een zogenaamd “medisch mobilisatieplan” te ontwerpen.⁶⁰⁹ Het onderling afstemmen van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen van de landmacht, luchtmacht en marine werd overgelaten aan de op 14 mei 1952 ingestelde Militair Geneeskundige Coördinatiecommissie (MGCC).⁶¹⁰ Hierin hadden enkel vertegenwoordigers van de drie krijgsmachtdelen zitting. Zij moesten proberen overeenstemming te bereiken tussen de departementen van Oorlog en Marine inzake de hospitalisatie van gewonden.⁶¹¹

Met de oprichting van de verschillende werkgroepen was de weg nog niet vrij van obstakels. Een terugkerende kwestie ging over de verdeling van de kosten van de noodzakelijk bevonden maatregelen. De toon werd gezet toen het departement van Volksgezondheid voor het dienstjaar 1953 een bedrag van 105.000 gulden wenste te declareren bij het Ministerie van Oorlog. Hiermee moest het salaris worden betaald van “een achttal artsen” dat zich met de inventarisatie van de medische capaciteit in Nederland bezighield, ter voorbereiding van de eventuele uitbreiding van de omvang van het ziekenhuiswezen. De minister van Oorlog en Marine C. Staf was hier niet van gediend. Hij had zich al eerder verzet tegen het idee om de kosten voor de civiele verdediging op zijn begroting te plaatsen en nu dreigde daar nog ruim een ton bij te komen.⁶¹² Hoewel hij inzag dat de volksgezondheid in oorlogstijd een belangrijke zaak was, achtte hij de krijgsmacht hiervoor niet verantwoordelijk. Daarbij kwam dat de departementen van Oorlog en Marine met hun “overbelaste begroting” (het begrotingsplafond bedroeg zes miljard) zulke extra lasten niet konden dragen.⁶¹³ De Staatssecretaris van Volksgezondheid had echter goede redenen om voet bij stuk te houden. Hij vond dat de ziekenhuisuitbreiding

⁶⁰⁹ ‘Instelling Commissie Planning Voorbereiding Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 96:II:24 (26 juni 1952) 1486.

⁶¹⁰ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Gewoon en Geheim Verbaalarchief en daarbij opgelegde bescheiden, nummer toegang 2.13.151, inv. 144-O. Instelling van een Militair Geneeskundige Coördinatiecommissie ressorterende onder de Verenigde Chefs van Staven.

⁶¹¹ De notulen van deze werkgroepen zijn tijdens het archiefonderzoek helaas niet boven water gekomen. Via de archieven van het Comité Verenigde Chefs van Staven kan wel worden achterhaald wat de belangrijkste agendapunten waren.

⁶¹² Van der Boom, *Atoomgevaar?* 37.

⁶¹³ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief C.Staf ‘volksgezondheidszorg in oorlogstijd’ aan staatssecretaris van Volksgezondheid, 10 december 1952.

vooral ten bate kwam aan het Ministerie van Oorlog, dat daarom de salarissen van de betrokken functionarissen moest betalen. De grootste gewondenstroom werd op dat moment namelijk verwacht van militaire zijde.

Hoe dan ook was het duidelijk dat de MGD niet zonder de burgerziekenhuizen kon.⁶¹⁴ De krijgsmacht beschikte in 1954 over ruim vijfduizend bedden. Het beoogde aantal was circa zeventuizend bedden. De NAVO had in een document van 10 maart 1953 echter gewaarschuwd dat het totale aantal *fixed hospital beds* na negentig dagen oorlog gelijk moest zijn aan 8 procent van de totale troepensterkte.⁶¹⁵ Aangezien de toekomstige oorlogssterkte van de krijgsmacht was voorzien op circa driehonderdduizend man, moesten er dus minstens 24.000 bedden beschikbaar zijn, maar dat was voor de MGD geen haalbare kaart. Het tekort aan medische behandel- en verpleegcapaciteit kon alleen maar door burgerziekenhuizen worden gecompenseerd. De onderhandelingen hierover vonden plaats binnen de GVR. Daarin werden de militaire belangen behartigd door de IGDKL, generaal-majoor-arts dr. J.Th. Wilkens. Met zijn burgercollega's kwam hij in de zomer van 1954 tot de afspraak dat er voor gewonde militairen 8365 bedden in burgerziekenhuizen beschikbaar kwamen, als aanvulling op de eigen hospitaalbedden.⁶¹⁶

Met deze overeenkomst was duidelijk dat de zorg voor militaire oorlogsgewonden werd beschouwd als een nationale zaak.⁶¹⁷ De traditionele scheidslijn tussen burger en militair was namelijk tijdens de Tweede Wereldoorlog verder vervaagd. In de moderne oorlog was iedereen blootgesteld aan geweld, van de soldaten in hun schuttersputjes tot de generaals in hun hoofdkwartieren, en van de arbeiders in de fabrieken tot de bevolking in de steden. De burger kwam zagezegd meer naast de militair te staan. Tegen die achtergrond nam het parlement in 1955 een nieuw wetsontwerp in behandeling. De strekking was ruwweg dat het militair gezag in oorlogstijd, na overleg met de burgerautoriteiten, extra bevoegdheden kon krijgen met betrekking tot de handhaving van de openbare orde, maar alleen als daarmee een militair belang was gemoeid. Na een lang parlementair traject werd

⁶¹⁴ G.J.S. Goverts, 'Samenwerking tussen de militair- en civiel-geneeskundige diensten in de nationale sector', *Militaire Spectator* 133:11 (1964) 540.

⁶¹⁵ SHAPE brief (AG 9040/MED-28/53 LOG) (10 maart 1953) die gericht was aan alle Defensie ministers van de NAVO, pagina 23. https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/2/125650/SGM-0601-54_ENG_PDP.pdf Later volgde nog een ander memorandum van SHAPE (AG 9040/MED-201/53 LOG) 21 juli 1953.

⁶¹⁶ Notulen GVR, Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Hilversum. Tijdens de vergadering op woensdag 21 juli 1954 kwam het zogeheten 8000-beddenplan ter sprake. Op 18 augustus werd de ontwerpovereenkomst door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgelegd aan de minister van Oorlog. Nota bene: aangezien de gevechtshandelingen zich waarschijnlijk zouden afspelen langs de IJssel, waren de extra bedden voornamelijk geconcentreerd in het westen van Nederland.

⁶¹⁷ Notulen GVR, Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Hilversum. De ministers van Oorlog en Volksgezondheid waren schriftelijk overeen gekomen dat ziekenhuizen in oorlogstijd niet zouden worden gevorderd door de krijgsmacht, wat juridisch wel mogelijk was volgens de Oorlogswet van 23 mei 1899, Stb. 128. Dit staat in een handgeschreven notitie van IGDKL Wilkens aan de CGS, 5 november 1953.

deze gedachte in de nieuwe Oorlogswet van 1964 vastgelegd.⁶¹⁸ Toch was het niet in de eerste plaats de wet, maar de erkenning van het belang van civiel-militaire samenwerking die de verdere integratie van het civiele en militaire geneeskundige potentieel stimuleerde.

Met groeiende ongerustheid

De regeling met de burgerziekenhuizen bleek geen definitieve oplossing voor het beddentekort binnen de krijgsmacht. De voorzitter van de MGCC, tevens plaatsvervangend IGDKL, Van der Giessen, had namelijk berekend dat er volgens de NAVO-verliesverwachtingen na een oorlogsperiode van negentig dagen een tekort zou zijn van circa 20.000 bedden (*Tabel 2*). Van der Giessen ging ervan uit dat het civiele beddenpotentieel met 25 procent kon worden vergroot, maar volgens hem was daarvoor in 1955 onvoldoende geld beschikbaar gesteld. Hij vond het dringend noodzakelijk dat “in deze uiterst zorgwekkende situatie ten spoedigste verandering wordt gebracht.”⁶¹⁹

Tabel 2: *Verliesverwachtingen KL 1954.*

Militaire behoefte na 90 dagen	Beddenpotentieel militair-geneeskundige formaties	Beddenpotentieel bestemd voor militairen in burger-ziekenhuizen	Totaal beschikbaar aantal bedden voor militairen	Tekort aan bedden na 90 dagen
33.630	5200 ⁶²⁰	8365	13.565	20.065

Terwijl stafofficieren van de MGD aan het puzzelen waren met het inschatten van de verliezen in een conventionele oorlog, drong de nucleaire dreiging zich verder op. Tijdens de *SHAPE Medical Planning Conference* van 2 tot 4 oktober 1952 werden reeds de eerste afspraken tussen de NAVO-landen gemaakt, met name over de omschrijving van de problematiek, de te hanteren terminologie en het gebruik van gegevens op het gebied van nucleaire wapens. Een NAVO-verslag vermeldde verder triomfantelijk dat er ambities waren uitgesproken over het aanleggen van voorraden medicamenten en de beoogde standaardisatie van medisch materieel en

⁶¹⁸ Bart van der Sloot, *De reikwijdte van de macht. Een verhandeling over staatsnoodrecht* (zp, zd) 12. Online geraadpleegd op 3-11-2022

(https://bartvandersloot.nl/onewebmedia/De_reikwijdte_van_de_macht.%201.pdf)

⁶¹⁹ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3948. Brief Van der Giessen ‘Medical Logistics Support for Central European Landforces (G3/254-Z4)’, 31 mei 1954.

⁶²⁰ Het getal 5200 ligt lager dan de eerder aangegeven 7100. Mogelijk ging het om het daadwerkelijke aantal bedden versus het beoogde aantal bedden. In elk geval wekt het inconsistentie gebruik van cijfers de indruk dat MGD zich nog in een oriënterende fase bevond, waarin nog maar weinig vaste aannames waren omtrent de medische capaciteit versus de verliesverwachting.

procedures.⁶²¹ Voorlopig bleef het daarbij. Het belangrijkste ‘wapenfeit’ was dat de medische aspecten van de nucleaire oorlogvoering op de NAVO-agenda waren gezet, zo memoreerde de eerdergenoemde *Captain Coggins* tijdens de daaropvolgende *Medical Planning Conference* in juni 1953: “A year ago in this headquarters we did not have a well-defined policy toward ABC Warfare except that the entire subject was carefully avoided. Today the Atomic bomb is regarded as another weapon in our armamentarium, and we are frankly making preparations to include it in our offensive and defensive effort.”⁶²² Men kon de invloed van de kernwapens op de oorlogvoering niet langer wegzetten als een interessant studieobject, waaraan verder geen dwingende consequenties waren verbonden.

In 1954 stond de planning voor de atoomoorlog voor het eerst nadrukkelijk op de voorgrond. Verschillende comités in de NAVO-hiërarchie gingen zich met het vraagstuk bezighouden en er klonken al voorzichtige schattingen van de slachtofferpercentages onder nucleaire omstandigheden. Tijdens de *Medical Planning Conference* van SHAPE in mei van dat jaar werd gesproken van een verdubbeling van het aantal gewonden.⁶²³ Een specialistische werkgroep (*SHAPE ABC Casualty Rates Committee*) legde de nieuwe verwachtingen op 24 mei 1954 vast in een rapport.⁶²⁴ Er moest echter nog wel de nodige overeenstemming worden bereikt over de nieuwe prognoses en dat was niet eenvoudig. In Nederland boog de MGCC zich over dit vraagstuk. Na studie bleken er echter onduidelijkheden te bestaan over tal van zaken, zoals de hospitalisatieduur, terwijl ook de onervarenheid van de troepen (met als gevolg een hogere verliesverwachting) niet was ingecalculeerd. De MGCC kwam weliswaar met nieuwe verliesberekeningen, maar stelde dat de effecten van atoomwapens buiten beschouwing waren gebleven. Het leek de commissie beter om eerst de nadere studie van SHAPE af te wachten. De minister van Oorlog en Marine nam die conclusie over en vond het beter om de GVR nog niet aan het werk te zetten met de nieuwe verliesverwachtingen voordat er meer duidelijkheid bestond. Ook moest worden belet dat de raadsleden zich zouden blindstaren op de gevolgen van een atoomoorlog, wat tot gevolg kon hebben dat aan andere geneeskundige aspecten geen aandacht meer werd besteed.⁶²⁵

Ook de bewindslieden konden hun ogen niet langer sluiten voor de groeiende nucleaire dreiging en de mogelijke consequenties daarvan. In november 1954 kregen de minister van Oorlog en het Comité Verenigde Chefs van Staven de

⁶²¹ *Shape. Changes in command structure, volume II section I, chapters I-III (1952-1953).*

https://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_archives/20121126_SHAPE_HISTORY_VOLUME_II.pdf

⁶²² Notulen *Shape Medical Planning Conference* (juni 1953) 125.

https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19530601_NU_SHAPE_AG_2030-MED-272-53_Medical_Planning_Confer.pdf

⁶²³ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 4268. Brief van A.S. Pinke (voorzitter ABC-comité) ‘logistieke problemen op geneeskundig gebied’ aan de voorzitter van de Verenigde Chefs van Staven, 11 augustus 1954.

⁶²⁴ Het rapport draagt het kenmerk (LOG 9610 MED-476/5 3) maar is helaas niet beschikbaar in *Nato Archives*.

⁶²⁵ NL-HaNA, Generale Staf, 2.13.110, inv.nr. 3942 *Memorandum atomische oorlogvoering* (GH LA S 160) van Minister van Oorlog C. Staf aan de voorzitter van het Comité Verenigde Chefs van Staven, 4 augustus 1954.

nieuwe officiële verliesverwachtingen van SHAPE onder ogen.⁶²⁶ In plaats van de eerder gehanteerde negentig dagen, ging men nu uit van zestig dagen, een vermindering van een derde. Daarentegen was het eerder gehanteerde verliespercentage van 8 procent verdubbeld - het aantal ziekenhuisbedden moest volgens de nieuwe richtlijn gelijk zijn aan (minimaal) 16 procent van de totale oorlogssterkte.⁶²⁷ De ongerustheid nam daardoor toe. Het eerdergenoemde ABC-comité had inmiddels kennisgenomen van het document en achtte de nieuwe schattingen op zich realistisch: “ook al zou men bij benadering deze schatting [16 procent] te hoog vinden, en menen te kunnen terugbrengen tot 12%, dan nog zou voor militaire doeleinden een aantal van 40.000 bedden benodigd zijn op D + 60 [zestig dagen na aanvang van het conflict, TD]”.⁶²⁸ Op 28 april 1955 drong het ABC-comité bij het Comité Verenigde Chefs van Staven aan op het nemen van passende maatregelen. Volgens het comité moest de GVR ruimte krijgen om de nodige voorbereidingen te treffen voor de hospitalisatie van de genoemde militaire en civiele slachtofferaantallen, waarbij een gebrek aan financiën de uitvoering niet mocht belemmeren.

Niet iedereen was echter overtuigd van de noodzaak van omvangrijke investeringen op korte termijn. In de navolgende discussie over de geneeskundige voorbereidingen op een atoomoorlog kwamen in feite twee groepen tegenover elkaar te staan. Aan de ene zijde stonden de medische professionals, met aan het hoofd de IGDKL en de chef Geneeskundige Dienst der Zeemacht, die verantwoordelijkheid droegen voor een adequate militaire gezondheidszorg. Het was hun taak om de belangen van de militaire geneeskunde en indirect van de patiënt te behartigen. In hun ogen was het aantal gewonden “het a-priorisch gegeven” waarop de voorbereidingen dienden te worden afgestemd.⁶²⁹ Zij vreesden, of wisten zelfs zeker, dat het nalaten van het treffen van passende maatregelen veel levens zou kosten.

Aan de andere zijde stonden de Minister van Oorlog en in mindere mate de legertop. Zij luisterden wel naar de argumenten van de geneeskundigen maar moesten ook andere defensiebelangen in het oog houden. Binnen de krijgsmacht streden tal van investeringsplannen om voorrang. De jaarlijkse defensiebegroting laat zien dat de opbouw van het legerkorps het meeste geld opslokte. Dat is op zich niet vreemd. Het was immers de gevechtskracht waarop de KL als eerste werd beoordeeld door binnen- en buitenlandse waarnemers. Dat gold veel minder voor

⁶²⁶ Het genoemde NAVO-memorandum kon niet in de archieven worden teruggevonden.

⁶²⁷ NL-HaNA, Def / Rijksverdedigingsorganisatie TNO, 2.13.205, inv.nr. 56. Brief ‘hospitalisering’ voorzitter ABC-comité viceadmiraal A.S. Pinke aan de voorzitter Verenigde Chefs van Staven, 28 april 1955.

⁶²⁸ Ibidem.

⁶²⁹ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 4268. Logistieke problemen op geneeskundig gebied (MPA 1863/CB), (eind) augustus 1954.

geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, die over het algemeen niet (en zeker niet in vreedstijd) bovenaan de militaire prioriteitenlijsten prijkten. De 'beddenkwestie', die ook nog eens stoelde op onzekerheid over aard van het komend conflict en de steeds wisselende prognoses over het aantal slachtoffers, werd uiteindelijk door de politieke leiding op de lange baan geschoven.

Het leek er soms zelfs op dat de geneeskundige zorg helemaal onderaan het prioriteitenlijstje bungelde. In een verslag van de NAVO over de logistieke capaciteiten van de afzonderlijke lidstaten, werd de medische zorg letterlijk als laatste genoemd, waarmee de indruk werd gewekt dat dat aspect er het minst toe deed. Spectaculaire verbeteringen kwamen er ook niet. De NAVO kon met klem aanbevelingen doen aan afzonderlijke lidstaten, maar kon deze niet afdwingen. Het logistieke domein bleef een nationale aangelegenheid.⁶³⁰ De vigerende verliesverwachtingen van de NAVO golden dan ook alleen als richtlijn. Zoals is gebleken, werden die richtlijnen wel serieus bestudeerd binnen de MGD. Toen het bondgenootschap bijvoorbeeld concludeerde dat de MGD op het gebied van ambulancecapaciteit een onvoldoende scoorde, gaf dat een aanzet tot verbeteringen.⁶³¹ Het substantieel vergroten of zelfs verdubbelen van de bedden capaciteit was echter onhaalbaar, zo zagen de betrokkenen al snel in.

