



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).

## Slotbeschouwing

“Geen verantwoordelijk leider van een Krijgsmacht zal heden ten dage ontkennen dat de geneeskundige dienst een onmisbaar onderdeel van de organisatie is. Meer en meer wordt de opvatting gehuldigd dat de geneeskundige dienst de daadwerkelijk ondersteunende dienst is en niet slechts een reparatie-organisatie van menselijk materieel.”<sup>1036</sup> Met die woorden onderstreepte de commodore-vliegerarts Edz. de Vries in 1967 ten overstaan van collega-officieren het belang van zijn vak. Met het optimaliseren van de militaire gezondheidszorg werd bijgedragen aan de inzetbaarheid en de gevechtskracht. Deze positieve bijdrage stond in schril contrast met de voorbereiding op een oorlog, waarbij de MGD een grote stroom gewonden met gecompliceerd letsel zou moeten ‘oplappen’. Dat scenario kwam in zijn redevoering niet aan de orde.

Bovenstaand citaat is in zekere zin typerend. Militair-geneeskundigen staarden zich tijdens de Koude Oorlog niet blind op het sinistere vooruitzicht van een massale oorlog tussen Oost en West. Het merendeel van hen stond met beide benen op de grond. Zij werden vrijwel volledig in beslag genomen door de dagelijkse routine: het waken over de gezondheidstoestand en het algemene welzijn van het militaire personeel, waarmee de inzetbaarheid van de krijgsmacht bleef gewaarborgd. Dit werk, dat betrekking had op de curatieve en preventieve geneeskunde, bracht velen ook de grootste professionele voldoening. Over het algemeen kon dat niet worden gezegd van de oorlogsvoorbereidingen. De maatregelen die ervoor moesten zorgen dat massale aantallen oorlogsgewonden konden worden afgevoerd en behandeld waren een abstract vraagstuk en leken ook weinig urgent. Voor dienstplichtige officieren-artsen waren de lessen traumatologie en logistiek te velde niet meer dan verplichte kost; het waren onderwerpen die over het algemeen ver van hun belangstelling stonden. Kritische dienstplichtige artsen trokken in de jaren zeventig het nut van zulke onderwerpen sterk in twijfel. De lagere rangen binnen de MGD kregen uiteraard een militaire opleiding en namen deel aan oefeningen, maar kregen verder weinig mee van de oorlogsvoorbereidingen. Voor hen stond het kazerneleven op de voorgrond. Uit het bronnenmateriaal dat ons ter beschikking staat, blijkt die preoccupatie met de vredestaken heel duidelijk. Daardoor ging ook deze studie naar de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen met onbedoelde ironie ook vaak over de beslommingen van de vredesdienst en raakte de dreiging van een kernoorlog soms wat op de achtergrond.

De afschrikkingspolitiek, de oorlogsvoorbereidingen, en de gepercipieerde dreiging van kernwapens hielden het merendeel van het militair-geneeskundig personeel minder bezig dan we op basis van de internationale relevantie van kern-

---

<sup>1036</sup> De Vries, ‘Het geneeskundig beleid’, 31.

wapens zouden veronderstellen. Maar terwijl velen de schouders hierover ophaalden, lieten enkelen zich uit hoofde van hun functie juist intensief met deze materie in. Achter de schermen waren staffunctionarissen van met name de IGDKL en het legerkorps verwickeld in de geneeskundige planning van en voorbereiding op de volgende oorlog. Zij waren niet te benijden. Deze selecte groep beroepsofficieren werd begin jaren vijftig geconfronteerd met de verliesverwachtingen die de NAVO had opgesteld. In een toekomstige oorlog met de Sovjet-Unie zou het aantal gewonden waarschijnlijk veel hoger liggen dan tijdens de meidagen van 1940 en de Dekolonisatieoorlog samen, zeker als daarbij kernwapens werden ingezet. Een enkel kernwapen kon een complete ingegraven infanteriedivisie decimeren. De onderzoeksvraag van dit proefschrift, hoe de MGD omging met dit dreigingsbeeld, wordt hieronder systematisch beantwoord. Vervolgens komt aan bod welke nieuwe inzichten dit proefschrift heeft opgeleverd.

### **De MGD in de schaduw van de bom**

Officieren van de MGD behoorden tot de eerste Nederlandse militairen die belangstelling toonden voor de afschuwelijke effecten van kernwapens op de mens en zijn omgeving. Zij begrepen dat een atoomexplosie een medische ramp veroorzaakte: voor talloze atoomslachtoffers met gecompliceerd letsel waren weinig behandel mogelijkheden. Over stralingsziekte was begin jaren vijftig nog veel onbekend. Met een zekere mate van optimisme begon een handvol officieren-arts en wetenschappers met het spuurwerk naar een effectieve therapie, maar zij oogstten uiteindelijk weinig succes. De door ioniserende straling toegebrachte schade aan het menselijk weefsel was niet meer ongedaan te maken. Daarbij groeide in de loop van de jaren vijftig het inzicht in de dodelijke gevaren van fall-out. En ook de massale afvoer van verbrande en bestraalde patiënten stelde de betrokkenen voor een grote logistieke uitdaging. Voor het eerst in de geschiedenis bestond er een wapen waartegen geen effectieve bescherming mogelijk was, terwijl de kans op genezing van ernstig stralingsletsel nihil was. Vooruitzichten dat er een werkzame therapie zou komen waren er niet.

