



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 6: De mgd in de politieke arena?

“M.J.J.A. Imkamp (D’66): Is het juist dat de militair geneeskundige dienst een minimaal bestaan leidt en de ter beschikking staande artsen overbelast zijn?

- W. den Toom, minister van Defensie: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. De overbelasting geldt voornamelijk de stafartsen en de artsen belast met wetenschappelijke arbeid. Door de huidige tekorten aan beroepsofficieren-arts moeten de aanwezigen zwaar worden belast om het vereiste niveau te kunnen handhaven”.⁹¹⁰

Naast oorlogsvoorbereidingen had de MGD een breed spectrum aan vreedstaken, zoals het vaccineren, het verzorgen van EHBO-cursussen en hygiënische inspecties, en ook logistieke, bedrijfsgeneeskundige, verzekeringstechnische, curatieve taken eisten de nodige aandacht. De IGDKL moest er als hoogste medische autoriteit van de landmacht op toezien dat die taken uitvoerbaar waren met de middelen en het personeel dat daarvoor beschikbaar was gesteld. Dit hoofdstuk gaat nader in op die taakuitvoering. Welke verwachtingen van de MGD bestonden er binnen- en buiten de krijgsmacht, en in hoeverre wekte het functioneren van de dienst in vredes- en oorlogstijd de belangstelling van de ambtelijk-politieke top?

De eerste paragraaf biedt een overzicht van de belangrijkste argumenten voor het bestaan van de MGD in oorlogstijd, alsook de daaruit afgeleide argumenten om deze dienst in vreedstijd te handhaven. Hier passeren de perspectieven van de Nederlandse staat, de krijgsmacht en de NAVO-bondgenoten de revue. Ook komen er ‘klassieke’ tegenargumenten aan bod: de hoge kosten en het gebrek aan urgentie. In de navolgende paragrafen komen de belangrijkste politieke discussies over de MGD ter sprake. Daarbij ging het vrijwel altijd over personeelstekorten, die de militaire gezondheidszorg ondermijnden en de oorlogsvoorbereidingen in gevaar brachten. Hoe en hoe succesvol bracht de IGDKL dit onderwerp bij zijn superieuren onder de aandacht? Hadden de legerleiding en de politieke leiding van het Ministerie van Oorlog/Defensie voldoende oog voor deze problematiek en de consequenties ervan? Daarnaast zal de rol van de volksvertegenwoordiging in ogeschouw worden genomen. Werd het functioneren van de MGD tegen het licht gehouden bij de debatten over de jaarlijkse defensiebegroting? En zo ja, welke aspecten kregen dan aandacht?

Verder is het de bedoeling om te verklaren welke belangrijke militair-geneeskundige aspecten juist géén onderwerp van gesprek waren. Zo moet blijken

⁹¹⁰ Aanhangsel tot het Verslag van de HTK 1970-71, Vragen 1023, pagina 2057.

in hoeverre politici de militair-geneeskundige personeelsproblematiek in verband brachten met de oorlogsvoorbereidingen. Ook zal duidelijk worden in hoeverre er een parlementaire discussie werd gevoerd over de mogelijke uitvoering van de geneeskundige taken in oorlogstijd, waarbij de inzet van kernwapens niet kon worden uitgesloten. Door de blik te richten op de politieke aspecten van de militaire geneeskunde, behandelt dit hoofdstuk het laatste, maar zeker niet het minst belangrijke deel van de onderzoeksvraag.

Uit noodzaak geboren

De geneeskundige verzorging van militairen is in de laatste drie eeuwen geëvolueerd van 'aardige bijkomstigheid' tot absolute voorwaarde voor het functioneren van de krijgsmacht. Tijdens de Koude Oorlog verwezen vooraanstaande officieren-arts geregeld naar de ervaringen van de geallieerde strijdkrachten tijdens de Tweede Wereldoorlog: toen waren miljoenen militairen in hospitalen opgenomen, behandeld en genezen, waarna velen van hen konden terugkeren in actieve dienst. Vanuit die optiek noemde veldmaarschalk Montgomery de bijdrage van de militaire geneeskunde aan de geallieerde overwinning 'beyond all calculation'.⁹¹¹

De erkenning van het belang van de MGD is in belangrijke mate gerelateerd aan de voortschrijdende medische wetenschap, die officieren-arts had geleerd dat personeelsuitval door ziekte grotendeels kon worden voorkomen door het treffen van tamelijk eenvoudige hygiënische maatregelen. Daarnaast stond ook de ontwikkeling van de chirurgie en wondbehandeling niet stil. In elke oorlog werd het leven van een steeds groter percentage gewonden gered, van wie zoals gezegd een steeds groter aantal na herstel kon terugkeren in actieve dienst. Verder zorgde de aanwezigheid van een goed functionerende MGD voor een versterking van het moreel van de troepen, zo is door verschillende militair-geneeskundigen gesuggereerd.⁹¹² Het officiële motto van het Nederlandse Regiment Geneeskundige Troepen luidde dan ook *Eripiendo Victoriae Prosum*, al helpende dien ik de overwinning.

Afgezien van het militaire nut, was er ook nog een staatkundig argument voor het handhaven van de MGD, namelijk dat de overheid verantwoordelijk is voor de verlening van medische zorg aan dienstplichtige en vrijwillig dienende militairen.⁹¹³ Deze opvatting staat in relatie tot het gedachtegoed van de Verlichting, met name de theorievorming over de verhoudingen tussen burger en overheid. De Zwitserse filosoof Jean Jacques Rousseau betoogde in 1762 in *Du contrat social ou principes du droit politique* dat burgers een deel van hun vrijheid moeten opgeven

⁹¹¹ Mark Harrison, *Medicine and Victory: British Military Medicine in the Second World War* (Oxford 2004) 1.

⁹¹² Verschillende militair geneeskundigen verkondigden deze opvatting. Zie: Van Bergen, *Waarde Generaal*, passim.

⁹¹³ Van Bergen, *Pro patria*, 36.

ten bate van de gemeenschap – ofwel het algemeen belang – en als tegenprestatie moet de staat zorgdragen voor onder meer veiligheid en welvaart.⁹¹⁴ Vrij vertaald is de dienstplicht, die in feite de zwaarst mogelijke beperking van de burgerlijke vrijheid betekent en in veel gevallen met tegenzin vervuld wordt, alleen legitiem als de staat goed gebruik maakt van die krijgsmacht en tevens zorg draagt voor het lichamelijk en geestelijk welzijn van haar burgers onder de wapenen.⁹¹⁵ Officieren van de MGD deelden die opvatting: de krijgsmacht moest voorzien in “hygiëne, voeding, lichamelijke opvoeding, (...) een behoorlijke medische en psychologische verzorging, (...) recreatie, ontspanning, sport”. Ook was zij verantwoordelijk voor het “scheppen van voldoende ruime mogelijkheden [voor persoonlijk ontplooiing, T.D.], met zoveel mogelijk vrijheid van keuze”.⁹¹⁶

Een derde argument voor het handhaven van de MGD waren internationale afspraken. Nederland behoorde tot de eerste twaalf landen die in augustus 1864 de Conventies van Genève ondertekenden, waarin werd bepaald dat oorlogsgewonden recht hadden op geneeskundige verzorging ongeacht hun nationaliteit. Zou Nederland onverhoopt verwickeld raken in een oorlog, dan diende het te handelen in de geest van het verdrag. Dit impliceerde dat het leger de mogelijkheid moest hebben om geneeskundige zorg te bieden aan de eigen gewonden en die van de vijand. Hoe die zorg was georganiseerd, kon Nederland lange tijd zelf bepalen. Daarbij dienden de geneeskundige diensten in de buurlanden (met name Frankrijk) als voorbeeld.⁹¹⁷

Toen de Nederlandse krijgsmacht vanaf 1949 deel ging uitmaken van de NAVO-verdediging, diende de legerleiding sterk rekening te houden met de plannen van SHAPE. Zo moesten de aan de NAVO-verdediging toegewezen strijdkrachten (*assigned forces*) voldoen aan bepaalde richtlijnen. Die waren niet juridisch bindend, maar als trouwe bondgenoot hechtte de Nederlandse regering er bij de formulering van het defensiebeleid altijd grote betekenis aan.⁹¹⁸ Zo werden aan de paraatheid, vuurkracht, mobiliteit en de communicatiemiddelen van het legerkorps hoge eisen gesteld.⁹¹⁹ Ook een goed functionerende medische verzorging was belangrijk om het gevecht te kunnen voortzetten. De NAVO probeerde daarom inzicht te krijgen in de

⁹¹⁴ Jean Jacques Rousseau, *Du contrat social ou principes du droit politique* (Geneve 1762) aldaar boek 3, hoofdstuk 9, dat gaat over de kenmerken van goed overheidsbestuur (*Des signes d'un bon Gouvernement*).

⁹¹⁵ J.R. Thorbecke noemde de krijgsmacht “de zwaarste schuld van alle welke de Staat aan de burgers oplegt.” Geciteerd in: B. Schoenmaker, *Burgerzin en soldatengeest. De relatie tussen volk, leger en vloot 1832-1914* (Amsterdam 2009) 204. Overigens vergt het onderzoek naar de invloed van het Verlichtingsdenken op sociale omstandigheden binnen de krijgsmacht nog het nodige onderzoek. Zie bijvoorbeeld het promotieonderzoek van Rosemarijn Vlijm (*Leven aan boord: humaniteit en zeemacht 1813-1885*) over de invloed van de Verlichting op de werk- en leefomstandigheden aan boord van marineschepen in de negentiende eeuw.

⁹¹⁶ C.J.A. Somers, ‘De Militair Geneeskundige Dienst in vreedstijd’, *Ons Leger* 44:10 (september 1960) 23. Somers refereert in zijn artikel naar een uitspraak van academicus en politicus prof. dr. F.L. Polak.

⁹¹⁷ Bijvoorbeeld: in het *Maandblad voor Reserveofficieren* (MAVORS) verschenen in het interbellum geregeld artikelen over de organisatie van de Duitse, Franse en Britse militair geneeskundige diensten.

⁹¹⁸ Van der Hoogen, *Besluitvorming*, 37.

⁹¹⁹ ‘Met het oog op atoombomlog. Reorganisatie van leger krijg in 1958 gestalte’, *de Volkskrant* 7 februari 1957..

medische capaciteit die de lidstaten tot hun beschikking hadden. Verder voorzag SHAPE, zoals we zagen, elk land van schattingen van het aantal slachtoffers in verschillende oorlogsscenario's. Op basis daarvan kreeg ook Nederland bondgenootschappelijke adviezen inzake de gewenste hospitaalcapaciteit en de aanschaf van militair-geneeskundige voorraden en materieel.

De medische verzorging bleef echter net als de logistieke ondersteuning in haar geheel een nationale verantwoordelijkheid, zowel in vreedstijd als in tijd van oorlog. Aan dit uitgangspunt lagen vooral politieke en economische overwegingen ten grondslag. Het defensieapparaat vergde enorme geldbedragen, dus vanuit het belang van de schatkist was het stellen van prioriteiten noodzakelijk. Zo kwam in hoofdstuk 2 al naar voren dat de gevechtseenheden in veel gevallen voorrang kregen bij de invoering van nieuw materieel.⁹²⁰ De hospitalen in de Nationale Sector en de geneeskundige onderdelen bij de territoriale troepen stonden stevast tamelijk laag in de pikorde. De gevechtskracht en paraatheid van de *assigned forces* waren belangrijker: vooral daarop werd Nederland internationaal beoordeeld.

Een laatste argument voor een goed georganiseerde MGD was de publieke opinie. Wanneer de geneeskundige zorg niet op orde was, dan kon dat tot publieke verontwaardiging leiden, zoals bijvoorbeeld in Groot-Brittannië, naar aanleiding van de reportages van William Howard Russell over de medische situatie tijdens de Krimoorlog (1853-1856).⁹²¹ Ook hier te lande viel vanouds meermaals kritiek te beluisteren op de kwaliteit van de militair-geneeskundige zorg – in vreedstijd welteverstaan.⁹²² Vermeldenswaardig is de ophef die in 1916 ontstond over misstanden in de geneeskundige zorg voor dienstplichtigen. Naar aanleiding hiervan riep de minister van Oorlog een speciale commissie in het leven om onderzoek te doen “naar de werking van de Geneeskundige Dienst der Landmacht”.⁹²³ Het rapport van de zogeheten commissie Ruysch uit 1917 bevatte veel elementen die bij latere discussies opnieuw aan de orde kwamen. Het rapport noemde de militaire hospitalen onmisbare specialistencentra voor de krijgsmacht. Wel constateerde de commissie dat de militaire zorgverlening in de voorbije decennia achterop was geraakt bij de civiele geneeskunde en dat verbeteringen noodzakelijk waren.⁹²⁴

De voorgestelde verbeteringen maakten echter geen einde aan de twijfels over de zorgkwaliteit. Ook de kosten van de militair-geneeskundige inrichtingen waren een heikel punt, vooral in perioden van economische neergang en overheids-bezuinigingen. Om die redenen was het voorstel tot beperking van de omvang van de MGD nog niet van tafel. Het idee kreeg vooral steun binnen partijen die weinig

⁹²⁰ Roozenbeek ed., *In dienst*, 115. De auteur toont in dit boek aan dat de logistieke ondersteuning gedurende de Koude Oorlog steeds kampte met tekorten, terwijl de plannen voor verbetering maar traag van de grond kwamen.

⁹²¹ Harrison, *The Medical War*, 3.

⁹²² Van Bergen, *Pro patria*, 147.

⁹²³ *Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952) 41.

⁹²⁴ *Ibidem*, 42.

ophadden met de krijgsmacht. Maar ook rechtse of conservatieve politici, die eerder voorstander waren van de een uitgebreid militair apparaat, zagen zich soms gedwongen de geldkraan naar de militaire geneeskunde dicht te draaien. In 1922 uitte de minister van Oorlog J.J.C. van Dijk (ARP) zijn voornemen om het aantal militaire hospitalen “tot het hoogst nodige te beperken”.⁹²⁵ Dat zou niet de laatste keer zijn. In 1931 werd er opnieuw een commissie in het leven geroepen, die in het kader van de defensiebezuinigingen moest onderzoeken of de militaire hospitalen geheel konden worden opgeheven om daarmee te komen tot “een meest economische situatie van de MGD”.⁹²⁶ Maar net als haar voorganger oordeelde deze commissie Rutgers echter dat de militaire hospitalen ook in vreedstijd een essentieel onderdeel van de krijgsmacht vormden.⁹²⁷ Bovendien was er in de civiele ziekenhuizen geen plaats voor de opname van alle zieke militairen.

Ter verbetering van de zorgkwaliteit viel in 1938, na veel aandringen vanuit de MGD, het besluit tot de aankoop van een stuk grond in Utrecht, waarop een modern en centraal militair hospitaal moest verrijzen. Deze inrichting, die we al hebben leren kennen als het MHAM, kon pas na 1945 in gebruik worden genomen.⁹²⁸ Hoewel de nieuwbouw geen einde maakte aan de sores binnen de MGD, was het wel een lichtpuntje. De behoefte aan goede militair-geneeskundige zorg leek ten langen leste door de politiek erkend, maar daarbij zij opgemerkt dat het rondkrijgen van de financiën tijdens het interbellum steeds moeizaam verliep. Het was een patroon dat zich de komende decennia zou blijven herhalen.