De bondgenoten kwamen tot vergelijkbare conclusies. De NAVO was in 1954 voor de tweede maal een grootschalige inventarisatie gestart om zicht te krijgen op de gezamenlijke medische capaciteit. Daaruit kwam geen positief beeld naar voren. In het voorjaar vatte de voorzitter van de *SHAPE Medical Planning Conference* de situatie bondig samen:

“no surgeon general here present was entirely satisfied with the adequacy of his own service. There were many cogent reasons why our medical services could not attain perfection—manpower shortage, budget difficulties, other military priorities, lack of stockpiles of materiel, to name some of them. It was the responsibility of the national medical representatives forcefully to represent the medical requirements of their own services and to make the medical support of troops committed to NATO as adequate as possible.”⁶³²

⁶³⁰ Roozenbeek ed., *In dienst*, 115.

⁶³¹ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 3948. Medical Logistic Support for Central European Landforces, brief van 31 mei 1954 van voorzitter MGCC H.J. van der Giessen aan voorzitter van het Comité Verenigde Chefs van Staven.

⁶³² Notulen *Shape Medical Planning Conference* (4-7 mei 1955). Geraadpleegd juli 2022:

https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_archives/20121128_19550504_NU_SHAPE-AG2030-04-MED-1010-55-LOG_1955_SHAPE_Medic.pdf

Aan de MGD de taak om de NAVO-richtlijnen, in de eerste plaats het aantal bedden, zo adequaat mogelijk te benaderen.

Het voornaamste bezwaar van een uitbreiding van het militaire beddenpotentieel was dat dit vrijwel automatisch ten koste ging van het aantal bedden voor de burgerbevolking, terwijl daar een nog groter tekort bestond. In de nieuwe militaire veronderstelling van 1954 waren verschillende atoomdoelen in Nederland aangewezen waardoor in oorlogstijd een potentiële catastrofe dreigde. Nadat de burgerfunctionarissen van de civiele verdediging op de hoogte waren gesteld van dit onheilsscenario, werd besloten dat een paniekstemming onder de bevolking moest worden vermeden. Ten overstaan van de Eerste Kamer schetste de minister van Binnenlandse Zaken, L.J.M. Beel, in maart 1955 een donker maar tegelijk ook hoopvol beeld: "Een verwoesting van enorme afmetingen is niet te voorkomen, maar wel kunnen wij het aantal slachtoffers terugbrengen tot slechts enkele procenten van de massale verliezen, die wij zouden lijden, indien wij niets deden."⁶³³ Wat er precies moest worden gedaan liet hij bewust in het midden. Wel merkte de minister op dat de geneeskundige maatregelen in behandeling waren bij de GVR. De burger moest het met die mededeling doen. Deze weinig transparante aanpak maakte echter opvallend weinig kritische tongen los.

Tabel 3: Medische behoeftestelling 1955⁶³⁴

Behoefte en capaciteit burgersector	
Bedden voor zieke burgers	20.000
Bedden voor gewonde burgers	11.000
Bedden voor militaire gewonden	22.000
Kinderwiegen	1700
Totale behoefte	54.700
Totale beschikbaarheid	38.000
Tekort	16.700

De enige geruchten die in de pers rondgingen, gingen over de aanschaf van honderdduizend extra ziekenhuisbedden.⁶³⁵ Dit aantal werd door het kabinet bevestigd noch ontkend. Over de plannen werden zo min mogelijk details prijsgegeven. In elk geval was het voor de betrokken ambtenaren en militairen al

⁶³³ HEK, 32ste Vergadering - 22 Maart 1955, 2190.

⁶³⁴ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. 'Kosten van voorbereiding volksgezondheid in buitengewone omstandigheden', 10 juni 1955. Brief van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Algemene verdedigingsraad.

⁶³⁵ '100.000 bedden extra', *Overijsselsch Dagblad*, 24 maart 1955; 'Bij bombardement: Acht minuten vóór aanval alarm', *Trouw*, 24 maart 1955; 'Nieuwe B.B.- situatie in feite zeer logisch', *De Maasbode*, 24 maart 1955.

moeilijk genoeg om een fractie van het genoemde aantal te realiseren. De regering had zich voorgenomen dat de civiele verdediging niet te veel geld mocht kosten.⁶³⁶

De intentie, ofwel de indruk dat Nederland voorbereidingen trof op een onverhoopte oorlog, was veel belangrijker. Vanuit die gedachte initieerde de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid J.G. Suurhoff op 10 mei 1955 een plan voor de aanschaf van zeventienduizend bedden (*Tabel 3*) om het voorziene tekort in een conventionele oorlog aan te vullen.⁶³⁷ Deze bedden, die 400 gulden per stuk kostten, dienden te worden aangeschaft en opgeslagen, zodat deze in oorlogstijd konden worden bijgeplaatst in bestaande ziekenhuizen en in daarvoor geschikte gebouwen in de nabije omgeving. Het totaalbedrag was geraamd op 16 miljoen gulden. Hierbij inbegrepen waren de kosten voor personeel, bloedtransfusiemateriaal, ziekenvervoer en ontsmetting, evenals basale zaalbenodigdheden en verplegingstoebehoren, zoals dekens, beddengoed, linnengoed, washandjes, handdoeken, ondersteken en waskommen.

In dit plan waren geen voorzieningen opgenomen voor de hospitalisatie van atoomschlachtoffers. De secretaris van de Algemene Verdedigingsraad,⁶³⁸ O.W.S. Josephus Jitta, stelde daarom terecht dat het berustte op achterhaalde strategische veronderstellingen, maar ook hij kon er niets aan veranderen. Aan een omvangrijker voorbereiding op een atoombomoorlog waren uiteraard veel hogere kosten verbonden. Volgens de stuksprijs uit het voorstel van Suurhoff zou de aanschaf van honderdduizend extra bedden neerkomen op 40 miljoen gulden, om niet te spreken over de bijkomende kosten voor personeel en aanvullend materiaal. Een dergelijke post op de rijksbegroting was op dat moment onaanvaardbaar, en ook later in de Koude Oorlog zijn zulke plannen nooit gerealiseerd. Het lijkt erop dat ook elders de politieke wil ontbrak zulke investeringen te doen, want voor zover bekend was de geneeskundige dienst van geen enkel land adequaat voorbereid op de slachtofferprognoses die de NAVO voorschotelde.

Om die reden – en dat was tekenend voor de omgang met de kernwapendreiging – besloot de NAVO om de prognoses voor een oorlogsscenario te reduceren naar een meer behapbaar scenario, dus van negentig dagen begin 1954, naar zestig dagen (tweede helft 1954) naar dertig dagen. Nieuwe verliesschattingen van SHAPE verschenen in februari 1957: de Nederlandse krijgsmacht diende voorzieningen te treffen voor bijna 26.000 militaire patiënten voor één maand, bij een beperkt gebruik van nucleaire wapens

). De nieuwe doelstellingen leken behapbaar. Inmiddels had de krijgsmacht 8500 bedden in eigen beheer; en als gezegd waren eerder 8000 bedden in

⁶³⁶ Zie de conclusies in: Van der Boom, *Atoomgevaar?*, 311.

⁶³⁷ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. 'Kosten van voorbereiding volksgezondheid in buitengewone omstandigheden', 10 juni 1955. Brief van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Algemene verdedigingsraad.

⁶³⁸ De Algemene Verdedigingsraad was een college uit de Ministerraad waarin de coördinatie tussen militaire en civiele verdediging plaatsvond.

burgerziekenhuizen ‘gereserveerd’. Nu moest dat laatste aantal worden verhoogd tot 17.500 bedden. Ook in de burgersector werden plannen gesmeed om op termijn extra bedden aan te schaffen.

Tabel 4: NAVO-verliesverwachting voor de eerste dertig oorlogsdagen, februari 1957.⁶³⁹

	Conventioneel	Nucleair	Totaal
Koninklijke Landmacht	14838	5052	19890
Koninklijke Luchtmacht	1330	1820	3150
Koninklijke Marine	997	1820	2817
Totaal	17165	8692	25857
Beschikbare bedden in hospitalen	-	-	8500
Reeds ‘gereserveerde’ bedden in burgerziekenhuizen	-	-	8000
Tekort	-	-	9357

Bij de hospitalisatie van militairen op hogere echelons bleef het grootste probleem evenwel welk ministerie er voor de kosten moest opdraaien. De ‘beddenkwestie’ was inmiddels op het hoogste politieke niveau in behandeling genomen. Minister van Oorlog Staf erkende de noodzaak van extra bedden, maar wilde daarvoor geen geld van zijn begroting beschikbaar stellen, tot verontwaardiging van minister Suurhoff van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Laatstgenoemde stelde dat hij onder conventionele omstandigheden al rekening moest houden met 23.000 burgergewonden. Voor het onderbrengen van 17.500 militairen was geen plaats, waardoor het scenario dreigde dat er in oorlogstijd patiënten op straat zouden blijven liggen. Hiervoor wenste Suurhoff geen verantwoordelijkheid te dragen. Er was geld nodig voor de uitbreiding van de bestaande ziekenhuiscapaciteit. Omdat de krijgsmacht al een groot beslag legde op die capaciteit moest het ook daarvoor gaan betalen.⁶⁴⁰ Indien de minister van Oorlog dat weigerde, dan moest hij rekening houden met de consequenties. Suurhoff overwoog om de eerder gemaakte afspraak voor de ‘reservering’ van achtduizend militaire bedden in burgerziekenhuizen ongedaan te maken.

Onder druk van de minister van Volksgezondheid stelde minister Staf in 1958 een bedrag van 10 miljoen gulden ter beschikking voor de aanschaf en opslag van 17.500 ‘noodbedden’ inclusief toebehoren voor de verpleging.⁶⁴¹ Daarmee was de kwestie echter nog niet afgedaan. In de loop van 1961 ontving de IGDKL nieuwe

⁶³⁹ Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 1 juli 1957. Handgeschreven notitie behorend bij agendapunt 6.

⁶⁴⁰ Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 1 juli 1957. Aldaar bijlage I (behorend tot agendapunt 6).

⁶⁴¹ ‘Overschot aan ziekenhuisbedden kost f 1,5 miljard’, *Algemeen Dagblad*, 30 oktober 1980.

verliesverwachtingen van SHAPE. Die gingen uit van 34.000 militaire slachtoffers zodat opnieuw een beddentekort dreigde. In dat kader vroeg Van der Giessen tijdens de vergadering van de GVR op 6 oktober 1961 hoe het stond met de realisatie van het '17.000-beddenplan'.⁶⁴² Tot zijn ontzetting bleek daar nog maar heel weinig van terechtgekomen. Slechts een deel van de noodzakelijke aankopen was gedaan omdat er in Nederland een gebrek aan opslagruimte bestond. Een deel van de eerder aangewezen magazijnen bleken bij nader inzien niet geschikt voor langdurige opslag, zodat nieuwbouw nodig was. Van der Giessen stak zijn teleurstelling niet onder stoelen of banken en herinnerde de raadsleden aan het bedrag van 10 miljoen gulden dat was betaald voor het beddenplan. Daarop werden van civiele zijde wel toezeggingen gedaan, maar de uitvoering nam uiteindelijk ruim een decennium in beslag.⁶⁴³ Van der Giessen zou de voltooiing van het '17.000-beddenplan' tijdens zijn dienstjaren niet meer meemaken.⁶⁴⁴ De moeizame aanschaf van extra bedden laat duidelijk zien dat de civiele verdediging geen politieke prioriteit had. De grenzen van het haalbare leken voorlopig bereikt.

Een nieuw organisatieplan

Naast de aanschaf en opslag van medisch materieel, was ook een zo efficiënt mogelijke organisatie van de beschikbare middelen van essentieel belang binnen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Halverwege de jaren vijftig begonnen deskundigen te werken aan de contouren van een draaiboek voor ziekenhuizen tijdens een mobilisatie. Het doel was om snel plaats te kunnen bieden aan gewonde burgers en militairen. In maart 1957 introduceerde de GVR een conceptplan: de Ziekenhuisorganisatie in Buitengewone Omstandigheden (ZIBO). Deze organisatie-structuur bestond in vreedstijd alleen op papier. In oorlogstijd omvatte zij alle relevante civiele geneeskundige inrichtingen in Nederland, waarvoor twee belangrijke regelingen in werking traden. Allereerst moesten alle ziekenhuizen de helft van hun bedden beschikbaar stellen voor gewonde burgers en militairen.⁶⁴⁵ Patiënten die "ziekenhuisbehandeling en -verpleging niet strikt nodig hebben" dienden plaats te maken voor ernstiger gevallen.⁶⁴⁶ De weggestuurde patiënten konden terecht in verpleeghuizen en andere zorginstellingen.⁶⁴⁷ Geheel nieuw was

⁶⁴² Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 6 oktober 1961. Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum.

⁶⁴³ Rijksbegroting voor het dienstjaar 1969, Hoofdstuk III - Algemene Zaken, 48.

⁶⁴⁴ Het plan was eind jaren zestig min of meer gereed, nadat generaal-majoor-arts Van der Giessen op 1 januari 1966 de dienst had verlaten. Hij zou twee jaar later overlijden: Redactie, 'In memoriam generaal-majoor-arts Dr. H.J. van der Giessen', *NMG* 21:7 (1968) 193.

⁶⁴⁵ De bronnen zijn over de exacte aantallen niet met elkaar in overeenstemming. Hier wordt in 1958 uitgegaan van een totaal van 50.000 bedden.

⁶⁴⁶ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief 'Volksgezondheid in oorlogstijd' van staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Minister President, 16 december 1952, behandeld in de ministerraad 17 december 1952.

⁶⁴⁷ Rijksbegroting voor het dienstjaar 1953 (Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid); Eindverslag der Commissie van Rapporteurs, Memorie van Antwoord, 20.

deze maatregel overigens niet. In december 1950 was een soortgelijke aanbeveling gedaan,⁶⁴⁸ en in het voorschrift van het Nederlandse Rode Kruis uit 1938 viel ook al te lezen dat tijdens een mobilisatie in ieder geval 60% van de burgerpatiënten uit de ziekenhuizen moesten worden verwijderd (een richtlijn die trouwens in mei 1940 niet consequent is uitgevoerd).⁶⁴⁹ Ook in het buitenland bestonden zulke regelingen.

De andere regeling in het kader van de ZIBO was wel nieuw, namelijk de oprichting van speciale overlegorganen waarin zowel vertegenwoordigers van de MGD als de burgerautoriteiten zitting hadden. Zij moesten de gewondenstroom in oorlogstijd in goede banen leiden en ervoor zorgen dat zoveel mogelijk gewonden in een ziekenhuisbed terecht kwamen. Verderop zal uitgebreid worden stilgestaan bij de werking van deze overlegorganen. Hier moet vast worden opgemerkt dat die werking eind jaren vijftig nog onbepoefd was. Ook waren er nog geen concrete richtlijnen en adviezen waarmee het ziekenhuispersoneel in oorlogstijd uit de voeten kon. De eerste praktische richtlijnen verschenen pas in 1964, gevolgd door verschillende verbeterde edities.

De ZIBO was dus in feite een draaiboek voor de geneeskundige voorzieningen in oorlogstijd, maar de organisatie bestond nog louter op papier. Vanaf de jaren zestig werden pas materiële voorzieningen getroffen, waarover straks meer. Net als de instelling van de GVR en het beschikbaar stellen van ziekenhuisbedden voor militairen, was de ZIBO belangrijk in de ontwikkeling van het hospitalisatiebeleid, dat steeds meer was gericht op samenwerking tussen de militaire en civiele geneeskundige instanties. De praktijk werd er echter niet eenvoudiger op. Waar de MGD de gewondenzorg eerst volledig in eigen hand had, werd de dienst in jaren vijftig en zestig steeds afhankelijker van de civiele partners. Dat betekende dat steeds meer afspraken nu formeel moesten worden vastgelegd, terwijl ook de civiel-militaire interactie in goede banen moest worden geleid.

Onoplosbare problemen

Ernstiger dan de organisatorische belemmeringen waren de olopemde verliesverwachtingen in de burgersector. Vergeleken met die cijfers verbleekten de medische capaciteitsproblemen binnen de MGD. Tijdens de eerste civiel-militaire stafoefening *Side Step*, die eind september 1959 plaatsvond, ging men al uit van een scenario met bombardementen die 200.000 doden, 200.000 gewonden en 200.000 daklozen in de burgersector tot gevolg hadden. Tijdens de nabespreking benadrukte de directeur van het Defensie Studie Centrum, luitenant-generaal Th.E.E.H. Mathon,

⁶⁴⁸ Deze regeling was vastgelegd in het vuistdikke 'eerste coördinatie rapport burgerlijke verdediging' van december 1950, samengesteld door de in juni 1950 ingestelde Coördinatiecommissie burgerlijke verdediging.

