CONSOS

PRAXISBERICHT

Vom **digitalen Versorgungsprozess** zur **Cloud-Plattform**

Ein Praxisbericht von CONSOS über die Digitalisierung eines Versorgungsprozesses der MyoPro®-Orthese: Von der Anfrage über den Antrag, bis zur Abrechnung und After Sales Begleitung.

we implement **innovation** together

Inhalt

1. Über CONSOS 3

2. Management Summary 4

3. Zielgruppen und Kernthemen 5

4. Über Myomo und die MyoPro®-Orthese 5

5. Exkurs – Versorgungskontext: Warum der Prozess so anspruchsvoll ist 7

5.1 Wer die Betroffenen sind 7
5.2 Rechtlicher Rahmen der Hilfsmittelversorgung 7
5.3 Genehmigungsprozesse und Fristen 8

6. Ausgangslage: die Stakeholder und ihre Rollen 9

6.2 Sanitätshäuser als zwingender Teil der Versorgung 10
6.3 Zusammenarbeit der Stakeholder 11
6.4 Weshalb keine Standardsoftware passte und die Folgekosten 12

7. Einstieg: klein anfangen, schnell produktiv 13

7.1 Prinzip 13
7.2 Priorisierung: Was zuerst gebaut wurde – und was bewusst nicht 13
7.3 Pojektphasen: vier Monate im Überblick 13
7.4 Zusammenarbeit CONSOS & Myomo 14

8. Lösung im Überblick 15

8.1 Technische Basis 15
8.2 Säule 1 – Durchgängige Sicht auf den Patienten 15
8.3 Säule 2 – Automatisierung statt manueller Schritte 16
8.4 Säule 3 – Angebot, Abrechnung und Dokumentation aus einem System 16
8.5 Umsetzung: neun Stationen im System 17

9. Datenübernahme und Umstellung 18

9.1 Ausgangsdaten 18
9.2 Entscheidung: Teilmigration 18
9.3 Umstellung im Team 18

10. Patientendaten, Rollen und Nachweisführung 19

10.1 Cloud-Lösung: Wo die Daten liegen 19
10.2 Rollenmodell und Berechtigungen 19
10.3 Protokollierung 19
10.4 Risiken und Abhängigkeiten 19

11. Vertriebssteuerung und Reporting 20

12. Ergebnis 21

13. Übertragbarkeit: Muster, die sich wiederholen 22

Selbstcheck: Erkennen Sie sich wieder? 22

1. Über CONSOS

CONSOS digitalisiert komplexe Vertriebs- und Versorgungsprozesse auf Basis der Microsoft Power Platform – für Unternehmen, deren Geschäftsmodell keinem Standard folgt und denen Standard-CRMs deshalb nicht reichen.

Wir sind davon überzeugt, dass Verbesserungen nicht nur durch technische Innovationen entstehen, sondern durch einen individuellen Ansatz, der die Menschen hinter der Technik mit einbezieht. Unser Fokus liegt darauf, Probleme zu lösen und Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten. Das gibt unseren Kund*innen die Freiheit, sich auf die Dinge zu konzentrieren, die IT nicht lösen kann.

Wir setzen auf Microsoft als unseren Innovationspartner. Dieser bietet mit Dynamics 365 und der Power Platform das umfangreichste Angebot für Geschäftsanwendungen. Sie ermöglicht die individuelle Nutzung von Anwendungen für verschiedene Fachbereiche und erlaubt eine beispiellose Effizienz und Effektivität über Abteilungsgrenzen hinweg.

Gemeinsam schaffen wir Innovationen!

Kontakt

Ihr Prozess passt in keine Standardsoftware? Sprechen wir darüber, wie ein niederschwelliger Einstieg bei Ihnen aussehen kann.

CONSOS GmbH

Industriestr. 29

82194 Gröbenzell

info@consos.de

www.consos.de

Disclaimer: Teile dieses Dokuments wurden mithilfe von Künstlicher Intelligenz erstellt. Die Inhalte wurden dennoch redaktionell sowie inhaltlich nach bestem Wissen und Gewissen geprüft. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.

