



## Behandlungsvertrag

(gesetzlich versicherte/r minderjährige/r Patient/in)

---

zwischen

.....  
(Name und Anschrift der/s PatientIn)

vertreten durch

.....  
(Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin)

und

Dipl. Soz.-Päd. Marthe Schönewald  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Dieterichsstraße 5  
29525 Uelzen  
Tel.: 0581-389 622 15  
Fax: 0581-389 622 16  
@: [info@kjp-schoenewald.de](mailto:info@kjp-schoenewald.de)  
[www.kjp-schoenewald.de](http://www.kjp-schoenewald.de)

### 1. Beantragung und Ablauf der Psychotherapie

Es wird eine Psychotherapie einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik bei dem/der minderjährigen Patienten/in durchgeführt.

Hierzu zählen:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Sprechstunde</b>                        | <input type="checkbox"/> |
| <b>Probatorische Sitzungen</b>             | <input type="checkbox"/> |
| <b>Kurzzeittherapie</b>                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>Langzeittherapie</b>                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>Akutbehandlung</b>                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rezidivprophylaxe (soweit absehbar)</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sonstiges</b>                           | <input type="checkbox"/> |

---

---

Die Sitzungstermine werden fest vereinbart und von dem/der Psychotherapeuten/in für den Patienten/die Patientin bereitgehalten.

- Im Rahmen der Sprechstunde klärt die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut ab, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt. Dabei wird mit dem Patienten/der Patientin ein geeignetes Versorgungsangebot erörtert und ausgewählt und der Patient allgemein beraten und bei der Inanspruchnahme des konkreten Versorgungsangebots unterstützt.

Der Patient/die Patientin und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinienherapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts zum Ergebnis der Sprechstunde mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen („Individuelle Patienteninformation“).

- Sofern eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, informiert die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut über die unterschiedlichen Verfahren, Anwendungsformen und den Ablauf. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.
- Es schließen sich entweder eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder probatorische Sitzungen und in der Folge eine Richtlinienherapie in Form einer Kurzzeit- oder Langzeitbehandlung an.

Zu Beginn der Behandlung wird der Patient/die Patientin altersentsprechend über die Psychotherapie und deren Ablauf informiert und über das Behandlungsverfahren aufgeklärt. Ebenso werden der und/oder die gesetzlichen Vertreter/in aufgeklärt. Der/die Patient/in und dessen/deren gesetzliche Vertreter/in werden auch darüber informiert, dass Kinder von 7 bis 14 Jahren bereits ein altersentsprechendes Recht haben, über die Psychotherapie und über den Umgang mit den geschützten Daten mitzubestimmen. Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr können ihre Rechte aus der Sozialversicherung und aus dem Datenschutz auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten wahrnehmen; bezüglich der Rechte aus der Sozialversicherung können die Sorgeberechtigten dem schriftlich gegenüber dem Leistungsträger widersprechen. Über die Information und Aufklärung wird eine gesonderte Dokumentation angefertigt. Hiervon erhält der Patient/die Patientin und der/die gesetzliche Vertreter/in eine Abschrift, sofern sie auf diese nicht verzichten.

Die ersten Termine der Behandlung, die probatorischen Sitzungen (max. 6 bei der Verhaltenstherapie) dienen dazu, die Beschwerden, Probleme, deren mögliche Entstehungsgeschichte und die persönliche Lebenssituation des Patienten/der Patientin zu erfassen, um eine Diagnose zu stellen und gemeinsam einen möglichen Behandlungsplan zu erarbeiten sowie zu überprüfen, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist. Die probatorischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten.

Sofern nach der Akutbehandlung das Erfordernis für eine Psychotherapie besteht, sind zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen zu erbringen.

- Nach den probatorischen Sitzungen entscheiden der Patient/die Patientin und der oder die gesetzlichen Vertreter/in noch einmal über die weitere Durchführung der Therapie. Dabei wird die Patientin/der Patient altersentsprechend und gemäß seiner/ihrer Einsichtsfähigkeit beteiligt.

