

Neurol Rehabil 2010; 16 (5): 255–259\*

# Die Selbstbildnisse des Malers Lovis Corinth und sein Schlaganfall

S. Hesse, M. Krause-Schäfer

*Medical Park Berlin Humboldtstraße, Neurologische Rehabilitation, Charité  
Universitätsmedizin Berlin*

## Zusammenfassung

Dargestellt werden die Selbstporträts des Künstlers Lovis Corinth (1858–1925), der 53-jährig einen rechtshemisphären Schlaganfall mit konsekutiver Hemiparese links, Neglect, Depression und Todesangst erlitt. Vergleicht man die Porträts vor und nach dem Ereignis, so werden die unmittelbaren Schlaganfallfolgen, wie die Hemiparese und das Neglectsyndrom und deren anschließende partielle Rückbildung, offensichtlich. Wie schon von anderen Autoren aufgegriffen, ist es zu diskutieren, inwiefern der Schlaganfall die Änderung der Sujets hin zu dunkleren Themen und den expressiven Malstil in der Spätphase des künstlerischen Schaffens beeinflusste. Unbestritten ist die Tatsache, dass Lovis Corinth mit seinem Spätwerk den Impressionismus verlässt und die neue Moderne, den Expressionismus, einleitet. Somit ist der Künstler ein leuchtendes Beispiel für einen Schlaganfallpatienten, der trotz seiner Einschränkungen ein Höchstmaß an Aktivitäten und Teilhabe erreichte. Die damit verbundene Energieleistung des Malers und die anhaltende Unterstützung der Familie sind zu bewundern.

**Schlüsselwörter:** Lovis Corinth, Schlaganfall, Impressionismus, Expressionismus

## The painter Lovis Corinth, his self-portraits and stroke

S. Hesse, M. Krause-Schäfer

## Abstract

The article is on Lovis Corinth (1858–1925), a German painter who suffered a right-hemispheric stroke at the age of 53 in 1911. A hemiparesis left, a neglect syndrome, depression and fear of death were the sequelae. The portraits following the stroke well document the hemiparesis, the neglect syndrome and the partial recovery. A matter of debate is the potential influence of the stroke on the changing subjects of his oeuvre and a more expressive painting technique in his late years. Without doubt, Lovis Corinth is a perfect example of a stroke patient who achieved, by continuing his work, a perfect social and vocational reintegration, a strong family support was a major contextual factor. He thus became not only an outstanding representant of German impressionism but he also triggered the expressionistic era.

**Key words:** Lovis Corinth, stroke, impressionism, expressionism

© Hippocampus Verlag 2010

## Einleitung

Die Abteilung für neurologische Rehabilitation im Haus Liebermann erinnert an den Berliner Malerfürsten zum Ende des 19. Jahrhunderts. Dadurch angeregt, stießen die Autoren auf zwei Malerkollegen des Künstlers: Max Slevogt und Lovis Corinth (LC), die gemeinsam mit Liebermann das sog. Dreigestirn des deutschen Impressionismus bildeten.

Sowohl aus künstlerischer als auch medizinischer Sicht nimmt Lovis Corinth (1858–1925) eine besondere Rolle ein, da er im Jahre 1911 im Alter von 53 Jahren einen

rechtsseitigen Hirninfarkt erlitt. Dessen möglicher Einfluss auf sein weiteres Werk wurde bereits in mehreren Arbeiten umfangreich behandelt [1, 3, 5], wobei naturgemäß die Neurologen einen größeren Einfluss als die Familie des Künstlers und die Kunsthistoriker ausmachten.

Der vorliegende Beitrag möchte den Schwerpunkt auf die erfolgreiche Auseinandersetzung mit den Schlaganfallfolgen legen und somit LC als ein positives Patientenbeispiel präsentieren. Erfolg meint dabei vor allem seine ununterbrochene künstlerische Schaffenskraft, deren Weiterentwicklung ihn nicht nur zu einem wesentlichen Repräsentanten des deutschen Impressionismus, sondern auch zu einem Wegbereiter des Expressionismus in unserem Land machten.

\*Erstpublikation in NeuroGeriatric 2010; 7 (2\_3): 65–69.