⁶⁴⁹ Zie: L. van Bergen, 'Barmhartig zijn: wat is dat moeilijk. Het 'Nederlandsche Rode Kruis en de Tweede Wereldoorlog', *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 14 (1991) 240-253.

dat er in de toekomst met dergelijke aantallen slachtoffers moest worden gerekend. Ook de door de NAVO geleide civiel-militaire oefening *Fallex '62* ging uit van zulke cijfers. F.R. Mijnlief, directeur Openbare Orde en Veiligheid van het Ministerie van Binnenlandse Zaken – die tevens zitting had in de GVR – beschouwde een dergelijk scenario als een “uitstekende richtlijn voor datgene waarop de civiele verdediging in ons land zich moet blijven voorbereiden.”⁶⁵⁰

Met de stijgende verliesverwachtingen groeiden de medisch-logistieke problemen. Tijdens *Side Step* waren de eerdergenoemde 200.000 gewonden niet evenredig verspreid over het land. Lokale pieken in het gewondenaanbod zorgden volgens een functionaris van de ZIBO voor “onoplosbare problemen”.⁶⁵¹ Na een tweede gesimuleerde atoombomaanval op Rotterdam ontstond er in zijn regio een tekort van tienduizend ziekenhuisbedden. In zulke situaties bleven militaire patiënten verstoken van medische zorg. Zelfs het bieden van onderdak aan patiënten in noodopvanglocaties (onder andere hotels, kerken, veilinggebouwen en bollenschuren) bleek zeer lastig. Met het beschikbare aantal auto's zou hun transport dagen in beslag nemen, terwijl ook de opvang in dergelijke onvoorbereide locaties zelf “hoogst onbevredigend moet worden geacht.”⁶⁵²

Tijdens *Fallex '62* bleek opnieuw dat er onvoldoende bedden beschikbaar waren voor alle oorlogsslachtoffers. Mathon trok de ontnuchterende conclusie dat die er ook niet zouden komen.⁶⁵³ Het eindrapport van *Fallex '64* kwam tot dezelfde slotsom: “Wij weten dat er een tekort is aan opnamecapaciteit en verplegingscapaciteit in elk land. Wij kunnen dat niet oplossen en elk slachtoffer een adequate behandeling geven.”⁶⁵⁴ Tot overmaat van ramp liepen de verliesverwachtingen in de komende jaren nog verder op. Schattingen van eind 1962 veronderstelden 450.000 gewonden, in 1968 waren het er 800.000, terwijl de cijfers van sommige onderzoeksgroepen zelfs daarboven zaten.⁶⁵⁵ In dit licht was het steeds moeilijker vol te houden dat de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen op de goede weg waren.

In 1969 ging de civiel-militaire stafoefening *Zuid* nog steeds uit van een oorlogssituatie waarin zowel conventionele als nucleaire wapens op Nederlands grondgebied werden ingezet. Ten gevolge van deze aanvallen moesten duizenden

⁶⁵⁰ F.R. Mijnlief, ‘De Civiele Verdediging en haar grenzen’, *Orgaan van de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap* 3 (1963-1964) 72.

⁶⁵¹ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslagen van de internationale Nato-oefening *Side Step*. Opmerkingen P.I.D.-Zuid-Holland naar aanleiding van oefening “*Side Step*”, pagina 6.

⁶⁵² *Ibidem*.

⁶⁵³ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslag van de nationale bespreking te Budel van oefening “*Side Step*”.

⁶⁵⁴ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 382. Verslag van de nationale bespreking over *Fallex '64*, hoofdstuk 11. volksgezondheid en drinkwatervoorziening, pagina 46.

⁶⁵⁵ Van der Boom. *Atoomgevaar?*, 118.

burgers “en enkele militairen” worden gehospitaliseerd.⁶⁵⁶ De MGD in Territoriaal gezagsgebied Zuid rekende erop dat er 5200 gewonde militairen konden worden ondergebracht in burgerziekenhuizen. Opnieuw was het aantal burgergewonden echter zo hoog, dat al snel voor militairen geen plaats meer was in de ziekenhuizen. Onderkoeld schreef een luitenant-kolonel van de Geneeskundige troepen dat het “niet eenvoudig” was om de aangeboden militaire patiënten “binnen redelijke tijd” in een ziekenhuisbed te krijgen.⁶⁵⁷ Een evaluatierapport vermeldde dat de hospitalisatie van slachtoffers in de eerste dagen van een rampsituatie blijkens de ervaringen “een hoogst moeilijke, zo niet onmogelijke zaak” was vanwege “een overmatig groot aantal burgerslachtoffers, geen capaciteit aan normale ziekenhuisbedden.” Verder was het afvoeren van patiënten naar ziekenhuizen “niet reëel, aangezien de tijdens de oefening ingerichte noodziekenhuizen in zo’n kort tijdsbestek onmogelijk daarvoor konden worden ingericht (...), nog afgezien van de vraag, of er voor al deze noodziekenhuizen chirurgische teams beschikbaar zijn.”⁶⁵⁸

De burgerbevolking was nauwelijks op de hoogte van de rampzalige verliesverwachtingen. Degenen die leiding hadden over grootschalige militaire en civiele medische oefeningen deelden zulke cijfers niet, want het bekendmaken van grote aantallen doden en gewonden kon negatieve repercussies hebben. De publieke ophef naar aanleiding van de NAVO-stafoefening *Carte Blanche* in 1955 had de autoriteiten daarvan bewust gemaakt. Journalisten waren toen te weten gekomen dat er tijdens het oefenscenario meer dan driehonderd (!) atoombommen waren ingezet, terwijl ook aan het licht was gekomen dat de West-Duitse regering in Bonn er bij de NAVO op had aangedrongen om dit niet publiek bekend te maken.⁶⁵⁹ Toen dit nieuws naar buiten kwam, leidde dat tot grote politieke verontwaardiging in de Bondsrepubliek en daarbuiten. Het vertrouwen in de afschrikingsstrategie liep een deuk op.⁶⁶⁰ Hiervan leerde de NAVO vooraf duidelijk te bepalen wat de pers wel en niet mocht weten. In het eindrapport stond te lezen: “Headquarters directing exercises should arrange their public relations treatments or exercises so as to disseminate the maximum amount of information while recognizing the political pitfalls to be avoided.”⁶⁶¹

Omdat de informatiestroom richting het publiek doorgaans zorgvuldig werd georkestreerd, bleef het voor de gemiddelde krantenlezer gissen wat voor een

⁶⁵⁶ G.J. Bremerkamp, ‘De samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten’, *Polsslag* 4-4 (juli 1970) 12.

⁶⁵⁷ Ibidem.

⁶⁵⁸ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 374. Eindverslag Provincie Noord-Brabant van Oefening-Zuid 1969, pagina 6.

⁶⁵⁹ Er werd gesproken van 335 atoomwapens: Thomas F. Brady, ‘Atomic attacker is held favored’, *New York Times* 29 juni 1955. De juistheid van dit getal doet hier verder niet ter zake: het gaat hier om het zorgwekkende verhaal dat in de pers circuleerde.

⁶⁶⁰ Robert T. Davis II, ‘Cold War Infamy: NATO Exercise Carte Blanche’ in: Beatrice Heuser, Tormod Heier en Guillaume Lasconjarias eds., *Military Exercises: Political Messaging and Strategic Impact* (Rome 2018) 64.

⁶⁶¹ Report by the Standing Group to the North Atlantic Military Committee on NATO exercises, 1955 (28 may 1956).

soort oorlog het uitgangspunt vormde tijdens oefeningen van de krijgsmacht of de BB. In de berichtgeving rond grote oefeningen zoals *Side Step* benadrukten de Defensiewoordvoerders de noodzaak dát de civiel-militaire interactie werd beoefend. Draaiboeken en officiële verslagen van dergelijke oefeningen verschenen niet in de openbaarheid. De pers moest zich hierbij neerleggen. Een verzoek om aanvullende informatie werd in (minstens) één geval afgewimpeld met de mededeling vanuit Defensie dat “het uitwerken van de binnengekomen rapporten niet voor het einde van het jaar gereed zal zijn.”⁶⁶² Om de berichtgeving over oefeningen van de krijgsmacht of de BB toch te voorzien van enige *couleur locale*, gaven journalisten soms het woord aan de deelnemers. Maar ook zij onthulden geen militaire geheimen – simpelweg omdat ze geen toegang hadden tot geclassificeerde informatie. De kritiek van de deelnemers ging meestal over de tijd die zij hadden moeten investeren in wat zij zagen als irrelevante activiteiten.⁶⁶³

De beperkte oorlog

Ofschoon de officiële verliesverwachtingen dus geclassificeerd waren, namen krantenlezers wel kennis van de verwoestende effecten van kernwapens. Het aantal en de kracht van de kernwapens waarover de Sovjet-Unie en de VS inmiddels beschikten waren enorm toegenomen. In 1961 bracht Moskou de 50 megaton zware *Tsar Bomba* (de krachtigste waterstofbom ooit) tot ontploffing op Nova Zembla. De hitte die bij de explosie vrijkwam, kon op een afstand van 100 kilometer derdegraads brandwonden veroorzaken. In Finland was de explosie zichtbaar en zelfs voelbaar. De seismische schokgolf ging driemaal rond de aarde.⁶⁶⁴ Ten aanzien van zulk geweld groeide het gevoel van onmacht. Geen regeringsfunctionaris kon nog beweren dat men op alle oorlogsscenario's was voorbereid. De gemiddelde burger trapte daar niet in. Een adequate medische voorbereiding op een oorlog met kernwapens was een illusie, zelfs als er voldoende politieke wil zou zijn om over te gaan tot een substantiële uitbreiding van de medische capaciteit.

Desalniettemin was het politiek onwenselijk om dan maar volledig een einde te maken aan de beschermende maatregelen voor de burgerbevolking. Er waren nog genoeg redenen om voorbereidingen te treffen voor een ander scenario dan een nucleaire holocaust. De blik werd daarom verlegd naar de voorbereidingen voor de zogenaamde ‘beperkte oorlog’. Die werd in de eerste plaats gevoerd met conventionele wapens, en eventueel met chemische strijdmiddelen. Vijandelijke aanvallen zouden vooral gericht zijn op militaire installaties. Het gebruik van kernwapens werd in het scenario van de beperkte oorlog bewust vaag gehouden, want

⁶⁶² “Papieren” NATO-oefening Side Step van start’, *De Zuid-Limburger* 21 september 1959.

⁶⁶³ ‘Wat was zin van BB-oefening?’, *Nieuwsblad van het Noorden* 26 maart 1963.

⁶⁶⁴ E. Farkas, ‘Transit of Pressure Waves through New Zealand from the Soviet 50 Megaton Bomb Explosion’, *Nature* 4817 (1962) 765-766.

er viel nauwelijks rekening mee te houden. Mocht het onverhoopt toch zover komen, dan was het voor de hulpdiensten vooral een kwestie van improviseren.

Deze koerswijziging kwam niet uit de lucht vallen, maar werd in de loop van de jaren zestig logisch onderbouwd. Een directe kernoorlog met de Sovjet-Unie leek in die periode steeds minder waarschijnlijk. Met de vernietiging van het westelijk halfmond was geen enkel politiek doel gebaat. Dat werd eens te meer duidelijk door de Cubacrisis in oktober 1962. De leiders van de supermachten hadden toen over de rand van de nucleaire afgrond gekeken en waren daarvan zo geschrokken dat zij concrete stappen zetten om de risico's op een kernoorlog zo klein mogelijk te maken. De in hoofdstuk 2 en 3 besproken NAVO-strategie van *Flexibility in response* moest het bondgenootschap minder afhankelijk maken van de vroegtijdige inzet van kernwapens. Mocht er ondanks allerhande diplomatieke initiatieven toch onverhoopt een oorlog uitbreken, dan leek het waarschijnlijker dat een dergelijk conflict lokaal begon, bijvoorbeeld aan de zuid- of noordflank van het NAVO-territoire, waarbij zoals gezegd eerst beperkte geweldsmiddelen werden gebruikt.

Als men een dergelijk scenario als uitgangspunt nam, kon men volhouden dat de oorlogsvoorbereidingen geloofwaardig waren. Dat was nodig, omdat de Nederlandse regering als trouwe NAVO-bondgenoot moest blijven uitstralen dat het actief deel uitmaakte van de bondgenootschappelijke verdediging en dat het bereid was de daaraan verbonden consequenties te dragen. Het verkondigen van die boodschap was fundamenteel, anders zou de strategie van afschrikking immers falen. Investerings in de militaire en civiele verdediging (hoe beperkt die laatste soms ook waren) vormden samen met een politiek eensgezinde NAVO de beste garantie op vrede. Vanuit die symbolische optiek had de ZIBO dus nog altijd bestaansrecht.

Een aanpassing van het scenario had ook nog een ander doel. In de wetenschap dat de voorbereidingen op een beperkte oorlog zinvol waren, bleven ook de betrokken functionarissen gemotiveerd. Zij keken niet zozeer naar de symbolische betekenis van hun inspanningen, zoals de regering deed, maar naar de praktische waarde ervan. Voor hun was het zaak om de rampenplannen uitvoerbaar te maken. Dat was pure noodzaak voor het geval dat er onverhoopt een oorlog uitbrak: men kon het immers nooit zeker weten. Dat ook het gebruik van kernwapens niet kon worden uitgesloten, namen zij voor lief. 'Iets doen is beter dan niets doen' bleef het motto, ook in een scenario waarin het nationaal medisch potentieel ernstig tekort zou schieten. Medisch-ethisch gezien was het redden van enkele levens nog altijd beter dan helemaal geen levens redden. Ook in andere takken van de civiele verdediging werd die filosofie onderschreven.⁶⁶⁵ De eerdergenoemde dr. Grond zei daarover in *de Telegraaf*: "Wij kunnen, als de ramp van een oorlog over ons mocht komen, die ramp niet verhinderen. Maar we kunnen er wel

⁶⁶⁵ *Rapport over de schuilgelegenheid van de bevolking*. Commissie Schuilgelegenheid, Ministerie van Binnenlandse Zaken (Den Haag 1970).

iets aan doen die ramp iets minder ernstig te doen zijn.”⁶⁶⁶ De achterliggende ethiek komt in het volgende hoofdstuk nader ter sprake.

Op beleidsniveau had deze koerswijziging toch wel iets merkwaardigs. De sociaal geneeskundige en polemoloog J.A. Verdoorn stelde later cynisch dat de civiele verdediging in feite niet werd afgestemd op de ‘realiteit’ van de moderne thermonucleaire oorlog – de oorlog moest zich maar aanpassen aan de civiele verdediging die de natie kon opbrengen. In zijn ogen construeerden beleidsmakers een oorlog die binnen de grenzen van de financiële en materiële mogelijkheden van beveiliging viel.⁶⁶⁷ Veel beter was het volgens hem om ronduit te aanvaarden dat elke toekomstige oorlog dreigde te escaleren in een totale nucleaire oorlog, waarin van georganiseerde hulpverlening geen sprake kon zijn. Een bekend onderzoeksrapport van een groep Amerikaanse medici uit 1961 had al overtuigend aangetoond dat de hulpdiensten van een moderne stad bij een thermonucleaire aanval machteloos stonden. Gezien deze conclusie was het moreel onverantwoord om het publiek een rad voor ogen te draaien door te beweren dat er sprake kon zijn van een georganiseerd ziekenhuiswezen in oorlogstijd. Verdoorn sloot zich aan bij de opvatting dat alle inspanning moest worden gericht op oorlogspreventie. Dit standpunt werd ook uitgedragen door andere medici.⁶⁶⁸

De artsen hadden gelijk. Tegen een kernoorlog was geen organisatie opgewassen. Dat scenario was te extreem. Maar de handdoek in de ring gooien was ook onwenselijk, want dat zou kunnen worden opgevat als een signaal dat Nederland niet weerbaar was. Dat zou ten koste kunnen gaan van de geloofwaardigheid van de bondgenootschappelijke afschrikingsstrategie. Nederland moest uitstralen dat het desnoods bereid was het gewapende conflict aan te gaan. Een keuze voor de middenweg lag daarom voor de hand. De regering koos voor voorbereidingen op een beperkt oorlogsscenario, waarin de hulpverleners beslist een kans maakten. Die keuze viel ook logisch te onderbouwen. Want in feite wist niemand of de volgende oorlog nucleair zou zijn, ook de militaire inlichtingendiensten tastten daarover in het duister. De capaciteit van de vijand was evident, maar zijn intenties waren dat niet. Vanuit die onzekerheid kon worden geredeneerd dat de volgende oorlog – als die onverhoopt uitbrak – (wellicht) conventioneel zou blijven. Op dat scenario moesten de geneeskundige voorbereidingen zijn afgestemd. Een alternatief was er niet. Zolang een relatief goedkope civiele verdediging kon bijdragen aan vrede en veiligheid, zowel in praktische als symbolische zin, leken alle partijen tevredengesteld.

⁶⁶⁶ ‘Voorlichtingsactie over A-bescherming’, *De Telegraaf* 27 oktober 1961.

⁶⁶⁷ J.A. Verdoorn, *Arts en oorlog. medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa* (Rotterdam 1995).

⁶⁶⁸ J. van der Bijl, ‘Wageningen en Omstreken’, *Medisch Contact* 24 (november 1961) 739.

Samenwerking en integratie

Behalve het aanpassen van het oorlogsscenario, voltrok zich in de jaren zestig nog een andere belangrijke ontwikkeling. Door de sterk oplopende verliesverwachtingen aan civiele zijde, die ook in een beperkte oorlog nog zeer groot waren, was het moeilijker te rechtvaardigen dat de krijgsmacht volgens de plannen een buitenproportioneel beslag legde op de totale medische capaciteit in Nederland. Medio 1964 had de MGD, die ongeveer 30.000 gewonden verwachtte, bijna achtduizend oorlogsbedden in eigen beheer en nog eens 17.000 bedden 'gereserveerd' in burgerziekenhuizen (*Tabel 5*), terwijl juist in de burgerziekenhuizen enorme tekorten aan opvangruimte voor patiënten werden verwacht. Hierbij kwam dat de landmacht en de luchtmacht (de KM niet meegerekend) tijdens een mobilisatie tezamen maar liefst 40 procent van de artsen aan het Nederlandse potentieel zouden onttrekken.⁶⁶⁹ Om die scheve verhoudingen enigszins recht te zetten, lagen een reorganisatie en integratie van het militaire en civiele medische potentieel voor de hand. Voor Defensie kon dat een kostenbesparing met zich meebrengen.