Door de analytische lens van de *sociotechnical imaginaries* is goed te zien dat de militaire autoriteiten die belast waren met de oorlogsvoorbereidingen de percepties van het nucleaire gevaar probeerden te beperken en te beheersen.<sup>1037</sup> Herhaaldelijk, doch vooral in de jaren vijftig, hamerden zij erop dat het nemen van de juiste maatregelen veel slachtoffers kon voorkomen. Binnen de KL kregen troepenspreiding en camouflage prioriteit, want als eenheden geen lonend doelwit vormden, dan nam de kans op een kernwapenaanval af. Daarnaast kregen individuele beschermingsmaatregelen de volle aandacht. Ingegraven troepen konden een atoomexplosie op een zekere afstand overleven, zo viel keer op keer te

---

<sup>1037</sup> Om de definitie van *sociotechnical imaginaries* in herinnering te roepen: collectief wensdenken dat gegrond is in een institutioneel en maatschappelijk vertrouwen in de wetenschappelijke en technologische vooruitgang.

lezen in voorschriften, handboeken en ander instructiemateriaal. De effecten van een atoomexplosie werden overzichtelijk gepresenteerd, met als doel militairen ervan te overtuigen dat 'de bom' niet het einde van alles en iedereen hoefde te betekenen. Opmerkelijk is dat de schadelijke gevolgen hier en daar werden gebagatelliseerd. Soms was dat opzettelijk en soms ook uit onwetendheid, maar het psychologisch doel van de voorlichting was er in elk geval mee gediend: het zakelijke karakter ervan moest een houding van onmacht, fatalisme en nihilisme voorkomen. Tegelijk geloofden de instructeurs dat de voorlichting werkelijk van pas kwam bij een onverhoopte kernaanval. Ingegraven militairen waren inderdaad beter beschermd tegen een atoomexplosie, zo lieten Amerikaanse proeven zien. Bovendien waren mentaal goed voorbereide militairen minder geneigd om in paniek op de vlucht te slaan.

Naast de algemene adviezen bestonden er instructies specifiek voor de MGD. Na een kernaanval moest de hulpverlening in de periferie van het rampgebied doorgaan. Daarbij lag de nadruk op een snelle verzameling, triage en evacuatie van gewonden. De details ervan werden rationeel en zonder emotionele betrokkenheid besproken in de vakliteratuur. Daarbij legden militair-geneeskundigen een opvallende oplossingsgerichtheid aan de dag: geen medisch of logistiek probleem leek in de jaren vijftig onoverkomelijk. De werkelijkheid was echter weerbarstiger. De moeilijkste kwesties liet men welbewust onbenoemd, vooral het trieste feit dat er voor veel patiënten weinig kon worden gedaan. Artsen moesten zich niet blindstaren op de problemen, maar zich richten op wat wél mogelijk was. Met het praten over onoplosbare problemen leek arts, patiënt noch krijgsmacht gebaat. Zo kwamen de onoplosbare aspecten van het kernwapenvraagstuk in de taboesfeer terecht. Het was de olifant in de kamer.

Militair-geneeskundigen zouden hun uiterste best doen, meer konden zij niet beloven. Deze *can do*-mentaliteit, die als een rode draad door dit proefschrift loopt, stond echter op gespannen voet met de organisatorische realiteit. Toen de geneeskundige dienst van het legerkorps moest worden afgestemd op het verwerken van *mass casualties*, bleek het verruimen van de medische capaciteit nauwelijks mogelijk. De Generale Staf wilde namelijk niet een al te omvangrijke en logge logistieke component binnen het legerkorps. Dat was contraproductief aangezien het beweeglijk en verspreid optreden erdoor werd ondermijnd, met als gevolg juist een verhoogde kwetsbaarheid voor kernaanvallen. Bovendien was en bleef het aantal ambulances, hospitalen, gewondenverzorgers, verplegend personeel en vooral het aantal artsen nu eenmaal beperkt. De tekorten waren het meest voelbaar in het achterland. Naast een algemeen tekort aan medisch specialisten (waar weinig aan viel te doen) kampte de krijgsmacht ook met een groot tekort aan hospitaalbedden voor gewonde militairen. De inschakeling van burgerziekenhuizen om die tekorten op te vangen, bleek een onbevredigende oplossing omdat diezelfde ziekenhuizen bij lange na niet konden voldoen aan het vereiste aantal bedden voor gewonde burgers.

Zo werd de 'omgekeerde planning' van toepassing: niet het vereiste aantal bedden en artsen in een nucleaire oorlog werd het uitgangspunt (want onhaalbaar), maar de door de legerleiding en politiek ter beschikking gestelde middelen vormden vanaf de jaren zestig het uitgangspunt in de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Alleen zo bleven de oorlogsvoorbereidingen behapbaar en hadden de hulpverleners nog enige kans om hun opdracht met bevredigend resultaat in de praktijk te brengen, althans zo hield men zich voor. Uit de bronnen komt naar voren dat de MGD in 1954 nog rekening hield met de drastische uitbreiding van de militair-geneeskundige capaciteit, zodat er voldoende bedden waren voor gewonde militairen gedurende de eerste *negentig dagen* van een conventionele oorlog. Eind 1954 ging de NAVO uit van medische voorbereidingen voor *zestig dagen*. Maar toen dat ook onhaalbaar bleek, adviseerde SHAPE in 1957 het treffen van medische maatregelen voor de eerste *dertig oorlogsdagen*. Dit uitgangspunt bleef gedurende de Koude Oorlog gehandhaafd, hoewel de verliescijfers nog wel enige malen zijn gepreciseerd. Het naar beneden bijstellen van de streefcijfers inzake de geneeskundige verzorging gebeurde overigens ook in andere landen; ja, zelfs de gehele logistieke planning en bevoorrading van de NAVO bleef gedurende de Koude Oorlog een probleemkind omdat het nooit helemaal kon voldoen aan de gestelde verwachtingen.

Het uitgangspunt was en bleef vanaf het einde van de jaren vijftig een 'limited war', ofwel een oorlog die met conventionele middelen zou worden gevoerd, maar waarbij het beperkte gebruik van kernwapens mogelijk was. Dit scenario werd met opzet vaag omschreven, omdat werd begrepen dat het verloop van een toekomstige oorlog niet viel te voorspellen. Wel werd geredeneerd dat een oorlog in elk geval een conventionele fase zou kennen. Daarbij moest het verspreide en beweeglijke optreden van de NAVO-grondtroepen voorkomen dat de vijand de kans kreeg om zijn kernwapens met verwoestend effect te benutten. In de officiële doctrine werden de gepercipieerde risico's van de Koude Oorlog overzichtelijk gepresenteerd. Door de aandacht te vestigen op die veronderstelde conventionele fase, hoefde men niet te veel denken aan de impact van nucleaire explosies.