◀ **Abb. 1:**  
Selbstbildnis,  
1887/88  
Privatsammlung

▼ **Abb. 2:**  
Selbstbildnis mit  
Charlotte Berend  
mit Sektkelch, 1902  
Privatsammlung,  
courtesy J.J. Nathan  
Fine Art, Zürich/  
Berlin



### Das Leben bis zum Schlaganfall

LC wird am 21. Juli 1858 in Taipau, Ostpreußen, als einziges Kind geboren. Seine Eltern betrieben eine Gerberei und einen landwirtschaftlichen Betrieb. Nach dem Entschluss, Maler zu werden, und ersten künstlerischen Stationen in Königsberg, Antwerpen und Paris wird er zunächst Mitglied der Münchner Sezession. 1888 entsteht ein Selbstporträt, noch ganz in der Tradition des Realismus, das als erstes im Verein Berliner Künstler ausgestellt wird (Abb. 1: Die Künstler malten sich im Spiegel betrachtend, wobei LC die spiegelbildliche Darstellung im Gegensatz zu anderen Künstlern nie korrigiert, sprich die linke Körperseite ist in der linken Bildhälfte aus der Sicht des Betrachters). Nicht zuletzt aufgrund intensiver Kontakte zu Liebermann übersiedelt er 1900 nach Berlin, der Stadt, die zu dieser Zeit München den Rang als deutsche Kunsthauptstadt streitig zu machen beginnt. In der Folge wird Corinth Mitglied der Berliner Sezession. Eine von ihm initiierte Malschule für Frauen bringt ihm nicht nur beruflichen Erfolg, sondern

auch das Eheglück. Er heiratet ein Jahr nach seinem Umzug die 22 Jahre jüngere Charlotte Berend, seine erste Schülerin. Die beiden Kinder Thomas und Wilhelmine werden 1904 und 1909 geboren, seine Familie findet sich in vielen Gemälden wieder. Er ist künstlerisch und gesellschaftlich sehr erfolgreich. Bekannt sind vor allem aus dieser Zeit seine Porträts, Abb. 2 zeigt den Künstler und seine Frau, neben der impressionistischen Malkunst imponiert dem Neurologen das bimanuelle Geschick des Künstlers und das offensichtliche kardiovaskuläre Risikoprofil. Andere Themen findet der Künstler in der Bibel und in der Antike (z. B. Samuels Fluch auf Saul, Salome, Die Jugend des Zeus etc.). Neben der impressionistischen Wiedergabe der Farbe und des Moments besticht der Künstler durch eine hohe Detailtreue und seine Neigung zum Symbolismus.

### Der Schlaganfall und seine Folgen

Das Jahr 1911 steht für den größten Einschnitt in LCs Leben. Am 11. Dezember erleidet der Rechtshänder einen Schlaganfall der rechten Hirnhälfte mit konsekutiver Hemiparese, Neglect, Todesahnung und Depression. Die genaue Genese kennen wir nicht, aber aus ärztlicher Sicht sind die Risikofaktoren für den Schlaganfall schnell ausgemacht: LC genoss das Leben in vollen Zügen, war für seine Trinkfestigkeit und seinen Nikotinkonsum bekannt. Sein Jugendgefährte Benno Becker [1] führte für die gemeinsame Münchner Zeit aus: »Er (LC) stürzte sich auf alles mit Gier und entwickelte ungeahnte Kräfte, liebte die lustigen Saufbrüder und die prallen Weiber.« Seine Porträts des kraftvollen, im Leben stehenden Typus mit gerötetem Kopf legen darüber hinaus eine arterielle Hypertonie nahe.

#### Die Hemiparese

Die offensichtlichste Folge des Akutereignisses war eine armetonte Hemiparese links. Diese kommt in der Vernis-Mou-Radierung (Hiob und seine Freunde), die er unter Mithilfe seines Freundes Hermann Struck wenige Monate nach dem Akutereignis anfertigte (Abb. 3), zur Darstellung. Sie zeigt den kranken Maler als Hiob, der mit gekreuzten Beinen auf dem Boden sitzt. Seine rechte Hand liegt auf dem rechten Fuß, der gelähmte linke Arm hängt schlaff, die Finger beginnen bereits im Sinne einer Beugespastik zu krallen, und der linke Fuß ist verdreht. (Im Gegensatz zu Porträts in Öl sind Radierungen doppelt gespiegelt, sprich die linke Seite des Künstlers ist in der Radierung in der rechten Bildhälfte).