‘Een buiten adem voorttobbende dienst’

Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden er ideeën om de militair-geneeskundige zorg grondig te verbeteren. Deze ideeën kunnen niet los worden gezien van het grotere politieke debat over de naoorlogse legervorming. De cgs luitenant-generaal Kruls was voorstander van een krachtige legeropbouw. De minister van Oorlog A.H.J.L. Fiévez steunde hem daarin, maar de ambitie van beide heren kreeg weinig steun in het kabinet. Bij gebrek aan een duidelijke vijand vielen premier Drees en de minister van Financiën P. Liefstinck (beide PvdA) niet te overtuigen van de noodzaak van een ingrijpende militaire opbouw. Zij gaven prioriteit aan de economische wederopbouw. W.F. Schokking, die de post van minister van Oorlog in 1948 overnam, slaagde er niet in om een vuist te maken voor de legerplannen.⁹²⁹

Ondanks de goede voornemens van de militair-geneeskundigen, bleef het binnen de heropgerichte MGD voorlopig behelpen. Nadat er in 1945 een IGDKL was aangesteld, kon er maar mondjesmaat een begin worden gemaakt met de vorming

⁹²⁵ Van Bergen, *Pro patria*, 194.

⁹²⁶ *Rapport van de Commissie*, 41.

⁹²⁷ *Ibidem*, 40.

⁹²⁸ Van Bergen, *Pro patria*, 199. NB: Het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht werd eind jaren zestig omgedoopt tot het Militair Hospitaal A. Mathijssen (MHAM).

⁹²⁹ Hoogeboezem, *H.J. Kruls*, 245.

van keuringsraden, de opleiding van geneeskundigen voor de uitzending naar Indonesië, en het heropenen van de militaire hospitalen, sanatoria en herstelloorden. Deze inrichtingen waren tijdens de oorlog door de bezetter gebruikt en in deplorabele staat achtergelaten. Gezien het krappe budget rees voor het Ministerie van Oorlog de vraag of het volledig heropenen van deze vooroorlogse inrichtingen wel verstandig was. In dat kader riep minister Fiévez in 1947 een commissie in het leven die moest bestuderen of de geneeskundige zorg voor militairen in vredetijd in eigen (militair) beheer moest blijven of dat deze beter door burgerinstanties kon worden overgenomen. De 'Commissie 1947', die onder leiding stond van Van der Giessen,⁹³⁰ kwam tot dezelfde conclusies als de voorgaande commissies. De MGD vormde een essentieel onderdeel van de krijgsmacht en de militaire ziekeninrichtingen in de Nationale Sector waren onontbeerlijk. Een personele reorganisatie en materiële versoering van de hospitalen waren echter onvermijdelijk.⁹³¹ Voor een opbouw van de krijgsmacht in de volle breedte was eenvoudig niet genoeg geld.

Een andere bottleneck vormde het tekort aan medisch opgeleid personeel. Het aantal artsen was in Nederland en Nederlands-Indië tijdens de Tweede Wereldoorlog verminderd door ziekte en sterfte, terwijl de aanwas van jonge artsen in de oorlogsjaren was gestagneerd door de ontregeling van het hoger onderwijs. Daarentegen was de behoefte aan medici groot. De oorlog had velen dakloos gemaakt, met als gevolg dat deze ongelukkigen noodgedwongen onder gebrekkige hygiënische omstandigheden in geïmproviseerde onderkomens samenleefden, waardoor de uitbraak van besmettelijke ziekten op de loer lag. Vooral in Nederlands-Indië kon de medische zorg het best worden omschreven als een 'volstreckte wanorde'.⁹³² Om orde op zaken te stellen volgde van overheidswege in juli 1945 (vlak voor de Proclamatie van de Republiek Indonesië door Soekarno en Hatta) een bericht aan alle afgestudeerde artsen in Nederland dat zij zich moesten voorbereiden op een oproep in militaire dienst. Zij gingen deel uitmaken van onder meer hulpverbandplaatsafdelingen die vanaf oktober 1946 naar 'de oost' vertrokken. De Medische Coördinatiecommissie (MCC) moest ervoor zorgen dat in Nederland niet een al te groot tekort aan artsen zou ontstaan, door bijvoorbeeld te bepalen welke reserveofficieren van gezondheid wel en niet in aanmerking kwamen voor een oproep in werkelijke dienst, terwijl ook een financiële regeling werd getroffen voor degenen die een praktijk en/of gezin achterlieten.⁹³³

⁹³⁰ Toen in de rang van Dirigerend Officier van Gezondheid 1^e klasse (DOG-1).

⁹³¹ Het rapport van de commissie 1947 is als bijlage toegevoegd aan bijgevoegd aan *Rapport van de Commissie Organisatie Geneeskundige Diensten* ('s-Gravenhage 1952) 39.

⁹³² Van Bergen, *Pro patria*, 251.

⁹³³ Zie voor een uitleg onder meer: F. Wibaut, 'Van het hoofdbestuur', *Medisch Contact* 2:26 (19 augustus 1947) 425-431; E. Kits van Waveren, 'Artsenpositie in Indonesië', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 91:4 (29 november 1947) 3430.

De officieren van gezondheid die na het einde van de Indonesische Onafhankelijkheidsoorlog terugkeerden in Nederland werden meestal gedemobiliseerd maar sommigen bleven in dienst om de opbouw van de MGD in goede banen te leiden. Deze situatie was echter niet lang houdbaar. Een leegloop van ervaren geneeskundig personeel dreigde. Van nieuwe lichteningen kon niet veel worden verwacht aangezien de diensttijd in 1949 slechts twaalf maanden bedroeg, een periode die grotendeels in beslag werd genomen door de opleiding. Van de instroom van vrijwillig dienende officieren-arts was nog amper sprake. Een van de redenen was dat pas afgestudeerde artsen niet stonden te springen om vrijwillig het militair uniform aan te trekken. Dat had niet alleen te maken met het lagere salaris dat zij in militaire dienst ontvingen. Ook de status van de militair arts was traditioneel gezien niet bepaald hoog.⁹³⁴ De grote vraag was dan ook hoe er in de komende jaren moest worden voorzien in kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de duizenden dienstplichtigen.

Minister Schokking gaf in februari 1949 opdracht tot de oprichting van de Commissie Organisatie Militair Geneeskundige Diensten, in de wandelgangen bekend als de commissie Mol (vernoemd naar de voorzitter tevens KVP-Kamerlid en arts Chr.J.M. Mol). Zij moest advies uitbrengen aan de minister over de noodzakelijkheid "wijzigingen aan te brengen in de doelstelling, de werkwijze en de organisatie van de militair geneeskundige diensten van de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Marine, opdat de diensten het hoofd kunnen bieden aan de bestaande en te verwachten moeilijkheden, vooral op het gebied van personeelsvoorziening".⁹³⁵ Hieraan was opnieuw de suggestie toegevoegd om te bezien in hoeverre de curatieve vredestaken van de MGD konden worden overgedragen aan de burgersector. Een kostenbesparing lijkt het belangrijkste doel te zijn geweest. Maar minister Schokking had waarschijnlijk ook de kwaliteit van de geneeskundige zorg voor ogen. De bewindsman toonde regelmatig oprechte belangstelling voor het wel en wee van de militairen en was vaak aanwezig bij de ontschepping van gerepatrieerde militairen.

Nu was een breed opgezet onderzoek naar de organisatie en omvang van de geneeskundige dienst voor de commissie Mol geen sinecure, zodat de resultaten pas in 1951 konden worden gepresenteerd. Schokking had toen al zijn congé gekregen. Uiter-aard stond de legeropbouw intussen niet stil. Gealarmeerd door de communistische aanval op Zuid-Korea in de zomer van 1950 namen het defensiebudget en de legeromvang aanzienlijk toe.⁹³⁶ Het gevolg was dat de onderbezette MGD op volle toeren moest draaien om nieuwe lichteningen dienstplichtigen te keuren, geneeskundig personeel op te leiden en (na)zorg te verlenen aan oorlogsgewonden.

⁹³⁴ Van Bergen, *Pro patria*, 307.

⁹³⁵ *Rapport van de Commissie*, 7.

⁹³⁶ J. Hoffenaar, "Hannibal ante portas." De Russische militaire dreiging en de opbouw van de Nederlandse krijgsmacht.' in: J. Hoffenaar en G. Teitler, *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* ('s-Gravenhage 1992) 64.

Vooral de opleidingsbataljons hadden een tekort aan instructeurs, terwijl er ook een groot gebrek was aan onderofficieren met specialistische kennis, zoals operatiekamerhulpers, alsmede verpleegsters en beroepsofficieren-arts voor algemene dienst. Het defensiebudget was weliswaar spectaculair toegenomen, maar daarmee was het personeelsprobleem nog niet opgelost. Onderhand nam de tijdsdruk toe. De hamvraag was hoe de dienst in rap tempo kon worden klaargestoomd voor het geval de communistische strijdkrachten vanuit het oosten zouden toeslaan.

Omdat de militair-geneeskundige opleiding en de medische verzorging binnen de landmacht spaak dreigden te lopen, besloot de hoogste militair-geneeskundige autoriteit, de IGDKL dr. Wilkens, aan de bel te trekken.⁹³⁷ Op 7 maart 1951 schreef hij een brief aan de kort daarvoor aangetreden minister van Oorlog Staf, waarin hij waarschuwde dat de MGD “noch aan zijn vredes-, noch aan zijn oorlogsverplichtingen [kan] voldoen, hetgeen onvermijdelijk tot onnodige verliezen aan mensenlevens en gezondheid, mankracht en dus slagkracht van het leger leidt”. Volgens de inspecteur moesten er op korte termijn systematische en ingrijpende verbeteringen tot stand worden gebracht, en hij herinnerde eraan dat daar al herhaaldelijk op was aangedrongen.⁹³⁸ De bestaande vacatures voor beroepsofficieren-arts konden volgens de inspecteur niet worden gevuld door dienstplichtigen omdat zij onvoldoende gekwalificeerd waren. De vereiste routine en vakkennis konden niet in korte tijd worden opgedaan, en zelfs als dat kon, dan zou die kennis ook weer snel uit de organisatie verdwijnen omdat dienstplichtigen tenslotte maar tijdelijk onder de wapenen waren. Processen die een lange adem vereisten, zoals research, mobilisatie- en oorlogsvoorbereidingen, kwamen zodoende in de knel. Het bewaken van de continuïteit stond voor de IGDKL dan ook voorop. Door dienstplichtigen te werk te stellen in de vredesorganisatie zou er onvoldoende tijd over blijven voor hun opleiding terwijl de ervaring die zij opdeden te eenzijdig van aard dreigde te worden en te weinig afgestemd was op de oorlogsfunctie. De inspecteur herinnerde de minister eraan dat “de geneeskundige dienst op korte termijn gereed moet worden gemaakt voor de vervulling van zijn oorlogstaak” want als dat niet gebeurde zou de MGD in tijd van oorlog “de fatale zwakke schakel [...] blijken”.⁹³⁹

Uit de brandbrief komt naar voren dat de inspecteur het personeelsvraagstuk graag op basis van zijn eigen deskundig oordeel zou oplossen, politiek gesteund door de minister en zonder tussenkomst van onafhankelijke commissies

⁹³⁷ De IGDKL was belast met de algemene leiding over alle geneeskundige eenheden en de algemene gezondheidstoestand van het leger en ook het materieel, de operationele planning, dienstvoorschriften, alsmede personeels- en opleidingszaken vielen onder zijn verantwoordelijkheid. Tevens was het zijn taak om de minister te voorzien van gevraagd en ongevraagd advies over al het belangrijks wat de militaire geneeskunde aanging. De IGDKL dr. J.Th. Wilkens had in 1948 het stokje overgenomen van zijn voorganger, luitenant-generaal dr. F. Daubenton.

⁹³⁸ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr. 6217. Brief IGDKL Achterstanden bij de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (1030731/confidentieel) aan Minister van Oorlog, 7 maart 1951.

⁹³⁹ Ibidem.

die, naar het oordeel van de IGDKL, weliswaar capabel, maar inzake de militaire geneeskunde toch niet voldoende deskundig waren.⁹⁴⁰ In algemene zin is het wantrouwen ten opzichte van 'buitenstaanders' typerend voor hooggeplaatste ambtenaren, die vanuit hun kennispositie en voortdurende aanwezigheid vonden dat zij als beste in staat waren het beleid vorm te geven.⁹⁴¹ Dit gold in sterke mate voor militair-geneeskundige autoriteiten die een zeer specifiek kennisgebied beheersten. Zij waren achterdochtig tegenover niet-ingewijden, die het wezenlijke belang en de taken van de MGD maar niet wilden of konden begrijpen. Een officier-arts verzuchtte in 1954 dat buitenstaanders vanuit een "administratief-harteloze praemisse" de neiging hadden tekorten en gebreken van de bloedarme MGD op te lossen "door omvang en taak dezer diensten dan ook maar zo ingrijpend mogelijk te beknotten".⁹⁴²

Om de minister te overtuigen van de essentiële waarde van de MGD, gaf Wilkens een opsomming van de vele taken en verantwoordelijkheden van de medische zorg. Die was "in oorlogstijd even onmisbaar voor de uitvoering van de opdracht van het leger als de andere wapens en diensten". Verder stelde hij met klem dat er voor militair-geneeskundige functies specifiek *militair-medische* kennis vereist was, dus niet militaire *en* medische kennis. Daarbij kwam dat de dienst op organisatorisch en tactisch gebied eigen beginselen had die niet vergelijkbaar waren met andere wapens en dienstvakken. Kortom, de openstaande vacatures konden niet zomaar en zonder negatieve gevolgen door buitenstaanders worden gevuld.⁹⁴³

Minister Staf was bereid om mee te denken over een oplossing. In elk geval wilde hij de situatie voorkomen waarin het nodig werd om gedemobiliseerde artsen opnieuw onder de wapenen te roepen. Wilkens kreeg dan ook opdracht de personeelstekorten en de minimaal vereiste aantallen officieren-arts nader te bepalen en zelf oplossingen voor het probleem te formuleren. De inspecteur had zijn antwoorden snel paraat. In de oorlogsorganisatie bestond een behoefte aan zeventienhonderd artsen, van wie 340 (ofwel 20 procent) beroepsofficier moesten zijn. Deze beroepsofficieren moesten leidinggeven aan de vredesorganisatie. Op dat moment stonden slechts 57 beroepsofficieren ter beschikking. De werving van 283 beroepsofficieren-arts moest volgens Wilkens gebeuren door de werkomstandigheden en carrièremogelijkheden van de officier-arts aantrekkelijker te maken, onder meer door een betere salariëring (een wens die niet uniek was voor de MGD).⁹⁴⁴

⁹⁴⁰ Ibidem.

⁹⁴¹ Hoogeboezem, H.J. Kruls, 274.

⁹⁴² F.H.A.K., 'Rapport van de Commissie Organisatie Militair Geneeskundige Diensten (Commissie-Mol)', *Militaire Spectator* 123:5 (1954) 227.

⁹⁴³ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL Achterstanden bij de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (1030731/confidentieel) aan Minister van Oorlog, 7 maart 1951.

⁹⁴⁴ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL personeelstekorten en personeelsaanvulling bij GDKL (1042611), aan Minister van Oorlog, 26 april 1951.