De functionarissen belast met de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen waren er echter niet gerust op. Zelfs als men uitging van een conventioneel conflict, was de MGD onvoldoende afgestemd op het verwerken van de ook in zo'n scenario te verwachten grote aantallen slachtoffers. In de jaren zestig en zeventig verschenen er in vakbladen verschillende voorstellen om de grotere afstanden op het slagveld te compenseren door sneller en beter gewondentransport. De aanschaf van nieuw materieel verliep echter maar mondjesmaat. Een andere discussie ging over de vergroting van de chirurgische capaciteit, maar hieraan bleken zwaarwegende logistieke nadelen te kleven, zodat alles bij het oude bleef. Pas in de jaren tachtig wisten de deskundigen overeenstemming te bereiken over een nieuwe organisatiestructuur die enigszins tegemoetkwam aan de moeilijk verenigbare eisen

van het kunnen voeren van een beweeglijk gevecht en het onderhouden van een solide medisch-logistieke keten.

Een andere blijvende bron van zorg was de geoefendheid van het militair-geneeskundig personeel. Eenvoudige zaken zoals EHAF werden weliswaar in voldoende mate herhaald, maar er stonden grote vraagtekens bij de kennis en vaardigheden op het gebied van de oorlogsgeneeskunde van de dienstplichtige officieren-arts (die het merendeel van de functies voor hun rekening namen). Ook maakten commentatoren zich voortdurend zorgen of de geneeskundige taak in groter verband wel voldoende werd geoefend. Vooral het samenspel tussen verschillende geneeskundige eenheden en de afvoer en behandeling van aanzienlijke aantallen gewonden kwamen te weinig aan de orde. Nog minder vaak kwam het oefenen van de taakvoortzetting onder nucleaire omstandigheden aan bod. Dat vereiste namelijk schaarse middelen, tijdrovende planning en de nodige kennis. Bovendien was de inzet van een atoombom met zijn onvoorstelbare vernietigende kracht en fall-out moeilijk te simuleren. De verwerking van een onverwacht grote stroom radioactief 'besmette' gewonden werd hoogst zelden aan een praktijktoets onderworpen. De inzet van chemische strijdmiddelen kon daarentegen wel met enige overtuiging worden uitgebeeld en geoefend. Bij de NBC-verdediging lag de nadruk dan ook al snel op de 'c' van chemische wapens. Dezelfde trend is waarneembaar bij de civiel-militaire (staf-)oefeningen. Vanaf de jaren zeventig bleef een inzet van 'het absolute wapen' dan ook achterwege, zodat oefeningen toch met een bevredigend resultaat konden eindigen.

Vanuit het inzicht dat de scheidslijn tussen burger en militair in oorlogstijd vervaagde, werden de betrekkingen tussen de MGD en de civiele geneeskunde alsmear nauwer. Ook geld speelde daarbij een belangrijke rol. Toen in de loop van de jaren zestig duidelijk werd dat het materieel van de KL aan vernieuwing toe was, beoogde het Ministerie van Defensie financiële armslag te creëren met het terugbrengen van de exploitatiekosten van de krijgsmacht. De MGD in de nationale sector ontkwam niet aan dit bezuinigingsstreven. In lijn met het bredere defensiebeleid stuurde de politieke leiding aan op een betere interservice en civiel-militaire samenwerking. Dat zou leiden tot een compactere, goedkopere en meer met de burgermaatschappij geïntegreerde MGD in de Nationale Sector. De opheffing van gewestelijke hospitalen in de jaren zestig was de eerste stap. Hun taken zouden door mobilisabele hospitalen en burgerziekenhuizen worden overgenomen. Zo werd de krijgsmacht in toenemende mate afhankelijk van bedden in burgerziekenhuizen, die helemaal niet op die oorlogstaak waren berekend. Critici wezen daar meermaals op, vooral omdat er een alsmear groter gat tussen de vredes- en oorlogsorganisatie van de geneeskundige opvang groeide.

Het resultaat was dat in de loop van de jaren zestig en zeventig het accent sterker kwam te liggen op de militaire bedrijfsgeneeskunde, met alle sociaal-medische aspecten die daarbij kwamen kijken. De vredestaken kregen dus prioriteit. De oorlogsvoorbereidingen verdwenen weliswaar nooit helemaal uit beeld, maar

werden met beduidend minder daadkracht doorgevoerd. Het tekort aan chirurgische capaciteit in het legerkorpsvak, dat al eind jaren zestig door deskundigen was aangekaart, werd pas in de jaren tachtig opnieuw bezien. De reorganisatieplannen die hieruit voortkwamen, werden niet voor het einde van de Koude Oorlog voltooid. De invoering van nieuw militair-geneeskundig materieel ging al even traag. Eind jaren tachtig begon de bouw van een modern, centraal gelegen interservice-hospitaal dat moest dienen om de eerste oorlogsgewonden op te vangen. In theorie werd hiermee de zorgkwaliteit verbeterd, maar of dit enkele hospitaal zou volstaan in een grootschalig conventioneel conflict, bleef buiten beschouwing. Alle maatregelen samen hadden ervoor gezorgd dat de organisatie op de lange termijn in stand kon worden gehouden. De kwantiteit van de jaren vijftig had plaatsgemaakt voor kwaliteit, die zich kenmerkte door betaalbare en op vredestand gerichte integrale militair-medische zorg.