#### Neglect

Wie bei rechtshemisphären Infarkten nicht ungewöhnlich, litt der Künstler zusätzlich unter einem Neglectsyndrom im Sinne einer fehlenden Wahrnehmung der linken Erlebniswelt. Eine der ersten nach dem Schlaganfall angefertigten Radierungen aus dem Jahre 1912 (Abb. 4) zeigt entsprechend deutliche Zeichen dieses Syndroms, indem der

◀◀ **Abb. 3:**

Hiob und seine Freunde, 1912  
Berlin, Staatliche Museen zu Berlin, Preussischer Kulturbesitz, Kupferstichkabinett, Werkverzeichnis: Schwarz 85

◀ **Abb. 4:**

Selbstbildnis (»Als ich krank war« Feb. 1912), 1912  
Hamburger Kunsthalle

Künstler die linke Gesichtshälfte und die Schulter weglässt bzw. nur andeutet. Das Neglectsyndrom war offensichtlich mit einer räumlich konstruktiven Störung verbunden. *Bäzner* und *Hennerici* [1] nannten in ihrem Artikel Fehlplatzierungen von Details, fehlende Perspektive, Vergrößerungen von Strukturen sowie Dunkelheit und Verschwommenheit als Hinweise auf die räumlich-konstruktive Störung in Kombination mit dem Neglectsyndrom.

### Psyche

Der Schlaganfall brachte den Künstler nach eigenen Angaben dem Tode nahe, so führt er in seiner Autobiographie [4] aus: »Oft in der Nacht erschienen meine verstorbenen Verwandten und schienen mir zuzuwinken, während von oben herab eine Gewalt auf mich niederdrückte, immer tiefer...« Depressive Episoden, unter denen der Maler seit seiner Adoleszenz litt, verstärkten sich im Sinne einer Depression nach Schlaganfall. LC selbst schrieb wenige Tage nach dem Akutereignis: »Seit über 8 Tagen bin ich recht schwer zu Bette darnieder und leide sehr viele Schmerzen..., aus allergrößtem Schmerzenslager teile ich Ihnen mit, dass ich sehr traurig dran bin mit Schmerzen, die fürchterlich sind...«. Seinem Weggefährten *Alfred Kuhn* [6] fiel darüber hinaus eine Wesensänderung im Sinne einer vermehrten Introspektionsfähigkeit auf: »Als Corinth sich wieder vom Bette erhob, war er ein anderer. Er war sehend geworden, sehend für das Jenseitige der Erscheinung.«

### Die stationäre Rehabilitation in schöner Umgebung

Nach längerem Krankenlager stellte sich mit Unterstützung der Ehefrau wieder eine eingeschränkte Gehfähigkeit, Kompetenz in den alltäglichen Verrichtungen und eine Funktionalität der Hand ein. So war er dann in der Lage, im Frühjahr 1912 einen gemeinsamen Sanatoriumsaufenthalt

mit seiner Frau in Italien anzutreten. Die Freundlichkeit der Ärzte und des Personals, das Klima, das gute Essen und ein regelmäßiger Tagesablauf überzeugten das Ehepaar. Die künstlerische Schaffenskraft erholte sich im Anschluss deutlich als Beleg einer äußerst erfolgreichen Rehabilitation nach Schlaganfall.

### Das Leben des Künstlers im Zeichen des Schlaganfalls

Todesnähe, Depression und ein längeres Krankenlager bestimmten die erste Zeit nach dem Schlaganfall. Es ist wohl anzunehmen, dass der ungebrochene künstlerische Wille und die Unterstützung seiner Frau die entscheidende Wende brachten. Zu seinen ersten Versuchen nach dem Schlaganfall im Februar 1912 und der starken Kraft der Malerei auf den Künstler führt seine Frau [2] aus: »Als wir im Atelier waren, ging er zum großen Spiegel und betrachtet sich lange. Wieder und wieder jammerte er, schwarze Gedanken bestürmten ihn, Depression, zu denen er neigte, und die von der Krankheit aufgewühlt waren. ...Plötzlich suchte er nach Farbe und Palette, setzte sich rasch vor eine Staffelei und malte im schnellsten Tempo dieses erste seiner leidvollen Selbstbildnisse«. Ergebnisse dieser unmittelbar auf den Schlaganfall folgenden Zeit waren u. a. die oben beschriebenen Radierungen (Abb. 3, 4) aus dem Jahre 1912.