De politieke leiding stemde in beginsel in met de wervingsplannen en deed zelf nog aanvullende suggesties. Maar zij wees er wel op dat het aantal beroeps-officieren waar de inspecteur om vroeg onrealistisch was. Het laten vervullen van bepaalde functies door civiele artsen was dan ook onvermijdelijk. Om meer zicht te krijgen op de mogelijkheden op personeelsgebied, werd het takenpakket van de MGD onderworpen aan een onderzoek.⁹⁴⁵ Uit het onderzoeksrapport van 2 mei 1951 kwam naar voren dat er binnen de MGD van de landmacht functies waren die overlaptten met die van de geneeskundige dienst van de luchtmacht en van bepaalde burgerinstanties. Het rapport adviseerde daarom “een innige samenwerking” met geneeskundige instanties buiten de KL, omdat die kon zorgen voor een betere lastenverdeling en zodoende een afname van de grootste personeelstekorten.⁹⁴⁶ Het zou niet de laatste keer zijn dat deze aanbeveling werd gedaan.

Intussen was de CGS luitenant-generaal Hasselman op de hoogte gebracht van het verzoek om extra beroepspersoneel. Op 1 juni 1951 schreef hij in een brief aan de minister van Oorlog dat hij zich verbaasde over het noodzakelijk geachte aantal van 333 beroepsofficieren. Naar zijn weten had de IGDKL eerder gesproken over een veel kleinere behoefte van 118 beroepsofficieren. Waar kwam de nieuwe schatting opeens vandaan? Verder verwierp Hasselman de stellingname van de IGDKL dat 20 procent van de functies in de oorlogsorganisatie door beroepspersoneel moest worden vervuld. Een lager percentage was aanvaardbaar, want in veel functies gold immers “geen hoge eis van militaire bekwaamheid en ervaring” – zuiver medische kennis was belangrijker. Wat dat aanging verdienden reserve-officieren van gezondheid zelfs de voorkeur omdat zij medisch beter waren onderlegd dan hun militair-ingestelde beroepscollega’s (sic), aldus Hasselman. Verder vond hij het volkomen billijk dat reserveofficieren in de vredesorganisatie te werk zouden worden gesteld om het tekort aan beroepsofficieren op te vangen. Juist hierdoor was aan de personeelsbehoefte in vredesdienst bijna voldaan, aldus nog steeds Hasselman. Hij betwijfelde dan ook of de IGDKL wel goed had nagedacht voordat hij zijn verzoek bij de minister had ingediend.⁹⁴⁷

De uitspraken van de chef-staf, die overigens is geroemd om zijn organisatorische vaardigheden, waren opmerkelijk.⁹⁴⁸ In feite ging hij in tegen de adviezen van de hoogste medische autoriteit van de landmacht. Wilkens was *not amused*: “Dat de Ch-Gs er aan twijfelt (...), of mijn voorstellen wel overwogen zijn,

⁹⁴⁵ Uitgevoerd door het Bureau efficiency van het Ministerie van Oorlog, dat samenwerkte met het Directoraat Personeel.

⁹⁴⁶ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Nota van de Directeur Personeel KL voor de Minister d.t.v. de Secretaris-Generaal en de staatssecretaris, 2 mei 1951.

⁹⁴⁷ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief CSG, Personeelstekorten en personeelsaanvullingen bij G.D.K.L. (G I/37690 Conf), aan Minister van Oorlog, 1 juli 1951.

⁹⁴⁸ J.W.L. Brouwer, ‘B.R.P.F. Hasselman’ in: G. Teitler en W. Klinkert, *Kopstukken uit de krijgsmacht. Nederlandse vlag- en opperofficieren 1815-1955* (Amsterdam 1997) 311.

verwondert mij eniger mate”.⁹⁴⁹ De inspecteur ontkende ten stelligste dat dienstplichtige artsen betere medici zouden zijn dan beroepsofficieren-arts. Verder wijdde hij uit over zijn personele behoeftestelling, die was gebaseerd op de zogenaamde ‘grote verdedigingsconceptie’ van de landmacht, die bestond uit een veldleger van vijf divisies, beter bekend als ‘Plan 1952’.⁹⁵⁰ Op zich was dat niet verwonderlijk. Premier Drees had in zijn regeringsverklaring van 17 maart 1951 al aangekondigd dat er uiteindelijk vijf divisies zouden worden gevormd, dus daarmee was het min of meer een officiële doelstelling geworden. Maar Hasselman hield een slag om de arm, omdat hij – zoals veel deskundigen – twijfelde aan de haalbaarheid van het plan, dat door zijn voorganger was geconcipeerd.⁹⁵¹ Wanneer het ging om de geneeskundige planning, leek het de CGS voorlopig het beste om eerst maar eens te voorzien in de minimale vereisten op korte termijn, desnoods door een groot beroep te doen op reservisten.

Het viel echter niet te ontkennen dat de IGDKL een belangrijk punt had aangestipt. De toekomstige omvang van de MGD vroeg om aandacht van de legerleiding. Daarnaast had Wilkens ook gewezen op de uitvoering van de oorlogstaken. Wat dat betreft verscheen het rapport van de eerdergenoemde commissie Mol in oktober 1951 geen moment te vroeg.⁹⁵² Hierin stond de doelstelling van de MGD duidelijk omschreven: “het bevorderen van een zo groot mogelijke paraatheid op het gebied van geestelijke en lichamelijke gezondheid, en het op peil houden, c.q. het opvoeren van de manpower van de strijdkrachten in de meest ruime zin.”⁹⁵³ Hieruit vloeide een omvangrijk takenpakket in oorlogs- en vreedetijd, waaronder het treffen van oorlogsvoorbereidingen. Voor de uitvoering was een vaste kern van beroepsofficieren hard nodig. Om aan de tekorten aan beroepsofficieren te voldoen waren drie opties onderzocht. De inschakeling van burgerartsen en het overdragen van de werkzaamheden van de militaire hospitalen aan civiele ziekenhuizen was geen aanvaardbare oplossing omdat de geneeskundige zorg voor militairen in oorlogs- en vreedetijd veel specifieke kennis vergde. Leken konden zich daarover geen oordeel aanmatigen, zo luidde het oordeel van de commissie. Het beperken van het aantal plaatsen voor beroepsofficieren-arts en deze permanent te laten bezetten door dienstplichtigen was ook geen optie. De *enige* mogelijkheid was om een voldoende aantal beroepsofficieren-arts te vinden en de commissie was unaniem van mening dat dit mogelijk was wanneer aan twee voorwaarden zou worden voldaan. In de eerste plaats moest hen een betere ‘remuneratie’ worden geboden,

⁹⁴⁹ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief IGDKL aan de minister van Oorlog, 9 augustus 1952.

⁹⁵⁰ Het jaartal verwees naar het jaar van uitvoering.

⁹⁵¹ J.W.L. Brouwer, ‘Politiek-militaire verhoudingen aan het begin van de Koude Oorlog: rond het ontslag van generaal H.J. Kruls, januari 1951’ in: J. Hoffenaar en G. Teitler ed., *De Koude Oorlog. Maatschappij en krijgsmacht in de jaren '50* (’s-Gravenhage 1992) 82.

⁹⁵² NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 104. Rapport Commissie Mol, aangeboden aan de minister op 9 oktober 1951.

⁹⁵³ *Rapport van de Commissie Mol*, 9.

ofwel een wervingspremie van 15.000 gulden voor aanstormend beroepsofficieren-arts en het verhogen van het salaris voor degenen die reeds in dienst waren. Ten tweede moest de officier van gezondheid een aantrekkelijke werkkring worden geboden, zodat “zijn vakenthousiasme en zijn arbeidsbevrediging levendig gehouden en gestimuleerd kunnen worden”.⁹⁵⁴

De Directeur Personeel van het Ministerie van Oorlog was het ermee eens dat er pogingen moesten worden gedaan om extra beroepspersoneel te werven. Men kon niet steeds op de reserveofficieren van gezondheid blijven rekenen. De IGDKL kon als beste oordelen hoeveel beroepsartsen er nodig waren. Als dat er 333 moesten zijn, dan moesten die er maar komen.⁹⁵⁵ In dat kader vonden op 5 en 16 november 1951 besprekingen plaats tussen de IGDKL, de secretaris-generaal en de staatssecretaris van Oorlog, waarbij onder meer werd stilgestaan bij de plaats van de MGD in het grotere geheel van de legeropbouw, de verwachte verliezen en het al dan niet vorderen van burgerziekenhuizen. De vertegenwoordiger van de Generale Staf (G1, Sectie Organisatie) gaf aan dat het aantal benodigde beroepsofficieren afhankelijk zou blijven van de eisen die de IGDKL stelde. Daarmee werden de eerder door Hasselman geuite twijfels teruggenomen en werd het vertrouwen in de IGDKL hersteld. Desalniettemin vond de G1 het onnodig om 20 procent van de artsenfuncties door beroepsofficieren te laten vervullen: 10 procent was voldoende. De stafofficier merkte daarbij op dat het hier ging om streefgetallen en dat men zich flexibel moest opstellen. Een snelle legeropbouw stond voorop en perfectionisme moest voorlopig worden vermeden. Wel kreeg de IGDKL toestemming om ook oudere lichten afgestudeerde artsen op te roepen voor werkelijke dienst om het personeelstekort op korte termijn te ondervangen. Dankzij dit compromis bleef de organisatie draaiende, veelal dankzij de reserveofficieren.

Het Ministerie van Oorlog maakte wel melding van de personeelstekorten, maar over de consequenties voor de oorlogsvoorbereidingen werd met geen woord gerept. In de parlementaire discussies ging het vooral over de extra kosten die de artsenwerving met zich meebracht. In de vergadering over de begroting van Oorlog in november 1951 vroeg H.W. Tilanus, (fractievoorzitter van de CHU en gezaghebbend op defensiegebied) of het van goed financieel beleid getuigde om officieren-arts te werven door hen premies in het vooruitzicht te stellen.⁹⁵⁶ De heer Mol, die de adviescommissie had voorgezeten, vond van wel. Hij benadrukte in de Tweede Kamer de waarde van de MGD, wat de werving van voldoende officieren-arts rechtvaardigde.⁹⁵⁷ Ook minister Staf was daarvan overtuigd: “De ervaring heelt geleerd, dat wij op het ogenblik een te klein aanbod [aan beroepsofficieren-arts]

⁹⁵⁴ Rapport Commissie Mol, aangeboden aan de minister op 9 oktober 1951.

⁹⁵⁵ NL-HaNA, Defensie / Verbaalarchief, 2.13.151, inv.nr.6217. Brief van de Directeur Personeel aan de minister van Oorlog, 9 oktober 1951.

⁹⁵⁶ HTK, 18e vergadering van woensdag 21 november 1951, pagina 508

⁹⁵⁷ Ibidem, 519.

hebben, en wij menen, dat het nu gedurende enige jaren nodig is om in deze leemte te kunnen voorzien.”⁹⁵⁸

Anders dan politici, ervoeren militairen en militair-geneeskundigen de gevolgen van het artsentekort aan den lijve. Eén officier maande de politiek tot actie: “Geneeskunde in oorlogstijd, a fortiori militaire geneeskunde, is zowel psychologisch als vaktechnisch-specialistisch gesproken een bijzonder gevoelige zaak. Zij laat zich niet voorbereiden met ontoereikende middelen, dilettantische krachten of invallers. Zij laat zich niet afkopen met kunstgrepen of illusionisme. *Schijnzekerheid bedriegt een volk in zijn kostbaarste bezit. De prijs hiervoor is: meer doden, meer invaliden, meer mandagen in hospitalen, met alle hieruit voortvloeiende psychologische, economische, administra-tieve en tactische verliezen.*”⁹⁵⁹ Zelden klonk de roep om een goed georganiseerde MGD in vreedstijd sterker dan in het bovenstaande citaat van de officier-arts F.H.A. Kothe in de *Militaire Spectator* van november 1953. Het *Algemeen Handelsblad* had zijn hartenkreet opgemerkt en wijdde een artikel aan de toestand van de MGD, die zich niet “behoorlijk kan voorbereiden op zijn belangrijkste taak in oorlogstijd.”⁹⁶⁰ Volgens de krant moest de dienst doelmatiger worden georganiseerd, zodat het beroep van legerarts aantrekkelijker werd en in aanzien steeg.

De politieke leiding erkende het tekort aan beroepsofficieren-arts, maar schreef met verzachtende woorden in de defensiebegroting dat de geneeskundige verzorging van militairen wel was verzekerd.⁹⁶¹ In het parlement hadden slechts enkelen hun twijfels. Kamerlid (en ex-beroepsmilitair) J.J. Fens (KVP) vroeg in november 1954 openheid over de precieze behoefte aan officieren van gezondheid binnen het legerkorps. Daarop antwoordde de minister dat er een tekort bestond van 25 officieren van gezondheid (*Tabel 9*). Dat lijkt wellicht een klein aantal, maar het tekort betekende in feite dat de officiersposities binnen het legerkorps maar voor 55 procent waren vervuld. Problematisch was dat een aantal posities voor het hogere officierskader vacant was. In zijn toelichting stelde de minister:

Tabel 9: Tekorten officieren van gezondheid, 24 november 1954.

Rang	Behoefte	Aanwezig	Tekort
Kolonel	1	1 (100%)	-
Luitenant-kolonel	5	1 (20%)	4 (80%)
Majoor	8	2 (25%)	6 (75%)
Kapitein en luitenant	42	27 (64%)	15 (36%)

⁹⁵⁸ HTK, 19e vergadering van donderdag 22 november 1951, pagina 545-546.

⁹⁵⁹ F.H.A. Kothe, ‘Het karakter van de Militaire Geneeskunde’, *Militaire Spectator* 122:11 (1953) 611.

⁹⁶⁰ ‘Militair Geneeskundige Dienst moet worden gereorganiseerd. Moderne grondslag is noodzakelijk’, *Algemeen Handelsblad* 5 december 1953.

⁹⁶¹ HTK 1954-1955, Kamerstuk 3700, Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 Hoofdstuk VIII A Oorlog. Memorie van Toelichting No. 2, pagina 27.

Totaal:	56	31 (55%)	25 (45%)
---------	----	----------	----------

“Inderdaad moet worden toegegeven, dat er nog steeds een belangrijk tekort bestaat aan geneeskundig beroepspersoneel. Hoewel (...) in oorlogstijd een zeer groot aantal officieren van gezondheid met veel ervaring ter beschikking staat, (...) wordt niettemin al het mogelijke gedaan om ervaren artsen voor de militair geneeskundige dienst aan te trekken. De praktijk heeft uitgewezen, dat het uiterst moeilijk is ervaren artsen tussen de leeftijdsgrenzen van 35 tot 45 jaren voor de militaire dienst te winnen.”⁹⁶² Daarna verklaarde de minister dat al het mogelijke werd gedaan om het werk van de officier van gezondheid zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Maar Fens was hiervan niet onder de indruk: “De geachte bewindsman zal wel geloven, dat zijn uiteenzetting over de geneeskundige dienst onze ongerustheid niet heeft weggenomen.” Daarna verwees hij naar het in 1951 verschenen eindrapport van de commissie Mol, dat niet alleen over de hospitalen had gesproken, maar ook over de beroepsofficieren van gezondheid. “Noch uit de Memorie van Toelichting, noch uit de Memorie van Antwoord en evenmin uit het antwoord, dat de Minister ons heeft gegeven, hebben wij kunnen opmaken, dat men dit rapport ook weleens ter hand heeft genomen. Wat is gebeurd met het Rapport Mol? Ligt het nog steeds onder het loodje of is het — en hiermee bedoel ik niets onaangenaams ten aanzien van de inhoud van het rapport — gedeponereerd bij de onbegrijpelijke stukken?”⁹⁶³

Uiteraard was de inhoud van het rapport bestudeerd en besproken. Enkele aanbevelingen voor de werving van extra beroepsofficieren van gezondheid waren ook overgenomen. Het effect ervan, met name de artsenwervingscampagne moest voorlopig worden afgewacht (*Figuur 15*). In de Oorlogsbegroting van 1955 koesterde minister Staf geen hoop dat het artsentekort snel zou worden opgeheven.⁹⁶⁴ Een verzachtende omstandigheid was dat ook in het buitenland een tekort aan legerartsen heerste. Bezien tegen deze achtergrond vond de bewindsman het probleem niet acuut of relevant genoeg om het in de Ministerraad ter sprake te brengen. In de jaren van wederopbouw moest de economie worden aangezwengeld met de beperkte middelen die voorhanden waren. Op allerlei terreinen was sprake van schaarste, niet in de laatste plaats binnen de krijgsmacht.