Deze ontwikkeling ontmoette weinig verzet. Het merendeel van de legerartsen was dienstplichtig en begaf zich dus maar relatief kort binnen de kazernemuren. Het naar behoren uitvoeren van hun dagelijkse werkzaamheden stond voorop. Met andere woorden: zij hielden zich maar weinig bezig met oorlogsvoorbereidingen, laat staan dat zij de vraag stelden of het militair-geneeskundig apparaat wel voldoende op zijn taak was berekend. Beroepsofficieren van de Geneeskundige dienst en de Geneeskundige troepen wezen wél op de noodzaak om zwakke punten in de oorlogsorganisatie te verbeteren, maar in hun pleidooi voerden technische en logistieke aspecten de boventoon. Meer fundamentele vragen kwamen niet ter sprake. Militair-geneeskundigen lieten zich nagenoeg niet uit over de vraag of zinvolle medische oorlogsvoorbereidingen in schaduw van de kernwapendreiging überhaupt mogelijk waren. De door burgerdeskundigen geponeerde stelling dat Nederland niet eens voldoende was voorbereid op een 'ouderwetse' conventionele oorlog leidde evenmin tot discussie. De kritische artsenwerkgroep van de VVDM, met een ledental van enkele tientallen dienstplichtigen, had wel aandacht voor gewetenskwesaties met betrekking tot de militaire geneeskunde, maar het ging dan vooral over het tegenstrijdige karakter van de militaire geneeskunde zelf (de medische eed versus de officierseed) – nauwelijks over de morele aspecten van de medische voorbereidingen op oorlog.

Dat militair-geneeskundigen deze grote kwesties vermeden, kan worden verklaard door hun beroepsethiek. De taakvoortzetting onder alle omstandigheden gold als uitgangspunt van de MGD. Daarbij was en bleef de eerder gesignaleerde *can do*-mentaliteit de norm voor beroepsofficieren-arts, ook toen de kritiek op de oorlogsvoorbereidingen uit de hoek van de vredesbeweging aanzwol. De plicht gebod: (*always*) *doing the best for the most*. Alternatieve zienswijzen kwamen binnen de kazernemuren niet aan bod omdat de MGD geen verwarring wilde creëren of tegenspraak wilde uitlokken. Niemand voelde de behoefte om het eigen vakgebied te diskwalificeren met de mededeling dat alle oorlogsvoorbereidingen in de schaduw van de bom zinloos waren. Twijfelen aan de opdracht was uit den boze,

want dat deed alleen maar afbreuk aan de afschrikking. Binnen de krijgsmacht was discussie alleen mogelijk zolang het bestaansrecht van de krijgsmacht niet in twijfel werd getrokken, en zolang de paraatheid niet in gevaar kwam. Beroepsofficieren vonden een emotionele beoordeling van de gevaren van de inzet van NBC-middelen – ofwel het uiten van grote bezorgdheid daarover – onprofessioneel. En dat was een ernstige diskwalificatie van een beroepsgroep die zich juist op haar professionaliteit voorstond.

Zelfs het maatschappelijke kernwapendebat in de jaren tachtig bracht hierin geen merkbare verandering. In samenhang met de heropleving van de wapenwedloop lieten medici (met name de leden van de NVMP) toen luider dan voorheen hun stem horen tegen de geneeskundige oorlogsvoorbereidingen. Zij bestempelden die als ongeloofwaardig en zelfs gevaarlijk – juist omdat ze de voorwaarden voor de oorlog in het leven riepen en daarmee de mogelijkheid van het daadwerkelijk voeren van die oorlog bewust openlieten. Desalniettemin bleef het aantal militaire medestanders dat zich openlijk onder vermelding van naam en rang uitsprak klein. Van slechts enkele militair-geneeskundigen is bekend dat zij begin jaren tachtig in uniform demonstreerden tegen kernwapens of zich tot gewetensbezwaarde lieten verklaren omdat zij het stilzwijgen niet konden verdragen.

Het parlement had een blinde vlek voor de oorlogsvoorbereidingen van de MGD. Dat was in de eerste plaats te wijten aan een gebrek aan relevante expertise onder Kamerleden. Daar kwam bij dat de krijgsmacht en de regering zich op dat gebied weinig openhartig toonden. Een strikte geheimhouding inzake de NAVO-planning lag daaraan ten grondslag. Voorzichtig kan ook worden geconcludeerd dat de regering wilde voorkomen dat onheilspellende scenario's zouden leiden tot grote maatschappelijk verontrusting. Het was immers duidelijk dat nieuwsberichten over de NAVO-oefening *Carte Blanche* in 1955 onbedoeld het publieke vertrouwen in de afschrikingsstrategie hadden ondermijnd.<sup>1038</sup> Nu moet hier worden opgemerkt dat de vraag naar het publieke vertrouwen in de landsverdediging de grenzen van dit onderzoek overschrijdt. Wel staat vast dat het Ministerie van Oorlog/Defensie probeerde om maatschappelijk draagvlak te creëren voor een sterke krijgsmacht door steeds de doelstelling van de oorlogspreventie te benadrukken. Dit verklaart waarom het incasseren van slachtoffers niet onder de aandacht werd gebracht. De positieve boodschap van oorlogspreventie (een *desirable future*) viel politiek gezien moeilijk te rijmen met het nemen van medische maatregelen zodat massale verliezen konden worden geïncasseerd.

