der Schädelhirnverletzten. Studium an 500 Fällen, die 10—12 Jahre nach der Verletzung wiedergesehen wurden.) *Presse méd.* Jg. 35, Nr. 19, S. 289—290. 1927.

Die Prognose ist bei Schädelhirnverletzten mit aller Reserve zu stellen. Die Mortalität ist sehr gering und hängt zumeist mit tiefen Hirnabscessen zusammen. Sonst kann die Vermehrung schon bestehender Störungen oder das späte Auftreten subjektiver Störungen, von Epilepsie, psychischen oder motorischen Störungen die Prognose trüben. Der Gutachter muß immer an die Möglichkeit und relative Häufigkeit dieser späten Verschlimmerungen denken. *Kurt Mendel (Berlin).*

Kaldewey, Walther: Zum Kapitel der „Unfallneurosen“. (*Psychiatr.-neurol. Abt., allg. Krankenh., Nürnberg.*) *Klin. Wochenschr.* Jg. 6, Nr. 31, S. 1475—1476. 1927.

Temperamentvolle Klage darüber, daß die modernen Anschauungen über die sog. Unfallneurose so wenig zu praktischen Auswirkungen geführt haben. Gerade die „Verschiedenheit“ in der Beurteilung verursacht die Unzufriedenheit. Es handelt sich jetzt weniger um neue wissenschaftliche Erörterungen als um die praktische Lösung. Vor allem an den Versorgungsämtern müsse reformiert werden. Verf. weist offen auf die Schäden hin, die sich durch die Beschäftigung von praktischen Ärzten als Gutachter in diesen Fragen bei den Versorgungsämtern und Versorgungsgerichten ergeben. Er schlägt vor 1. sofortige Revision sämtlicher Gutachten, 2. Bildung von Gutachterkommissionen und Beobachtungsabteilungen in Kliniken, 3. Vereinfachung des Verfahrens. *Kroiß (Würzburg).*

Kleist, K.: Zur Entschädigungsfrage bei den sogenannten Unfallneurosen. *Klin. Wochenschr.* Jg. 6, Nr. 28, S. 1317—1319. 1927.

Kleist empfiehlt — in gleicher Weise wie es Referent schon früher getan — neben dem mehr aktiven Rentenbegehren immer auch zu berücksichtigen, daß das passive den Arbeitswillen schwächende Verhalten der sog. Unfallneurotiker zum erheblichen Teil aus dem „Sicherheitsglauben“, d. h. dem Glauben genährt wird, nunmehr vor wirklichen oder vermeintlichen Folgen des Unfalls oder überhaupt für sein Leben wirtschaftlich durch sein Anrecht auf Entschädigung gesichert zu sein. K. begrüßt die grundsätzliche Entscheidung des RVA vom 24. 9. 1926 und schließt mit dem Hinweis, daß „eine Psychotherapie der sog. Unfallneurosen ohne gleichzeitige Rentenablehnung, wie die Erfahrung zur Genüge gezeigt hat, immer erfolglos bleiben wird“. (Vgl. a. Stier, diese Zeitschr. 7, 535.) *Stier (Charlottenburg).*

Levy-Suhl, Max: Die Unfall- und Rentenneurosenfrage nach der letzten Entscheidung des Reichsversicherungsamtes. *Dtsch. med. Wochenschr.* Jg. 53, Nr. 21, S. 887—888. 1927.

Verf. spricht gegen die grundsätzliche Ablehnung der Unfall- und Rentenneurose, wie sie heute gesetzlich und autoritativ medizinisch vertreten wird, bestreitet die Tatsache der falschen seelischen Einstellung und betont, daß die Eigenart der seelischen Struktur noch nicht genügend durchforscht sei. Die Ausführungen sind theoretische Betrachtungen, die den Tatbestand, der auf den im letzten Jahrzehnt gewonnenen, zum großen Teil unanfechtbar statistisch festgestellten Erfahrungen heute aufgebaut ist, nicht erschüttern können. *Klieneberger (Königsberg).*

Trautmann, Edgar: Ein Telephon-Unfall mit organischen Folgeerscheinungen in Gehirn und Rückenmark und seine Bedeutung für die Unfallbegutachtung. (*Abt. u. Poliklin. f. Nervenkrankh., städt. Krankenh. Sandhof, Frankfurt a. M.*) *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. 97, H. 1/3, S. 63—80. 1927.

Die 38jährige Telephonbeamtin war vor dem angeblichen Unfall öfters wegen nervöser Beschwerden in Behandlung. Im Oktober 1924, während sie den Handhörer ans Ohr hielt, plötzlich Aufschreien, Fallenlassen des Hörers, Zittern am ganzen Körper, „Gefühl des feuerroten Kopfes“. Wußte im Augenblick nicht, was vorgefallen war, hatte angeblich kein Knallgeräusch gehört und keinen Schmerz empfunden, dachte sich aber gleich, es müßte ein elektrischer Schlag gewesen sein. Blieb einige Minuten an ihrem Platz sitzen, ging dann zur Toilette, „um zu brechen“. Nach $\frac{3}{4}$ Stunden Rückkehr zum Dienstplatz und Weiterarbeiten bis zum Abend. Zu Fuß nach Hause gegangen; in den nächsten 5 Tagen Kopfschmerzen und Schwindel. Nach wieder einigen Tagen Schreckhaftigkeit, Neigung zu Schwindel und Weinen. Nunmehr,