⁹⁶² HTK, 20ste vergadering, donderdag 25 november 1954 (over de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955, Departement van Oorlog) pagina 370.

⁹⁶³ HTK, 21ste Vergadering - 26 November 1954 (over de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955, Departement van Oorlog). Pagina 388.

⁹⁶⁴ HTK 1954-1955, Kamerstuk 3700, Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 Hoofdstuk VIII A Oorlog. Memorie van Toelichting No. 2, pagina 27.

Bij de Militair Geneeskundige Dienst van leger en luchtmacht bestaat gelegenheid een verbintenis te sluiten als



Officier-arts

Rang en Leeftijd

Rang: afhankelijk van ervaring en datum arts-examen. Leeftijd: tot 40 jaar. Voor hen, die reeds res. Officier-arts zijn, kan de leeftijdsgrens hoger gesteld worden.

Salaris: Volgens diensttijd. (Bij het bepalen van de voor bezoldiging geldende diensttijd wordt uitgegaan van de tijd, verstreken sedert het verwerven van het artsdiploma, vermeerderd met 8 jaren).

Salaris

Uitkering

Uitkering: na benoeming tot Officier-arts wordt een uitkering van f. 15.000,- uitbetaald (vrij van loonbelasting).

Inlichtingen: bij de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht, bureau Personeel, Nassauplein 30 (telefoon 183973, toestel 6) 's-Gravenhage.

Inlichtingen



Sollicitaties te richten tot het Hoofd van de Afdeling Militair Personeel van het Ministerie van Oorlog, 's-Gravenhage.

Ook zij, die het artsdiploma nog niet hebben behaald, kunnen nu reeds een verbintenis aangaan.

De tegemoetkoming in de studiekosten ad f. 15.000,- wordt in dat geval tijdens de studie in termijnen uitgekeerd.

Figuur 15: Wervingsadvertentie in *Medisch Contact*, 7 april 1955.

De rol van de IGDKL

Niet alleen personeel maar ook voldoende faciliteiten, met name hospitalen, waren voor de MGD dwingende vereisten. In 1951 had Mol deze kwestie al ter sprake gebracht in de Tweede Kamer. Na bestudering van de jaarlijkse begroting van het Ministerie van Oorlog, wilde hij weten onder welke post de bedragen voor de uitbreiding van "het militaire ziekenhuiswezen" vielen. Hij spoorde de minister van

Oorlog aan tot “voortvarendheid, waar het geldt bestaande hospitalen zo efficiënt mogelijk in te richten en nog meer, waar het geldt het bestaande grote tekort aan hospitalen — mede in verband met de grote legeruitbreiding — op doeltreffende wijze en in een aan de oorlogsorganisatie beantwoordende omvang aan te vullen door nieuwbouw.”⁹⁶⁵ Met het oog op het bestaande tekort aan militair-geneeskundigen was een uitbreiding van de MGD echter geen haalbare kaart.

Het leek aanvankelijk niet te gaan om een zeer urgent probleem, maar dat veranderde met de steeds hogere verliesverwachtingen van de NAVO. In hoofdstuk 4 is hier al uitgebreid bij stilgestaan. Recapitulerend ontstond er een grote behoefte aan ziekenhuiscapaciteit in oorlogstijd, en omdat de krijgsmacht hier niet in kon voorzien, sloten de ministers van Oorlog en Volksgezondheid in 1954 een overeenkomst waarbij ‘militaire bedden’ werden gereserveerd in burger-ziekenhuizen. Tijdens deze onderhandelingen liet generaal-majoor-arts Wilkens, zich gelden als een solide onderhandelaar die respect afdwong. De inspecteur was een gepromoveerd medicus, maar zijn ervaring als militair legde meer gewicht in de schaal. Hij had zijn militaire sporen verdiend als hoofd van de MGD van het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger (KNIL) van 1947 tot 1949 tijdens de Indonesische Onafhankelijkheidsoorlog. Tevens had hij deelgenomen aan het tot stand brengen van de verdragen van Genève in 1949. Kortgezegd gingen die over de zorg voor oorlogsgewonden, de behandeling van krijgsgevangenen en de bescherming van burgers in oorlogstijd. Wilkens had zitting in de commissie die twee Geneefse conventies had voorbereid, namelijk het lot van de gewonden en zieken bij de oorlog op land (Eerste Geneefse Conventie) en bij de oorlog ter zee (Tweede Geneefse Conventie). Steeds verkondigde hij het grote belang van de MGD.⁹⁶⁶

Toen generaal-majoor-arts Van der Giessen in 1955 het stokje overnam als IGDKL, moest hij de militair-geneeskundige belangen veiligstellen in een periode die volgens de historici Hoffenaar en Schoenmaker kan worden geduid als ‘consolidatie en overgang’. De opbouwfase van de landmacht werd afgerond en zij ging zich voorbereiden op een confrontatie met de mogelijke inzet van nucleaire wapens.⁹⁶⁷ Van der Giessen bekleedde zijn functie maar liefst tien jaar, tot 1965, waarmee de dienst was verzekerd van continuïteit in zijn belangenbehartiging.

Net als zijn voorganger was Van der Giessen een pleitbezorger van de preventieve gezondheidszorg. Dat had te maken met zijn medische expertise: zijn proefschrift handelde over trachoom, een gevreesde oogaandoening met mogelijke blindheid tot gevolg, die in de eerste helft van de twintigste eeuw nog epidemisch voorkwam in arme, dichtbevolkte stadswijken. Met hygiënische maatregelen kon deze ziekte worden uitgebannen. Ook in de praktijk zette hij zich in voor de preventieve gezondheidszorg. Tijdens de Tweede Wereldoorlog bracht hij een uitgebreid

⁹⁶⁵ HTK 1951-1952, 18^e vergadering, 21 november 1951, p. 519.

⁹⁶⁶ Van Bergen, *Pro patria*, 297.

⁹⁶⁷ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 143.

bezoek aan een kamp met Nederlandse krijgsgevangenen in Duitsland, om daar onder meer toe te zien op de leefomstandigheden.⁹⁶⁸ Ook probeerde de inspecteur om militairen middels voorlichting het roken te ontmoedigen en dat mag wel opmerkelijk worden genoemd in de jaren vijftig en zestig (en daarna), toen deze gewoonte nog overal gangbaar was.⁹⁶⁹ Verder was de inspecteur er voorstander van om militairen te immuniseren tegen besmettelijke ziekten, vooral in 1958, toen het influenzavirus A-virus H2N2 (ofwel de Aziatische Griep) met dramatische gevolgen om zich heen greep.⁹⁷⁰ Tot slot is noemenswaardig dat Van der Giessen zich in de jaren zestig hard maakte voor de oprichting van een Nationaal Epidemiologisch Centrum, dat vroegtijdig moest waarschuwen voor de verspreiding van besmettelijke ziekten.⁹⁷¹

Zijn visie strookte volledig met de doelstelling van de MGD: het bewaken en bevorderen van de gezondheid van het militaire personeel, wat bijdroeg aan de inzetbaarheid van de krijgsmacht. Maar Van der Giessen had te maken met dezelfde problemen als zijn voorganger. En voor de grootste problemen kon ook hij geen oplossing vinden. Toen de GVR in 1957 vergaderde over de mogelijkheid van een substantiële verhoging van het aantal bedden voor militaire gewonden in burgerziekenhuizen, hielden de IGDKL en zijn evenknie bij de marine zich opvallend stil. Zij begrepen dat de kwestie op het hoogste besluitvormingsniveau in behandeling was. Zoals in hoofdstuk 4 uitgelegd, bestond er onenigheid over welk ministerie voor de ziekenhuisuitbreiding moest betalen. Als gezegd ging minister Staf uiteindelijk overstag. Het is niet zeker of Van der Giessen achter de schermen een verzoenende rol heeft gespeeld bij dit akkoord. Wel staat vast dat hij voorstander was van het uitgangspunt 'één voor allen - allen voor één': de militaire en civiele autoriteiten moesten een gezamenlijk doel voor ogen hebben. Dit impliceerde dat militairen in geval van nood een beroep moesten kunnen doen op civiele ziekeninrichtingen, maar ook vice versa. Zijn achterliggende motivatie is helaas niet bekend, maar waarschijnlijk begreep hij dat de moderne oorlogvoering grote offers vroeg en innige civiel-militaire samenwerking vergde.

Die noodzaak tot samenwerking beperkte zijn invloed. Toen de aandacht van de GVR vanaf 1957 werd verlegd naar het vervaardigen van een draaiboek voor het ziekenhuiswezen in oorlogstijd, speelden Van der Giessen en zijn evenknie bij de

⁹⁶⁸ Dit centrum moest deel gaan uitmaken van het 'disease warning system' van de NAVO. De vrees voor de inzet van biologische strijdmiddelen door de Sovjet-Unie was echter niet groot genoeg, waardoor de dit systeem nooit volledig in werking werd gesteld. Zie verder: Nationaal Archief, Den Haag, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, nummer toegang 2.13.62.06, inventarisnummer 212.

⁹⁶⁹ 'Soldaat grijpt sneller naar sigaret dan burger', *Het Parool* 9 juni 1962. NB: Een foto van de beeldbank van het NIMH toont de inspecteur met sigaret tijdens een commando-overdracht in 1964.

⁹⁷⁰ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 14. Vergadering Legerraad, 22 januari 1958. Zijn militaire meerderen waren niet meteen overtuigd van de noodzaak van vaccinaties. De CGS vroeg allereerst naar de consequenties daarvan, vooral het tijdsverlies dat zou ontstaan doordat militairen een aantal dagen niet konden deelnemen aan de normale dienst

⁹⁷¹ Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum. Notulen GVR. 30 mei 1959.

marine een bescheiden rol. Zo voorzag de inspecteur de discussie met regelmaat van achtergrondinformatie en correcties. Desondanks was hij minder vaak en minder lang aan het woord dan de vertegenwoordigers en adviseurs van de Ministeries van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, die ook stevast de agenda bepaalden.⁹⁷² De IGDKL lijkt dan ook meer een controlerende dan een sturende functie te hebben gehad. Hij bleek echter wel bereid om met de spreekwoordelijke vuist op tafel te slaan als de militaire belangen ondergesneeuwd dreigden te raken, bijvoorbeeld tijdens de vergadering van de GVR op 6 oktober 1961, toen bleek dat de uitvoering van het '17.000-beddenplan' nog niet eens was begonnen.⁹⁷³ Het hielp echter niet veel: pas tien jaar later waren de voorzieningen gereed.

Hoewel Van der Giessen een capabel inspecteur was, had hij de wind tegen. Het valt hem niet te verwijten dat traagheid een vaste metgezel vormde van de besluitvorming over medische oorlogsvoorbereidingen. Vaak overstegen de noodzakelijke maatregelen het domein van de MGD. Bij de 'beddenkwestie' moesten de belangen van andere ministeries worden meegewogen. Misverstanden lagen voortdurend op de loer – alsook de olopemde schattingen betreffende de verliesverwachtingen. De verantwoordelijke autoriteiten hadden steeds te maken met tijdelijke cijfers. Hierdoor kregen de plannen een sterk geïmproviseerd karakter en verschenen die telkens weer (mogelijk tot vervelens toe) op de vergaderagenda. Zelfs de GVR dreigde de greep op de zaken soms te verliezen omdat deeltaken en onderzoek inzake de medische planning werden gedelegeerd aan subcommissies. Daarbij kwam dat door de hoge werkdruk van de individuele raadsleden vanaf 1956 de vergaderfrequentie van de raad afnam. Het was voor de raad steeds moeilijker om de regie te houden over de medische oorlogsvoorbereidingen.

Bovendien stond het Ministerie van Oorlog (vanaf 1959 Defensie) verschillende malen terughoudend tegenover het bekostigen van medische maatregelen. Hier kunnen drie concrete voorbeelden in herinnering worden geroepen. Eind 1952 weigerde minister Staf in de eerste instantie om 105.000 gulden beschikbaar te stellen voor een inventarisatie van de medische capaciteit in Nederland.⁹⁷⁴ Ook het budget voor de werving van beroepsofficieren-arts werd niet makkelijk vrijgegeven. In 1957 leidde de financiering van het '17.000-beddenplan' tot een confrontatie tussen de ministers van Oorlog en Volksgezondheid. Ook de invoering van modern geneeskundig materieel liet op zich wachten, zo bleek uit hoofdstuk 2. De opeenvolgende inspecteurs konden hier weinig aan veranderen. Bovendien moesten zij zich vanaf de jaren zestig verzoenen met het defensiebeleid dat was gericht op doelmatigheid en kostenbesparing. Het 'klassieke' argument

⁹⁷² Dit algemene beeld komt naar voren in de Notulen van de Geneeskundige Verdedigingsraad.

⁹⁷³ Historische Collectie Militair Geneeskundige Dienst KL, Korporaal Van Oudheusden-kazerne, Hilversum. Notulen Geneeskundige Verdedigingsraad, 6 oktober 1961.

⁹⁷⁴ NL-HaNA, Kabinet Minister-President, 2.03.01, inv.nr. 1187. Brief van de Minister van Oorlog aan de Ministerraad, 10 december 1952.

tegen de handhaving van een omvangrijke MGD in vreedestijd kreeg daarmee de overhand.