Ook Kamerleden was het zonneklaar dat oorlog, bovenal een nucleaire oorlog, moest worden voorkomen, zeker toen halverwege de jaren vijftig duidelijk werd dat de effecten van een of meer kernexplosies niet lokaal of regionaal beperkt

---

<sup>1038</sup> Robert T. Davis II, 'Cold War Infamy: NATO Exercise Carte Blanche' in: Beatrice Heuser, Tormod Heier en Guillaume Lasconjarias eds., *Military Exercises: Political Messaging and Strategic Impact* (Rome 2018) 64.



zouden blijven. Rapporten uit de jaren zestig lieten zien dat elke medische organisatie machteloos zou staan na een atoomaanval op een dichtbevolkt gebied. Dat inzicht ondermijnde echter niet het bestaansrecht van de MGD. De voornaamste taak van de dienst was het bijdragen aan de gezondheid van de militaire populatie. Burgers in dienst van de krijgsmacht hadden daarop het volste recht. Voor deze doelstelling stonden de MGD minimaal noodzakelijke geldstromen en middelen ter beschikking. Dat kwam naar voren in de jaarlijkse defensiebegrotingen en -nota's. De debatjes over de MGD in de Staten-Generaal gingen vooral over de vraag of dat geld genoeg was om de dienst draaiende te houden, of dat het budget nog doelmatiger kon worden besteed. De opeenvolgende militaire-geneeskundige inspecteurs wezen op de noodzaak van voldoende personeel omdat anders de oorlogstaak en -voorbereiding in gevaar kwamen, maar dat leidde niet tot een groter budget. Desondanks kon de primaire doelstelling van de MGD in vreedstijd worden behaald. De militaire gezondheidszorg droeg er in belangrijke mate aan bij dat de KL tijdens de Koude Oorlog kon beschikken over fysiek gezond en inzetbaar personeel. In dat opzicht was de MGD van grote waarde voor de Nederlandse Defensie-inspanning, en indirect ook aan de geloofwaardigheid van de afschrikingspolitiek van de NAVO.

### **In breder perspectief**

Met dit proefschrift is er voor het eerst de geschiedenis van de MGD tijdens de Koude Oorlog geboekstaafd. Bezien we de activiteiten van de dienst in het ruimere verband van de oorlogsvoorbereidingen, tussen de oprichting van de NAVO in 1949 en de val van der Berlijnse muur in 1989, dan springt in het oog hoezeer politiek en legerleiding de nadruk legden op de militaire slagkracht – het toebrengen van schade aan de tegenstander – en hoe weinig er werd gesproken over gevechtsverliezen. Die omissie valt ook op in de 'battle history', ofwel geschiedschrijving van de operationele planning van de Koude Oorlog. Het is dan ook goed om de bevindingen van dit onderzoek in een breder perspectief te plaatsen. Punt een: waren de militair-geneeskundige oorlogsvoorbereidingen puur symbolisch? Vanuit politiek oogpunt wel. Het doel van de krijgsmacht was oorlogspreventie door middel van afschrikking. Militair krachtsvertoon moest oorlog buiten de deur houden. Maar daarmee komen we bij punt twee: welke rol speelde eigenlijk de militair-geneeskundige component bij de handhaving van de afschrikingsstrategie van de NAVO?

Bekend is dat die strategie berustte op geloofwaardigheid: het was essentieel dat het Atlantisch bondgenootschap bereid was – en zich ook op overtuigende wijze bereid toonde – daadwerkelijk oorlog te voeren, eventueel met nucleaire wapens.<sup>1039</sup> Het incasseren van gevechtsverliezen maakt echter ook deel

---

<sup>1039</sup> Dit vereiste materieel, strijdmiddelen, plannen, infrastructuur en *last but not least* personeel dat in staat was om zijn taken te volbrengen.

uit van elk strijdplan. De verdediging kon niet functioneren zonder effectieve gewondenzorg. Dit werd ook tijdens de Koude Oorlog door militair-geneeskundigen benadrukt. De legercommandanten waren zich hiervan in principe bewust – of zij zouden dat moeten zijn. Desalniettemin waren de militaire geneeskundige voorbereidingen niet goed afgestemd op de operationele realiteit, zoals uit dit proefschrift naar voren is gekomen. Al vroeg in de jaren vijftig kwam de krijgsmacht artsen, bedden en geneeskundig materieel tekort, zelfs volgens de meest conservatieve schattingen, waardoor een groot beroep moest worden gedaan op burgerziekenhuizen. Dankzij de noodbeddenplannen kon de MGD uiteindelijk eind jaren zestig beschikken over voldoende bedden voor de krijgsmacht voor een periode van dertig dagen, in een oorlogsscenario met beperkt gebruik van atoomwapens. Daarmee was een belangrijk politiek doel gehaald: Nederland voldeed op papier aan de NAVO-adviezen en toonde zich op die manier een trouwe bondgenoot.

De MGD was echter geen uithangbord van geloofwaardigheid. Binnen de militair-geneeskundige staven was er in elk geval weinig reden voor optimisme. Personeelstekorten speelden de organisatie parten. Bovendien was de intensiteit van het conventionele gevecht sterk gestegen, zodat de verliesverwachtingen eigenlijk omhoog moesten, maar door gebrek aan nauwkeurige gegevens werd die aanpassing telkens uitgesteld. Ook de verliesverwachtingen ten gevolge van atoomwapens waren aan de lage kant. Die hielden in elk geval geen rekening met een nucleaire voltreffer die bijvoorbeeld een hele divisie kon wegvagen. De spreekwoordelijke kop werd in het zand gestoken. Daarbij moet worden gezegd dat er weinig alternatieven waren. Complexiteit van de materie, institutionele traagheid en teruglopende budgetten zorgden ervoor dat pas eind jaren tachtig enkele verbeteringen werden doorgevoerd. Intussen kreeg de verhoging van de gevechtswaarde van het legerkorps voorrang. Hiervan ging een grotere afschrikwekkende werking uit. Door de investeringen in geneeskundige oorlogsvoorbereidingen een lagere prioriteit te geven, nam de regering een welbewust risico, maar tevens kan worden geconcludeerd dat het geloof in de afschrikking (ook zonder adequate MGD) groot was.<sup>1040</sup>

Met het oog op deze bevindingen is het verleidelijk om te spreken over een structurele onderwaardering van de MGD. Vanaf de jaren zestig lag het accent steeds op meer doelmatigheid, integratie, samenwerking. Bezuinigingen hadden in de jaren zeventig de overhand. Daarbij zijn echter wel een aantal kritische kanttekeningen op zijn plaats. Met uitzondering van enkele tragische incidenten, voldeed de gezondheidszorg voor dienstplichtigen aan de groeiende maatschappelijke verwachtingen.<sup>1041</sup> Daarnaast moet worden vastgesteld dat een zuinige indeling van geneeskundig personeel noodzakelijk is, aangezien de medische capaciteit van een

---

<sup>1040</sup> Deze conclusie valt ook te rijmen met de uitspraak van de staatsecretaris van Defensie dat er door de reorganisaties noodgedwongen gaten in de verdediging zouden vallen. Zie: Hoffenaar, "De baby is er!" 37-58.