2. Management Summary

Myomo Europe GmbH versorgt Menschen mit Lähmungen oder Spastiken in Arm und Hand mit der MyoPro®-Orthese - einer myoelektrischen Armorthese, die durch die EMG Signale aktive Bewegung zurückgibt. Hinter jeder Versorgung steht ein anspruchsvoller Prozess: ärztliche Verordnung, Antrag beim Kostenträger, Anpassung gemeinsam mit dem Sanitätshaus, Einweisung im Alltag, Abrechnung. In dem Prozess sind viele Akteure beteiligt und es herrscht eine durchgängige Dokumentationsaufwand, der in keiner Standardsoftware abgedeckt wird: Standard-CRMs bilden den Vertrieb ab, ERP-Systeme die Abrechnung. Die Lücke wird mit Excel gefüllt. Folglich wächst mit jedem zusätzlichen Patienten der manuelle Aufwand.

CONSOS hat den gesamten Versorgungsprozess auf der Microsoft Power Platform abgebildet – individuell zugeschnitten, komplett digitalisiert und in die Cloud verlagert. Der Einstieg war bewusst niederschwellig: klein angefangen, gemeinsam priorisiert und bereits live nach vier Monaten. Mit dem Go-Live wurden zwei Altsysteme sowie diverse „stand alone“ Excel übersichten abgeschaltet. Heute haben alle Mitarbeitenden einen 360°-Blick auf jeden Patienten, Routineaufgaben laufen automatisiert, und Prozessüberwachung und KPI-Reporting kommen direkt aus dem System.

Kennzahlen im Überblick[1]

Kennzahl	Wert
Zeit bis Go-Live	4 Monate
Abgelöste Altsysteme	2 + 4 Exceltabellen
Stationen des Versorgungspfads im System abgebildet	9
Nutzerinnen und Nutzer im System	18
Durchlaufzeit einer Versorgung vorher → nachher	gleich
Bearbeitungszeit von „Lead/Anfrage“ bis Antrag Versand	deutlich verkürzt
Bearbeitungszeit pro Antrag vorher → nachher	reduziert
Manuell gepflegte Excel-Listen vorher → nachher	Ca. 4 auf 0

[1] Quelle: Tabelleninhalte und Werte: Angaben von John Frijters, Geschäftsführer Myomo Europe GmbH

3. Zielgruppen und Kernthemen

Dieses Dokument richtet sich an Geschäftsführungen, Vertriebs- und IT-Verantwortliche in Unternehmen, deren Kernprozess folgende Merkmale trägt:

- Prozessbeginn mit einem externen Auslöser, den das Unternehmen nicht selbst steuert - im Fall von Myomo eine ärztliche Verordnung.
- Monitoring verschiedener Geschäftsprozesse, z.B.: orthopädischer Eignungstest, Begleitung des Genehmigungsverfahrens, Antragstellung beim Kostenträger u.v.m.
- Monitoring externe Entscheidungen über Freigabe und Kostenübernahme.
- Dokumentation der Bestellung und Auslieferung an Sanitätshaus.
- Individuelle Anpassungen und Zertifizierungen des Kunden.
- Zwischen Erstkontakt und Abrechnung liegen Wochen bis Monate und mehrere Beteiligte.

Dieses Whitepaper beschreibt einen konkreten Fall. Es beschreibt bewusst nicht nur, *was* gebaut wurde, sondern *welche Entscheidungen und Zusammenhänge* dahinterstanden.

4. Über Myomo und die MyoPro®-Orthese

Myomo Inc. ist ein MedTech-Hersteller mit Sitz in Burlington im Großraum Boston, Massachusetts. Das Unternehmen entwickelt und vermarktet unter anderem die MyoPro®-Orthese. Die zugrunde liegende Technologie geht auf patentierte Entwicklungen des Massachusetts Institute of Technology (MIT), der Harvard Medical School und des Unternehmens selbst zurück. Myomo ist in Deutschland vertreten durch die Myomo Europe GmbH mit Sitz in Göttingen. Das Myomo-Team koordiniert die Aktivitäten des Unternehmens in Deutschland und Europa. Dazu gehören etwa der Aufbau des Vertriebsnetzes, die Ausbildung von therapeutischem Fachpersonal für das Training mit der MyoPro®-Orthese und die Organisation von Erprobungstagen an verschiedenen Standorten in Deutschland.