*Tabel 5: Medische capaciteit 4e en 5e echelon, 1964.*⁶⁷⁰

Hospitaalformaties	Bedden in oorlogstijd
745, 746, 747 en 747 Veldhospitaalbataljons (mob.)	1600 (4 x 400)
Gewestelijk Hospitaal Arnhem	200
Gewestelijk Hospitaal Amersfoort	400
Gewestelijk/752 Algemeen hospitaal (mob.) Assen*	2000
Algemeen hospitaal (mob.) Laren en Bussum	1000
Kantonnementshospitaal (mob.) Voorhout	500
755 Kantonnementshospitaal (mob.) Dongen	500
Centraal Militair Hospitaal 's-Gravenhage	400
Centraal Militair Hospitaal Utrecht (MHAM)	1000
Marine Hospitaal Overveen	200
Totaal aantal bedden:	7800

⁶⁶⁹ G.H. Louwen, 'Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten' *Militaire Spectator* 141:6 (1972) 287.

⁶⁷⁰ Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 106. De Militair Geneeskundige Dienst KL en KLu in oorlogstijd (5945/geheim), 27 juli 1964, pagina 20-21.

Het onderzoek naar een betere samenwerking en integratie van de militaire en civiele geneeskunde was door de minister van Defensie in mei 1964 toevertrouwd aan de Commissie Militair Geneeskundige Diensten. De voorzittershamer was in handen van de jurist J. Drijber, een opvallende keuze omdat hij geen militaire of medische achtergrond had.⁶⁷¹ Waarschijnlijk was hij aangesteld omdat hij de nodige ervaring had met de voorzittersrol en niet in dit complexe onderwerp was ingewijd. Hij voegde zagezegd de 'frisse blik' van een buitenstaander toe aan de discussie. Naast de neutrale Drijber namen civiele deskundigen op het gebied van geneeskunde, organisatie en management zitting in de commissie, waarin de militaire belangen werden behartigd door de inspecteurs van de geneeskundige diensten van de drie krijgsmacht delen.

De commissie, die ruim twee jaar de tijd nam om het vraagstuk van alle kanten te belichten, informeerde de beleidsmakers tussentijds door middel van rapporten. Daarbij ging het niet alleen om de mogelijkheden omtrent civiel-militaire samenwerking, maar ook de verdere integratie of coördinatie van de geneeskundige diensten van de krijgsmacht delen kwamen aan bod. Verder passeerden de civiel-militaire gezagsverhoudingen op geneeskundig gebied de revue. Tot slot kwam de meerwaarde van de militaire hospitalen en het sanatorium in Amersfoort ter sprake, evenals het vraagstuk van de vrije artskeuze voor beroepsmilitairen (een onderwerp dat niet direct gerelateerd is aan de oorlogsvoorbereidingen en daarom verder niet ter sprake komt).

De commissie Drijber – en dan ging het hier met name om de opvatting van de inspecteurs van de geneeskundige diensten – achtte het bestaan van de MGD van vitaal belang voor het bewaken en waar mogelijk bevorderen van de inzetbaarheid van de krijgsmacht. Maar zij oordeelde dat de militair-geneeskundige voorbereiding op de oorlogsfunctie nog belangrijker was:

“De vredesfunctie van de militair geneeskundige diensten is in de eerste plaats het treffen van noodzakelijke maatregelen voor een adequate geneeskundige verzorging en begeleiding van de militair in oorlogstijd. (...) Vooral voor de eerste opvang en behandeling van in rechtstreeks met de vijand vallende slachtoffers is het nodig, dat de militair geneeskundige diensten een eigen apparaat opbouwen. Naarmate de medische hulpverlening op een hoger echelon wordt gebracht, is de samenhang met de civiele sector groter.”⁶⁷²

⁶⁷¹ Als gemeentepoliticus voor de VVD schopte Drijber het tot wethouder in Leiden (1958-1961) en daarna tot burgemeester van Middelburg (1961-1969), Zwolle (1969-1980) en Arnhem (1980-1989). Hij was daarnaast voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De burgervader had tevens zitting in diverse commissies, waaronder dus de Commissie Militair Geneeskundige Diensten.

⁶⁷² *Rapport van de Commissie Militair Geneeskundige Diensten* (z.p 1967) A4.

Vanuit dit standpunt werkte de commissie haar aanbevelingen uit. Als eerste stelde zij dat de opvang en behandeling van militaire gewonden op de lagere echelons onmogelijk kon worden overgelaten aan burgerinstanties. De geneeskundige dienst binnen het legerkorps mocht daarom niet worden aangetast. Wel stelde de commissie dat de hospitalen in het achterland meer gelijkenis vertoonden met burgerziekenhuizen. De commissie besloot dat er op dit niveau (of preciezer gezegd: dit echelon) meer samenwerking kon en moest plaatsvinden, want “artsen, ziekenhuisbedden e.d. zijn [in oorlogstijd], ten opzichte van de te verwachten grote aantallen civiele en militaire gewonden, in te beperkte mate voorhanden. Een verdeling van het nationale potentieel over twee groepen patiënten, burgers en militairen, zou deze schaarste kunnen doen toenemen, omdat relatief meer beslag op middelen wordt gelegd.”⁶⁷³ Kortom, samenwerking verhoogde de efficiëntie, ofwel de benutting van de schaarse medische capaciteit. De commissie legde daarom het voorstel op tafel om de hospitalisatie van militairen in sterkere mate over te laten aan burgerziekenhuizen.⁶⁷⁴

Verder moest Drijber een advies uitbrengen over een mogelijke kostenbesparing binnen de MGD. In de discussies over dat onderwerp kwam de opheffing van geneeskundige inrichtingen ter sprake. Als algemene stelregel had de commissie echter aanvaard dat het totale oorlogsbeddenbestand van de MGD niet mocht worden aangetast. Zo kwam men op het idee om de parate gewestelijke hospitalen te Assen, Arnhem en Amersfoort te sluiten, op termijn gevolgd door het Centraal Militair Hospitaal in Den Haag, dat in 1961 door het *Algemeen Dagblad* was omschreven als “oud” en “uitgewoond”.⁶⁷⁵ Als voorwaarde gold dat het wegvallen van beddencapaciteit van deze inrichtingen moest worden gecompenseerd met de oprichting van een of meer mobilisabele hospitalen.

De commissie redeneerde dat de gewestelijke hospitalen konden worden gemist omdat ze niet modern waren en vooral gericht op de verpleging van zieke militairen. Kortom, de bijdrage van deze inrichtingen aan het militair geneeskundig potentieel in oorlogstijd was gering.⁶⁷⁶ Het Centraal Militair Hospitaal dr. A. Mathijssen (MHAM) in Utrecht moest na een grondige modernisering het nieuwe centrum van de oorlogsvoorbereidingen worden, waar een specialistenstaf voldoende mogelijkheden had om de voortgang in de oorlogsgeneeskunde te volgen, wetenschappelijk speurwerk te verrichten en militair-geneeskundige doctrines en richtlijnen te ontwikkelen. Hiermee ging de doelstelling gepaard dat het MHAM zich moest ontwikkelen tot Nederlands belangrijkste centrum voor spoedeisende hulp, waar slachtoffers van bijvoorbeeld ernstige ongevallen terecht konden. De

⁶⁷³ *Ibidem*, A5.

⁶⁷⁴ Dit departement viel onder het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (vanaf 1951); het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (vanaf 1971); het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1982-1994).

⁶⁷⁵ ‘Nieuw Hospitaal in Den Haag’, *Algemeen Dagblad* 25 januari 1961.

⁶⁷⁶ *Rapport 1967 Commissie Militair geneeskundige diensten* (z.p. 1967) F (a) 24.

polikliniek bood plaats aan militaire patiënten in vreedestijd, daarbij gesteund door regionale militaire ziekenzalen en burgerziekenhuizen. Al met al kwam het MHAM – waar zo'n vijftig artsen van de KL werkten – dan beter tot zijn recht als 'kloppend hart' van de MGD.

De voorstellen van de commissie Drijber konden rekenen op politieke steun. Tijdens de bespreking van de defensiebegroting van 1966 verklaarden enkele Eerste Kamerleden dat zij met belangstelling uitkeken naar het eindrapport van de commissie. Daarbij ging het de parlementariërs niet alleen om de medische en financiële winst die van een verdere inpassing van de militaire geneeskunde in de burgersector verwacht kon worden, maar ook en vooral om "een meer realistische visie op de medische situaties in oorlogstijd".⁶⁷⁷ De Kamerleden zagen in dat er in de toekomst geen ouderwetse slagvelden of oorlogszones met voornamelijk militaire gewonden meer konden worden verwacht. De minister van Defensie bevestigde:

"De aandacht zal dus niet beperkt mogen blijven tot grotere veldhospitalen of afzonderlijk „opererende" militair-geneeskundige teams. (...) Zelfs bij een oorlogstoestand waarin niet het volle nucleaire geweld is losgebroken, (...) zullen de bestaande burgerziekenhuizen met hun aanwezig potentieel moeten worden voorbereid op het opnemen van grote aantallen patiënten, die een chirurgische behandeling moeten ondergaan."⁶⁷⁸

Na uitvoerig beraad nam de politieke leiding van het Ministerie van Defensie het advies van de commissie Drijber over. De staatssecretaris van Defensie J.C.E. Haex ventileerde de mening dat de geneeskundige verzorging in oorlogstijd moest worden beschouwd als een verantwoordelijkheid van de civiele verdediging. "In beginsel moeten slechts die militair-geneeskundige installaties worden gehandhaafd die door de BLS [bevelhebber der Landstrijdkrachten] voor de uitoefening van zijn taak beslist noodzakelijk worden geacht."⁶⁷⁹ Anders gezegd: de hospitalen moesten tot een minimum worden beperkt. Daarop sloten de gewestelijke hospitalen op 1 juni 1966 hun deuren. In 1970 onderging het Centraal Militair Hospitaal te 's-Gravenhage hetzelfde lot.⁶⁸⁰

De voorgenomen oprichting van mobilisabele kantonnementshospitalen bleek echter problematisch. Er bleek namelijk te weinig personeel beschikbaar.⁶⁸¹ Zo gebeurde het dat deze hospitalen alleen tijdelijk op papier bestonden. Na enige tijd verdwenen deze inrichtingen echter weer uit de slagorde en werd het reeds

⁶⁷⁷ Eerste Kamer de Staten-Generaal, Zitting 1965—1966, 8300 X nr. 91, pagina 5.

⁶⁷⁸ Ibidem.

⁶⁷⁹ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 20. Vergadering van de Legerraad op 2 maart 1965.

⁶⁸⁰ 'Opheffing van militaire hospitalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 111-23 (4 juni 1966).

⁶⁸¹ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 114. Bijlage 2, behorende bij brief IMGD nr. St/5945/Conf, 18 febr. 1966.

opgeslagen materiaal beschikbaar gesteld aan de ZIBO.⁶⁸² Van een compensatie voor het verlies van de gewestelijke hospitalen kwam dus niets terecht. Hierdoor werd de geneeskundige verzorging van de krijgsmacht in oorlogstijd nog sterker afhankelijk van burgerinstanties.

Het oorlogsbeddenbestand dat de MGD nog in eigen beheer had in de Nationale Sector, bestond uit het MHAM, vier mobilisabele veldhospitalen (elk vierhonderd bedden) en het 752 Algemeen hospitaal. De veldhospitalen konden na een calamiteit, zoals een bombardement op een stad, relatief snel worden opgezet. Deze inrichtingen konden alleen rudimentaire geneeskundige verzorging bieden. Het 752 Algemeen hospitaal was met twaalf operatiekamers en zes röntgenafdelingen een stuk uitgebreider. De locatie van deze inrichting was vooraf bepaald, namelijk de Johan Willem Frisokazerne in Assen.⁶⁸³ Na een opbouw van zeventien dagen kon deze inrichting ruimte bieden aan tweeduizend patiënten. Bedden en ander benodigd materieel lagen opgeslagen in mobilisatiecomplex Oudemolen in Drenthe. Eind jaren zeventig moest het wel vijfhonderd bedden afstoten om zodoende in oorlogstijd minder medisch personeel aan de burgermaatschappij te onttrekken.⁶⁸⁴

Duidelijk is dat Defensie met deze inkrimping streefde naar steeds meer doelmatigheid. De zorg voor oorlogsgewonden werd een nationale zaak, ongeacht of het ging om burgers of militairen. De verantwoordelijkheid moest liggen bij het Ministerie van Volksgezondheid. Deze verandering in het hospitalisatiebeleid bracht Defensie bovendien een zeer welkome kostenbesparing. De krijgsmacht gaf daarmee wel de zorg voor haar 'eigen' gewonden op en dat was tegen het zere been van de IGDKL, maar daarover volgt in hoofdstuk 6 meer. De Commissie Drijber beloofde dat de sluiting van de hospitalen zorgde voor een korting van 4,9 miljoen gulden per jaar op de defensiebegroting, maar omdat de bewindslieden in de jaren zestig afzagen van de sluiting van het Marinehospitaal Overveen, kwam het bedrag uit op vier miljoen gulden.⁶⁸⁵ De vredesfuncties van de opgeheven gewestelijke hospitalen werden overgenomen door regionale militaire ziekenverblijven met lagere exploitatiekosten. Dit paste geheel binnen de bredere kaders van het defensiebeleid van de jaren 1964 tot 1974, dat was gericht op het creëren van financiële ruimte voor de aanschaf van nieuw oorlogsmaterieel. Dit alles leek veelbelovend, maar het nieuwe beleid werkte in de praktijk alleen als er in de civiele sector voldoende oorlogsvoorbereidingen werden getroffen.

⁶⁸² H. Putters, 'De ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden', *Polsslag* 8:4 (juli 1974) 8.

⁶⁸³ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Generale Staf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, later Landmachtstaf; Staf van de bevelhebber der Landstrijdkrachten, nummer toegang 2.13.110, inventarisnummer 346. OTAS van het Algemeen hospitaal (1500 bedden) en Informatie-bundel 752 Algemeen hospitaal, september 1979.

⁶⁸⁴ *Ibidem*.

⁶⁸⁵ Rapport 1967 H3.

De civiele sector blijft achter

Bij het besluit om de militaire en civiele geneeskunde in oorlogstijd verder te integreren, leken de militaire autoriteiten er niet bij stil te staan dat de ZIBO deel uitmaakte van een verwaarloosde en financieel ondervoede civiele verdediging. Het is dus vrij opmerkelijk dat de krijgsmacht haar hospitaalcapaciteit afstootte, terwijl er in de civiele sector werd geworsteld om de oorlogscapaciteit van de ziekenhuizen verder op te voeren. Mogelijk speelde in die overweging mee dat de opvangcapaciteit voor militairen op papier in ieder geval netjes was geregeld.

Tabel 6: Capaciteit ZIBO 1969.

Provincie	Geïnitieerde ziekenhuisbedden (t.b.v. Defensie)	Totaal calamiteitsbedden, inclusief noodopvang
Friesland	780	1944
Groningen	1380	2722
Drenthe	960	1617
Overijssel	1320	4208
Gelderland	2560	6565
Noord-Holland	4520	11.025
Utrecht	800	3811
Zuid-Holland	1980	9874
Zeeland	400	1117
Brabant	3560	8316
Limburg	1240	4431
Totaal	19.500	55.630

Voor de ambtenaren van de civiele verdediging was er echter genoeg reden tot zorg. Slachtofferprognoses wezen op de noodzaak van een uitbreiding van de noodopvang om de ZIBO enigszins geloofwaardig te maken. Zij pleitten begin jaren zestig voor de aanschaf van vijftigduizend extra bedden met toebehoren voor oorlogsslachtoffers voor wie in ziekenhuizen geen plaats was. Deze bedden dienden in noodopvangcentra te worden bijgeplaatst. Verder moesten bloed, medicijnen en andere geneeskundige voorraden en apparatuur worden aangelegd. De uitvoering van dit zogeheten 'noodbeddenplan' ging in 1965 van start, met het selecteren van noodopvanglocaties (meestal scholen) en op speciaal daarvoor aangekochte bouwgronden verrezen in de navolgende jaren magazijnen ten behoeve van de Materiaalvoorziening in Buitengewone Omstandigheden (MIBO).⁶⁸⁶ Snel ging het echter niet. Het uitvoeren van de plannen bleek gecompliceerder dan gedacht. Veel

⁶⁸⁶ Volksgezondheid in Buitengewone Omstandigheden (VIBO).

voorzien opslaglocaties bleken bij nadere inspectie ongeschikt. In 1974 waren nog maar vijftienduizend extra bedden met toebehoren geleverd en opgeslagen in MIBO-magazijnen, ofwel 33% van de doelstelling.⁶⁸⁷ Deze konden worden opgeteld bij de bestaande capaciteit van ruwweg 55.000 calamiteitsbedden voor militairen en burgers in reguliere ziekenhuizen (*Tabel 6*).