Het artsentekort: de jaren zestig

Wie in de jaren vijftig nog de hoop had gekoesterd dat het tekort aan artsen binnen de MGD mettertijd zou verminderen, kwam het volgende decennium bedrogen uit. De wervingsacties hadden niet het beoogde effect. Al met al bedroeg het tekort in 1960 nog 171 beroepsofficieren-arts bij de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Luchtmacht.⁹⁷⁵ De meeste van deze functies werden waargenomen door dienstplichtige artsen, die in totaal 242 plaatsen in de organisatie innamen. Zorgelijk was dat er binnen afzienbare tijd een tekort aan de dienstplichtige artsen dreigde waardoor de functies bij de parate eenheden helemaal niet meer gevuld konden worden.⁹⁷⁶ Dit terwijl de opleidingstijd van dienstplichtige artsen noodgedwongen al in 1955 was ingekort.⁹⁷⁷ In de dagelijkse praktijk waren de gevolgen van de onderbezetting voelbaar. De inschakeling van veelal jonge dienstplichtige artsen in de militair-geneeskundige vredesorganisatie zorgde er bijvoorbeeld voor dat te veel zieke militairen naar het hospitaal werden gestuurd, "omdat [de jonge onervaren arts] dan de minste kans heeft dat hij later ter verantwoording wordt geroepen". Sceptici bleven er ook op wijzen dat studenten die op kosten van Defensie hun medicijnenstudie wilden volgen, waarschijnlijk geen intrinsieke motivatie hadden om in de krijgsmacht te dienen.⁹⁷⁸

De ernst van de personeelsproblematiek was binnen de MGD al lang duidelijk. De legerleiding leek de gevolgen pas goed te bevatten op 16 februari 1960, toen de IGDKL in de Legerraad verslag deed van de situatie. De CGS, luitenant-generaal G.J. Le Fèvre de Montigny, zei verrast te zijn door het zorgwekkende beeld.⁹⁷⁹ Laatstgenoemde was zich wel bewust van de tekorten aan beroepsofficieren-arts, maar dacht dat de vacatures tot dan toe op bevredigende wijze werden vervuld door dienstplichtigen. Hij legde daarom zijn oor te luisteren bij de IGDKL, die enkele voorstellen deed. Ten eerste wilde hij de vrijstellingen voor dienstplichtige artsen beperken, zodat er zoveel mogelijk artsen opkwamen voor hun eerste oefening. Zo moesten afgestudeerde artsen geen toestemming meer krijgen voor het volgen van een specialisatie of vervolgstudie in het buitenland, althans niet voordat hun actieve dienstplicht erop zat. Ten tweede stelde hij nieuwe maatregelen voor om het aantal beroepsofficieren-arts te vergroten door middel van een aanzienlijke verhoging van de wervingspremie voor deze personeelscategorie van 15.000 naar 25.000 gulden.

⁹⁷⁵ De IGDKL droeg destijds nog de verantwoordelijkheid over de vliegmedische dienst.

⁹⁷⁶ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Memorandum 'personeelstekort IMGD bij de vergadering van 7 juli 1960.

⁹⁷⁷ Dat gebeurde naar aanleiding van de diensttijdverkorting in 1955. Zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 10. Notulen Legerraad 6 juli 1955.

⁹⁷⁸ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad, 7 juli 1960

⁹⁷⁹ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad 16 februari 1960.

Tot slot moest het salaris van militaire artsen worden gelijkgeschakeld met dat van artsen in andere overheidsdiensten. Daarin bestond namelijk nog altijd een discrepantie: in 1959 ontving een beginnend arts-rijksambtenaar een jaarsalaris van 15.500 gulden, terwijl een eerste luitenant-arts jaarlijks 8.868 gulden verdiende. Een majoor-arts met vijftien dienstjaren kreeg een jaarwedde van 13.716 gulden.⁹⁸⁰ Alleen de salarissen van de officiersrangen van luitenant-kolonel-arts en daarboven konden zich meten met die van artsen in andere overheidssectoren.

De leden van de Legerraad stemden in met de verbetering van de arbeidsvoorwaarden en het verhogen van de wervingspremie.⁹⁸¹ Aan het beperken van de vrijstellingen kleefden echter grote bezwaren. De hoofd directeur Personeel van het Ministerie van Defensie deed wel drie alternatieve voorstellen om het tekort aan officieren-arts wat minder zwaar op de geneeskundige dienst te laten drukken. Ten eerste kon de opleiding tot reserveofficier volgens hem, “nu de IMGD [IGDKL] zo over zijn tekorten klaagt”, nog wel worden verkort met bijvoorbeeld twee maanden.⁹⁸² Ten tweede zag hij “praktische noch theoretische bezwaren” om de diensttijd van de reserve-artsen te verlengen van 21 naar 23 maanden, maar dat voorstel werd verworpen omdat het defensiebeleid op termijn juist was gericht op een verkorting van de diensttijd. Ten derde stelde de personeelsdirecteur voor om beroepsmilitairen een vrije artsenkeuze te bieden. Tegen vergoeding mochten zij buiten de krijgsmacht een geneesheer zoeken. Dit zou niet alleen de druk op de militaire artsen verlichten, maar ook voorkomen dat aan het ziekbed van militairen steeds weer andere (dienstplichtige) geneesheren verschenen. De militaire top had hier wel oren naar. Het doorvoeren van de maatregel was echter voorlopig niet haalbaar omdat de financiële en juridische consequenties nog onduidelijk waren. De IGDKL was en bleef pertinent tegen de vrije artsenkeuze. Hij vreesde namelijk voor het verlies van controle over de gezondheidstoestand van de militairen.⁹⁸³

Een ideale oplossing rolde dus niet uit de besprekingen. En daarmee lag de bal weer bij de IGDKL. Hij bleef het belang van een goede geneeskundige verzorging en de waarde van een vaste kern van beroepsofficieren-arts onderstrepen. Hij vond daarbij een luisterend oor en er kwamen opnieuw voorstellen om het beroep van officier-arts financieel aantrekkelijker te maken, vooral de verbetering van de secundaire arbeidsvoorwaarden. Tegelijkertijd werd de werklust voor beroeps-officieren op korte termijn enigszins verlicht. Dat gebeurde door het “rendement” van de dienstplichtige officieren-arts te vergroten. Zij moesten zoveel mogelijk tijd

⁹⁸⁰ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Nota aan de staatssecretaris van Defensie en de Legerraad, 4 november 1960.

⁹⁸¹ De vergoeding van de studiekosten werd verhoogd van 15.000 naar 20.000 gulden. De wervingspremie voor artsen met ervaring werd verhoogd naar f40.000. Zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 16. Vergadering Legerraad, 20 december 1960.

⁹⁸² NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 59. Bijlagen bij de vergaderverslagen van 1960. Nota aan de staatssecretaris van Defensie en de Legerraad, 4 november 1960.

⁹⁸³ Voor de opvatting van de IGDKL, zie: NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 19. Vergadering van de Legerraad op 18 juni 1963.

bij de parate onderdelen doorbrengen. Hieruit komt duidelijk naar voren dat de uitvoering van de vredestaken voorrang kreeg op de opleiding (oorlogsvoorbereiding) van de arts.

De verkorting van de opleiding hield de MGD voorlopig draaiende, maar het hield niet over. Dat leidde uiteindelijk tot bezorgdheid over het opleidingspeil. Zoals in hoofdstuk 3 naar voren kwam, klaagden deskundigen in de jaren zeventig en tachtig in toenemende mate over de geringe kennis van de oorlogsgeneeskunde onder dienstplichtige artsen. Bovendien bleef het aantal beroepsofficieren-arts laag. Daardoor kwam in de loop van de jaren zestig met name het stafwerk in de verdrukking. Uit het jaarverslag van de IGDKL van 1964 stond te lezen dat de personeelstekorten vooral bij de geneeskundige detachementen in de Nationale Sector waren toegenomen met als gevolg dat het zo noodzakelijke wetenschappelijk onderzoek niet meer kon worden uitgevoerd. De oorzaak van de toenemende tekorten was onder meer gelegen in het bijzonder grote aantal overplaatsingen door reorganisaties. Daarnaast was de klein-verlof regeling voor officieren-arts opnieuw ingevoerd, waardoor deze in feite vroegtijdig de dienst verlieten, dat wil zeggen na achttien in plaats van twintig maanden.⁹⁸⁴ Ook hieruit blijkt dat het beleid noodgedwongen was gericht op de bezetting van de meest noodzakelijk functies op de korte termijn, ofwel de geneeskundige vredesverzorging van de troep.

De tekorten aan beroepsartsen en de onervarenheid van de dienstplichtige artsen leidden soms tot incidenten waarbij (mogelijk) sprake was van nalatige hygiëne of medische verzorging op de kazernes. Soms werd dat breed uitgemeten in de krant en daarbij bleef het niet. Zo kraakte de huisarts J. Lamberts (PvdA-Kamerlid tussen 1956 en 1977) kritische noten over de militair-geneeskundige verzorging in vredestijd. Deze deskundige op het gebied van de volksgezondheid oordeelde in 1963 dat de krijgsmacht te veel de hand op de knip hield als het aankwam op de geneeskundige zorg voor militairen. In de aanloop naar een nieuwe defensienota, drukte hij de minister met de neus op de feiten: "Van 1953 tot 1958 is er in de burgersector een toename [prijsstijging] van ongeveer 100%; hier doet de Minister het met 29%. Ik geloof, dat hij daarmee niet eens de verhoging van de salarissen [van officieren-arts] kan betalen. Hij moet dus anderszins bezuinigen, wanneer hij die 29% wil aanhouden. In ieder geval kan hij er geen ziekenhuizen van bouwen."⁹⁸⁵ Met die laatste opmerking verwees Lamberts naar de staat van de militaire ziekenhuizen, die aan renovatie toe waren. In elk geval kwam het erop neer dat er moest worden geïnvesteerd in de MGD, vooral vanuit het welzijnsbelang van de dienstplichtige en vrijwillig dienende militairen. Om het artsentekort te bestrijden moesten de militair-geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen worden samengevoegd omdat daarmee veel doublures en energieverpilling konden worden voorkomen. Het Kamerlid Wilmans (PvdA) vroeg in september

⁹⁸⁴ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 222. Jaarverslag IGDKL 1964.

⁹⁸⁵ Vaststelling hoofdstuk X (Defensie) 1964 23ste vergadering - 10 december 1963, pagina 895.

1964 “welke stappen de minister had genomen of denkt te nemen om ook op langere termijn verbetering te bevorderen in de duidelijk geconstateerde tekortkomingen t.a.v. de lichamelijke geïndividueerde, de voedselgewoonten en de hygiënische vorming der Nederlandse militairen”. Dat laatste was in principe een taak voor de MGD. De minister antwoordde sussend: “Aan de hygiënische vorming der militairen wordt reeds bij voortdurend alle aandacht geschonken.”⁹⁸⁶ Opnieuw zien we dat de aandacht van de Tweede Kamer is gericht op het wel en wee van Jan Soldaat. Hoe het was gesteld met de militair-geneeskundige verzorging in oorlogstijd, onder conventionele of nucleaire omstandigheden, stond in het parlement geheel niet in de belangstelling.

Reorganisatie en bezuiniging

Het Ministerie van Defensie was begin jaren zestig gebrand op een doelmatiger inzet van de beschikbare middelen. Voor de MGD had dit beleid belangrijke gevolgen. Al in 1963 was in de Legerraad goedkeuring gegeven voor het aanstellen van een economisch directeur in de militaire hospitalen: die moest een beter inzicht krijgen in de financiële bedrijfsvoering.⁹⁸⁷ Dit was een teken aan de wand voor wat er komen ging. Een jaar later verklaarde het Ministerie van Defensie dat alle uitgaven ten behoeve van de vredestaken van de MGD behoorden tot de exploitatiekosten.⁹⁸⁸ Juist dergelijke kosten moesten in de komende jaren worden beperkt om zodoende financiële ruimte te maken voor noodzakelijk geachte investeringen in materieel. Die gedachte was vervat in de Defensienota 1964, waarin werd gesproken over met name het vergroten van de vuurkracht, het pantserafwerend vermogen en de luchtverdediging. Over de MGD was deze nota kort. Er werden maatregelen *overwogen* om de vrijwillige dienstneming door artsen en tandartsen te stimuleren en het verloop in deze categorieën tegen te gaan.⁹⁸⁹ Bij dat ene zinnetje bleef het. We kunnen daaruit opmaken dat het artsentekort geen prioriteit had op de defensiebegroting. De IGDKL moest zich daarbij neerleggen.

Het verbeteren van de zorgkwaliteit door reorganisatie was een lastige kwestie, zo begreep ook de minister. Hij zich had daarom laten adviseren door de in hoofdstuk 4 besproken commissie Drijber. Kort samengevat had zij de verdere integratie tussen de militair-geneeskundige diensten van de krijgsmachtdelen aanbevolen, terwijl ook de coördinatie en samenwerking met burger-ziekenhuizen moest verbeteren. Verder was de MGD in de nationale sector te omvangrijk. De gewestelijke militaire hospitalen en het sanatorium in Amersfoort waren inefficiënt en verouderd, zo oordeelde de commissie. De inrichtingen hadden voor de MGD in

⁹⁸⁶ HTK 1964-1965, Aangangsnummer 30, Vragen van de heer Wilmans (PvdA) in verband met het rapport van de reserve-kapitein E.E. van der Win over de medische aspecten van de militaire training (Ingezonden 16 september 1964) pagina 33.

⁹⁸⁷ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 19. Vergadering Legerraad, 10 april 1964.

⁹⁸⁸ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 222. Jaarverslag IGDKL 1964, pagina 12.

⁹⁸⁹ P. J. S. de Jong, *Defensienota 1964*, nummer 3950 ('s-Gravenhage, 24 juni 1964) 36.

oorlogs- en vreedestijd nauwelijks toegevoegde waarde. Het eindrapport van de commissie stelde dan ook dat de opheffing van deze instellingen een welkome kostenbesparing beloofde.

Kamerleden die de ontwikkelingen op het terrein van Defensie volgden, beschouwden dit als een positieve ontwikkeling.⁹⁹⁰ Zij omarmden een efficiëntere, compactere en meer op de burgergeneeskunde afgestemde MGD. Dat sloot aan bij de visie van minister Den Toom en staatssecretaris Van Es, die zij in 1970 presenteerden. Volgens Van Es was het fundament van de dienst in vredes- en oorlogstijd de “totale personeelszorg” ofwel het “verlenen van een op het bedrijf afgestemde lichamelijke, geestelijke- en sociaal-geneeskundige begeleiding van het personeel van de krijgsmacht. (...) In feite staat derhalve voor de geneeskundige dienst de goede taakvervulling met betrekking tot de vredesfunctie momenteel primair. Daarbij is de goede werking van de organisatie in vreedestijd de basis voor optimale werking in oorlogstijd.”⁹⁹¹ De vredeszorg stond dus expliciet op de eerste plaats. De staatssecretaris deed het voorkomen alsof de geneeskundige oorlogstaken als het ware vanzelf voortvloeiden uit een goede vredeszorg. De noodzaak van speciale medische voorbereidingen op een grootschalig conflict kwam in zijn verhaal niet voor.

De opeenvolgende inspecteurs van de geneeskundige diensten spraken zich niet expliciet uit tegen het beleid waarin de oorlogstaken van secundair belang waren. Wel maakten zij kenbaar dat zij de militair-geneeskundige zorg zoveel mogelijk in eigen beheer wilden houden. Herhaaldelijk benadrukten zij het specialistische karakter van de MGD. De uitbesteding van curatieve taken aan burgerartsen zagen zij met lede ogen aan. Van der Giessen had eerder verkondigd dat hij in oorlogstijd zoveel mogelijk toezicht wilde houden op de gewonde militairen, ook als die naar het achterland waren afgevoerd.⁹⁹² Niet de opheffing, maar het behoud en modernisering van de hospitalen had zijn voorkeur. Daarvoor bracht hij nog een ander argument in stelling. Als lid van de zogeheten “commissie 1947” had Van der Giessen twee decennia eerder al een advies uitgebracht aan de toenmalige minister om de hospitalen te behouden omdat die vanuit vakinhoudelijk oogpunt essentieel waren voor officieren arts. Tijdens de viering van het 150-jarig bestaan van de Inspectie Militair Geneeskundige Dienst op 14 oktober 1964, had Van der Giessen er in zijn jubileumtoespraak nog aan herinnerd dat de kwaliteit van de gezondheidszorg van de strijdkrachten afhing van de kennis, kunde en toewijding van de officieren-arts. Voor het aankweken van die kwaliteiten waren goed-geoutilleerde militaire hospitalen hard nodig.⁹⁹³

⁹⁹⁰ Eerste Kamer de Staten-Generaal, Zitting 1965—1966, 8300 X nr. 91, p. 5.