In den Begriffen der modernen Medizin ausgedrückt, erzielte der Künstler ICF-kompatibel eine hohe Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aber auch die Aktivitäten profitierten. Mit der Wiederaufnahme sozialer Kontakte verließ der Künstler das Haus, unternahm zusammen mit seiner Frau regelmäßige Spaziergänge, um so der beschriebenen abnorm raschen Ermüdung des Gehens mit Hinken und Hängenbleiben des paretischen Fußes die richtige Therapie entgegenzusetzen.

Wie wir aus Schilderungen seiner Frau wissen, erlernte der Patient bald wieder die paretische Hand einzusetzen. Des-

► **Abb. 5:**  
Selbstbildnis mit  
Strohhut, zeichnend,  
1913  
Hamburger Kunsthalle



sen ungeachtet zeigen Fotos aus dem Jahre 1918, dass LC seine linke Extremität in Beugstellung und die Hand zur Faust geballt am Körper gepresst hielt. Es ist anzunehmen, dass der rechtshändige Künstler seine Linke im Sinne des »learned non-use« nicht gemäß ihren Fähigkeiten einsetzte, sondern vernachlässigte. Unseren Patienten ist die ständige Erinnerung, ihre betroffene Hand einzusetzen, wohl im Ohr, nur deren Umsetzung im Alltag ist etwas anderes. Die moderne Rehabilitation empfiehlt einen erzwungenen Gebrauch der betroffenen Hand, LC ist diesen Weg auch bereits gegangen. Beim Malen musste die Linke assistieren, wie es die Abb. 5 zeigt. Zwar wirkt die supinierte Hand ungeschickt, aber sie ist sehr wohl in der Lage die Palette zu halten und auch Farbtuben auszudrücken – ein sehr gelungenes Beispiel für den funktionellen Einsatz

der betroffenen Hand bei einer für den Patienten extrem wichtigen Tätigkeit, der des Malens. Interessant dazu die Wahrnehmung seiner Ehefrau: »Corinth war nie auch nur eine Spur gelähmt. Er behielt vom Schlaganfall 1912 eine etwas schwerfällige linke Hand zurück. Die linke Hand war unbeholfen in kleinen Bewegungen...« [6]. Diese anscheinend kontrastierende Wahrnehmung, drei Jahre nach seinem Tode formuliert, erklärt sich möglicherweise auch in der Haltung der Familie, die jeglichen Einfluss des Schlaganfalls und seiner Folgen auf das Werk ablehnte.

### Die künstlerische Weiterentwicklung

Die spektakulärsten Veränderungen erlebte das Werk des Künstlers, wobei erfahrene Todesnähe, Depression, Wesensänderung, Neglect und eine räumlich konstruktive Störung auf der einen Seite und die genuin künstlerische Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext auf der anderen sicherlich nicht zu trennen sind. Vor dem Ereignis ist in den Porträts ein selbstbewusster und vor Kraft strotzender Künstler zu erkennen, später dagegen lässt die Bildsprache einen eher zweifelnden, in sich gekehrten und von der Krankheit gezeichneten Künstler zutage treten, der dem Tode deutlich näher steht, wie sich aus dem Vergleich zweier ähnlicher Motive aus den Jahren 1896 und 1916 deutlich ergibt. Auch der Titel ändert sich von: »Selbstbildnis mit Skelett«, 1896, hin zu »Der Künstler und der Tod«, 1916 (Abb. 6a und 6b). Die gleichzeitige Stiländerung in der Maltechnik dieses neuen Schaffensabschnitts beschreibt der oben genannte *Alfred Kuhn* wie folgt: »Die Konturen verschwinden, die Körper sind oft wie auseinandergerissen, deformiert, verschwunden in der Fläche. Auch die Lebensechtheit von Porträts war fast vollkommen verschwunden, jegliche