Das MyoPro® ist eine myoelektrische Armorthese für Menschen, die nach einem Schlaganfall, einer Nervenverletzung, nach einem Unfall oder durch andere neuromuskuläre Erkrankungen unter Lähmungen oder Spastiken in Arm und Hand leiden. Über nicht-invasive Sensoren auf der Haut liest die Orthese die Muskelsignale im Mikrovoltbereich am verbliebenen Restgewebe aus und steuert daraus die Bewegung des Arms – der eigene Gedankenimpuls wird wieder zur eigenen Bewegung.

Für die Betroffenen bedeutet das ein Stück zurückgewonnene Selbstständigkeit im Alltag: eine Tasse selbst halten. Beim Anziehen die zweite Hand einsetzen. Eine Tür öffnen, ohne sie mit dem Körper aufzudrücken.

Genau diese Alltagssituationen sind der Maßstab, an dem eine Versorgung gemessen wird.

Geschäftsmodell in Deutschland

Das MyoPro® ist ein hochpreisiges Einzelhilfsmittel, das individuell auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten angepasst wird. In Deutschland erfolgen Vertrieb und Versorgung über die Myomo Europe GmbH, gemeinsam mit und bei einem örtlichen Sanitätshaus, das in Reichweite der Patientin oder des Patienten liegt:

- Myomo bringt als Leistungserbringer Produkt- und Indikationswissen ein, begleitet die Eignungsprüfung, unterstützt bei der Antragstellung und schult den Einsatz im Alltag.
- Das Sanitätshaus übernimmt als Versorgungspartner die handwerkliche Anpassung vor Ort und ist im deutschen System der abgebende Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse.

Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallkassen. Jedoch sind die Leistungserbringer gesetzlich zur Dokumentation des Versorgungsprozesses verpflichtet. Patientinnen und Patienten erhalten ein beratendes Erstgespräch und eine kostenlose Test-Session; Myomo begleitet die Antragstellung bis zum sicheren Einsatz der Orthese im Alltag. Diese Arbeitsteilung ist keine Marketingentscheidung, sondern Konsequenz des deutschen Sozialrechts; mehr dazu im nächsten Kapitel.

Hinweis: Der Abrechnungsprozess bei privatversicherten Patienten läuft im Hintergrund anders ab, kann jedoch gleichwertig abgebildet und begleitet werden. Im Folgenden wird hauptsächlich auf gesetzlich Versicherte eingegangen. Gravierende Unterschiede werden kurz erwähnt.

5. Exkurs – Versorgungskontext: Warum der Prozess so anspruchsvoll ist

5.1 Wer die Betroffenen sind

In Deutschland treten pro Jahr schätzungsweise rund 270.000 Schlaganfall-Neuerkrankungen auf. Der Schlaganfall gilt mit einer Invaliditätsrate von 30 bis 35 Prozent als häufigste Ursache für mittlere und schwere Behinderung im Erwachsenenalter.[2]

Ein erheblicher Teil der Betroffenen behält dauerhafte Funktionseinschränkungen des Arms zurück. Für diese Menschen ist eine Armorthese kein Komfortprodukt, sondern der Unterschied zwischen Assistenzbedarf und Selbstständigkeit. Das erklärt, warum der Versorgungsprozess so sorgfältig geführt werden muss.

5.2 Rechtlicher Rahmen der Hilfsmittelversorgung

Die Annahme, dass man den Geschäftsprozess sicherlich auch einfacher gestalten könnte, stimmt womöglich, jedoch sind die Bedingungen durch den rechtlichen Rahmen definiert. Der Vollständigkeit wegen werden die wichtigsten Vorschriften aus dem fünften Sozialgesetzbuch kurz und vereinfacht skizziert:

Leistungsanspruch (§ 33 SGB V)

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Bemerkenswert für den Prozess: Der Anspruch umfasst ausdrücklich nicht nur das Gerät, sondern auch „die Ausbildung in ihrem Gebrauch" sowie notwendige Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung, Wartung und technische Kontrollen. Die Einweisung im Alltag ist damit keine freiwillige Serviceleistung, sondern Bestandteil der Versorgung. Die Krankenkasse kann die Bewilligung sogar davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen (§ 33 Abs. 5 SGB V).

Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V)

Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. Die Aufnahme erfolgt auf Antrag des Herstellers und setzt den Nachweis von Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualitätsanforderungen und – soweit erforderlich – des medizinischen Nutzens voraus. Die Produktgruppen werden spätestens alle fünf Jahre fortgeschrieben. Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes ist eine hilfreiche Orientierung und erleichtert die Abrechnung, es stellt jedoch keine

[2] Quelle: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/presse/factsheets-fuer-journalisten (Abrufdatum: 25.08.2026)

abschließende Positivliste dar – der Leistungsanspruch der Versicherten ergibt sich unmittelbar aus § 33 SGB V. Auch Orthesen, die (noch) nicht gelistet sind, sind daher von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen, sofern sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Bei Privatversicherten unterscheidet sich das Hilfsmittelverzeichnis von dem der gesetzlich Versicherten, sodass es hier zu Abweichungen im Prozess kommen kann

Vergabe von Hilfsmitteln (§ 126 SGB V)

Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf Grundlage von Verträgen abgegeben werden. Der Nachweis der fachlichen Eignung erfolgt über ein Zertifikat einer unabhängigen Präqualifizierungsstelle; diese Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre befristet. Genau hier liegt der Grund für die Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus: Der präqualifizierte Leistungserbringer ist der Vertragspartner der Kasse.

Verträge und Nachweise (§ 127 SGB V)

Leistungserbringer (z. B. Sanitätshäuser oder Orthopädietechniker) müssen Versicherte vor Inanspruchnahme beraten und die Beratung schriftlich oder elektronisch dokumentieren, bestätigt durch die Unterschrift der versicherten Person. Zudem sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, den gesamten Versorgungsprozess zu dokumentieren – einschließlich der individuellen Bedarfsermittlung, der Einweisung in den Gebrauch sowie – laut den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes im Hilfsmittelverzeichnis – gegebenenfalls den dokumentierten Mehrnutzen bei Wahlleistungen oder Mehrkosten gegenüber standardisierten Kassenleistungen. Krankenkassen und Leistungserbringer schließen Verträge über Versorgungseinzelheiten, Qualität, Preise und Abrechnung. Krankenkassen führen zudem Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch und können Auskünfte und Dokumentation verlangen.

5.3 Genehmigungsprozesse und Fristen

Zwischen Antrag und Genehmigung liegt ein Verfahren mit gesetzlich definierten Fristen (§ 13 Abs. 3a SGB V):

Konstellation	Frist der Krankenkasse
Entscheidung ohne Gutachten	3 Wochen ab Antragseingang
Entscheidung mit Gutachten des Medizinischen Dienstes	5 Wochen ab Antragseingang
Stellungnahme des Medizinischen Dienstes selbst	3 Wochen

Kann die Krankenkasse die Frist nicht einhalten, muss sie das den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt – die sogenannte Genehmigungsfiktion.

Für die Prozessorganisation folgt daraus etwas Konkretes: Fristen sind hier justiziabel. Wer nicht genau weiß, wann welcher Antrag an welche Kasse verschickt wurde und eingegangen ist, verliert nicht nur Übersicht, sondern potenziell Rechtspositionen. Excel-Listen, die nicht sauber gepflegt werden, sind an dieser Stelle ein Risiko.

Krankenkassen haben Anträge auf Bewilligung mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen und können in geeigneten Fällen den Medizinischen Dienst einschalten, um die Erforderlichkeit prüfen zu lassen (§ 33 Abs. 5b, § 275 Abs. 3 SGB V). Jede dieser Prüfungen erzeugt Rückfragen – und jede Rückfrage braucht eine belegbare Antwort. Hier unterstützt das System die Prüfung, da alle Informationen zur Erforderlichkeit beim Patienten hinterlegt sind (siehe Kapitel 10.1).

6. Ausgangslage: die Stakeholder und ihre Rollen

Um den gesamten Prozess und die daraus resultierenden Anpassungen zu verstehen, lohnt es sich zunächst einen genaueren Blick auf die Stakeholder und ihre Rollen innerhalb des Prozesses zu werfen.