⁹⁹¹ HTK 1970-1971, 37^e verg., 22 december 1970, p. 2056.

⁹⁹² Militairen, of zij nu gewond waren of niet, bleven tot hun officiële ontslag in dienst, dus de krijgsmacht bleef voorzien in hun levensonderhoud. Toezicht en controle over gewonden was daarom van administratief belang.

⁹⁹³ ‘Plechtige herdenking van de oprichting der IMGD’, *Legerkoerier* (nummer/jaargang 1964) paginanummer weggevallen.

De minister van Defensie besloot echter dat het militair-geneeskundig onderzoek, opleiding en de curatieve taken konden worden geconcentreerd in één paraat en gemoderniseerd hospitaal. Hoewel nog niet duidelijk was of en hoe de handhaving van dit hospitaal paste in de langetermijnplanning van de krijgsmacht, die op dat moment in voorbereiding was, gaf hij in september 1971 opdracht aan de commissie Van Rijckevorsel om onderzoek te doen naar de Nederlandse NAVO-taken en de daarvoor vereisten middelen. In maart 1972 rapporteerde de commissie haar bevindingen, die de defensie-minister zou meewegen in zijn besluitvorming. Voor de MGD was het advies pijnlijk. Verschillende leden stelden voor om alle militair-geneeskundige onderdelen buiten het 1 Legerkorps op te heffen en de zorgtaken over te dragen aan de burgersector.⁹⁹⁴

In een bijzondere bijeenkomst van de Legerraad in 1972 kwam dit standpunt ter sprake. Minister van Defensie H.J. De Koster (vvd) stelde allereerst de noodzaak van de MGD in oorlogstijd vast. Daaruit volgde dat er in vreedstijd voorbereidingen moesten worden getroffen op de taak in tijd van oorlog. Een andere reden voor het handhaven van integrale zorg voor militairen in vreedstijd was dat hun rechtspositie zou worden aangetast wanneer zij hun zorg zelf moesten regelen. Verder was de controlerende functie op zieke militairen onmisbaar. De CGS en de Opperofficier Personeel KL brachten nog een wezenlijk argument naar voren: zonder militaire hospitalen moest de krijgsmacht in oorlogstijd geheel terugvallen op civiele ziekenhuizen, waar minder specialisme in de traumatologie te vinden was. En de kennis voor het inrichten van nood- en veldhospitalen, die van kapitaal belang waren bij rampsituaties, was in de civiele sector afwezig. De minister kwam zo tot de slotsom dat een grote inperking van de geneeskundige dienst een aantasting van de oorlogsvoorbereiding betekende, waarmee de gehele opheffing van de MGD in de Nationale Sector van de baan was.⁹⁹⁵ Desalniettemin werd de landmacht eind jaren zestig door de sluiting van de hospitalen een stuk afhankelijker van de bedden-capaciteit van de ZIBO, ofwel de civiele sector. Deze ontwikkeling, die voortkwam uit het streven van het Ministerie van Defensie naar meer efficiency, ging ten koste van de geneeskundige oorlogstaak.

Het artsentekort: de jaren zeventig en tachtig

De minister van Defensie leek in 1972 het belang van de militair-geneeskundige oorlogstaak te erkennen, edoch leidde de dienst een minimaal bestaan. Sinds het einde van de jaren zestig hadden de personeelsproblemen zich opgestapeld. In de Legerraad van 21 maart 1967 kaartte de CGS aan dat de MGD een tekort had van 85 dienstplichtige en vrijwillig dienende artsen. Deze situatie dreigde door de verkorting van de diensttijd nog penibeler te worden. Alleen reorganisaties leken nog een oplossing te kunnen bieden. De staatssecretaris van Defensie liet daarom nagaan welke niet-medische taken van de officieren-arts konden worden

⁹⁹⁴ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 28. Notulen vergadering Legerraad, 11 april 1972.

⁹⁹⁵ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 28. Speciale bijeenkomst Legerraad, 5 juni 1972.

overgenomen door officieren Geneeskundige troepen. Een andere studie moest uitwijzen welke artsfuncties in de Nationale Sector door burgerartsen konden worden waargenomen.⁹⁹⁶ Om op korte termijn een werklasterlichting te creëren werden enkele taken binnen de MGD geschrapt. Zo werd in 1967 aan zieke (dienstplichtige) militairen zelf overgelaten of zij zich wel of niet onder militair-geneeskundige behandeling zouden plaatsen. Het gevolg hiervan was dat de militaire controle verdween en dat het aantal simulanten sterk toenam. Na drie jaar werd derhalve het raadplegen van een militaire arts opnieuw verplicht gesteld.⁹⁹⁷

Uitzicht op verbetering was er niet. In juni 1970 schreef de inspecteur dat van de 108 organiek door beroepsofficieren-arts te vervullen functies maar liefst 41 vacant waren. Er bestond dus een tekort van 38 procent. Het gevolg hiervan was dat de aanwezige artsen extra werk moesten verrichten, waardoor meestal alleen tijd en gelegenheid over was om routinezaken af te wikkelen. Voor het noodzakelijke overleg en voor bezinning, “voor speurwerk, het beproeven van nieuwe methoden en werkwijzen in proefopstellingen” en “voor een analyse van tot dusverre gevolgde procedures” was onvoldoende tijd, zo stelde de IGDKL. Volgens de inspecteur was een aantal beroepsofficieren ontevreden omdat hun werk te weinig diepgang had. Voor 39 artsen gold een ander probleem, namelijk dat zij een functie bekleedden waaraan eigenlijk een hogere rang was verbonden. Voor de officieren-arts was de vervulling van deze functies natuurlijk eervol en uitdagend, maar in feite misten zij de vereiste kennis en ervaring, terwijl de bijkomende verantwoordelijkheid zwaar op hun schouders woog. Dit leidde onder deze groep tot onvrede over het salaris.⁹⁹⁸ De vooruitzichten waren ook niet rooskleurig: zeer weinig artsen kozen na hun studie vrijwillig voor de krijgsmacht.

De inspecteurs maakten duidelijk dat de organisatie sterk gebukt ging onder het artsentekort. De arbeid in werkgroepen en commissies, waarvan het militair-geneeskundig beleid zo afhankelijk was, kwam door overbezette agenda's in het gedrang. Er was in sommige gevallen geen parate kern van beroepsofficieren die in oorlogstijd het commando kon voeren over de grotere mobilisabele eenheden, zoals de doorvoerhospitalen en veldhospitalen. De geneeskundige verzorging in de Nationale Sector was veelal een taak van toevallig aanwezige of op te roepen artsen, zelfs bij een aantal posten van vitaal belang. De functie van de beroepsofficier-arts, bestemd voor de verbandplaatscompagnieën bij 1 Legerkorps, werd in slechts één geval gevuld. Vergelijkbare tekorten golden overigens ook voor de MGD van de Koninklijke Luchtmacht en de Koninklijke Marine. De militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, die als gezegd geen politieke prioriteit hadden, kwamen door de onderbezetting verder onder druk te staan. Op 14 april 1971 wezen de

⁹⁹⁶ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 23. Notulen vergadering Legerraad, 21 maart 1967.

⁹⁹⁷ Hoffenaar en Schoemaker, *Met de blik*, 277.

⁹⁹⁸ Koninklijke Landmacht. Inspectie Geneeskundige Dienst KL. Onderwerp: situatie betreffende de beroeps artsen, 12 juni 1970. Herkomst document niet meer te herleiden, kopie document opnemen in collectie losse stukken NIMH.

geneeskundige inspecteurs in een nota aan de minister op de ernst van de ontstane personeelssituatie. Zij waarschuwden dat de MGD in geen enkel opzicht voldeed aan de noodzakelijke continuïteit in de organieke functies, vakbekwaamheid en deskundig leiderschap: eisen voor een goed functionerende organisatie.⁹⁹⁹ Toen er een halfjaar later nog geen oplossing was gekomen, bracht de nieuwe IGDKL, de generaal-majoor-arts A.D.A. van Overeem, het artsentekort nog maar eens ter sprake in de Legerraad. Veel kreeg hij echter niet gedaan. De plaatsvervangend secretaris-generaal J.L. Cusell plaatste het toenemend tekort aan beroepsofficieren-arts in breder verband. Verschillende wapens en dienstvakken kampten met tekorten aan met name deskundigen met een technische achtergrond. De inspecteur moest maar bij de Opperofficier Personeel van de KL te rade gaan.¹⁰⁰⁰

De personeelsproblemen binnen de MGD bleven niet verborgen voor het parlement. Het was evenwel niet het artsentekort en de gevolgen voor de landmacht die de aandacht van de Kamerleden trokken. Begin jaren zeventig stonden vooral het wel en wee van de legerartsen in de schijnwerpers. Dit had te maken met sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen in die tijd. Zoals in hoofdstuk 5 is uitgelegd, lieten dienstplichtigen zich steeds kritischer uit over de omgangsvormen en de leef- en werkomstandigheden binnen de krijgsmacht. Onder hen waren ook contractartsen, die hun bul hadden gehaald op kosten van Defensie, waarna zij als tegenprestatie een diensttermijn van twaalf jaar als officier-arts vervulden (zie pagina 133). Velen vonden deze verbintenis echter te lang, het salaris te laag en de werkdruk te hoog. Dat laatste kwam door het tekort aan beroepsofficieren, waardoor de omslachtige maar noodzakelijke bedrijfsadministratie in handen van te weinig beroepsofficieren-arts lag. Bovendien beklagden beroepsofficieren-arts zich erover dat hun takenpakket zo weinig ruimte liet voor het behandelen van patiënten. Die taak werd vooral aan dienstplichtigen overgelaten, vooral aan de bataljonsartsen bij de parate troepen, die daar overigens geen volledige dagtaak aan hadden.

Vanuit de volksvertegenwoordiging kwamen diverse voorstellen om de arbeidsomstandigheden van de contractartsen aantrekkelijker te maken. In 1970 wilde Kamerlid M.J.J.A. Imkamp (D'66) hen tegemoetkomen met een verbetering van de arbeidsvoorwaarden en het carrièrebeleid.¹⁰⁰¹ Er moesten op ruime schaal ontwikkelingsmogelijkheden op medisch vlak komen, zoals specialisatie of het schrijven van een proefschrift. Organisatorische taken konden aan medisch geschoolde troepen-officieren worden opgedragen, zodat de officieren-arts meer tijd hadden voor curatieve taken. In zijn reactie bevestigde de minister van Defensie dat er een gevoel van onbehagen bestond, maar het was toch minder erg dan

⁹⁹⁹ NL-HaNA, Defensie / Militair Geneeskundige Raad, 2.13.173, inv.nr. 11. Nota MGR inzake het artsentekort bij de krijgsmacht, 14 april 1971

¹⁰⁰⁰ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 27. Notulen vergadering Legerraad, 26 oktober 1971.

¹⁰⁰¹ Aanhangsel tot het Verslag van de HTK 1970-71, Vragen 1023, pagina 2057.

Imkamp veronderstelde.¹⁰⁰² De bewindsman schoof de kwestie op de lange baan omdat er naar zijn zeggen al onderzoek gaande was naar de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Ook meldde hij dat de medische administratie in de toekomst zou worden geautomatiseerd, waardoor de werkdruk zou verminderen.

Pleitbezorgers van een verbetering van de arbeidsomstandigheden namen echter geen genoegen met verzachtende woorden. Een buitenparlementaire pressiegroep met de verbeuze naam 'werkgroep ter verbetering van het arbeidsklimaat bij de geneeskundige diensten en de situatie van de contract-artsen en -tandartsen' (hierna werkgroep contractartsen) pleitte voor een verkorting van de beroepsverbintenis van contractartsen. Onder druk deed staatssecretaris Van Es op 2 december 1970 de toezegging dat de contracttermijn voor aanstormend legerartsen zou worden teruggebracht tot zes jaar.¹⁰⁰³ Voor wie eerder in dienst was getreden kwam een overgangsregeling.¹⁰⁰⁴ Daarmee volgde Defensie het advies van de inspecteurs van de geneeskundige diensten.¹⁰⁰⁵ Een belangrijke kanttekening was dat de bestaande (langdurige) contracten wel moesten worden gehandhaafd, anders dreigde een personeelsleegloop.

De werkgroep nam geen genoegen met deze beloften, maar ondanks de opgevoerde politieke druk hield het Ministerie van Defensie voet bij stuk. Op 3 juli 1973 liet de nieuwe bewindsman H. Vredeling aan de Tweede Kamer weten dat de vroegtijdige opzegging van het artsencontract geen doorgang kon vinden. Die beslissing moest een verdere uitstroom van beroepspersoneel voorkomen. De lucht was echter nog niet geklaard. Op 28 februari 1974 stelden de PvdA-Kamerleden K.G. de Vries en de eerdergenoemde huisarts Lamberts een serie kritische vragen over de personeelssituatie binnen de MGD. Vredeling meldde dat sommige contractartsen inderdaad ontevreden waren, maar hij merkte daarbij wel op dat het beroep van militair-arts nu eenmaal draaide om een combinatie van preventieve, curatieve, bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden, alsof de bewindsman wilde zeggen dat het hier ging om een aangename afwisseling van taken.¹⁰⁰⁶

Het tekort aan artsen kon hij echter niet verbloemen, maar dit was in zijn woorden dan ook "een zeer ingewikkeld vraagstuk en ik verwacht op korte termijn geen spectaculaire veranderingen".¹⁰⁰⁷ De jaarverslagen van de IGDKL in de tweede helft van de jaren zeventig maken nog altijd melding van de tekorten aan beroeps-officieren-arts, vooral binnen de staven en op wetenschappelijke functies.¹⁰⁰⁸

¹⁰⁰² Ibidem.

¹⁰⁰³ Voor degenen die vanaf 1971 werden benoemd tot officier-arts.

¹⁰⁰⁴ Zitting 1971-1972-11500 Rijksbegroting voor het Dienstjaar 1972 Hoofdstuk X – Defensie verslag van mondeling overleg Nr. 7, pagina 2.

¹⁰⁰⁵ Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Defensie: Militair Geneeskundige Raad, nummer toegang 2.13.173, inventarisnummer 11. Nota MGR 'artsen tekort', 15 oktober 1970.

¹⁰⁰⁶ HTK, 54ste vergadering - 28 februari '74, pagina 2824-2827.

¹⁰⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁰⁸ NL-HaNA, KL / Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 223 en 224. Jaarverslagen IGDKL 1970-1979.

Daarnaast bestond er een tekort aan kapiteins en sergeanten-majoor Geneeskundige troepen, terwijl ook verplegers, apothekersassistenten schaars waren. Dat kwam omdat veel beroepsmilitairen, die in de jaren vijftig de landmacht hadden helpen opbouwen, met pensioen konden gaan. De pensioengerechtigde leeftijd in de krijgsmacht lag namelijk een stuk lager dan bij andere beroepen. Eind jaren zeventig was het tekort aan officieren Geneeskundige troepen opgelopen tot 55 en zou tot 1982 nog verder toenemen.¹⁰⁰⁹ Toen in 1986 de basisbeurs werd ingevoerd voor alle studenten was de regeling voor de contractartsen onhoudbaar geworden. Aspirant artsen hoefden voor de bekostiging van hun medicijnenstudie niet langer bij het Ministerie van Defensie aan te kloppen.