<sup>1041</sup> Haneveld en Van der Peet, *Van stiefkind*.

land per definitie beperkt is. De MGD voldeed op papier aan de NAVO-richtlijnen en misschien viel er ook niet meer te verwachten. Gezien het blijvende tekort aan beroepsofficieren-arts kon de dienst niet verder uitbreiden. Over de grens was dat niet anders.<sup>1042</sup> Afgezien daarvan was het simpelweg onmogelijk om voorbereidingen te treffen op alle mogelijke rampspoed. Elke organisatie schoot in een nucleair scenario tekort. Zelfs het Amerikaanse leger, dat in de jaren vijftig de 'luxe' kende om te oefenen in het stof van werkelijke atoomexplosies, moest erkennen dat de toenmalige organisatie, verbindingen en mobiliteit ongeschikt waren voor het optreden onder atomaire omstandigheden.<sup>1043</sup> Het uitrusten van complete divisies met helikopters werd daar aangedragen als oplossing, maar de Nederlandse krijgsmacht stonden zulke dure middelen niet ter beschikking.

Voor een goed begrip van de militaire geneeskunde tijdens de Koude Oorlog moeten we niet alleen de invloed van de oorlogsdreiging, maar ook het uitblijven van oorlog in ogenschouw nemen. Historici hebben al eerder geconstateerd dat de krijgsmacht geleidelijk, en in algemene zin, meer ging lijken op een civiel bedrijf.<sup>1044</sup> Medio 1970 was deze ontwikkeling ook zichtbaar in het beleid van de MGD. Dat valt vooral op in de gebruikte terminologie. Niet langer 'het handhaven van de militaire inzetbaarheid en het voorbereiden op de oorlogsgeneeskunde' voerde de boventoon, maar de 'integrale gezondheidszorg en ook de sociaal-medische aspecten ervan'.<sup>1045</sup> Hieruit mag echter niet te snel worden geconcludeerd dat het werk van de officier-arts geen verschillen meer vertoonde met dat van de burgerarts. Ondanks de vermaatschappelijking van de krijgsmacht bleef de eerste deel uitmaken van het militaire stelsel van normen en waarden. Ook bleven de hiërarchische verhoudingen bestaan. Veel dienstplichtigen gaven (formeel) leiding aan een geneeskundig onderdeel. Ook hun dagelijks werk had een bijzonder karakter: zorgdragen voor een jonge en over het algemeen gezonde militaire patiëntenpopulatie. De officier-arts kreeg te maken met dienstplichtigen die door middel van oefeningen en marsen werden gedwongen tot de grenzen van hun fysieke en mentale uithoudingsvermogen te gaan, soms resulterend in situaties die artsen de wenkbrauwen deden fronsen.<sup>1046</sup> Het onderwerp 'geneeskundige dienst te velde' verdween niet uit lesstof en ook de oorlogsgeneeskunde bleef een vast

---

<sup>1042</sup> Fitzpatrick, 'The Trouble with Peace', 129-145.

<sup>1043</sup> Linn, *Elvis's Army*, 229.

<sup>1044</sup> B. Schoenmaker, *Vredesoperaties en de terugkeer van de oorlog. Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar militaire geschiedenis aan de Universiteit Leiden* (Leiden 2012) 5; Boot, *Het leger*.

<sup>1045</sup> HTK 1970-1971, 37<sup>e</sup> verg., 22 december 1970, p. 2056.

<sup>1046</sup> Kamerlid De Vries (PvdA) stelde in 1980 enkele vragen aan de Minister van Defensie over oefening *Pantserstorm*, die volgens het vvdm leidde tot blijvende lichamelijke of mentale klachten onder sommige dienstplichtigen. Hem was ter ore gekomen dat artsen bepaalde situaties tijdens de oefening als medisch onaanvaardbaar hadden gekwalificeerd. De minister wierp deze suggesties van de hand. Zie: HTK 1980-1981, Aanhangsel nummer 492, p. 989.

onderdeel van het curriculum, ook al kreeg dit onderdeel volgens critici te weinig aandacht.

Zo moet worden vastgesteld dat de officier-arts niet simpelweg een legergroene huisarts was. Hij was en bleef onderdeel van de militaire confrontatie van de Koude Oorlog. Met de gezondheidszorg werd een militair belang gediend. De handhaving van hygiëne, de gezondheid, de belastbaarheid van militairen in vreedstijd droeg uiteindelijk bij aan de gevechtskracht van de KL in oorlogstijd. Net als ten tijde van de grote mobilisaties waren beroepsofficieren-arts hiervan doordrongen.<sup>1047</sup> Dienstplichtige artsen waren zich echter veel minder bewust van de militaire doelstelling van hun werk. Zij hadden jarenlang medicijnen gestudeerd en voelden zich in de eerste plaats arts, die tijdelijk noodgedwongen zijn werk in uniform verrichtte. Zij probeerden er het beste van te maken. Het geestelijke en lichamelijke welzijn van de troepen stond in hun ogen op de eerste plaats.