Sofern die Beteiligten die Durchführung einer Psychotherapie wünschen, ist vor Antrag auf Kostenübernahme und vor Beginn der Psychotherapie ein sog. Konsiliarbericht eines

Arztes notwendig, aus dem hervorgeht, ob aus ärztlicher Sicht Einwände gegen eine Psychotherapie bestehen und ob eine gleichzeitige ärztliche Mitbehandlung notwendig ist. Wünscht der Patient/die Patientin eine Psychotherapie, überweist der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin den Patienten/die Patientin mit dem Einverständnis des/der gesetzlichen Vertreters/in spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen an einen Konsiliararzt. Die Überweisung beinhaltet eine kurze Information über die von ihm/ihr erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie. Zur Inanspruchnahme der Sprechstunde ist der Konsiliarbericht nicht obligatorisch.

- Falls gewünscht, stellt der Patient/die Patientin und/oder der/die gesetzlichen Vertreter/in nach Abschluss der probatorischen Sitzungen einen Antrag auf Genehmigung einer Psychotherapie gegenüber seiner/ihrer Krankenkasse. Hierbei wird ihn/sie der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin auf Wunsch unterstützen.

Zur Antragstellung teilt der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin der Krankenkasse die von ihm/ihr gestellte Diagnose schriftlich mit. Er/sie begründet dabei u.a. die Indikation und beschreibt Art und Umfang der geplanten Therapie.

Die Therapie kann erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse mit einer Kostenzusage die Leistungspflicht anerkennt bzw. wenn die Erbringung einer Kurzzeittherapie als genehmigt gilt.

Auf Wunsch des Patienten/der Patientin und/oder des/der gesetzlichen Vertreter/in kann die Therapie vor der Entscheidung der Krankenkasse begonnen werden. In diesem Fall verpflichtet sich der Patient/ die Patientin und der/ die gesetzlichen Vertreter/in hiermit, die Kosten der Behandlung selbst zu tragen, sofern diese nicht nachträglich von der Krankenkasse erstattet werden.

Wenn nach dem Ablauf der genehmigten Therapie-Stunden eine Fortführung der Therapie erfolgen soll, werden weitere Stunden nach Absprache beantragt. Erst nach Kostenzusage der Krankenkasse wird die Therapie fortgesetzt. Wünscht der Patient/die Patientin und/oder der/die gesetzlichen Vertreter/in die Fortsetzung zu einem früheren Zeitpunkt, so verpflichtet er/sie sich hiermit, die Kosten selbst zu tragen, sofern diese nicht nachträglich von der Krankenkasse erstattet werden.

## **2. Honorarvereinbarung**

### **a. Kosten für Sprechstunde und probatorische Sitzungen**

Die Sprechstunde sowie die probatorischen Sitzungen werden grundsätzlich als Sachleistungen der Krankenkasse des/der gesetzlich versicherten Patienten/Patientin erbracht. Kosten entstehen für den Patienten/die Patientin und den/die gesetzlichen Vertreter/ in hierdurch nicht. Wünscht der Patient/die Patientin, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin über den Höchstumfang der von der Krankenkasse finanzierten Sprechstunden bzw. probatorischen Sitzungen hinaus weitere Sprechstunden und / oder probatorische Sitzungen erbringt, so muss er/sie vor der Fortsetzung einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse stellen. Wünscht er/sie eine Fortsetzung vor einer Entscheidung der Krankenkasse über eine Kostenübernahme, so verpflichtet er/sie sich hiermit, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen.

Die Kosten berechnen sich in diesem Fall nach der GOP (Gebührenordnung für Psychotherapeuten). Sie betragen für eine probatorische Sitzung bei Anwendung eines 2,3 fachen Satzes voraussichtlich 100,55 Euro je Einzelgespräch von 50 Minuten (vgl. Ziff. 870 GOP). Zudem können zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen,

Befundberichte und andere Mehraufwendungen entstehen, die auf der Grundlage der GOP abgerechnet werden.