Gelijktijdig groeide het besef dat alleen een uitbreiding van het aantal bedden weinig zinvol was. De geneeskundige behandelcapaciteit was immers niet alleen afhankelijk van bedden, maar ook, en vooral, van het aantal medici en verpleegkundigen in Nederland. Aan de vraag naar specialisten, vooral chirurgen, kon in oorlogstijd naar verwachting moeilijk worden voldaan. Daarbij kwam dat het bijplaatsen van bedden in sommige gevallen zelfs bezwaarlijk was, want het interne verkeer in het ziekenhuis zou er hinder van ondervinden, waardoor de behandelcapaciteit zou dalen.⁶⁸⁸

Nog voordat de vijftigduizend extra bedden waren gerealiseerd, werden de prioriteiten van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen alweer aangepast. Allereerst moest het beschikbare medisch personeel in oorlogstijd efficiënter worden ingedeeld. In het kader van de ZIBO was omstreeks 1970 besloten om chirurgen uit verschillende ziekenhuizen in 31 mobiele teams in te delen. In oorlogstijd bepaalden de regionale geneeskundige inspecteurs van de volksgezondheid waar hun inzet het hardst nodig was, bijvoorbeeld in een gebied waar veel gewonden (te verwachten) waren. Ook werd er gezocht naar een oplossing voor een ander probleem. Er bestond namelijk een tekort aan niet-gespecialiseerde artsen voor de bezetting van de noodbeddencentra. Veel van hen zouden in oorlogstijd worden opgeroepen in dienst van de krijgsmacht en de geneeskundige dienst van de Bescherming Bevolking (BB). Een overzicht van de dan nog beschikbare artsen voor de ZIBO was niet voorhanden. Voor de bezetting van noodbeddencentra moest in eerste instantie regionaal (desnoods informeel) contact worden gelegd met onder meer huisartsen, bedrijfsartsen, schoolartsen en medewerkers van de gemeentelijke geneeskundige diensten. Ook het verplegend personeel moest regionaal worden 'geronseld'. Men deed bijvoorbeeld een beroep op ex-verpleegsters en leden van niet-gouvernementele organisaties, zoals het Nederlandse Rode Kruis. Kortom de organisatie van het geneeskundig personeel voor oorlogstijd vergde veel tijd en aandacht. Aan de instructie was men nog niet eens toegekomen.

Naast de personeelskwestie bestonden er zorgen of de ziekenhuizen in oorlogstijd überhaupt wel konden functioneren, vooral onder chemische of zelfs nucleaire omstandigheden. Dat laatste verdient enige verduidelijking. Zoals gezegd hield het scenario van de 'beperkte oorlog' geen rekening met directe vijandelijke kernaanvallen op de burgerbevolking. Wel bleef de optie open dat na escalatie kernaanvallen zouden kunnen volgen op militaire installaties in binnen- of

⁶⁸⁷ Putters, 'De ziekenhuisorganisatie', 9.

⁶⁸⁸ Grond, 'Kunnen wij', 109.

buitenland. Dat betekende dat de bevolking, ook in zo'n 'beperkte' oorlog, moest worden beschermd tegen fall-out. Dit werd eind jaren zestig zelfs "topprioriteit" binnen de civiele verdediging (een organisatie die, om nogmaals te benadrukken, zelf geen prioriteit kreeg in het overheidsbeleid).⁶⁸⁹ In een memorandum uit 1970 stelde de staatssecretaris van Volksgezondheid dat de aanschaf van nieuwe bedden weinig waarde had "indien het voortzetten van de ziekenhuisfunctie niet redelijk is veiliggesteld tegen de gevolgen van oorlog met chemische en biologische wapens, en de indirecte gevolgen van het gebruik van nucleaire wapens."⁶⁹⁰ De leiding van de civiele verdediging liet de gedachte niet los dat het mogelijk was de burgerbevolking een zekere mate van bescherming te bieden tegen de gevolgen van de inzet van kernwapens. Aangezien de nieuwbouw van de academische ziekenhuizen in Leiden, Utrecht en Amsterdam op het programma stond, was het zaak om daarbij rekening te houden met technische NBC-beschermingsmogelijkheden.

Voorlopig kon er met de bescherming van de ziekenhuizen echter amper voortgang worden geboekt. In het kielzog van de economische recessie in Nederland, begin jaren zeventig, konden de plannen die hoge kosten met zich meebrachten, niet bogen op een groot politiek draagvlak.⁶⁹¹ Daarbij kwam ook nog de D tente tussen Oost en West, waardoor de kans op oorlog in de ogen van velen nog kleiner was geworden.⁶⁹² Deze op zich positieve ontwikkeling was evenwel funest voor de oorlogsvoorbereidingen. Mijnlieff waarschuwde al in 1963 dat men in tijden van gepercipieerde internationale ontspanning het "grote gevaar" liep, dat de functionarissen bij de civiele verdediging "het ook wel gaan geloven, of beter gezegd er niet meer in geloven, zich er niet warm voor kunnen maken."⁶⁹³

Het uitstel van de medische plannen binnen de civiele verdediging liep echter niet helemaal uit op afstel. Een deel van de beschermingsmaatregelen vond uiteindelijk toch doorgang. Deels had dat een symbolische reden. Nederland wilde zich blijven presenteren als een betrouwbare NAVO-partner. Ook aan de vijand moest een signaal worden afgegeven dat Nederland bereid  n in staat was aan de verdediging van het vrije westen zijn steentje bij te dragen, terwijl het er niet voor zou terugschrikken zich met alle noodzakelijke middelen tegen agressie te verdedigen, ongeacht de gevolgen. In de Nationale Onderstelling van 1970 stond echter in een voetnoot vermeld dat de afschrikingswaarde van de civiele verdediging slechts een "bijkomstige factor" was.⁶⁹⁴ Waar het vooral om ging, was dat de regering praktisch voorbereid wilde zijn op verschillende soorten calami-

⁶⁸⁹ H.M.A. Kamerlingh Onnes, 'De toekomst van de civiele verdediging', *Orgaan van de Koninklijke Vereniging ter beoefening van de krijgswetenschap* 3^e 4^e en 5^e aflevering (1966-1967) 10.

⁶⁹⁰ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Memorandum voor de Minister-President, minister van Algemene Zaken inzake bescherming ziekenhuizen, van de Chef van de Staf voor de Civiele Verdediging E.R. d'Engelbronner.

⁶⁹¹ Van der Boom, *Atoomgevaar?*, 191.

⁶⁹² Van der Boom, 'Oorlogsangst', 11.

⁶⁹³ Mijnlieff, 'Civiele verdediging', 72.

⁶⁹⁴ Van der Boom, *Atoomgevaar?* 269.

teiten, variërend van een beperkte oorlog of een rampsituatie in vreedstijd. Het bekendste uitvloeisel van dit beleid is het Amsterdams Medisch Centrum (AMC), dat officieel in 1983 zijn deuren opende. Bij de bouw was rekening gehouden met de mogelijkheid van nucleaire oorlogsomstandigheden. "Naast de 1200 patiënten zullen er 600 personeelsleden in [de speciaal daarvoor bestemde kelder] worden ondergebracht, beschermd tegen een overdruk van 100 KN/m², beschermd tegen chemische strijdmiddelen en beschermd tegen fall-out met een factor 100 (binnen 1/100 van de straling buiten)."⁶⁹⁵ Het ziekenhuis, dat beschikte over onder meer vier operatiekamers, vier röntgenkamers en een laboratorium, kon twee weken geïsoleerd functioneren, zo stelden de ontwerpers. De toevoer van schone lucht, water en elektriciteit was verzekerd. Er waren ontsmettingsdouches en een vuilstortkoker voor radioactief besmette kleding. Maar daarmee was de kwestie hoe de gewonden naar dit noodhospitaal moesten worden vervoerd nog niet opgelost.

De gewondendistributie in de praktijk

De enige manier om te beoordelen hoe goed de geïntegreerde militair-civiele hulpverlening in oorlogstijd zou functioneren, was aan de hand van oefeningen. Voordat die aan de orde komen, moet hier eerst in kaart worden gebracht hoe de opvang van oorlogsgewonden op papier was geregeld. Daarvoor moeten we terug naar de veronderstellingen van de MGD. De militaire gewondenstroom was op hoofdlijnen voorspelbaar, tenminste, daar ging men van uit. Het merendeel van de militaire gewonden kwam uit het operatiegebied van het 1 Legerkorps, dat volgens de operationele plannen na 1958 was gelegen in West-Duitsland. De ernstig gewonden onder hen, van wie werd verwacht dat zij niet meer konden terugkeren naar hun onderdeel, moesten in stabiele toestand naar specialistische behandelcentra in Nederland worden gebracht. Dat gebeurde met ambulance-eenheden en gewondentreinen, die de gewonden van de zogenaamde inlaadpunten achter het legerkorpsvak naar de juiste bestemming brachten. Het vervoer van zwaargewonden ging zoveel mogelijk met de drie beschikbare hospitaaltreinen. Deze werden na een mobilisatiebevel samengesteld uit wagons van de Nederlandse Spoorwegen: in 1964 bestond een hospitaaltrein uit tien post- of bagagerijtuigen, een personenrijtuig, een restauratierijtuig en een gesloten goederenwagon. Deze samenstelling bood plaats aan 228 liggende patiënten voor wie tijdens de reis een volledige verzorging mogelijk was. Per etmaal konden maximaal drie volle treinen naar Nederland afreizen.⁶⁹⁶

Voor het welzijn van de patiënten was het belangrijk om de transportafstand en het aantal tussenstops zo klein mogelijk te houden. Idealiter werden zij daarom in de oostelijke provincies van Nederland opgevangen. De hele militair-geneeskundige logistiek in dit deel van het land viel onder de verantwoordelijkheid

⁶⁹⁵ Grond, 'Kunnen wij', 109.

⁶⁹⁶ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 88. Regeling inzet hospitaaltreinen, 18 sept. 1964.

van de Territoriaal Bevelhebber Oost (TBO) en zijn 783 Geneeskundige groep. Die bestond onder meer uit twee veldhospitalen (a vierhonderd bedden) en een algemeen hospitaal (met tweeduizend en later vijftienhonderd bedden). Volgens afspraak konden er verder maximaal zevenduizend gewonden worden ondergebracht in burgerziekenhuizen in Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel en Gelderland.

Tot medio 1975 (toen de territoriale bevelhebbers werden opgeheven) was de procedure als volgt. Nadat de TBO de aankomsttijden van de gewondentreinen had vernomen van het legerkorps, gaf hij geneeskundige detachementen bevel tot het inrichten van verschillende uitlaadpunten, waar de patiënten volgens vaste aanwijzingen werden overgeladen in ambulances.⁶⁹⁷ Als principe gold dat gewonden terecht moesten komen in het ziekenhuisbed met de beste behandelingsmogelijkheden. Van tevoren waren daarom al lijsten opgesteld met het aantal gewonden, inclusief de aard van hun verwondingen die waren gekoppeld aan geschikte behandelcentra. Vanuit logistiek oogpunt verdiende het uiteraard de voorkeur om alle in één ziekenauto aanwezige patiënten af te leveren op één bestemming. Tot slot was de instemming van de betrokken ziekenhuisleiders een voorwaarde voor de opname van militaire gewonden. Als de ziekenhuizen in een bepaalde regio vol waren, dan diende een naaste regio of provincie bijstand te verlenen. Ook het mobilisabele Algemeen hospitaal te Assen (zie pag. 226-228) kon gewonden opvangen. Desnoods kon de TBO een gewondentrein verder dirigeren naar een ander territoriaal gezagsgebied.⁶⁹⁸

Het systeem van de gewondendistributie was in werkelijkheid natuurlijk veel onvoorspelbaarder dan hierboven is geschetst. De landmacht had niet alleen rekening te houden met de aankomst van gewondentreinen vanuit het legerkorpsvak, maar ook met colonnes van ziekenautobussen en ambulances, afkomstig van andere inlaadpunten. Het kon bijvoorbeeld gaan om slachtoffers van aanvallen op installaties van de Koninklijke Luchtmacht in West-Duitsland. Bovendien zouden zich in de Nationale Sector ook gewonden van alle krijgsmachtdelen aandienen. Marinehavens, luchtmachtbases en legerplaatsen waren immers voor de hand liggende doelwitten.

Natuurlijk kon het altijd nog erger. Een luchtaanval op een stad kon een enorme chaos veroorzaken, waarna de geneeskundige dienst van de BB met man en macht moest proberen de slachtoffers onder het puin vandaan te halen.⁶⁹⁹ Op papier

⁶⁹⁷ Hierbij hanteerde men de zogeheten Aanvraag patiënt opname (APO). Deze lijst vermeldde niet alleen het aantal gewonden in een ambulancekonvooi of trein, maar tevens de letsels per patiënt, gekoppeld aan mogelijke behandelcentra.

⁶⁹⁸ NL-HaNA, Staf 1e Legerkorps, 2.13.148, inv.nr. 88. Regeling inzet hospitaaltreinen, 18 sept. 1964.

⁶⁹⁹ De geneeskundige dienst BB zag in 1955 het licht. In de daaropvolgende jaren werd de dienst volgens militair-geneeskundige principes van de MGD verder georganiseerd. Kolonel-arts M. Waisfisz, commandant School Reserveofficieren Geneeskundige Dienst speelde daarin een belangrijke rol. Op zijn aanwijzingen lag de nadruk op het verzamelen en de afvoer van burgergewonden naar ziekenhuizen. Zie verder: Nationaal Archief,

hield de civiele verdediging wel rekening met dit scenario. Als de lokale hulpverlening tekortschoot, dan kon het Korps Mobiele Colonne ter versterking worden geroepen. Dit in 1955 opgerichte onderdeel van de landmacht met een oorlogssterkte van 22.000 man, verdeeld over landelijk georganiseerde colones, was speciaal opgericht voor rampenbestrijding en kende naast brandweereenheden ook geneeskundigen.⁷⁰⁰ Het was echter moeilijk voor dit korps enigszins grootschalige rampen te simuleren en hieraan een oefening te verbinden. Of de eenheden waren opgewassen tegen hun taak was dan ook onzeker. In elk geval zorgde een aanval op een burgerdoel voor een niet van tevoren te voorspellen gewondenstroom naar de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Tot overmaat van ramp konden ziekenhuizen door het oorlogsgeweld buiten bedrijf raken. Dit had niet alleen logistieke gevolgen. Bij een groot aantal patiënten dreigde de zorg al snel overbelast te raken. Improvisatie was in zulke gevallen het devies. Zo viel het niet uit te sluiten “dat een algemeen chirurg (of zelfs een algemeen arts) operaties zou verrichten, die hij in vreedetijd aan bepaalde specialisten overlaat”.⁷⁰¹

Civiel-militaire interactie: knelpunten en oplossingen

Om de onvoorspelbare gewondenstroom in het heetst van de strijd zoveel mogelijk in goede banen te leiden, was er overleg nodig tussen civiele en militaire autoriteiten, die voortdurend op de hoogte moesten zijn van het actuele aantal aangevoerde patiënten en de opnamecapaciteit van alle aangewezen ziekenhuizen per regio. Dat overleg gebeurde binnen de Coördinatieorganen Geneeskundige Aangelegenheden (COGA's).⁷⁰² Deze organen werden in de jaren na de oprichting van de eerdergenoemde ZIBO in 1957 in het leven geroepen, maar bestonden in vreedetijd alleen op papier (er waren voor zover bekend geen materiële/fysieke voorbereidingen getroffen).

Het overleg van de COGA's kende een *bottom up*-benadering. Wanneer zich op werkniveau een probleem voordeed, werd dit eerst door de betrokkenen besproken. Pas als zij niet tot een oplossing konden komen, werd een hoger besluitvormingsniveau ingeschakeld. De werking zal nader worden uitgelegd aan de hand van een voorbeeld. In oorlogstijd kon het gebeuren dat door een bombardement ergens in het land alle bedden in een vooraf aangewezen ziekenhuis snel bezet waren, waardoor er geen plaats meer was voor militaire gewonden. De

Den Haag, Ministerie van Binnenlandse Zaken: Bescherming Bevolking (OBB), nummer toegang 2.04.5051, inventarisnummer 106.

⁷⁰⁰ W.J. Poelen, 'De wordingsgeschiedenis van het KMC', *Militaire Spectator* 139:8 (1980) 346-348.

⁷⁰¹ H.E. Gramberg, 'Militair-geneeskundige verzorging onder buitengewone omstandigheden in de Nationale Sector', *Militaire Spectator* 141:9 (1972) 419.

⁷⁰² Op landelijk niveau sprak men van centraal-COGA, waarin de IGDKL, de Nationaal Leider Ziekenhuisorganisatie (NLZO) en de medisch adviseur van de Nationaal Commandant Bescherming Bevolking (BB) zitting hadden. Op het niveau daaronder bevonden zich de districts-COGA's, die grotendeels samenvielen met de provinciegrenzen. Daaronder vond overleg plaats binnen de groeps-COGA's, die zeggenschap hadden over een ziekenhuisgroep binnen een provincie.

groepsarts, die de zeggenschap had over een ziekenhuisgroep en tevens commandant was van de Geneeskundige Dienst van de BB (en dus het beste in staat moest worden geacht het aantal slachtoffers te overzien) moest dan in samenspraak met zijn militaire tegenhanger de gewonden naar andere ziekenhuizen dirigeren. Als hiertoe geen mogelijkheid bestond, moest de situatie worden voorgelegd aan een hoger overlegorgaan, het districts-COGA. Dit orgaan coördineerde de onderlinge bijstand van de ziekenhuisgroepen binnen de betreffende provincie. Mocht dat overleg ook geen uitkomst bieden, dan moesten de leden van het centrale COGA zich over de zaak buigen. Zij coördineerden de gewondenstromen op nationaal niveau. Belangrijk is dat er binnen de COGA's geen hiërarchische verhoudingen bestonden – de distributie van patiënten vond plaats met wederzijdse instemming tussen de ziekenhuisleiders en de militaire autoriteiten.⁷⁰³ Effectieve communicatie en onderling vertrouwen tussen de gesprekspartners waren dus essentieel.