De kennis van de oorlogsgeneeskunde van dienstplichtige-artsen was in geen geval hoogstaand. De nadruk op de vreedstaken en de relatief korte militaire opleiding van reserveofficieren-arts waren hier debet aan. Vele dienstplichtige artsen kenden alleen de theorie van Eerste Hulp aan het Front, áls ze die al kenden. Door de aanhoudende personeelskrapte was het moeilijk om meer tijd in te ruimen voor onderwijs. Bovendien ontbrak het de meesten aan praktijkervaring. Zij waren hooguit bekend met de behandeling van gewonden als gevolg van verkeersongelukken of ongevallen met wapens. Slechts een handvol militair-geneeskundigen hadden tijdens de Tweede Wereldoorlog, Indonesië, Korea, Nieuw-Guinea praktijkervaring opgedaan met het behandelen van gevechtsverwondingen. Het aantal veteranen nam echter af, met als gevolg dat in de loop van de Koude Oorlog steeds meer militair-geneeskundige praktijkkennis uit de organisatie verdween.<sup>1048</sup>

In een oorlogssituatie zou het dus aankomen op improvisatie. Zo vertoont de MGD tijdens de Koude Oorlog een duidelijke continuïteit met de Nederlandse militaire geneeskunde in voorgaande decennia.<sup>1049</sup> Nooit ging de MGD ten strijde met een voltallig en hoogwaardig uitgerust korps frontchirurgen. De geneeskundige diensten van andere legers evenmin. In beide wereldoorlogen, en nog ruime tijd daarna rekenden die op dienstplichtige artsen die zich het vak van de oorlogsgeneeskunde in de bloedige praktijk eigen moeten maken. De Duitse arts Hans Kilian, die tijdens de Tweede Wereldoorlog in dienst van de *Wehrmacht* aan het oostfront was gestationeerd, beschrijft in zijn memoires de medische blunders die

---

<sup>1047</sup> Van Bergen, *Pro Patria*, 307. De auteur stelt dat de geüniformeerde arts, met name de hogere echelons van de MGD, allereerst een officier was en daarna medicus.

<sup>1048</sup> Dit verlies van kennis van de oorlogsgeneeskunde in vreedstijd staat in de literatuur bekend als de Walker Dip en is een relevant thema binnen het militair-geneeskundige vakgebied. Zie: A.J. Walker, 'The "Walker dip"', *Journal of the Royal Navy Medical Service* 104:3 (2018) 173–176.

<sup>1049</sup> Van Bergen, *Pro Patria*, 309.

de onervaren, dienstplichtige legerartsen begingen.<sup>1050</sup> In andere krijgsmachten ging het er vaak niet beter aan toe.

Er valt genoeg te speculeren over hoe de MGD zou hebben opgetreden in een hete oorlog, maar dat heeft weinig met geschiedschrijving te maken. Wel is het historisch relevant om erop te wijzen dat de wereld verschillende malen in de nucleaire afgrond keek. Dat oorlog toch telkens werd voorkomen, valt te verklaren aan de hand van het *rational actor model*: de risico's van een oorlog waren zo groot dat geen enkele leider het daadwerkelijk voeren van een oorlog durfde te overwegen.<sup>1051</sup> Toch moeten we bedenken dat een oorlog nooit begint met een compleet overzicht van de feiten. Een technisch mankement, een verkeerde berekening of politiek misverstand zou geleid kunnen hebben tot een incident of zelfs een oorlog. Mede vanwege die onvoorspelbare factor namen militairen hun taak serieus. Een oorlog kon nooit worden uitgesloten, zo viel keer op keer te beluisteren. Militairen moesten daarom zijn voorbereid zijn op het ergste, ook al heeft deze studie laten zien dat zij dat niet waren. Toch is er weinig reden om te betwijfelen dat zij ten minste zouden pogen hun opdracht uit te voeren, zelfs al bestond de kans dat een oorlog nucleair zou worden.

Ofschoon de *what if*-vraag voor historici irrelevant is, was dat voor tijdgenoten zeker niet het geval. Wat als de bom tóch valt? Niet voor niets stroomde Den Haag in 1983 vol met 500.000 betogers tegen de kernwapens en het vijanddenken. Hun strijdbaarheid was gegrond in onbehagen, bij velen zelfs oprechte oorlogsangst. De Oost-West-confrontatie en daarmee gepaarde wapenwedloop had voor hen niets dan onheil in petto. De oorlogsplannen die destijds zijn vervaardigd liegen er inderdaad niet om. Zeker als we bedenken dat militairen, hoezeer zij misschien ook geloofden in het succes van de afschrikking, getraind waren en waarschijnlijk ook de intentie hadden om de plannen uit te voeren als dat nodig was. Critici spraken van pure bluf, maar volgens militairen speelde altijd op de achtergrond dat wat beoefend werd, ooit harde werkelijkheid kon worden.<sup>1052</sup> Piloten van het Amerikaanse *Strategic Air Command*, die tijdens de gespannen politieke situaties het luchtruim kozen, wisten dat zij het bevel konden krijgen om hun vernietigende bommenlading te lossen.<sup>1053</sup> De NAVO was meer dan een vogelverschrikker in de Europese voortuin. Het symbolische machtsvertoon berustte op de mogelijkheid om de plannen uit te voeren, hoe inadequaate plannen ook waren en hoe rampzalig de gevolgen ook mochten zijn. De MGD zou hier onverbiddelijk in worden meegesleurd.

---

<sup>1050</sup> Hans Kilian, *Im Schatten der Siege: Chirurg am Illensee 1941–1942 – 1943* (München 1964) *passim*.

<sup>1051</sup> James Blackwell, 'Deterrence at the Operational Level of War', *Strategic Studies Quarterly* 5:2 (2011) 34.

<sup>1052</sup> Bosch, 'De operationele inzetbaarheid', 140.

<sup>1053</sup> Melvin G. Deaile, 'The SAC Mentality. The Origins of Strategic Air Command's Organizational Culture, 1948–51', *Air & Space Power Journal* 29-2 (april-maart 2015) 48-73.