▲ **Abb. 6 a:** Selbstbildnis mit Skelett, 1896  
Städtische Galerie im Lenbachhaus, München



▲ **Abb. 6 b:** Der Künstler und der Tod II, 1916  
Kunsthalle Bremen

Detailtreue war verloren. Mit breiten Strichen wird die Person als ganzes erfasst. Charakterisierungen sind übertrieben, tatsächlich oft bis zur Karikatur.« Man kann von einer Radikalisierung des Stils sprechen, die detailgetreue Darstellung des Objektes und des Selbst treten immer mehr zugunsten der darzustellenden inneren Befindlichkeit in den Hintergrund (vom Abbild zum Ausdruck). Der Künstler selbst formulierte kurz vor seinem Tode 1925: »Zeichnen heißt Weglassen«.

Interessanterweise finden diese Stiländerungen hin zur Abstraktion vor allem in den in Radierung und Zeichnung festgehaltenen Selbstporträts ihre Fortsetzung. Der Künstler ist kaum mehr zu erkennen bzw. fratzenhaft dargestellt (Abb. 7), so als ob wir in einen intimen Spiegel des inneren Seelenzustandes des Künstlers blicken dürfen. Dem entgegen erfahren Stillleben, Landschaftsbild und gemaltes Porträt eine weniger radikale Abstraktion, auch treten die dem Neglect zugeschriebenen Phänomene in Form von Auslassungen in den Hintergrund und sind in späteren Gemälden, wie in Abb. 8 dargestellt, vergebens zu suchen. Im seinem letzten Selbstporträt scheint der Künstler sogar mit dem Neglect zu spielen, indem er zum einen zur betroffenen Seite blickt und dem Betrachter gleichzeitig sein Spiegelbild zeigt (Abb. 9). Die Entwicklung des Spätwerks betrachtend, stellt sich der Schlaganfall und seine Folgen, dessen Einflüsse im Verlauf immer weniger zutage treten, wie ein Katalysator dar, der einen zuvor bereits in den Anlagen vorhandenen ausdrucksstarken/expressiveren Malstil nochmals zur höchsten Blüte entwickeln ließ.

### Zusammenfassung

Gleich, welche Ursachen wir für die künstlerische Weiterentwicklung LCs anführen, unbestritten ist die Tatsache, dass LC mit seinem Spätwerk den Impressionismus verlässt und die neue Moderne, den Expressionismus, mit einleitet. Somit ist der Künstler ein leuchtendes Beispiel für einen Schlaganfallpatienten, der trotz seiner Einschränkungen ein Höchstmaß an Aktivitäten und Teilhabe erreichte. Die damit verbundene Energieleistung des Malers und die liebevolle Unterstützung der Ehefrau sind zu bewundern.

### Literatur

1. Bänzner H, Hennerici MG. Schlaganfallfolgen bei dem Maler Lovis Corinth. *Nervenarzt* 2006; 77: 551-557.
2. Berend-Corinth C. *Mein Leben mit Lovis Corinth*. List, München 1958.
3. Blanke O. Visuospatial neglect in Lovis Corinth's self portraits. *Int Rev Neurobiol* 2006; 74: 193-214.
4. Corinth L. *Selbstbiographie*. Hirzel, Berlin 1926.
5. Jung R. Neuropsychologie und Neurophysiologie des Kontur- und Formsehens in Zeichnung und Malerei. In: Wieck (Hrsg). *Psychopathologie musischer Gestaltungen*. Schattauer, Stuttgart 1974, 29-88.
6. Kuhn A. *Lovis Corinth*. Propyläen, Berlin 1925.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Stefan Hesse  
Medical Park Berlin Humboldtühle  
An der Mühle 2-9  
13507 Berlin  
E-Mail: s.hesse@medicalpark.de

► **Abb. 7:**  
Selbstbildnis, 1922  
Museum Georg Schäfer,  
Schweinfurt am Main



▼ **Abb. 8:**  
Selbstbildnis mit Strohhut vor dem Walchensee, 1921  
Kunstmuseum Bern,  
Stadt Bern