#### **b. Kosten für Therapiestunden (vor Leistungszusage der Kasse bzw. nach Ablehnung)**

Wenn die Therapie auf Wunsch des Patienten/der Patientin und/oder der gesetzlichen Vertreter/in schon vor der Leistungszusage der Krankenkasse bzw. im Rahmen der Kurzzeittherapie vor Ablauf der hierbei maßgeblichen Frist von 3 Wochen begonnen wurde, ist der Patient/die Patientin verpflichtet, die Kosten der Behandlung selbst zu tragen. Dies gilt auch, wenn der Patient/die Patientin nach einer Ablehnung der Kostenübernahme wünscht, dass die Therapiesitzungen durchgeführt werden.

Die Kosten für die Therapiesitzungen berechnen sich nach der Ziff. 870 GOP. Sie betragen bei Anwendung eines 2,3-fachen Satzes voraussichtlich 100,55 Euro je Einzelgespräch / Einzelbehandlung von 50 Minuten (vgl. Ziff. 870 GOP). Bei einer Kurzzeittherapie ist von bis zu 24 weiteren Therapiesitzungen auszugehen.

Zudem können zusätzliche Kosten für weitere Diagnostik, Telefongespräche, Bescheinigungen, Befundberichte und andere Mehraufwendungen entstehen, die auf der Grundlage der GOP abgerechnet werden.

#### **Wirtschaftliche Aufklärung**

Wir sind vor Beginn der Behandlung über die vorstehenden Kostenregelungen sowie die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt und darauf hingewiesen worden, dass eine Kostenübernahme durch Erstattungsstellen bzw. die Krankenkasse nicht gesichert ist. Wir sind uns bewusst, dass im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse wir einzeln oder gemeinsam für die Kosten der Behandlung selbst aufzukommen haben. Eine Abschrift von diesem Vertrag haben wir erhalten.

---

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

---

Unterschriften des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin

### **3. Ausfall-Honorarvereinbarung**

Die Praxis des/der Psychotherapeut/in arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h., der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin reserviert im Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin kann von dem/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin als Honorarausfall in Rechnung gestellt werden. Das Honorar wird direkt gegenüber dem Patienten/der Patientin in Rechnung gestellt und wird nicht von der Krankenkasse erstattet.

Sollte der Patient/die Patientin und/oder ein notwendig hinzuziehender gesetzlicher Vertreter zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen.

Bei gemeinsamem Sorgerecht verständigen sich die Sorgeberechtigten darauf, wer die Verantwortung für die Einhaltung oder die rechtzeitige Absage der Termine stellvertretend für den

anderen Sorgeberechtigten mit übernimmt. Dies ist \_\_\_\_\_ (bitte Namen eintragen).

Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin berechnet der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin die Sitzung direkt gegenüber dem Patienten/der Patientin privat (Ausfallhonorar), da dieser Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzt werden kann. Soweit der Termin anderweitig besetzt werden kann, entfällt ein Ausfallhonorar. Bei der Berechnung der Frist von 48 Stunden werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet. Ein Termin zum Beispiel am Montag um 15 Uhr muss also bis Donnerstag um 15 Uhr abgesagt werden, damit kein Ausfallhonorar anfällt. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin kann auf das Ausfallhonorar verzichten, wenn der Patient/die Patientin und/oder der/die gesetzliche Vertreter/in die verspätete Absage nicht verschuldet haben.

Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkasse des/der Patienten/in bzw. des/der Sorgeberechtigten zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt. Der derzeitige Kassensatz beträgt je Therapiestunde von 50 Minuten 88,56 Euro.