## Vervolgonderzoek

Dit proefschrift over de MGD tijdens de Koude Oorlog tussen 1949-1989 maakt deel uit van een groter project dat beoogt de geschiedenis van de MGD te boekstaven. De periode 1815-1949 is in *Pro patria et Patienti* behandeld door Leo van Bergen. In *White coats, green jackets* – net als deze studie verschenen als proefschrift – nam Francesca Hooft de periode van 1990 tot 2010 voor haar rekening. De afgebakende tijdvakken sluiten daarmee naadloos op elkaar aan. Het gaat echter te ver om te spreken van een drieluik van de hand van drie verschillende schilders. Van een samenhangende compositie is weinig sprake, maar er zijn wel belangrijke thematische overeenkomsten. Het meest opvallend is de problematiek waarmee militaire artsen in oorlog en vrede worden geconfronteerd. Alle drie de boeken laten zien dat de positie van militair-geneeskundigen in de krijgsmacht door de tijd heen gecompliceerd is. De medische en militaire eisen die aan het militair-geneeskundig personeel worden gesteld zorgen soms voor loyaliteitsvraagstukken. In die zin is de MGD nooit een ‘gewoon’ onderdeel van de krijgsmacht geweest.

Veel vragen zijn echter nog onbeantwoord. Al bij de afbakening van dit onderzoek was dat voorzien. Er was geen ruimte om alle interessante deelonderwerpen te behandelen. Te denken valt aan de oorlog in Korea, Nieuw-Guinea en Libanon, alsook de kleinere VN-missies in het tijdvak van de Koude Oorlog. We weten weinig over het daadwerkelijke optreden van de Nederlandse militair-geneeskundigen in die periode en de lessen die daaruit wel of niet werden geleerd. Een ander interessant terrein is hoe de MGD inspeelde op de toenemende invloed van technologie binnen de krijgsmacht. Na 1945 voltrokken zich tal van ontwikkelingen, zoals de behandelde motorisatie en mechanisatie, maar ook de computer, laser en radar deden hun intrede. Dat had ook weer zijn doorwerking op de belastbaarheid van het personeel, maar daarover is weinig bekend. Verder verdient na de marine en nu de landmacht ook de militaire geneeskundige dienst van de Koninklijke Luchtmacht een eigen onderzoek.

Uiteraard zijn er nog vele andere interessante deelonderzoeken te noemen. Maar op deze plaats moet vooral worden gewezen op de onbeantwoorde vragen die specifiek uit dit onderzoek zijn voortgekomen. Eén vraag steekt er met kop en schouders bovenuit: hoe keken de militair-geneeskundige diensten in andere landen tegen de problematiek van de oorlogsvoorbereidingen aan? Die vraag is maatschappelijk relevant, zeker in het huidige tijdsgewricht waarin de Russische president openlijk dreigt met de inzet van kernwapens. Bovendien is de NAVO nog altijd de hoeksteen van het veiligheidsbeleid van Europa, dus het is van belang hoe de lidstaten tegen deze problematiek aankijken, en hoe deze houding historisch is bepaald. Over de noodzaak van militaire samenwerking heerst momenteel een grote consensus. Maar het is zeker leerzaam om te kijken naar de vroegere samenwerking op het militair-operationele niveau, obstakels die zijn overwonnen en vooral de problemen die zijn gebleven. Vanuit academisch perspectief is interessant in hoeverre de dreiging van de Koude Oorlog in verschillende landen en verschillende

krijgsmachten werd ervaren en beleefd. Waren er duidelijke verschillen tussen de militair-geneeskundige diensten van de NAVO-bondgenoten onderling en tussen de westerse alliantie en de legers van het Warschaupact? In het buitenland heeft dit onderwerp nog geen monografieën voortgebracht, dus deze vraag kan hier niet goed worden beantwoord. Daardoor behoorde een comparatieve studie, hoe wenselijk ook, niet tot de mogelijkheden. Wel is duidelijk dat alle landen werden geconfronteerd met het vooruitzicht van massaverliezen. Twee artikelen wijzen erop dat zowel de Britten als de Fransen in de jaren zeventig tot de conclusie waren gekomen dat er geen adequate planning kon worden gemaakt voor het militair-geneeskundig optreden onder nucleaire omstandigheden.<sup>1054</sup> Dit proefschrift bevestigt dat de MGD die opvatting deelde. Het ligt dus voor de hand dat men in andere landen tot een vergelijkbare slotsom kwam. Maar het is wel interessant hoe de verschillende landen met die problematiek omgingen.

Dát men anders met de problematiek omging, valt wel te verwachten. Zo kende Groot-Brittannië tijdens de Koude Oorlog geen dienstplicht. Het Britse *Royal Army Medical Corps* bestond louter uit beroepsmilitairen. Dit werkte door in de militaire cultuur. De *Sanitätsdienst* van de *Bundeswehr* droeg de morele last van het Duitse oorlogsverleden en moest in een toekomstige oorlogssituatie op eigen grondgebied optreden. Waarschijnlijk was daardoor nog meer civiel-militaire samenwerking nodig (en mogelijk). Deze vluchtige observaties geven echter nog niets prijs over de verschillen aangaande de grote vragen die in dit proefschrift naar voren kwamen: hoe gingen militair-geneeskundigen in verschillende landen om met het vraagstuk van de massale vernietiging? Waren er verschillende nationale opvattingen over de rol van de militair-arts, of misschien is er juist sprake van een opvallende eenheid: een universele gedachte over de taak en het wezen van de officier-arts en de gewondenverzorger. Een vergelijkende studie naar de taak, opleiding, omvang en *deployment* van de verschillende geneeskundige diensten kan daar antwoord op geven en inzichtelijk maken wat de eigenheid of identiteit van de Nederlandse MGD bepaalt.

---

<sup>1054</sup> De Jonge en De Lange, 'Een Franse visie', 277; Shaw, 'Medical planning factors', 208-214.