Der Prozess lässt sich vereinfacht auf neun Stationen herunterbrechen:

#	Station	Verantwortung	Unterstützung	Inhalte
1	Patientenanfrage	Myomo oder Sanitätshaus	Sanitätshaus oder Myomo	Erstkontakt, Indikationshinweise, Einwilligung
2	Beratendes Erstgespräch	Myomo	Sanitätshaus	Beratungsdokumentation, Ersteinschätzung
3	Eignungsprüfung in einer Test-Session	Myomo, klinische Betreuung		Testprotokoll, Eignungsbeurteilung, Zielsetzung

#	Station	Verantwortung	Unterstützung	Inhalte
4	Ärztliche Verordnung	verordnende Ärztin / verordnender Arzt		Verordnung, medizinische Begründung
5	Antrag bei Kranken- oder Unfallkasse	Sanitätshaus	Myomo	Kostenvoranschlag, Antragsunterlagen, Fristbeginn
6	Anpassung beim Sanitätshaus	Sanitätshaus	Myomo	Maßdaten, Anpassungsprotokoll, Terminkette
7	Übergabe der angepassten Orthese	Myomo	Sanitätshaus	Übergabeprotokoll, Empfangsbestätigung
8	Einweisung im Alltag	Myomo	Sanitätshaus	Schulungsnachweis, Alltagsziele, Nachsorgeplan
9	Abrechnung mit dem Kostenträger	Sanitätshaus,	Myomo	Rechnung, Leistungsnachweis, Abrechnungsbelege

An jeder Station sind andere Beteiligte gefragt, an jeder Station entstehen Dokumente, Fristen und Nachweispflichten.

6.2 Sanitätshäuser als zwingender Teil der Versorgung

Aus dem Zusammenspiel von § 126 und § 127 SGB V ergibt sich die Rollenverteilung fast automatisch:

- Kassen kontrahieren mit präqualifizierten Leistungserbringern.
- Sanitätshäuser steuern die individuelle handwerkliche Anpassung eines Einzelhilfsmittels sowie orthopädietechnische Kompetenz bei.
- Der Hersteller Myomo bringt Produkt- und Indikationswissen ein, das kaum ein einzelner Betrieb für ein Neues Innovatives Produkt vorhalten kann.

Das Sanitätshaus ist damit kein Vertriebskanal, sondern Versorgungspartner. Für die Prozessgestaltung des Herstellers heißt das: Ein wesentlicher Teil des Ablaufs findet

außerhalb der eigenen Organisation statt, mit Terminen, Dokumenten und Zuständigkeiten, die man nicht selbst kontrolliert, aber lückenlos nachhalten muss.

Sanitätshäuser unterliegen bei der Kommunikation und Dokumentation an dieser Stelle keinem Softwarestandard, sondern sie agieren als individuelle und selbstständige Unternehmen. Die Schnittstelle zwischen Sanitätshaus und Hersteller ist folglich nicht automatisiert. Der regelmäßige direkte und persönliche Austausch zwischen den Myomo- und Sanitätshaus-Mitarbeitenden ist weiterhin erforderlich. Automatische Fristen, Erinnerungsfunktionen und Vollständigkeitsüberprüfungen unterstützen den Dokumentationsprozess.

6.3 Zusammenarbeit der Stakeholder

Die Patientin oder der Patient steht im Mittelpunkt, Ärztinnen und Ärzte stellen die Verordnung, das Sanitätshaus übernimmt als Versorgungspartner die individuelle Anpassung, die Krankenkasse oder Unfallkasse entscheidet über den Antrag, und das Myomo-Team begleitet die gesamte Strecke – vom Vertrieb über die klinische Betreuung bis zum Backoffice.

Beteiligte	Rolle im Prozess	Vorteile
Patientin / Patient	steht im Mittelpunkt	Schnellerer Weg zu einer Orthese, die im Alltag Selbstständigkeit zurückgibt
Ärztin / Arzt	ärztliche Verordnung, medizinische Begründung	Klare, vollständige Unterlagen ohne Nachforderungsschleifen
Sanitätshaus	Versorgungspartner, handwerkliche Anpassung, Leistungserbringer gegenüber der Kasse	Verlässliche Terminkette, vollständige Unterlagen, schnelle Rückmeldung
Kranken- / Unfallkasse	Entscheidung über den Antrag, Prüfrechte	Belegbare Antworten auf Rückfragen, nachvollziehbare Dokumentation
Myomo Europe GmbH	Produkt- und Indikationswissen, Begleitung der gesamten Strecke	Ein Vorgang statt verstreuter Ablagen

Die neue Plattform ist der rote Faden durch dieses Zusammenspiel:

Sie hält fest, welche Station erreicht ist, welche Dokumente vorliegen, welche Beteiligten als Nächstes gefragt sind. Für Myomo bedeutet das die verlässliche Koordination über lange Strecken; für die Beteiligten außerhalb - vom Sanitätshaus bis zum Kostenträger - stehen schnelle und belegbare Antworten zur Verfügung.