#### **Vereinbarung zum Ausfallhonorar:**

Wir sind damit einverstanden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin uns privat (im Falle der gesetzlichen Vertretung dem Patienten/der Patientin) einzeln oder gemeinschaftlich ein Ausfallhonorar in Höhe von 88,56 Euro berechnet, wenn wir einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht mindestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch oder schriftlich per E-Mail absagen und der Termin nicht mit einem anderen Patienten / einer anderen Patientin besetzt werden konnte.

Bei der Berechnung der Frist werden Samstage, Sonn- und Feiertage nicht mit eingerechnet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Krankenkasse nicht für das Ausfallhonorar aufkommt.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und / oder der gesetzlichen Vertreterin

#### **4. Schweigepflicht**

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin wird eventuelle Berichte an den Hausarzt (falls vorhanden) bzw. andere mitbehandelnde Ärzte und Ärztinnen nur nach vorheriger Absprache mit dem Patienten/der Patientin und/ oder des/der gesetzlichen Vertreter/in verfassen. Hierzu wird er/sie gezielt in jedem Einzelfall um die Entbindung von der Schweigepflicht bitten.

Im Rahmen der Kostenübernahmeentscheidung durch die zuständige Krankenkasse ist es notwendig, der Krankenkasse Informationen über Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan zu übermitteln. Diese Informationen können – soweit erforderlich – in anonymisierter Form an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet werden. Der Patient / die Patientin grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme in die übermittelten Informationen.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut im Zusammenhang mit dieser Behandlung keine gerichtlichen Stellungnahmen und Gutachten abgeben wird.

### **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin für die Beantragung der Kostenübernahme einen Bericht über die Beschwerden, die Problematik und den Therapieplan übermittelt, der anonymisiert an einen unabhängigen Gutachter weitergeleitet wird. Insoweit entbinde ich hiermit den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin von seiner / ihrer Schweigepflicht ausdrücklich.

Ich bin mir bewusst, dass meine Erklärung jederzeit widerruflich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin

### **5. Dokumentation**

Im Rahmen der Therapie werden vom Patienten/von der Patientin verschiedene psychologische Fragebögen ausgefüllt. Die Daten dieser Fragebögen werden gespeichert. Sie dienen zur Stellung der Diagnose und zur Qualitätssicherung der Praxis. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben müssen alle Unterlagen (Konsiliarberichte, sonstige Berichte, Testergebnisse etc.) zehn Jahre archiviert werden. Nach Ablauf dieser Frist werden diese Unterlagen vollständig vernichtet.

### **Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz**

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die von mir genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Ich bin mir bewusst, dass meine Erklärung jederzeit widerruflich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Psychotherapeut/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und /oder der gesetzlichen Vertreterin

### **Erklärung zum Sorgerecht und zur gesetzlichen Vertretung:**

Hiermit erkläre ich / erklären wir \_\_\_\_\_ (Namen bitte einfügen),

dass wir für das Kind \_\_\_\_\_ (Name bitte einfügen)

folgende Sorgerechtsregelung haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- das gemeinsame Sorgerecht
- das alleinige Sorgerecht für die Mutter
- das alleinige Sorgerecht für den Vater
- eine andere Sorgerechtsregelung, nämlich \_\_\_\_\_

---

Unterschriften der Eltern

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern: Die gerichtliche Sorgerechtsentscheidung hat mir vorgelegen.

---

Unterschrift der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Name: Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Dipl. Soz.-Päd. Marthe Schönewald  
Anschrift: Dieterichsstraße 5  
Telefon: 0581-38962215  
E-Mail: [info@kjp-schoenewald.de](mailto:info@kjp-schoenewald.de)  
Internet-Adresse: [www.kjp-schoenewald.de](http://www.kjp-schoenewald.de)

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Dipl. Soz.-Päd. Marthe Schönewald  
Anschrift: Dieterichsstraße 5  
Telefon: 0581-38962215  
E-Mail: [info@kjp-schoenewald.de](mailto:info@kjp-schoenewald.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Barbara Thiel  
Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Telefon 0511-120 4500  
Fax 0511-120 4599

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Dipl. Soz.-Päd. M. Schönewald