Het systeem van de gewondendistributie verliep in de oefenpraktijk niet bepaald als een geoliede machine. Ten eerste ontbrak het zowel burgerambtenaren als militairen aanvankelijk aan kennis van procedures en richtlijnen van de ZIBO. Tijdens oefening *Side Step* tussen 17 en 25 september 1959 kwam dit mankement voor het eerst duidelijk naar voren. Ook de taakverdeling was niet optimaal, met als gevolg dat sommige spelers dermate belast raakten dat “hen geen tijd overbleef op doelmatige wijze te handelen”. De betrokken militaire artsen en ook de Territoriaal Commandant bleken in het geheel niet op de hoogte van de vastgestelde ZIBO-procedures. Volgens het oefenverslag was het samenspel met de MGD onbevredigend.⁷⁰⁴

Hoewel er naar verbetering werd gestreefd, kwamen de eerder gesignaleerde pijnpunten tien jaar later opnieuw naar voren. Tijdens *Oefening Zuid 1969*, waaraan de staven van de civiele verdediging van de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg, evenals de liaisondetachementen van de 782 Geneeskundige groep deelnamen, verliep het overleg binnen en tussen de geneeskundige coördinatieorganen met horten en stoten. Met name het berichtenverkeer tussen militaire liaisondetachementen en commandanten van geneeskundige eenheden, alsook tussen civiele en militaire autoriteiten verliep niet met de zo noodzakelijke snelheid. Dat kwam door een tekort aan communicatieapparatuur, verschillen in administratieve werkwijzen en een afwijkend spelalfabet.⁷⁰⁵

Vergelijkbare gebreken kwamen tijdens de staf/commandopostoefening *Ever Ready* op 25 en 26 november 1971 aan het licht. De betrokkenen gingen uit van een oorlogssituatie waarbij conventionele luchtbombardementen hadden

⁷⁰³ Het maakte niet uit of Nederland in juridische zin in staat van beleg of in staat van oorlog verkeerde.

⁷⁰⁴ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 378. Verslagen van de internationale Nato-oefening *Side Step*. Opmerkingen P.I.D.-Zuid-Holland naar aanleiding van oefening “*Side Step*”.

⁷⁰⁵ Bremerkamp, ‘De samenwerking’, 13.

plaatsgehad.⁷⁰⁶ Verder gold dat 30 procent van de beschikbare bedden bij aanvang van de oefening was bezet. Het doel was om na te gaan hoe de verdeling van bedden voor civiele en militaire patiënten zich zou ontwikkelen. De betrokkenen waren er niet gerust op. Voor de 783 Geneeskundige groep vergde het onderbrengen van tweehonderd militairen uit de (denkbeeldige) ambulancetrein een enorme organisatorische inspanning. Dit was niet alleen te wijten aan het aantal gewonden. Ook de communicatie tussen civiele en militaire functionarissen verliep stroef door afwijkende berichtenformulieren (indeling en kleur), een verschillend spelalfabet (nog altijd) en onvoldoende bekendheid met elkaars afkortingen, zodat bij de verzending regelmatig om herhaling of uitleg moest worden gevraagd.⁷⁰⁷

Er kleefden bovendien nog andere nadelen aan het systeem. Voor de behandeling en verzorging van gewonde militairen was Defensie voor een groot deel aangewezen op burgerziekenhuizen, maar het bleef onduidelijk hoe de gewondendistributie in de praktijk zou verlopen. Defensie kon de burgerziekenhuizen wel rekening laten houden met de komst van een bepaald aantal militairen, maar als die bedden voortijdig bezet zouden raken door zwaargewonden, dan was daar niets aan te doen. Van civiele zijde streefde men “naar het voldoen aan de van militaire zijde aangegeven initiële behoefte zolang dit enigszins mogelijk is.”⁷⁰⁸ Logischerwijze zaten militairen met de handen in het haar wanneer de burgerziekenhuizen onverwachts vol waren. De enige oplossing was in dat geval om via de COGA-structuur te vragen of er in andere ziekenhuizen toevallig plaats was.

Beide partijen zagen echter in dat het onacceptabel was om gewonden gedurende het overleg in de ‘wachtkamer’ te plaatsen. Het hele doel van het overleg was immers “voorkomen dat een gewonde verstoken blijft van geneeskundige hulp.”⁷⁰⁹ Snelheid van handelen was vitaal. De commissie Drijber raadde daarom een stelsel van eenhoofdige leiding met beslissingsbevoegdheid aan. Volgens haar gold dit met name voor de districts-COGA’s, waar de legerkorpsgewonden vanuit het operatiegebied in Nederland arriveerden, en van waaruit deze over de ziekenhuizen moesten worden verdeeld. Deze beslissingsbevoegdheid hoefde niet per se bij een militair te berusten.⁷¹⁰ Ook benadrukte de commissie dat eenhoofdige leiding collegiaal overleg niet per definitie uitsloot. Dit voorstel van de commissie Drijber voor een eenhoofdige leiding vond in de jaren zeventig doorgang. De groepsartsen, de districtsleiders en de nationale leider ziekenhuisorganisatie kregen binnen ‘hun’ COGA een beslissende stem.⁷¹¹ De liaisonofficieren behielden een adviserende functie

⁷⁰⁶ H. E. Gramberg, ‘Samenwerking tussen militaire en civiele geneeskundige diensten’, *Militaire Spectator* 141:3 (1972) 132-136.

⁷⁰⁷ Ibidem.

⁷⁰⁸ Bremerkamp, ‘De samenwerking’, 13.

⁷⁰⁹ Goverts, ‘Samenwerking’, 541.

⁷¹⁰ *Rapport 1967 Militair Geneeskundige Diensten* (zp. 1967) A8.

⁷¹¹ *Voorschrift nr. 8-1: De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog. Drie delen* (tweede druk; 1972).

en hadden geen dwangmiddel voor de hospitalisatie van gewonde militairen. Daardoor nam op dit vlak de afhankelijkheid van de krijgsmacht van de civiele autoriteiten toe.

Buiten de leiderschapskwestie poogden de betrokkenen de noodzakelijke eenheid van denken en handelen te bereiken.⁷¹² Verder probeerden militaire en civiele geneeskundigen het benodigde materieel van de betrokken instanties zoveel mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen.⁷¹³ Dat gebeurde trouwens vanaf de jaren zeventig ook binnen de NAVO, die probeerde om de verschillen in materieel en procedures tussen de lidstaten zo klein mogelijk te maken door de invoering van *Standardization Agreements* (STANAG). Het onderzoek naar een betere samenwerking en gelijkschakeling van de verschillende Europese bondgenoten was de taak van de in 1968 opgerichte Eurogroep van de NAVO. De daaronder ressorterende subgroep Euromed, die in 1972 het licht zag, was voornemens te komen tot een gezamenlijke geneeskundige dienst voor de Europese strijdkrachten. Die doelstelling bleek echter al snel te ambitieus. Het accent werd verlegd naar het bereiken van een zo groot mogelijke coördinatie.⁷¹⁴ De voornaamste aandachtspunten waren NBC-verdediging, rampengeneeskunde, geneeskundige opleidingsaspecten, medisch materieel, het langdurig en veilig bewaren van voedsel, de ontwikkeling van een militair-medisch informatiesysteem in Europa en ten slotte militaire psychiatrie, waarbij de nadruk lag op gevechtsneurosen en het misbruik van alcohol en drugs binnen de krijgsmachten.⁷¹⁵ Ook de MGD zond zo mogelijk vertegenwoordigers naar de halfjaarlijkse vergaderingen van Euromed.

Op termijn kon de groep kleine successen op haar conto schrijven.⁷¹⁶ Er kwamen verschillende medische trainingsprogramma's en er werd een 'Information Exchange Register' aangemaakt, een soort vergelijkingstabel voor de medische uitrusting van de verschillende NAVO-partners. Dit was een kleine stap richting standaardisatie van alle medische uitrusting binnen de NAVO. In veel landen bleek het evenwel te duur om de bestaande voorraden te vervangen, zoals dat ook met wapens en ander militair materieel het geval was.⁷¹⁷ Het tijdschrift *Polsslag* stelde in 1982 kritisch: "spectaculair zijn de successen die Euromed tot dusver boekte zeker niet, vooral als men bedenkt dat acht jaren zijn voorbijgegaan sinds de eerste

⁷¹² 'Bericht van 783 Geneeskundige groep', *Polsslag* 7-1 (januari 1973) 9.

⁷¹³ J.H. Stadelmann von Escholzmatt, 'Samenwerking tussen de militaire en civiele sector bij verweving van geneeskundige dienst materieel', *NMGT* 21 (januari/februari 1968) 1-13.

⁷¹⁴ Carla Coorens en Luc Viaene, 'Een voorbeeld van samenwerking tussen militaire medische diensten: EUROMED', *Polsslag* 16:5 (september 1982) 18.

⁷¹⁵ Zie: https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137733/0355_European_Defence-12_years_of_the_Eurogroup_1980_ENG.pdf

⁷¹⁶ https://archives.nato.int/uploads/r/null/1/3/137791/0358_Eurogroup_Western_Defense-The_European_Role_in_NATO_1984-1985_ENG.pdf

⁷¹⁷ Matthew Ford en Alex Gould, 'Military Identities, Conventional Capability and the Politics of NATO Standardisation at the Beginning of the Second Cold War, 1970-1980', *The International History Review* 41:4 (2019) 775-792.

bijeenkomst. Maar de samenwerkings-problematiek is een taai domein dat zich niet zo snel laat wijzigen.”⁷¹⁸

Ondertussen verbeterde ook de Nederlandse civiel-militaire interactie maar mondjesmaat, zo bleek tegen het einde van de jaren zeventig. Het eindrapport van oefening *Wintex 1979* van de Provincie Zeeland wees op het “onbegrip” tussen de civiele en militaire leiding.⁷¹⁹ Maar in het verslag van de provincie Zuid-Holland stond juist dat de hospitalisering “normaal” was verlopen en dat er een goede harmonie bestond tussen de civiele autoriteiten en de militair-geneeskundige liaisonofficieren.⁷²⁰ Die verbetering was wel enigszins geflatteerd omdat de autoriteiten zoals gezegd in de loop van de jaren uitgingen van een meer behapbaar gewondenaanbod, conform de ideeën over de beperkte oorlog. Steeds vaker bleef de inzet van kernwapens tijdens stafoefeningen daarom achterwege. Wel kreeg de chemische dreiging meer aandacht. Tijdens *Wintex 1979* leidden gesimuleerde gasaanvallen in de regio Zuid-Holland tot wel dertigduizend ‘gaszieken’. Zij hadden geen chirurgische behandeling nodig – het toedienen van atropine was volgens de oefenleiding voldoende. De vraag waar de vergiftigde slachtoffers naartoe moesten worden gebracht, en of de hulp op tijd zou komen, bleef evenwel onbeantwoord.⁷²¹

Op het gebied van de ziekenhuisorganisatie bleef samenwerking met de civiele ziekenhuizen het devies, maar zowel civiele als militaire deskundigen wezen voorstellen tot een verdere integratie voorlopig van de hand.⁷²² De “span of control” van de ZIBO had zijn limiet inmiddels bereikt.⁷²³ De algehele omvang van het militaire en civiele oorlogsbeddenbestand bleef gelijk. Men hield vast aan de Nederlandse militaire verliesverwachtingen die in 1977 waren bijgesteld op 8,3 procent van de totale sterkte (na dertig dagen) in conventionele omstandigheden. Daarbij dienden nog 2,7 procent zieken te worden opgeteld en eventueel 5 procent ten gevolge van NBC-strijdmiddelen.⁷²⁴ Het document besloot dat de 24.000 bedden voor militairen voldoende zouden zijn, los van de “nauwelijks daadwerkelijk reëel voorspelbare effecten in een N(B)C-fase.”⁷²⁵ In feite verschilde dit weinig van de geneeskundige onderstelling van 1966 die nog uitging van een behoefte van 25.000 bedden. De MGD hield aldus rekening met een conventioneel scenario met mogelijk

⁷¹⁸ Coorens en Viaene, ‘Een voorbeeld’, 18.

⁷¹⁹ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 392. Oefening *Wintex/Cimex 1979*, provincie Zeeland, eindverslag.

⁷²⁰ NL-HaNA, Kabinet CdK ZH, 3.02.42, inv.nr. 392. Bescherming Bevolking provinciaal commando Zuid-Holland, oefening *Wintex/Cimex 1979*, eindverslag.

⁷²¹ Ibidem.

⁷²² Voor de discussie: Muusse, ‘Oorlogsvoorbereiding, een filosofie’, 299-305; G.J.S. Goverts en J. Stuij, ‘Oorlogsvoorbereiding... zeker, maar niet zo!’, *NMGT* 32 (december 1979) 306-310; Ch.P.J. van Toren, ‘Geen hersenschim, wel een toekomstbeeld’, *NMGT* 32 (december 1979) 311-312; D.J. van Dam, ‘Behartenswaardige discussie’, *NMGT* 32 (december 1979) 313.

⁷²³ Van Dam, Behartenswaardige discussie’, 313.

⁷²⁴ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 166. Concept deelstudie inzake de geneeskundige verzorging in oorlogstijd ten behoeve van de legerplanning voor de lange termijn, 1979.

⁷²⁵ Ibidem.

gebruik van chemische wapens en de beperkte inzet van kernwapens. Daarop viel ten minste nog enigszins te plannen.

Interne en externe kritiek

De nationale oorlogsvoorbereidingen konden steeds rekenen op kritiek, ook van officieren. Op de civiel-militaire coördinatie, communicatie, besluitvorming en wederzijdse bijstandsverlening viel het nodige aan te merken, zelfs als het ging om de voorbereiding op een oorlog onder conventionele omstandigheden.⁷²⁶ Het bleef daarom zaak steeds opnieuw te oefenen, maar dit gebeurde volgens militairen veel te weinig. Dat was te wijten aan een lage prioriteit die de oefeningen vanuit de burgersector kregen. Een officier verklaarde:

“Bij de civiele verdediging en de bescherming bevolking kan er een enthousiaste chef zijn die zegt: „er wordt geoefend”, waarop de „ondergeschikte” antwoordt (dit tussen aanhalingstekens, want er is geen feitelijke ondergeschikte), „ik heb een andere afspraak”, of „het schikt mij niet zo best”. ”⁷²⁷

Dit probleem werd onderkend en de autoriteiten poogden weliswaar meer structuur en regelmaat aan te brengen in de oefeningen,⁷²⁸ maar uiteindelijk konden deze alleen doorgang vinden als er voldoende tijd en geld beschikbaar was. De civiel-militaire samenwerking bleef voor ambtenaren nu eenmaal bijzaak. Daarentegen erkenden militair-geneeskundigen dat zij voor een belangrijk deel – en zelfs in steeds sterkere mate – afhankelijk waren van burgerziekenhuizen, dus hechtten zij een groot belang aan civiel-militaire samenwerking. Daarbij zij echter opgemerkt dat de militaire sector haar zaken evenmin op orde had.

Over het algemeen interesseerden de pers en de publieke opinie zich niet of nauwelijks voor de civiele verdediging en nog minder voor de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Dat veranderde eind jaren zeventig, naar aanleiding van oplopende internationale spanningen tussen Oost en West. Deze stonden onlosmakelijk in verband met de militaire wapenwedloop. De voorgenomen plaatsing van nieuwe nucleaire wapensystemen op het grondgebied van verschillende lidstaten, gaven in veel Westerse landen, waaronder ook Nederland, aanleiding tot een hevig maatschappelijk debat over kernwapens, waarop in het volgende nader zal worden ingegaan. Hier moet alvast worden vermeld dat een aanzienlijk deel van de bevolking, onder wie veel medici, meer dan voorheen liet blijken dat zij geen enkele fiducia had in de overlevingskansen in een volgende oorlog, die vrijwel zeker nucleair zou worden. Het vertrouwen van de burger in de civiele verdediging maakte daarmee een duikvlucht. De noodlijdende BB, die al decennia kampte met

⁷²⁶ A.G. Bos, 'het verschijnsel „interprovinciale stafoefeningen”', *Polsslag* 16-2 (maart 1982) 21.

⁷²⁷ Mijnlief, 'De Civiele Verdediging', 80.

⁷²⁸ Bos, 'het verschijnsel', 20.

een slecht imago, werd in de jaren tachtig opgeheven. Haar taken werden in theorie overgenomen door de brandweer, het Nederlandse Rode Kruis en het Korps Mobiele Colonne, maar het was zeer dubieus of die hulpdiensten voldoende op hun oorlogstaak waren voorbereid.⁷²⁹ Frappant genoeg leidde de toegenomen aandacht voor de civiele verdediging niet tot meer aandacht over de MGD. De vermeerde aandacht voor het feit dat de medische verzorging tijdens een kernoorlog hopeloos zou falen gaf vooral kracht aan het argument dat door (desnoods eenzijdige) ontwapening de kans op een kernoorlog moest worden weggenomen. Dit thema zal in hoofdstuk 6 worden uitgediept.