6.4 Weshalb keine Standardsoftware passte und die Folgekosten

Die Kombination aus hochpreisigem Einzelhilfsmittel, ärztlicher Verordnung, Kassenantrag und gemeinsamer Versorgung mit Sanitätshäusern folgt einem sehr individuellen Prozess.

Der Prozess war deshalb auf eine Mischung aus Excel-Listen und verschiedenen Einzeltools verteilt, teils Werkzeuge, die für ganz andere Aufgaben gedacht waren und für den Versorgungsprozess „verbogen" wurden. Zusätzlich existierten ein CRM und ein separates Tool für Angebote und Rechnungen – beide für ihre eigentlichen Zwecke gut, aber nicht für den deutschen Versorgungsprozess geeignet.

Mit jedem zusätzlichen Patienten wuchs der manuelle Aufwand linear mit – und mit ihm die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler entstehen, Informationen in den Lücken zwischen den Tools verloren gehen und Zeit verloren geht.

Vier typische Kostenarten, die in keiner Rechnung auftauchen:

1. Suchzeit: Jede Rückfrage löste eine Recherche über mehrere Ablagen aus.
2. Doppelerfassung: Dieselben Stammdaten wurden mehrfach in Interessentenliste, CRM und Abrechnungstool gepflegt
3. Personengebundenes Wissen: Der Stand eines Vorgangs war oft nur einer Person bekannt. Berufliche Auslastung an anderer Stelle, Abwesenheiten, Urlaub und Krankheit wurden zum Prozessrisiko.
4. Blinde Flecken in der Steuerung: Eine Pipeline-Auswertung war nur als manuelle Momentaufnahme möglich und nach kürzester Zeit bereits wieder veraltet.

7. Einstieg: klein anfangen, schnell produktiv

7.1 Prinzip

CONSOS hat bewusst niederschwellig begonnen: erst den Prozess verstehen, dann die Stationen des Versorgungspfads sauber definieren, dann gemeinsam mit Myomo priorisieren, was zuerst gebaut wird.

7.2 Priorisierung: Was zuerst gebaut wurde – und was bewusst nicht

Das erste Release umfasste bewusst die essenziellen Basisinhalte:

- Der Versorgungsvorgang als führendes Objekt, mit allen neun Stationen als definierte Status (siehe Kapitel 8.5)
- Strukturierte Erfassung jeder Anfrage an einer einzigen Stelle - ein Single Point of Truth: Stammdaten, Status und Dokumente werden genau einmal geführt, alle Beteiligten arbeiten auf demselben Datensatz
- Dokumentenablage direkt am Vorgang, (Datenspeicherung siehe Kapitel 10.1)
- Sichtbarkeit für das gesamte Team (Rollenmodell siehe Kapitel 10.2)

Bewusst auf eine zweite Phase verschoben

- Angebots- und Rechnungserstellung: erst in Ausbaustufe zwei, weil zunächst die Vorgangstransparenz den größeren Engpass löste
- Detaillierte Auswertungen: erst sinnvoll, wenn saubere Daten vorliegen
- Automatisierte Kommunikation mit externen Partnern: erst, wenn der interne Ablauf stabil läuft

Das Zurückstellen einzelner Bausteine war dabei die wichtigere Entscheidung. Wer zuerst die Rechnungsstellung baut, braucht ein vollständiges Datenmodell, saubere Stammdaten und geklärte Schnittstellen als Grundlage - und ist nach vier Monaten noch nicht produktiv. Wer zuerst Basis- und Stammdaten transparent aufbaut, hat nach wenigen Wochen ein System, das täglich benutzt wird und die Vorgänge beschleunigt

7.3 Pojektphasen: vier Monate im Überblick

Der folgende Überblick ist schematisch und nennt keine genauen Zeitpunkte oder Zeiträume. Die Phasen greifen ineinander, und manches lässt sich erst im Nachgang klar voneinander trennen.