► **Abb. 9:**  
Selbstbildnis  
vor Spiegel  
(letztes Selbst-  
bildnis), 7. Mai  
1925  
Kunsthau  
Zürich



BIF European Confederation

SELBST  
HILFE  
GRUPPE



SCHÄDEL  
HIRN  
TRAUMA

Trauma

Österreichische Gesellschaft  
für Schädel-Hirn-Trauma

# 1<sup>st</sup> TBI-Challenge.eu 2011



February 23<sup>rd</sup> to 26<sup>th</sup>, 2011 in Vienna

BIENNIAL INTERDISCIPLINARY CONFERENCE  
of the  
BRAIN INJURY AND FAMILIES / EUROPEAN FEDERATION (BIF)  
In Cooperation with local and European TBI Associations

BIF President & Local Organiser  
Dr. Nikolaus Steinhoff

Conference Secretariat  
Vienna Medical Academy, Alser Strasse 4, 1090 Vienna, Austria  
T: +43 1 4051383-11, F: +43 1 407 82 74, tbi2011@medacad.org

[www.tbi-challenge.eu](http://www.tbi-challenge.eu)

## Hinweise für Autoren

**NEUROLOGIE & REHABILITATION** veröffentlicht Originalarbeiten aus den Gebieten der rehabilitativen Neurologie, der Neuropsychologie, Physikalischen Medizin und Neurologischen Psychosomatik. Die Arbeiten können in Form eines Übersichtsartikels, einer Mitteilung von Forschungsergebnissen, eines Kommentars sowie als Einzelfalldarstellungen eingereicht werden. Die Beiträge müssen druckreif sein und sollten einen Umfang von 15 DIN-A4-Seiten in Maschinenschrift und insgesamt 10 Abbildungen und Tabellen nicht überschreiten.

### Gliederung der Beiträge:

1. Titel, Autoren und Institutionen
2. Zusammenfassung und 3–4 Schlüsselwörter in deutscher und englischer Sprache
3. Einleitung
4. Patienten (Material) und Methoden
5. Ergebnisse
6. Diskussion
7. Literaturverzeichnis
8. Tabellen, Abbildungen
9. Legendes

### Abbildungen und Tabellen:

Jede Tabelle hat eine kurze erklärende Überschrift. Abbildungen und Tabellen sind als Strichzeichnung, schattierte Zeichnung oder Hochglanzabzug (farbig oder schwarzweiß) einzusenden. Bitte beachten Sie bei der Größe der Vorlagen, dass diese in der Regel in der Zeitschrift verkleinert werden. Die Nummer der Abbildung muss vermerkt, der obere Rand auf der Rückseite mit »Top« bezeichnet sein. Die durchnummerierten Bildunterschriften sind auf einem gesonderten Blatt beizufügen.

### Literaturangaben:

Das Literaturverzeichnis ist alphabetisch nach Autorennamen geordnet anzugeben, Bezug im Text: mit Ziffer in eckiger Klammer. Zeitschriften sollten entsprechend den Abkürzungen des »Index Medicus« zitiert werden.

#### Zeitschriftenzitat:

Straub H. Letale Komplikation der Fibrinolyse. *Mü med Wschr* 1982; 124: 17-19.

#### Buchzitat:

Pillsbury DM. In: Muller H (ed). *A manual of dermatology*. WB Saunders and company, Philadelphia 1971, 173-175.

### Schreibweise:

Die Schreibweise richtet sich nach der revidierten neuen deutschen Rechtschreibung auf der Grundlage der aktuellen Ausgabe des »WAHRIG«. Eingedeutschte Fachausdrücke werden nach deutscher Schreibweise mit »z« und »k« (z. B. »zerebral«, »kortikal«) geschrieben, lateinische Fachtermini behalten ihre Schreibweise (z. B. »cerebralis«, »corticalis«). Laborwerte sollten in SI-Einheiten angegeben werden.

### Technische Hinweise für die Einreichung des Manuskripts in elektronischer Form:

Das Manuskript kann auf Diskette, zip-Diskette oder CD-Rom im Word-, RTF- oder TXT-Format abgespeichert werden. Für kleinere Datenmengen ist auch eine Einreichung per e-mail (buelau@t-online.de oder verlag@hippocampus.de) möglich.