De MGD in een nieuw jasje: kwaliteit boven kwantiteit

In de schaduw van de politieke en maatschappelijke discussie over een kernoorlog en de onmogelijkheid van geneeskundige zorg in dat scenario, bleef de MGD zich richten op het verbeteren van de medische zorg tijdens een 'beperkte oorlog'. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de geneeskundige onderstelling van 1979: "Als uitgangspunt kan aangenomen worden dat het operationeel optreden zal plaatsvinden onder conventionele omstandigheden, in ieder geval bij aanvang van de omstandigheden. Er blijft echter een voortdurende dreiging dat overgegaan wordt (kan worden) op een nucleaire en/of chemische oorlogvoering. (...) Op dit moment (1979) zijn er geen aanwijzingen, dat terdege rekening moet worden gehouden met de inzet van biologische strijdmiddelen."⁷³⁰ Het aantal slachtoffers na dertig dagen was volgens NAVO-norm in een conventioneel conflict (waarbij de mogelijkheid van de inzet van kernwapens bewust vaag werd gehouden) vastgesteld op circa 24.000 gewonden, die in elk geval op papier konden worden ondergebracht in ziekenhuizen en hospitalen.⁷³¹

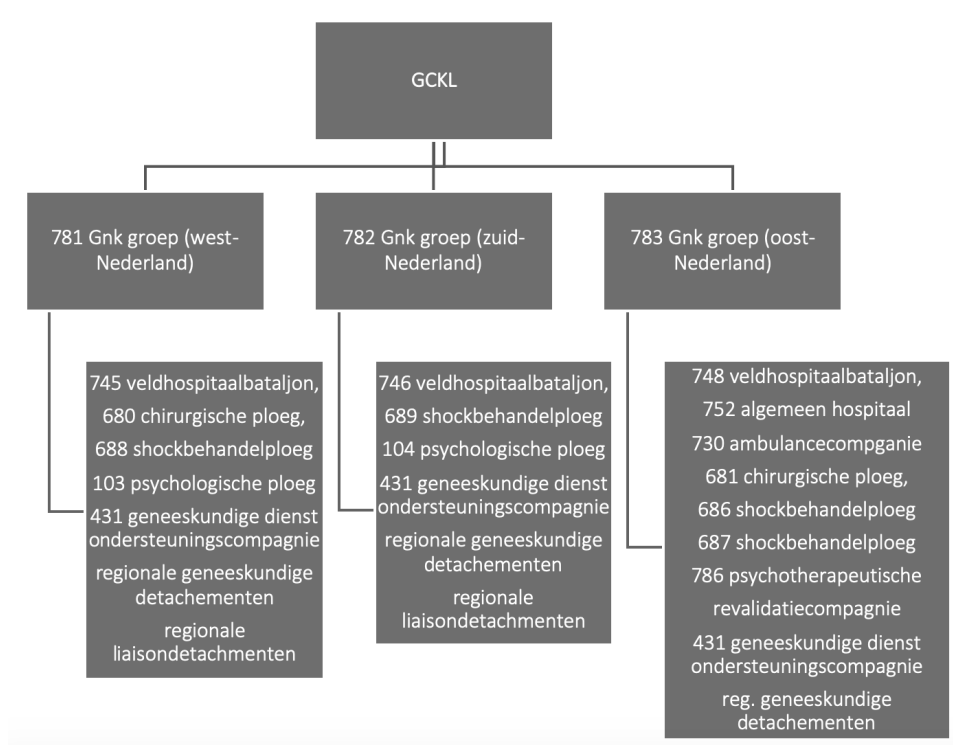
Aangezien de hospitaalcapaciteit de maximale omvang al had bereikt, kon er in feite geen rekening worden gehouden met een verdere expansie voor NBC-patiënten. Het streven was om de overlevingskansen van conventionele gewonden te vergroten. Dat gebeurde door medisch-technische verbeteringen, maar vooral ook door het stroomlijnen van de geneeskundige afvoerketen. Om dat doel te verwezenlijken kreeg de militaire geneeskunde in de Nationale Sector een vereenvoudigde bevelsstructuur. Waar eerder de territoriale bevelhebbers verantwoordelijk waren voor het geneeskundig transport en de gewondenzorg in hun gezagsgebied, werden deze taken op 1 maart 1976 centraal ondergebracht bij het nieuwe Geneeskundig Commando Koninklijke Landmacht (GCKL). Dit commando had met een vredes- en oorlogssterkte van respectievelijk duizend en zeventien militairen het grootste

⁷²⁹ Van der Boom, *Atoomgevaar?* 295.

⁷³⁰ Nationaal Archief, Den Haag, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, nummer toegang 2.13.158, inventarisnummer 168. Concept deelstudie inzake de geneeskundige verzorging in oorlogstijd ten behoeve van de legerplanning voor de lange termijn, 1979.

⁷³¹ *Ibidem*.

deel van de MGD in de Nationale Sector onder zijn hoede (*Figuur 12*). Deze ingreep was onderdeel van het nieuwe beleid van de landmacht, waarbij eenheden op basis van hun functie werden gegroepeerd.⁷³²



Figuur 12: Samenstelling GCKL in 1979

De invoering van het GCKL bracht een verbeterd overzicht, maar toch verdiende deze reorganisatie niet de schoonheidsprijs. Van een werkelijke eenhoofdige leiding voor de geneeskundige activiteiten in oorlogstijd was nog geen sprake. De behandeling van gewonden viel onder het gezag van de IGDKL. Het eveneens in 1976 opgerichte Nationaal Logistiek Commando (NLC) was verantwoordelijk voor de afvoer van gewonden uit het legerkorpsgebied naar het moederland.⁷³³ Eenmaal aangekomen bij uitlaadpunten bij de grens, werd de

⁷³² Opvallend was dat de lagere echelons geneeskundige verzorging in de Nationale Sector niet onder zijn gezag vielen. Waar eerste en tweede echelons geneeskundige verzorging eerder werd geregeld binnen de verschillende garnizoenen, werd zij geregeld door regionale geneeskundige detachementen, die vielen onder het operationeel gezag van de BLS.

⁷³³ Het NLC leverde logistieke steun aan het legerkorps, en moet niet worden verward met het Legerkorps Logistiek Commando (LLC), dat de logistiek binnen het legerkorpsgebied voor zijn rekening nam. Zie ook: Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 299.

verantwoordelijkheid voor de gewonden overgedragen aan de GCKL. Organisatorisch bleef er genoeg te wensen over.

Het lot van de hospitalen

Samenhangend met de reorganisatie van de MGD in de nationale sector, was de vraag of de militaire en civiele geneeskundige zorg in oorlogstijd nog verder konden en moesten worden samengevoegd. In de jaren zeventig kende de krijgsmacht nog twee hospitalen in eigen beheer, het Marinehospitaal Overveen en het MHAM. Vooral de laatstgenoemde inrichting was voor de krijgsmacht van groot belang. Zij fungeerde als 'kloppend hart' van de MGD en moest in oorlogstijd de eerste slachtoffers opvangen en behandelen. De omvorming van het MHAM tot een Militair Geneeskundig Kenniscentrum was al in 1967 door de commissie Drijber aanbevolen, maar de vorderingen op dat gebied gingen traag, met name door personeelstekorten in de stafsecties en op het gebied van research. Daarbij was de inrichting van beide hospitalen verouderd en het zou veel geld kosten beide naar moderne maatstaven te renoveren. Economischer en bovendien meer in lijn met het streven naar het samenvoegen van de geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen, was de bouw van één modern uitgerust interservice hospitaal. Over de politieke achtergronden van deze beleidsvisie volgt in hoofdstuk 6 meer.

Een ander argument voor hervorming betrof de behandeling van burgers in beide hospitalen.⁷³⁴ Deze regeling was tot stand gekomen omdat beide hospitalen met het oog op de oorlogssituatie ruim van opzet waren, maar in vreedstijd eigenlijk te veel capaciteit hadden voor de behandeling van alleen militairen, wat werd gezien als onrendabel. De behandeling van burgers bood militaire artsen in opleiding bovendien de gelegenheid om praktijkervaring op te doen en verder hield dit de kennis en vaardigheden van de beroepsofficieren-arts op peil. Het curatieve werk gaf ook de nodige voldoening. Zo werd het werk van de militair arts aantrekkelijker en steeg het in aanzien. Een vergoeding per burgerpatiënt bovenop het militaire honorarium droeg daar verder aan bij.

De regeling had echter wel een nadeel. In de jaren zeventig berichtten de kranten dat de militaire artsen in beide hospitalen meer aandacht besteedden aan de burgerpatiënten die zij daar ontvingen dan aan de militaire patiënten voor wie de hospitalen eigenlijk bedoeld waren.⁷³⁵ In ogen van critici was dat onredelijk en daaruit vloeide weer de vraag of de hospitalen, of zelfs de gehele MGD niet kon worden opgeheven.⁷³⁶ Zowel de IGDKL als de inspecteur van de geneeskundige dienst van de Koninklijke Marine verzetten zich echter tegen de sluiting van hun

⁷³⁴ Brief van staatssecretaris van Defensie – Bouwbeleid, Beddenreductie en Budgettering nr. 3, 21 maart 1984.

⁷³⁵ Van Bergen, *Robert George Nypels*, 88.

⁷³⁶ *Ibidem*.

hospitalen met als argument dat deze een belangrijke schakel vormden in de geneeskundige keten in oorlogstijd.⁷³⁷

Het Ministerie van Defensie achtte het behoud van twee hospitalen niet nodig. Eén paraat en goed uitgerust hospitaal was in principe voldoende om de vrede-staken te kunnen blijven uitvoeren. Dit centrum diende daarnaast als kennis-centrum en in oorlogstijd als inrichting waar de eerste oorlogsgewonden konden worden opgevangen en behandeld. Om die redenen mocht de omvang van het hospitaal niet worden aangetast. Dit standpunt moest de minister van Defensie verdedigen tegenover zijn collega van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die vond dat de bezuinigingen nog niet ver genoeg gingen. Laatstgenoemde wilde in 1977 dat het MHAM driehonderd bedden (van het totaal van vijfhonderd), die bestemd waren voor burgers, zou opgeven. Dat moest een kostenbesparing opleveren.⁷³⁸ Dit hing samen met de Wet Ziekenhuisvoorziening van 1971, die was ingevoerd om een doelmatiger ziekenhuiswezen te bevorderen. Kort gezegd lag aan deze wet de redenering ten grondslag dat het aantal benodigde bedden voor burgers (in vrede-stijd) was overschat door verkeerde aannames over de bevolkingsgroei, waardoor burgerziekenhuizen hun beddenpotentieel geleidelijk dienden af te bouwen.

Staatssecretaris van Defensie C.L.J. Van Lent was fel tegen de opheffing van de burgerbedden en beriep zich daarbij op de argumenten die de commissie Drijver tien jaar eerder had aangereikt. De behandeling van jaarlijks zeventuizend burger-patiënten was noodzakelijk voor het handhaven van de deskundigheid en vaardigheid van de in het MHAM werkzame militaire artsen. De behandeling van louter militaire patiënten (zieken) werkte eenzijdigheid in de hand. Los van de opleidingsfunctie moest de MGD in een oorlog kunnen beschikken over een centraal gelegen hospitaal dat met een voldoende aantal specialisten was voorbereid op een oorlogssituatie. Volgens de staatssecretaris vervulde het MHAM dus een cruciale functie in oorlogstijd en was het daarmee van nationaal belang. Om die reden mocht het niet door het bezuinigingsmes worden getroffen. Geneeskundige voorzieningen in het kader van “oorlog, oorlogsgevaar of buitengewone omstandigheden” vielen namelijk niet onder de Wet Ziekenhuisvoorziening. Voorlopig bleef het Utrechtse hospitaal buiten schot.

De beoogde beddenreductie van het Departement van Volksgezondheid bleef echter een agendapunt. De hiervoor verantwoordelijke minister had een nieuw plan laten ontwerpen om het aantal ziekenhuisbedden met achtduizend te verminderen, zodat in 1990 het aantal erkende ziekenhuisbedden van 66.000 naar

⁷³⁷ De IGDKL liet tevergeefs studies verrichten om aan te tonen dat het MHAM rendabel was en moest blijven bestaan. Zie onder meer: NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 161.

⁷³⁸ ‘Defensie wil bedden voor burgers houden’, *NRC/Handelsblad* 12 april 1977.

58.000 was teruggebracht.⁷³⁹ Deze reductie hield er geen enkele rekening mee dat het gat tussen het aantal bedden in vreedstijd en het benodigde aantal bedden in oorlogstijd verder zou groeien. Bovendien publiceerde de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen, op 7 juli 1982 een ‘zwarte lijst’ met daarop 25 ziekenhuizen en ruim zeventig ziekenhuisafdelingen die hun deuren moesten sluiten. Zonder goed overleg met Defensie waren ook de burgerafdelingen van het MHAM en het Marinehospitaal Overveen aangemerkt voor opheffing.

Tabel 7: Hospitaalcapaciteit in de Nationale Sector, 1984.

Formatie/inrichting	Aantal oorlogsbedden
Militair Hospitaal A. Mathijssen	1000
Marinehospitaal Overveen	450
752 Algemeen hospitaalbataljon (mob.)	1500
745 Veldhospitaalbataljon (mob.)	300
746 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
747 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
748 Veldhospitaalbataljon (mob.)	400
Totaal	4500

Defensie hield echter voet bij stuk. Ook al waren er bezuinigingen nodig, de hospitalen mochten niet zomaar worden gesloten. Ook andere ziekenhuizen ontketenden een storm van protest en Gardeniers-Berendsen moest haar besluit na “urenlange debatten” uitstellen.⁷⁴⁰ Dat nam echter niet weg dat Defensie een nieuw onderzoek instelde over het functioneren van de hospitalen, waarbij de vraag naar mogelijke bezuinigingen op de achtergrond speelde. De op 1 december 1983 ingestelde werkgroep Militair hospitaal concludeerde andermaal dat er vrijwel onmiddellijk na het uitbreken van een gewapend conflict een groot aantal gewonden zou moeten worden afgevoerd naar Nederland, waardoor er (tenminste) één centraal militair hospitaal gehandhaafd moest blijven.⁷⁴¹ De Defensienota 1984 onderschreef deze conclusie: “het [is] noodzakelijk dat al in vreedstijd een functionerende poliklinische en klinische hospitaalcapaciteit in eigen beheer aanwezig is.”⁷⁴² In een brief aan de Vaste Kamercommissie voor Defensie schreef Staatssecretaris van Defensie W.K. Hoekzema dat er minimaal vijftienhonderd

⁷³⁹ HTK, 26 januari 1982, behandeling van hoofdstuk XVII (Volksgezondheid en Milieuhygiëne) van de rijksbegroting voor 1982, voor zover betreft de afdeling Volksgezondheid (17 100-XVII) 1486.

⁷⁴⁰ ‘Bewogenheid speelde Gardeniers als minister dikwijls parten’, *de Volkskrant* 23 oktober 1982.

⁷⁴¹ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie; Centrale Organisatie, Politieke Leiding, nummer toegang 2.13.219, inventarisnummer 720. Rapportage van de werkgroep Militair Hospitaal, 's-Gravenhage, 19 april 1984.

⁷⁴² *Defensienota 1984-1993* (1984) 158.

bedden onder militaire hoede moesten blijven.⁷⁴³ In die behoefte konden de bestaande militaire hospitalen met hun uitbreidingsmogelijkheden op dat moment nog voorzien (*Tabel 7*).⁷⁴⁴

Ondertussen drong zich echter wel de vraag op hoe goed de bestaande twee militaire hospitalen eigenlijk waren uitgerust voor hun oorlogstaak. Al snel bleek de toegevoegde waarde van het marinehospitaal op dat gebied vrijwel nihil. Ook waren er twijfels over het MHAM. Op de interne infrastructuur van het gebouw viel het nodige aan te merken.⁷⁴⁵ Verder was de voortschrijdende kennis van traumatologie in de jaren zeventig onvoldoende doorgedrongen tot het hospitaal.⁷⁴⁶ De redactie van het officierstijdschrift *Carré* stelde in 1985 dat “de specialisaties die je op grond van de oorlogstaak specifiek in het MHAM zou verwachten (brandwonden, trauma-behandeling, huidtransplantaties) daar niet aanwezig zijn en dus in oorlogstijd niet adequaat kunnen worden verleend door militaire artsen.”⁷⁴⁷ Dat was te wijten aan geldgebrek en besluiteloosheid van de politieke leiding, die de noodzakelijke verbeterpunten op de lange baan had geschoven. Een kolonel-arts, die werkzaam was in het MHAM, verdedigde de vakkundigheid van de aanwezige specialisten en de kwaliteit van het instrumentarium. Maar hij erkende wel dat de kosten van de vooruitgang hoog waren, zeker met het oog op de noodzakelijk geachte aanschaf van dure medische apparatuur.⁷⁴⁸ Investerings waren dus vereist om het centrum volledig *up to date* te brengen en te houden, anders viel het politieke argument voor behoud van het MHAM als militair-geneeskundig expertisecentrum niet langer te verdedigen.

De uit medisch oogpunt beste oplossing was het bouwen van een compleet nieuw hospitaal, maar dat bleek al snel te kostbaar. Daarom was er genoeg aanleiding voor het Ministerie van Defensie om in december 1986 opnieuw een onderzoek te starten naar een integratie van het MHAM met het academisch ziekenhuis in Utrecht. Een werkgroep met vertegenwoordigers van de Ministeries van Volksgezondheid, Defensie en Financiën alsmede het Academisch Ziekenhuis in Utrecht, adviseerde de staatssecretaris van Defensie, J. van Houwelingen, een nieuwe polikliniek voor militairen te bouwen op het terrein van het academisch ziekenhuis. Het oude MHAM kon dan worden opgeheven.⁷⁴⁹ De voorzitter van de dienstcommissie (de ondernemingsraad) van het MHAM was naar eigen zeggen heel ongerust: “De werkgroep denkt alleen aan investerings- en exploitatiekosten. Er wordt eigenlijk helemaal niet gesproken over de vraag: hoe ziet een optimaal

⁷⁴³ ‘Krijgsmacht heeft 1500 ziekenhuisbedden nodig’, *Polsslag* 18-3 (mei 1984). Het artikel verscheen eerder in *Defensiekrant* 13 (29 maart 1984).

⁷⁴⁴ Brief van de staatssecretaris van Defensie aan de voorzitter van de Staten Generaal, 21 maart 1984.

⁷⁴⁵ Van Bergen, *George Robert Nypels*, 88.