Phase	Thema	Inhalt	Ergebnis
1	Prozessaufnahme	Der reale Versorgungsablauf wird mit den Beteiligten aufgenommen; Entwurfsfassung eines digitalen Versorgungsprozesses	Prozesslandkarte mit neun Stationen, Rollen und Dokumenten
2	Priorisierung	Einbindung der Mitarbeitenden zur Priorisierung und Gestaltung des Versorgungsprozesses	Abgestimmter Umfang für Release 1
3	Aufbau	Datenmodell, Anwendung, erste Automatisierungen	Lauffähiges System mit echten Daten
4	Datenmigration	Datenübernahme	Nahtloser Übergang zwischen altem und neuem System ermöglichen,
5	Start und Schulungen	Go-Live und Schulung der Mitarbeitenden, Beantworten von Rückfragen	Produktivbetrieb, zwei Altsysteme abgeschaltet

7.4 Zusammenarbeit CONSOS & Myomo

Das Projekt startete nicht auf der grünen Wiese: Es gab bereits ein CRM, ein separates Tool für Angebote und Rechnungen sowie gewachsene Excel-Listen. Die einzelnen Anforderungen der Prozessschritte waren zu Beginn bekannt, aber organisch mit der jeweils eingesetzten Software verwachsen.

Das Vorgehen war nicht agil im Methodensinne, aber getaktet:

- Feste Ansprechpartner auf beiden Seiten. Keine wechselnden Zuständigkeiten, keine Übersetzungsschleifen.
- Kernteam aus zwei Personen - eine bei Myomo, eine bei CONSOS.
  CONSOS stellte einen festen Ansprechpartner, der zu 100 % für das Projekt zuständig war. Der Mitarbeiter hat mitgedacht, mitentwickelt und aktiv zur technischen Automatisierung des Versorgungsprozesses beraten.
- Bei Myomo war der Entscheidungsträger gleichzeitig aktiv mitarbeitender Geschäftsführer und kannte sowohl sein Team als auch die Geschäftsprozesse im Detail. Entscheidungen fielen deshalb direkt im Termin.
- Kurze Abstimmungszyklen mit sichtbarem Zwischenstand. Gezeigt wurde die funktionierende Software, keine Präsentationen.
- Anforderungen aus dem Tagesgeschäft flossen laufend ein - gegen eine gemeinsam priorisierte Liste.

8. Lösung im Überblick

8.1 Technische Basis

CONSOS hat den gesamten Versorgungsprozess auf der Microsoft Power Platform abgebildet:

- Microsoft Dataverse als Datenbasis – die Datenplattform der Power Platform, in der Patientenvorgänge, Kontakte, Dokumente und Aktivitäten strukturiert gespeichert werden.
- Microsoft Power Apps als Anwendungsebene – die Oberfläche, mit der das Team täglich arbeitet, aufgebaut auf dem Datenmodell in Dataverse.
- Microsoft Power Automate für die Automatisierungen – Cloud-Flows, die durch Ereignisse im System, durch Termine oder manuell ausgelöst werden.
- Eingebettet in Microsoft 365, wodurch Mail, Kalender und Dokumente Teil desselben Arbeitsplatzes bleiben.

Die Lösung ist individuell auf das Geschäftsmodell zugeschnitten – weil das Geschäftsmodell sehr individuell ist.

8.2 Säule 1 – Durchgängige Sicht auf den Patienten

Jede Anfrage wird strukturiert erfasst und durchläuft definierte Prozess-Stationen. Alle Informationen, Dokumente und Kontakte liegen an einem Ort. Jeder im Team sieht jederzeit, wo eine Versorgung steht – der 360°-Blick gilt für alle Mitarbeitenden und alle Patientinnen und Patienten.