Om de vacatures binnen de MGD toch nog te laten vervullen, kregen vanaf het einde van de jaren zeventig diverse maatregelen doorgang: een verhoging van de wervingsaantallen; personeel na hun 55^e (op vrijwillige basis) laten doorwerken; het uitbesteden van functies aan andere krijgsmachtdelen; het 'overnemen' van personeel van andere krijgsmachtdelen; het laten vervullen van functies door kortverband vrijwilligers (kvv'ers) die een beroepsverbintenis voor bepaalde tijd aangingen; versnelde bevordering, en tot slot: burgers (met een achtergrond als reservist) horizontaal in de kapiteinsrang laten instromen. Maar ondanks deze maatregelen kwam voor de personeelsproblematiek – net als bij andere wapens en dienstvakken – nooit een geheel bevredigende oplossing.¹⁰¹⁰

Veel maakte het ogenschijnlijk niet uit. Het leek erop dat de MGD met het tekort aan beroepspersoneel had leren leven. Betrokkenen konden zich niet aan de indruk onttrekken dat de taken van de geneeskundige dienst werden aangepast aan de personeelssituatie, in plaats van andersom.¹⁰¹¹ Volgens de 'Haagse' logica van het Ministerie van Defensie was dat overigens geen groot probleem. De situatie was houdbaar zolang er aan de minimale NAVO-richtlijnen werd voldaan en zolang de medische zorgverlening in vredestijd niet echt in gevaar kwam. Het parlement bekommerde zich vooral om de arbeidsomstandigheden van de legerartsen. Dat die artsen en de MGD in zijn geheel weinig tijd overbleef voor oorlogsvoorbereidingen, stond niet op het politieke netvlies.

De tanende invloed van de IGDKL

In de discussies over de handhaving van de hospitalen en de tekorten aan artsen moest de IGDKL zijn politieke en militaire bazen er steeds van overtuigen dat de MGD een onmisbaar onderdeel van de landmacht vormde en daarom niet kon worden wegbezuinigd. Tot zijn afzwaaien in 1965 had inspecteur Van der Giessen daarmee

¹⁰⁰⁹ P.B. Pluimert, 'Horizontale instroming, waarom en hoe?', *Polsslag* 12:6 (november 1978) 4.

¹⁰¹⁰ Voor het algemene tekort aan beroepsofficieren, zie het redactionele commentaar 'Horizontale instroming', *Militaire Spectator* 147:11 (1978) 533-535.

¹⁰¹¹ J.A. van Donk, 'De tekorten aan beroepsofficieren-arts, -tandarts en -apotheker', *NMGT* 25 (januari-februari 1972) 50.

enige mate van succes. Zijn opvolgers waren echter bestuurlijk minder daadkrachtig, zo is verondersteld.¹⁰¹² De jaren zeventig stonden in het teken van een verdere beperking van de invloed van de inspecteurs op het militair-geneeskundig beleid.

Belangrijk in dat proces was het streven van de politieke leiding naar meer integratie tussen de geneeskundige diensten van de landmacht, luchtmacht en marine. Nadat die gedachte was geuit door de commissie Drijber waren er al verschillende stappen in die richting gezet. De eerdergenoemde oprichting van de Militair Geneeskundige Raad (MGR) in 1967 moest de coördinatie van het beleid verbeteren.¹⁰¹³ Twee jaar later verloor de IGDKL de verantwoordelijkheid voor de opleiding van militair-geneeskundigen, als gevolg van de oprichting van het Commando Opleidingen Koninklijke Landmacht (COKL). Verder waren de inspecties van de drie geneeskundige diensten verhuisd naar het gebouw van het Ministerie van Defensie in Den Haag; dit gaf overzicht en moest het overleg tussen de staven bevorderen. Ook op materieel gebied moest er meer samenwerking plaatsvinden. De Materieelvoorzieningsafdeling van de IGDKL kreeg namelijk een interservice functie, wat betekende dat zij verantwoordelijk was voor de aanschaf van het zuiver geneeskundig materieel van alle geneeskundige diensten.¹⁰¹⁴

Onder Vredeling ging het integratieproces nog een stap verder. In de Defensienota 1974 was bepaald dat de drie geneeskundige inspecteurs onder eenhoofdige leiding kwamen te ressorteren.¹⁰¹⁵ Dat was goed voor de overzichtelijkheid en vooral de doelmatigheid, met opnieuw mogelijke kostenbesparingen tot gevolg. Een andere reden was dat de visie van de politieke leiding vaak botste met die van de inspecteurs. In een vergadering van de Legerraad in 1974 legde de staatssecretaris van Defensie uit dat de inspecteurs van de geneeskundige diensten het militair-geneeskundig beleid vaak te veel vanuit een puur medische optiek bekeken: “Op zo’n manier is er eigenlijk geen constructieve gedachtewisseling mogelijk” en “hetzelfde zal zich gaan voordoen bij [...] de reconstructie van het hospitaal in Utrecht en ook bij een mogelijke gedachtewisseling over structuur en inhoud van de militaire geneeskundige diensten”, aldus de bewindsman.¹⁰¹⁶ De inspecteurs hadden volgens de politieke leiding te weinig oog voor de financieel-economische belangen van de krijgsmacht.

In 1976 werd het probleem ‘opgelost’. Met de aanwijzing van de Directie Militair Geneeskundige Diensten (DMGD) in dat jaar kwam er een hele nieuwe

¹⁰¹² Van Bergen, *George Robert Nypels*, 82.

¹⁰¹³ HTK, 1969-1970, 15e verg., 4 november 1969, p. 624. Minister Den Toom was van mening dat elk krijgsmachtdeel “vanuit de operationele op de oorlogsorganisatie gerichte overwegingen” moest blijven beschikken over een eigen geneeskundige dienst. Zijn opvolgers lieten dat idee steeds meer los.

¹⁰¹⁴ G.D.D. Nelis en J. Weller, ‘Organisatie, taak en werkwijze van de materieelvoorziening / IGDKL’, *Polsslag* 13:4 (juli (1979) 17.

¹⁰¹⁵ *Defensienota 1974: Om de veiligheid van het bestaan. Defensiebeleid in de jaren 1974-1983* (Den Haag 1974) 82.

¹⁰¹⁶ NL-HaNA, Def / Legerraad, 2.13.182, inv.nr. 30. Notulen Legerraad 29 januari 1974.

bestuurslaag tussen de IGDKL en de politieke leiding. Het militair-geneeskundig beleid van de gehele krijgsmacht viel nu onder de leiding van één directeur, die – hoe kon het ook anders – voorstander was van de verdere stroomlijning en unificatie van de geneeskundige diensten. Vanaf dat moment had de IGDKL geen zitting meer in de Geneeskundige Verdedigingsraad. Zijn invloed op de beleidsprocessen nam zienderogen af.

De inspecteurs zagen dit besluit met lede ogen aan. Zij vreesden voor het ontstaan van een soort geneeskundige eenheidsworst. De eigenheid van de geneeskundige diensten van de drie krijgsmachtdelen, waarop de ‘genezeriken’ zich lieten voorstaan, dreigde verloren te gaan. In een gesprek met de voorzitter van het tijdschrift *Polsslag* in 1979 luchtte de toenmalige IGDKL, generaal-majoor-arts J.W. Hartman, zijn hart. In de functioneel gestructureerde toporganisatie van de landmacht werkten volgens hem de instanties steeds meer langs elkaar heen en hij voelde zich steeds minder betrokken bij het geneeskundig beleid. Hartman vreesde dat het zelfs zover zou komen dat de IGDKL zijn functie als hoofd van de Geneeskundige troepen zou verliezen.¹⁰¹⁷ Zover kwam het niet, maar zijn gevoel inzake deze kwestie is duidelijk.

In de loop van de Koude Oorlog brokkelde de invloed van de IGDKL merkbaar af. Begin jaren vijftig was de alom gerespecteerde Wilkens nog formeel bevoegd om de minister van Defensie gevraagd en ongevraagd te adviseren over militair-geneeskundige zaken. Zijn eveneens gerespecteerde opvolger Van der Giessen had echter geen rechtstreekse toegang tot de politieke leiding. Om de belangen van de MGD te behartigen moest hij zijn opwachting maken bij de Legerraad. De inspecteurs die in zijn voetsporen traden, ervoeren dat hun invloed verder aan banden werd gelegd. Steeds meer moesten zij het beleid afstemmen met dat van de geneeskundige diensten van de luchtmacht en marine. Ruimte voor een eigen koers was er nauwelijks. Door deze ontwikkeling dreigden de specifieke noden van de MGD van de landmacht ondergesneeuwd te raken. Dit proces versnelde na 1974, toen de IGDKL kwam te ressorteren onder de DMGD, die eindverantwoordelijk was voor beleid van de militair-geneeskundige diensten. De functie van de IGDKL bleef daarna beperkt tot het adviseren inzake de aanschaf van militair-geneeskundig materieel, bijvoorbeeld de vervanging van het chirurgisch instrumentarium.

Doordat de IGDKL nog meer dan tevoren vast kwam te zitten in het keurslijf van het micromanagement, bleef de meest fundamentele vraag onaangeroerd: de mate van voorbereiding van de MGD op het transporteren, behandelen en verzorgen van grote aantallen gewonden in oorlogstijd. Vanuit het stilzwijgende besef dat dit probleem te groot was om in één keer te adresseren (laat staan op te lossen), kwam de inspecteur niet verder dan het behandelen van technische en organisatorische deelproblemen. Dat leidde doorgaans tot het instellen van commissies, werkgroepen

¹⁰¹⁷ Redactie, ‘Jaarvergadering 1979’, *Polsslag* 13-2 (maart 1979) 6.

en stuurgroepen die pas na veel wikken en wegen hun advies op tafel legden. De DMGD, die gebrand was op het stroomlijnen en verdere integratie van de militair-geneeskundige diensten, kon geen einde maken aan het feit dat geneeskundige deelvragen van de eerste orde strandden in het ambtelijk-bureaucratisch proces.

Horen, zien en zwijgen

Eind 1984 ontving de Tweede Kamer een brief van de staatssecretaris van Defensie over het hospitaalbeleid. Hij schreef dat het aantal beschikbare bedden voor oorlogsgewonden niet door de ondergrens mocht zakken. De krijgsmacht moest blijven voorzien in vijftienhonderd bedden voor de eerste slachtoffers. “Na enkele dagen zal in een oorlogssituatie de behoefte van de krijgsmacht aan ziekenhuisbedden aanzienlijk toenemen”, vervolgde hij, daarom bestond er een aanvullende regeling met de burgerziekenhuizen.¹⁰¹⁸ Zelden werd de oorlogstaak van de hospitalen in een brief aan de Tweede Kamer zo expliciet benoemd. Maar het is net zo opvallend dat Kamerleden niet vroegen om een nadere uitleg. Ook de kranten sloegen er niet op aan. Net zoals tijdens de discussies over het artsentekort, werden alleen de financiële en personele consequenties van het beleid met een kritisch oog gevolgd.¹⁰¹⁹

De uitzonderingen op deze regel zijn op één hand te tellen. Zo was het CDA-Kamerlid (en verpleegkundige) mevrouw Janmaat-Abee benieuwd of het plan voor de bouw van een nieuw hospitaal aan de NAVO-richtlijnen voldeed. Het antwoord was weinig verhelderend. De staatssecretaris – die zelf mogelijk ook niet op de hoogte was van de details op het gebied van de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen – zei dat het plan, gelet op de omvang van de krijgsmacht, nog altijd voorzag in vijftienhonderd bedden om de allereerste oorlogsgewonden op te vangen.¹⁰²⁰ Daarmee suggereerde hij dat aan de eis van paraatheid werd voldaan. Of dat werkelijk genoeg zou zijn in oorlogstijd liet hij in het midden. Het enige wat telde, was dat Nederland voldeed aan de bondgenootschappelijke normen. Het Kamerlid nam met dit antwoord genoegen.

Deze weinig kritische houding is exemplarisch voor de parlementaire omgang met de MGD en zijn oorlogstaken. Hoe kan dit worden verklaard? Op basis van bovenstaande voorbeelden en de jaarlijkse defensiebegrotingen, moet allereerst worden geconstateerd dat de regering weinig mededeelzaam was over de militair-operationele aspecten van de oorlogsvoorbereidingen. De NAVO wilde de potentiële vijand niet wijzer maken dan hij toch al was. Op alle relevante documenten rustte het stempel vertrouwelijk of geheim. In geen geval kregen de Kamerleden oorlogs-

¹⁰¹⁸ HTK, Brief van staatssecretaris van Defensie – Bouwbeleid, Beddenreductie en Budgettering nr. 3, 21 maart 1984.

¹⁰¹⁹ HEK 1983-1984, Aanhangsel van de Handelingen, nummer 40. Vragen van mevrouw Tiesinga-Autsema (D'66) inzake verbouwing van het militair hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht (Ingezonden op 1 juni 1984).

¹⁰²⁰ HTK 1987-1988 (20238) Krijgsmachthospitaalfunctie Nr. 5, verslag van een mondeling overleg, Vastgesteld 30 december 1987.

plannen onder ogen, en ook de verliesverwachtingen bleven achter slot en grendel. Deze geslotenheid maakte de controlerende functie van de Tweede Kamer aanzienlijk moeilijker.

Daarnaast moet worden vastgesteld dat de meeste Kamerleden überhaupt niet 'thuis' waren binnen het domein van defensieaangelegenheden. Alleen de Vaste Kamercommissie voor Defensie hield zich hiermee bezig, en onder hen bevonden zich vrijwel geen deskundigen inzake de militair-geneeskundige materie. De commissie, waarin de verschillende Kamerfracties waren vertegenwoordigd, controleerde de beleidsplannen van het ministerie van Oorlog/Defensie op hoofdlijnen. Wanneer de materie een zeer technisch gehalte had, kon expertise van buiten worden gevraagd. Maar hoe dan ook gingen de debatten meestal over de financiële aspecten van de aanschaf van militair materieel, of zaken aangaande defensiepersoneel. Voor wat betreft de militaire geneeskunde kwamen de artsentekorten en de (economische aspecten) van de hospitalen meermaals aan bod, omdat die betrekking hadden op de plichten van de staat ten opzichte van de dienstplichtige burger.

Alle fractievertegenwoordigers binnen de Vaste Kamercommissie onderschreven namelijk de doelstelling van dat veiligheidsbeleid: het voorkomen van oorlog. Met uitzondering van linkse, pacifistisch georiënteerde partijen, die voorstander waren van ontwapening, aanvaardde een politieke meerderheid op hoofdlijnen dat de doelstelling kon worden bereikt door middel van afschrikking. Een sterke en parate krijgsmacht was volgens velen de beste garantie op vrede. Dat kernwapens een essentieel onderdeel van de afschrikingsstrategie vormden, werd geaccepteerd als noodzakelijk kwaad.¹⁰²¹ Daarentegen werden de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen *niet* direct met afschrikking geassocieerd. In de vergaderingen van de Tweede Kamer werd dat verband in elk geval niet gelegd.¹⁰²² Enkel deskundigen stelden in vaktijdschriften dat inadequate oorlogsvoorbereidingen ten koste gingen van de geloofwaardigheid van de krijgsmacht, maar die boodschap ging er maar moeilijk in. Op de keper beschouwd was de verzorging van gewonden immers alleen aan de orde als de afschrikking had gefaald. Waarom was het nodig om rekening te houden met de desastreuze gevolgen van een scenario dat moest worden voorkomen? Zo moeten velen hebben geredeneerd. Bovendien zou de openlijke erkenning van de inadequate geneeskundige oorlogsvoorbereidingen alleen maar de geloofwaardigheid van het veiligheidsbeleid aantasten. Wat dat betreft zou men de kritiek op de gebrekkige militair-geneeskundige voorbereiding

¹⁰²¹ Het waren vooral de linkse partijen (onder meer CPN, PSP, en later ook de PvdA) die de afschrikking met kernwapens veroordeelden. Niettemin toen gaf kleine Kamermeerderheid begin 1985, goedkeuring gaf voor de plaatsing van nucleaire kruisvluchtwapens.