⁷⁴⁶ Henny, ‘Een korte geschiedenis’, 9.

⁷⁴⁷ Redactie, ‘De geneeskundige verzorging van de militair’, *Carré* 9 (mei 1985) 5.

⁷⁴⁸ J. van Koldam, ‘De hogere echelons geneeskundige zorg bij de KL’, *Polsslag* 20:5 (oktober 1986) 3.

⁷⁴⁹ ‘De keuze tussen keizersnee en dikke knie kennen we niet’, *Reformatoisch Dagblad* 21 februari 1987.

functionerend, militair gezondheidszorgapparaat eruit?”⁷⁵⁰ Volgens hem was er in ziekenhuizen geen enkele animo voor de oprichting van een nieuwe militaire afdeling. Een anesthesioloog bij het MHAM vreesde zelfs voor het voortbestaan van een onafhankelijke militaire gezondheidszorg. “De kennis verdwijnt en niemand weet meer welke behandelingsmethoden in oorlogstijd moeten worden toegepast.” Alleen het MHAM was in staat om snel om te schakelen naar een oorlogssituatie, dankzij de militaire bevelsstructuur. “In een burgerziekenhuis ligt dat veel moeilijker. Iedereen bemoeit zich er mee en wil zijn zegje doen. Het gevolg is dat de [oorlogs]voorbereiding nog in volle gang is, terwijl de slachtoffers al binnenstromen.”⁷⁵¹

De medewerkers van het MHAM zagen de plannen met lede ogen aan. Volgens hen telde alleen het financiële voordeel voor Volksgezondheid: “Wanneer [de burgerpatiënten] niet meer worden verzorgd, kan Volksgezondheid 25 miljoen gulden besparen”.⁷⁵² Zij spanden een kort geding aan, maar werden niet in het gelijk gesteld. In september 1987 hakte Van Houwelingen de knoop door. In een brief aan de Tweede Kamer presenteerde hij een beleidsvoorstel voor de sluiting van beide militaire hospitalen en de bouw van een nieuwe militaire dependance aan de westzijde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU).⁷⁵³ Nog voor het einde van dat jaar gaf de Tweede Kamer, zonder al te grote aarzeling, groen licht voor de nieuwbouw.

De Koude Oorlog was goed en wel ten einde toen het MHAM in 1991 zijn deuren sloot. Ondertussen verrees op het terrein van het AZU een nieuw gebouw waarmee de ‘krijgsmachthospitaalfunctie’ werd veiliggesteld.⁷⁵⁴ Voor wat betreft de inrichting leek het te voldoen aan verreweg de meeste eisen die in de eerdere discussies naar voren waren gekomen. Het bestond uit vijf verdiepingen met een totale capaciteit van honderd bedden voor uitsluitend militaire patiënten, waarmee was voldaan aan de geëiste beddenreductie. In de kelder van het ziekenhuis was ruimte voor de snelle inrichting van een noodhospitaal, waarmee ook de paraatheidseis was gegarandeerd. Militair-geneeskundige specialismen zoals traumatologie, oorlogschirurgie, militaire toxicologie en stralingsproblematiek waren vertegenwoordigd in het nieuwe hospitaal, dat ook research en de opleiding van militair-artsen kon faciliteren. In de dagelijkse praktijk lag het accent evenwel op de poliklinische dagbehandeling en de bedrijfsgeneeskundige advisering met betrekking tot de gezondheid en inzetbaarheid van de militair. Om de motivatie en medische veelzijdigheid van de officieren-arts verder te bevorderen, bood het AZU hen toegang tot civiele patiëntenzorg en ondersteunende onderzoeksfaciliteiten.

⁷⁵⁰ Ibidem.

⁷⁵¹ Ibidem.

⁷⁵² Ibidem.

⁷⁵³ HTK 1987-1988, Brief van staatssecretaris van Defensie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (20238), Krijgsmachthospitaalfunctie Nr. 1, 25 september 1987.

⁷⁵⁴ Ibidem.

Ter aanvulling van de oorlogscapaciteit van het nieuwe hospitaal werden twaalf militair-geneeskundige specialistenteams geformeerd en over verschillende (grote) ziekenhuizen in het land verdeeld. Het doel hiervan was de militair-artsen te verzekeren van voldoende medisch curatief werk in de ziekenhuizen, zodat hun kennis en vaardigheden op het vereiste niveau bleven. Een bijkomend voordeel van deze regionalisatie was dat de militair-geneeskundige zorg in vredestijd eenvoudiger en beter bereikbaar werd voor veel militair personeel. Tezelfdertijd zouden in het hele land parate kernen worden gevormd voor de inrichting van de oorlogshospitalen. Ook waren zes chirurgische teams samengesteld voor bijstand aan regionale ziekenhuizen, waarmee een spreiding van de oorlogsgeneeskunde werd bereikt.

Deze ontwikkelingen gingen hand in hand met een laatste reorganisatie van de geneeskundige diensten in de Nationale Sector. Zoals gemeld kende deze nog oneffenheden na de reorganisatie van 1976, waarna de geneeskundige stafofficieren en beleidsmakers in de jaren tachtig nog volop bezig waren deze glad te strijken. Uiteindelijk leidde dat met de oprichting van het Geneeskundig Commando Krijgsmacht (GCK) in 1990 tot een meer bevredigende organisatie. Met een vredes- en oorlogsterkte van respectievelijk duizend en zeventuizend geneeskundigen kwamen voor het eerst alle geneeskundige activiteiten buiten het legerkorps onder één dak. De Opvang- en afvoercompagnie van het GCK verzorgde de taken die voorheen aan de geneeskundige groepen waren opgedragen. Het onderbrengen van patiënten in civiele ziekenhuizen werd gecoördineerd tussen de ZIBO en de nieuw op te richten Provinciale administratie- en registratiecompagnieën van het GCK, waarmee de liaisondetachementen werden opgeheven. Deze ontwikkelingen betekenden een laatste stap in de integratie tussen civiele en militaire geneeskunde.

Balans

Met de genoemde wijzigingen kwam een einde aan een ambtelijke discussie over de herstructurering van de geneeskundige dienst die ruim twee decennia had geduurd. Ingegeven door het motto 'kwaliteit ten koste van kwantiteit' was het nieuwe systeem kleiner en goedkoper, dat laatste vooral door de opheffing van de parate militaire hospitalen. In een positieve bewoording heette dat "afslanking", maar in feite was "de capaciteit van de behandel functie in vredes- en oorlogstijd (...) aanzienlijk teruggeschoefd".⁷⁵⁵ Deze taak lag voortaan bij de ziekenhuizen. Wel wezen militaire deskundigen er terecht op dat er de nodige kwaliteitsverbeteringen in de gewondenzorg hadden plaatsgevonden. Concreet ging het om de herstructurering van de geneeskundige dienst van het legerkorps en de invoering van de 'systeemeisen' (zie hoofdstuk 2). Hierdoor werkte de geneeskundige afvoerketen in theorie sneller en doelmatiger, waardoor de overlevingskansen van de individuele

⁷⁵⁵ G.S.D. Zaalberg, 'Militair Geneeskundige Dienst 175 jaar', *Militaire Spectator* 158:10 (1989) 495.

patiënt waren toegenomen, onder conventionele omstandigheden welteverstaan. Door verbetering van het transport konden tegen het einde van de jaren tachtig meer dan tweeduizend patiënten per 24 uur naar Nederland worden afgevoerd.⁷⁵⁶ Intussen waren ook de materiële achterstanden grotendeels ongedaan gemaakt. Het chirurgisch instrumentarium was waar nodig vervangen en nieuwe ambulances deden hun intrede.

Waar de oorlogsorganisatie van de MGD nog kon rekenen op aandacht en voorstellen tot verbetering, kenmerkte de ZIBO zich door een gebrek aan progressie. Dat kwam vooral doordat de in de jaren vijftig en zestig opgebouwde organisatie haar politieke draagvlak verloor. Zo klonk het zuiver organisatorisch argument dat een verdere materiële uitbreiding weinig zinvol was omdat er onvoldoende medisch personeel beschikbaar was om een nog grotere organisatie te bestieren. Een economisch argument was dat het reeds aangeschafte materiaal in opslagplaatsen lag te verstoffen, zonder dat het ooit iets opleverde. Vanuit veiligheidsperspectief was het bovendien onwaarschijnlijk dat het materiaal ooit zou worden gebruikt - sterker nog, het gehele beleid was erop gericht om te voorkomen dat het materiaal ooit nodig zou zijn. Er kwam dan ook nagenoeg geen politieke druk van de bondgenoten om de ZIBO *up to date* te houden. De afschrikkingsstrategie was er immers nauwelijks van afhankelijk. Zo werd civiele verdediging vanaf de jaren zeventig gezien als een bezuinigingspost.

Eind jaren zeventig ontstonden nog kortstondig plannen om de gehele civiele verdediging nieuw leven in te blazen, maar de financiering ervan kwam nauwelijks van de grond, ook niet toen de begroting voor Binnenlandse Zaken in 1979 de civiele verdediging bestempelde als “wezenlijk onderdeel van het regeringsbeleid”.⁷⁵⁷ Dit betekende ook dat de regering geen grote investeringen meer deed in medische oorlogsvoorbereidingen. Vanaf 1986 leek het zelfs twijfelachtig of het bestaande aantal noodbedden kon worden gehandhaafd met het oog op het beddenreductie-beleid van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. “Desgevraagd verklaarde de bewindsvrouw [van genoemd ministerie] dat thans niet valt te zeggen of binnen het budget van de civiele verdediging de middelen zullen moeten worden gevonden om ziekenhuizen, die in buitengewone omstandigheden zullen moeten functioneren, overeind te houden.”⁷⁵⁸ Nieuwe studies moesten uitwijzen op welke manier de regering kon blijven voldoen aan de vastgestelde NAVO-richtlijnen waarop de civiele verdedigingsvoorbereiding in Nederland zich de komende jaren moest concentreren.⁷⁵⁹ Het einde van de Koude Oorlog maakte echter vroegtijdig een einde aan die noodzaak.

⁷⁵⁶ Feijen, ‘Herstructurering geneeskundige dienst’, 312.

⁷⁵⁷ Van der Boom, *Atoomgevaar?* 282.

⁷⁵⁸ HTK, vergaderjaar 1986-1987, 19 963, nr. 3, pagina 12.

⁷⁵⁹ *Ibidem*, 27.

In vergelijking met de ZIBO, die uiteindelijk in de bureaulade belandde, beschikte de MGD over meer daadkracht. Militair-geneeskundigen hadden eveneens te maken met een relatief lage politieke prioriteit, maar hun reorganisatie- en verbeteringsplannen vonden na een langdurig proces wel doorgang. Ook mocht de organisatie geleidelijk en in beperkte mate nieuw materieel verwelkomen. Verder bleven officieren wijzen op het belang van civiel-militaire oefeningen, die zij voortdurend onderwierpen aan kritische beschouwingen. De soms haperende communicatie tussen de civiele en militaire functionarissen bleef een heikel punt. Die kritiek moet worden opgevat als een teken dat de betrokkenen daadwerkelijk geloofden dat het, zelfs met een beperkt budget, noodzakelijk was om zoveel mogelijk voorbereidende oorlogsmaatregelen te treffen. Die leidden nooit tot tevredenheid, zo blijkt uit de militaire vaktijdschriften, maar iets doen was beter dan niets doen; zo werd gezegd.

Conclusie

Al vroeg in de Koude Oorlog voorzagen de militaire en civiele autoriteiten dat de volgende oorlog – mocht die onverhoopt uitbreken – vernietiging op ongekeerde schaal zou veroorzaken. In dat scenario moesten hulpverleners rekening houden met een grote toestroom van gewonde militairen en burgers. Aangezien de MGD niet alle patiënten in eigen hospitalen kon onderbrengen, was de dienst afhankelijk van de medische capaciteit in burgerziekenhuizen. Met de toenemende verliesverwachtingen als gevolg van de kernwapendreiging werd echter al snel duidelijk dat ook de civiele medische capaciteit ontoereikend was voor de opvang van alle gewonden in een atoomoorlog. De autoriteiten gaven in besloten kring toe dat er bij dat scenario nooit kon worden gezorgd voor voldoende bedden voor alle gewonde burgers en militairen, laat staan dat er voldoende deskundige handen voor die bedden beschikbaar zouden zijn.

Desondanks hielden de betrokkenen vol dat plotselinge pieken in het aantal oorlogsgewonden moesten worden opgevangen door improvisatie en verdergaande civiel-militaire samenwerking. Vanuit deze gedachte ontstonden eind jaren vijftig civiel-militaire overlegorganen en draaiboeken voor het ziekenhuiswezen in oorlogstijd. Het Korps Mobiele Colonne zou tijdens rampsituaties in de Nationale Sector ondersteuning bieden aan de Bescherming Bevolking. Halverwege de jaren zestig sloten de gewestelijke hospitalen hun deuren, waarna het beschikbare materiaal ter beschikking kwam van het nationale ziekenhuispotentieel in oorlogstijd. Deze maatregelen beoogden de beschikbare medische capaciteit zo goed mogelijk te benutten, maar tegelijk betekende de vervlechting van het militaire en civiele medische domein een grotere afhankelijkheid van de MGD van burgerziekenhuizen.

Het staken van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen was in de ogen van de regering en de betrokken ambtenaren ondenkbaar en onverantwoord. De medische maatregelen moesten vriend en vijand het signaal geven dat Nederland

bijdroeg aan de bondgenootschappelijke verdediging. Zo gezien hadden de maatregelen een psychologische en symbolische betekenis. Maar dat was niet het enige. Medische voorbereidingen konden ook nog altijd praktisch nut hebben in een beperkte oorlog. Dat werd dan ook het uitgangspunt bij de oorlogsvoorbereidingen. De mogelijke inzet van kernwapens bleef daarbij bewust vaag. Zodoende hielden de betrokken functionarissen de moed erin en bleven de geneeskundige voorbereidingen enigszins behapbaar en financieel draagbaar. Beperkte investeringen, sporadische oefeningen en organisatorische verbeteringen moesten de hoop levend houden dat de hulpverlening klaarstond als dat nodig was. We zien hier opnieuw de neiging om de risico's van de Koude Oorlog te beheersen, of op zijn minst dragelijk te maken, door middel van een hoopvol narratief (*desirable future*), dat overigens wel onder invloed van nieuwe technologieën en inzichten werd aangepast.

Niet iedereen ging evenwel mee in deze optimistische gedachte. Wetenschappers, politici en vooral vredesactivisten gingen er van uit dat de oorlog vrijwel zeker nucleair zou zijn. Vanuit die optiek waren de voorbereidingen op een *limited war* ongeloofwaardig en zelfs gevaarlijk, want dat gaf de bevolking onterecht het gevoel dat de overheid de consequenties van een eventuele oorlog kon beheersen. Naarmate de kernwapens van de twee supermachten steeds krachtiger en vooral talrijker werden, daalde in Nederland het maatschappelijk draagvlak voor de oorlogsvoorbereidingen verder. In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat steeds meer medici zich tegen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen uitspraken. Deskundigen onder hen wezen erop dat Nederland niet eens was voorbereid op een conventionele oorlog. De 'ziekenhuisorganisatie in buitengewone omstandigheden' (ZIBO) was een papieren tijger. Vredesactivisten vonden dat de burger daar kennis van moest nemen en zijn politieke conclusies daaraan moest verbinden.

Tegen deze achtergrond bleef het militair-geneeskundig beleid onverstoort gericht op een stapsgewijze verbetering van het bestaande militaire zorgsysteem in oorlogs- en vreedetijd. Kwantiteit moest plaatsmaken voor meer kwaliteit, waarmee een bredere trend binnen de krijgsmacht werd gevolgd. In het teken van doelmatigheid raakten de drie geneeskundige diensten van de krijgsmacht verder geïntegreerd. Met de kostenbesparing die daarvan het resultaat was, konden materiële achterstanden langzaam worden ingelopen. Dankzij een strakkere organisatie en verbeterd materieel was de overlevingskans van gewonden (onder conventionele oorlogsomstandigheden) in theorie groter. Het Ministerie van Defensie besloot om financiële redenen, en mede op aandringen van het Ministerie van Volksgezondheid, om één hoogwaardig militair-geneeskundig centrum te behouden, dat moest dienen om de eerste oorlogsgewonden op te vangen. Dit centrum werd in feite een dependance van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Ogenscheinlijk brandde bij niemand de vraag op de lippen of zulke militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen getalsmatig wel voldoende gewicht in de schaal legden in een eventuele oorlog. Dit zwijgen zal in hoofdstuk 6 verder worden onderzocht.

In 1991 was de doelstelling van de NAVO bereikt. Er kwam een einde aan de Koude Oorlog en daarmee was de MGD onbeproefd gebleven. Er valt natuurlijk te speculeren of het geneeskundig systeem had gefunctioneerd in een 'beperkte oorlog', waarop de voorbereidingen waren afgestemd. Uit dit hoofdstuk is gebleken dat de plannen een vrij abstract karakter hadden. Er waren afspraken op stafniveau, maar op werkniveau werd veel overgelaten aan het improvisatievermogen van de betrokkenen. Door het geringe aantal oefeningen was er geen sprake van routine in essentiële handelingen en procedures. Verder bestonden er de nodige tekorten, niet alleen aan materiële zaken, maar ook aan personeel. Op werkniveau, in de ziekenhuizen, waren er amper praktische voorbereidingen getroffen voor de komst van grote aantallen oorlogsgewonden. Deze mankementen waren bij de betrokken functionarissen bekend. Hierover ontstond nauwelijks maatschappelijke en publieke ophef. In de laatste twee hoofdstukken zal dieper op deze kwestie worden ingegaan.