**Abbildungen und Tabellen:** Speichern Sie Abbildungen immer separat ab, binden Sie sie nicht in den Text ein. Verwenden Sie bitte das TIF-Format für Farb- und Graustufenabbildungen mit einer Auflösung von mindestens 300 dpi, bei s/w-Strichzeichnungen ist eine Auflösung von 1.200 dpi erforderlich bezogen auf das Endformat. Im Zweifel senden Sie uns bitte Ihre Originalvorlage zu.

Tabellen setzen Sie bitte mit Tabulatoren (keine Leerzeichen).

Diagrammdateien sollten im EPS-Format abgespeichert werden, verwendete Schriften müssen dabei eingebunden oder in Zeichenwege umgewandelt sein. Die minimale Linienstärke beträgt 0,5 pt bezogen auf die Endgröße (keine Haarlinien).

Größere Dateien können mit zip komprimiert werden. Parallel zu den Daten benötigen wir einen Ausdruck. Dieser Ausdruck ist für uns verbindlich.

### Datenschutz:

Der Autor trägt die Verantwortung für die Anonymisierung aller patientenbezogenen Daten, bei Abbildungen von Patienten ist deren Einverständniserklärung vorzuhalten.

### Rechtseinräumung:

Der Autor überträgt dem Verlag mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung das ausschließliche Recht zur Vervielfältigung und Wiedergabe zu gewerblichen Zwecken, einschließlich des Rechts zur Übersetzung, für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts in gedruckter oder elektronischer Form.

Autoren können einen im Hippocampus Verlag erschienenen Beitrag auf ihrer persönlichen Homepage veröffentlichen, sofern die genaue Quelle und der Hippocampus Verlag als Copyrightinhaber angegeben sind.

Die Rechtseinräumung tritt erst mit der Annahme des Beitrages in Kraft.

### Belegexemplare:

Die Autoren erhalten Korrekturabzüge ihres Beitrags, drei Belegexemplare sowie ein pdf-Dokument des Beitrags.

### Adressaten (wahlweise):

Prof. Dr. P. Bülow, Westerwaldklinik, PF 1240, 56588 Waldbreitbach. buelau@t-online.de

Prof. Dr. Dr. P. W. Schönle, Schubertstr. 10, 78464 Konstanz, paul.schoenle@uni-konstanz.de

Prof. Dr. C. Weiller, Neurologische Universitätsklinik, Breisacher Str. 64, 79106 Freiburg,

Prof. Dr. Ch. Dettmers, Kliniken Schmieder Konstanz, Eichhornstr. 68, 78464 Konstanz, c.dettmers@kliniken-schmieder.de



# 55. Jahrestagung

DGKN

der Deutschen Gesellschaft  
für Klinische Neurophysiologie  
und Funktionelle Bildgebung

mit Richard-Jung-Kolleg

Münster, 16. – 19. März 2011  
Halle Münsterland

**Veranstaltungsort**

Halle Münsterland  
Albersloher Weg 32, 48155 Münster

**Kongresspräsident  
und Wissen-  
schaftliche Leitung**

Prof. Dr. med. Dr. h.c. E. Bernd Ringelstein  
Universitätsklinikum Münster  
Klinik & Poliklinik für Neurologie  
Albert-Schweitzer-Straße 33  
48149 Münster

**Kongresssekretariat**

Prof. Dr. med. Rainer Dzierwas  
Universitätsklinikum Münster  
Klinik & Poliklinik für Neurologie  
Albert-Schweitzer-Straße 33  
48149 Münster  
Telefon (0251) 83 48 239  
E-Mail [dzierwas@uni-muenster.de](mailto:dzierwas@uni-muenster.de)

**Kongress- und  
Ausstellungs-  
organisation**

Congrex Deutschland GmbH  
Hauptstraße 18, 79576 Weil am Rhein  
Telefon (07621) 98 33-0  
E-Mail [weil@congrex.com](mailto:weil@congrex.com)

**[www.congrex.de/dgkn2011](http://www.congrex.de/dgkn2011)**