¹⁰²² De vergelijking met de civiele verdediging dringt zich hier op. Ook daarvan werd de afschrikwekkende waarde vaak miskend. Zelfs de regering liet in de Nationale Militaire Veronderstelling van 1970 in een voetnoot optekenen dat de afschrikingswaarde van de civiele verdediging een "bijkomstige factor" was. Bart van der Boom, *Atoomgevaar?* 269.

nog het meest van de CPN of PSP verwachten, partijen die pleitten voor een radicale verandering van het veiligheidsbeleid. In de politieke arena gaven zij echter de voorkeur aan onder meer sociaaleconomische argumenten om hun anti-militaire standpunten kracht bij te zetten.

Een bijkomende verklaring voor de geringe aandacht voor de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen, is dat het onderwerp niet als urgent werd ervaren. Op geen enkel moment in de Koude Oorlog waren er concrete aanwijzingen dat een vijandelijke aanval op handen was. Het incasseren van verliezen was daardoor tamelijk abstract en ver weg. Over het algemeen werd de kans op een rechtstreekse aanval van het Warschaupact klein ingeschat, grotendeels dankzij het vertrouwen in de afschrikkingsstrategie.¹⁰²³ Er zijn periodes aan te wijzen waarin de oorlogsangst in zekere mate toenam, zoals tijdens de Koreaoorlog, de Cubacrisis en tijdens de opgelopen spanningen tussen de supermachten begin jaren tachtig. In die periodes intensiverde de politieke discussie over het defensiebeleid, maar de logica van de afschrikking veranderde er niet wezenlijk door. De polemoloog prof. Röling, die in 1977 op uitnodiging van de Vaste Kamercommissie over het neutronenwapen sprak, vond het “absurd rekening te houden met een agressie van Rusland. Het is dit 'worstcase-denken' (...) waarbij men veronderstelt dat de Russen een verrassingsaanval zullen beginnen en daarbij mede veronderstelt dat de bondgenoten in die situatie betrouwbaar zullen zijn. Dit zijn ze niet: immers zij zouden eraan gaan.”¹⁰²⁴

Een falende afschrikking was in zekere zin ondenkbaar en onbespreekbaar. Velen vreesden dat een hete oorlog tussen Oost en West onherroepelijk zou escaleren in een nucleair conflict.¹⁰²⁵ Dit doemscenario ging de eigen ervaring en het voorstellingsvermogen te buiten. De bevolking en haar politieke vertegenwoordigers dachten er liever niet te veel over na. In oktober 1961 constateerde de eerdergenoemde chirurg Grond: “Er zijn teveel mensen, die niet over een atoomoorlog willen spreken en denken, omdat zij er bang voor zijn”.¹⁰²⁶ Een atoomoorlog was moreel verwerpelijk en kon nergens toe leiden – er zouden alleen maar verliezers zijn. Dit is dan ook een belangrijke reden waarom overheids-campagnes om de bevolking op een nuchtere manier te overtuigen van het nut van beschermingsmogelijkheden weinig succes oogstten.¹⁰²⁷

De gedachte van een beperkte of beheersbare oorlog vond alleen aanhang in militaire kringen en bleef niet verschoond van kritiek. Tijdens de bovengenoemde hoorzitting over de neutronenwapen wond Röling er geen doekjes om: “Als men zich gaat verdiepen in fantasieën over wat er zal gebeuren als hier in Europa een nucleaire oorlog uitbreekt, stuit men op illusies dat zo'n oorlog zal kunnen worden

¹⁰²³ Van der Boom, 'Oorlogsangst', 7-34.

¹⁰²⁴ HTK 1977-1978. 14847 ERRB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 pagina 50.

¹⁰²⁵ Ibidem, 19.

¹⁰²⁶ 'Voorlichtingsactie over a-bescherming', *de Telegraaf* 27 oktober 1961.

¹⁰²⁷ Van der Boom, *Atoomgevaar?* passim.

beperkt.”¹⁰²⁸ Ook Dr. P. Boskma, verbonden aan het Centrum voor vraagstukken van wetenschap en samenleving van de Technische Hogeschool Twente, sprak heldere taal: “West-Europa is het slechtst mogelijke slagveld in die zin, dat het een gebied is met een zeer hoge bevolkingsdichtheid en dat daar het vechten met wapens van deze grootte-orde [kernwapens] uitermate verwoestend is.”¹⁰²⁹ Prof. F.A.M. Alting von Geusau, directeur van het John F. Kennedy Institute te Tilburg, beaamde dat “wanneer het eenmaal tot een werkelijk grootscheepse gevechtssituatie in Europa is gekomen, dan überhaupt elke voorspelling over rationeel handelen van de partijen volmaakt zinloos is.”¹⁰³⁰ Deze uitspraken ondermijnden de logica achter de oorlogsvoorbereidingen van de MGD en de KL als geheel: in een oorlogssituatie zou men de vijand zo lang mogelijk met conventionele (rationele) middelen proberen tegen te houden.

Het idee dat elke oorlog zou ontaarden in een onbeheersbare en allesverwoestende nucleaire oorlog, versterkte de gedachte dat burgers geen zinvolle bijdrage meer konden leveren aan de landsverdediging. In algemene zin leek de Nederlandse burger steeds minder bereid om offers te brengen voor ‘het vaderland’. Dit kwam voort uit: 1.) de opmars van de technologie, waardoor grof mechanisch geweld via de media in de woonkamer kon worden aanschouwd, 2.) het relatief minder belangrijk worden van de natiestaat en 3.) het proces van individualisering.¹⁰³¹ Deze tendens werd weerspiegeld in het defensiebeleid in de jaren zeventig, toen het begrip ‘damage limitation’ in zwang raakte: het sparen van de eigen bevolking en het voorkomen van het maken van onbedoelde slachtoffers - wat op zich ook vreemd is, omdat de hele afschrikking bedoeld was om de oorlog buiten de deur te houden.¹⁰³² Het is dan ook aannemelijk dat de maatschappij het risico op grote aantallen doden en gewonden steeds minder kon of wilde aanvaarden (ook al vormde de bereidheid dat risico juist wel te willen lopen een belangrijk element van de strategie van afschrikking). Volgens een rapport uit de jaren zestig was er zelfs sprake van “een vrij algemene apathie van het volk jegens het wel en wee van de krijgsmacht”.¹⁰³³

Geredeneerd vanuit de gedachte dat de enige taak van de krijgsmacht was gelegen in het voorkomen van oorlog, leek het onzinnig om de militair-geneeskundige zorg voor oorlogsslachtoffers te verbeteren. Het onderscheid tussen militaire en civiele zorg was immers irrelevant in het doemscenario waarin heel Europa tegen de vlakte ging. Leden van de Eerste Kamer bestempelden in 1966 het

¹⁰²⁸ HTK 1977-1978. 14847 ERB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 pagina 40.

¹⁰²⁹ Ibidem, 67.

¹⁰³⁰ Ibidem, 40.

¹⁰³¹ Meerten B. ter Borg, ‘De secularisatie van de zelfopoffering’ in: M.B. ter Borg et al, *Offerbereidheid. Tot hoever reikt de inzet van de militair?* (Den Haag 1997) 9.

¹⁰³² HTK 1977-1978. 14847 ERB-Wapen, Nr. 4. Herdruk verslag van een hoorzitting Vastgesteld 22 december 1977 p. 46.

¹⁰³³ Hoffenaar en Schoenmaker, *Met de blik*, 201.

idee dat de krijgsmacht in oorlogstijd over eigen hospitalen diende te beschikken als achterhaald.¹⁰³⁴ Dat een kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van de militaire zorgverlening ten goede kwam aan de geloofwaardigheid van de afschrikking werd zoals gezegd maar zelden benadrukt, en dan alleen door ingewijden. Het nationale veiligheidsbeleid, dat was gericht op het voorkomen van oorlog door het afschrikken van de vijand in bondgenootschappelijk verband, en waarin geneeskundige voorbereidingen bepaald geen hoofdrol speelden, liet in elk geval weinig ruimte voor het praten over het ondenkbare scenario. Het ‘nucleaire taboe’, dat in de literatuur vooral betrekking heeft op de politieke consensus die de inzet van kernwapens veroordeelt,¹⁰³⁵ heeft dus ook betrekking op het zwijgen over het incasseren van verliezen.

Met het ontdooien van de Koude Oorlog nam de urgentie van de oorlogsvoorbereidingen verder af. Michael Gorbatsjov, die in 1985 was aangetreden als de nieuwe leider van de Sovjet-Unie, leek bereid om samen met de westerse leiders een einde te maken aan de nucleaire wapenwedloop. Eind 1987 sloot hij met de Amerikaanse president Reagan een verdrag waarmee een hele categorie kernwapens van de middellange afstand werd afgeschaft. De angst voor een nieuwe kernoorlog, die sinds het einde van de jaren zeventig sterk was aangewakkerd, zwakte daardoor sterk af. In de navolgende jaren leek het gevaar van een directe confrontatie tussen Oost en West steeds kleiner.

Conclusie

Tijdens de Koude Oorlog bewees de MGD zich als onmisbaar. De dienst waakte ruim veertig jaar onafgebroken over de gezondheid van vele duizenden militairen, die het kostbaarste element van de krijgsmacht vormden. Mede dankzij keuringen, vaccinaties, hygiënische inspecties, en medische zorg en verpleging, slaagde de missie van de MGD - het in stand houden en waar mogelijk bevorderen van de mankracht en inzetbaarheid van de KL. Toch was er ook een schaduwzijde, zo heeft dit hoofdstuk laten zien. Het takenpakket van de MGD was complex en vergde een omvangrijke organisatie. Nauwelijks kon er worden voorzien in het benodigde personeel voor de opleidingscentra, sanatoria, herstellingsoorden, hospitalen en ziekenzalen. Alleen dankzij dienstplichtige artsen hield de dienst het hoofd enigszins boven water. Belangrijke taken die verband hielden met de oorlogsvoorbereiding kwamen echter in het gedrang.

De IGDKL bracht het personeelstekort en de consequenties daarvan meermaals onder de aandacht van de legertop en de politieke leiding, en wees

¹⁰³⁴ HEK 1965—1966, Voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs voor het ontwerp van wet tot vaststelling van hoofdstuk X (Departement van Defensie) der rijksbegroting voor het dienstjaar 1966 (8300), Nr. 91, pagina 5.

¹⁰³⁵ Nina Tannenwald, *The Nuclear Taboo. The United States and the Non-Use of Nuclear Weapons Since 1945* (Cambridge 2009).

daarbij op het belang van goede militair-geneeskundige zorg. De politieke en militaire leiding gaven echter geen hoge prioriteit aan dit probleem. Grote investeringen bleven uit, zodat ook de werving van extra beroepsartsen weinig succes oogstte. In de jaren zestig ging de politieke leiding zelfs over tot drastische bezuinigingen en reorganisaties. Verschillende geneeskundige inrichtingen sloten hun deuren. Speerpunt van het nieuwe beleid was een betere samenwerking met burgerinstanties en de geneeskundige diensten van de marine en luchtmacht. Een welkome kostenbesparing was het gevolg, maar door de reorganisaties werden de oorlogstaken van de MGD op de hogere echelons steeds meer bij burgerinstanties neergelegd. De zorg in vredetijd bleef gewaarborgd, maar de oorlogsvoorbereidingen raakten verder op de achtergrond. Ook vreesde de IGDKL voor het verschromelen en het verdwijnen van de eigenheid van zijn organisatie, maar hij kon deze ontwikkelingen niet tegenhouden.

Het parlement verwelkomde het doelmatigheidsbeleid ten aanzien van de militaire gezondheidszorg. Volksvertegenwoordigers vonden het vooral belangrijk dat de troepen konden rekenen op goede en betaalbare dagelijkse gezondheidszorg, voortvloeiend uit het idee dat staatsburgers in militaire dienst recht hadden op een zo veilig en gezond mogelijke werkomgeving. Ook de werkomstandigheden en arbeidscontracten voor legerartsen kregen politieke aandacht. Hierbij zij aangetekend dat de belangstelling van het Ministerie van Defensie voor deze kwesties mede voortkwam uit het artsentekort. De politieke leiding hoopte met de verbetering van de arbeidsomstandigheden de artsenwerving een impuls te geven.

Volksvertegenwoordigers hadden nauwelijks oog voor de organisatiebelangen van de MGD. De militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen kwamen niet ter sprake en werden ook niet in verband gebracht met het tekort aan militaire artsen. Daarvoor zijn verschillende redenen te noemen. Ten eerste was de regering (in verband met de NAVO-geheimhoudingsplicht) weinig mededeelzaam op dat gebied en waren Kamerleden over het algemeen niet ingewijd in deze materie. Ten tweede leken de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen voor politici weinig relevant en weinig urgent. Het voorkomen van oorlog door afschrikking was immers het hoogste doel. Het was in ieders belang dat de MGD *geen* oorlogstaken hoefde te verrichten. Elke organisatie zou in een onverhoopt oorlogsscenario immers tekortschieten. Bovendien was het onderscheid tussen civiele en militaire gewonden in zo'n conflict volstrekt irrelevant. Ofschoon het gebruik van kernwapens als legitiem afschrikmiddel veel morele vragen opwierp, bleef een meerderheid van de Kamerleden geloven dat de afschrikingsstrategie werkte; de kans op een hete oorlog werd mede daardoor over het algemeen tussen Oost en West klein geschat. De breed gedragen visie, waarin de vrede afhankelijk was van gewapende afschrikking, vormde daarmee een *sociotechnical imaginary* ten voeten uit. Dit beeld was zo bestendig dat een alternatieve toekomstvisie nooit de overhand kreeg.

Nooit legden Kamerleden een direct verband tussen de militair-geneeskundige capaciteiten en de geloofwaardigheid van de afschrikingsstrategie.

De MGD leek daarin zelfs helemaal geen rol te spelen, de geloofwaardigheid van de krijgsmacht scheen te berusten op andere steunpilaren. Het feit dat er geen militaire verdediging plaats kon vinden zonder adequate geneeskundige ondersteuning, deed er niet toe. De stilzwijgende consensus was dat de dienst voldoende voor zijn taak was uitgerust, wat die taak ook mocht inhouden. De legerleiding bevestigde enkel dat er aan de minimale vereisten werd voldaan, ook al bleven die eisen zelf aan het publieke oog onttrokken. Deskundigen voelden niet de noodzaak om het publiek te alarmeren met onheilspellende vooruitzichten van de geneeskundige toestanden in een eventuele oorlog. Binnen de MGD, die vele voorstanders van de preventieve geneeskunde telde, werd het veiligheidsbeleid omarmd als een medisch cliché: voorkomen is oneindig beter dan met de moed der wanhoop proberen te genezen.