Konkret bedeutet das für einen einzelnen Vorgang:

- Stammdaten und Indikation – wer ist die Person, welche Diagnose, welche Zielsetzung
- Beteiligte – verordnende Praxis, Sanitätshaus, Kostenträger, betreuende Rollen bei Myomo
- Status und Historie – welche Station ist erreicht, wann wurde sie erreicht, durch wen
- Dokumente – Verordnung, Testprotokoll, Kostenvoranschlag, Genehmigung, Übergabeprotokoll, Schulungsnachweis
- Fristen und Termine – Antragseingang, laufende Kassenfrist, vereinbarte Anpassungstermine
- Kommunikation – was wurde wann mit wem besprochen

Der Unterschied zum Vorzustand ist nicht, dass diese Informationen neu wären. Sie existierten vorher auch – nur eben verteilt. Der Unterschied ist, dass sie jetzt ein Objekt bilden.

8.3 Säule 2 – Automatisierung statt manueller Schritte

Power Automate übernimmt Datenübertragungen, Standardmails und Statusänderungen. Was früher händisch zwischen Tools übertragen wurde, läuft heute im Hintergrund – nachvollziehbar und ohne Übertragungsfehler.

Typische Automatisierungen im Versorgungsprozess:

Auslöser	Was automatisch passiert
Neue Anfrage geht ein	Vorgang wird angelegt, Zuständigkeit vergeben, Eingangsbestätigung versendet
Test-Session terminiert	Termindaten an alle Beteiligten, Protokollvorlage wird bereitgestellt
Antrag beim Kostenträger eingereicht	Fristbeginn wird gesetzt, Wiedervorlage automatisch erzeugt
Frist läuft ab	Rechtzeitige Erinnerung an die zuständige Rolle
Genehmigung erfasst	Status wechselt, nächste Station wird aktiviert, Beteiligte werden informiert
Übergabe dokumentiert	Abrechnungsvorgang wird vorbereitet

Der Effekt ist weniger spektakulär, als er klingt, und genau deshalb wirksam: Es geht nicht darum, komplexe Entscheidungen zu automatisieren, sondern darum, dass niemand mehr daran denken muss, eine Frist zu notieren.

8.4 Säule 3 – Angebot, Abrechnung und Dokumentation aus einem System

Mit dem Go-Live wurden zwei bisherige Systeme abgelöst. Vom Erstkontakt bis zur Abrechnung entsteht ein lückenloser Audit-Trail – Rückfragen der Kostenträger lassen sich direkt aus dem System beantworten.

Das ist der Punkt, an dem der rechtliche Rahmen aus Kapitel 5 auf die Technik trifft: Wenn eine Krankenkasse im Rahmen einer Auffälligkeits- oder Stichprobenprüfung nach § 127 SGB V Auskunft und Dokumentation verlangt, liegt die Antwort in einem Vorgang – nicht in fünf Postfächern.

8.5 Umsetzung: neun Stationen im System

Der Versorgungsprozess gliedert sich in neun Stationen. Jede Station ist im System als eigener Schritt am Vorgang abgebildet, mit klar definierten Systeminhalten: Dokumentationsstandard, Fristen und Nachweispflichten direkt an der jeweiligen Stelle:

#	Station	Systeminhalte
1	Anfrage	Strukturierte Erfassung über einen Eingang, automatische Vorgangsanlage und Zuordnung
2	Erstgespräch	Gesprächsdokumentation am Vorgang, Beratungsnachweis nach § 127 SGB V ablegbar
3	Test-Session	Terminierung, Protokollablage, Eignungsbeurteilung als strukturiertes Feld
4	Ärztliche Verordnung	Dokumentenablage, Vollständigkeitsprüfung, Statuswechsel
5	Antrag	Zusammenstellung der Unterlagen, Fristbeginn, automatische Wiedervorlage
6	Anpassung	Koordination mit dem Sanitätshaus, Terminkette, Anpassungsdokumentation
7	Übergabe	Übergabeprotokoll, Empfangsbestätigung, Seriennummer und Gerätezuordnung
8	Einweisung	Schulungsnachweis nach § 33 Abs. 4 SGB V, Nachsorgeplan, Folgetermine
9	Abrechnung	Vollständiger Leistungsnachweis aus dem Vorgang heraus, Abrechnungsstatus

9. Datenübernahme und Umstellung

9.1 Ausgangsdaten

Zu übernehmen waren Daten aus drei Quellen mit sehr unterschiedlicher Qualität:

- Excel-Listen – gewachsen, mit Freitextfeldern, uneinheitlichen Schreibweisen und Statusangaben, die es offiziell nicht gab
- Das bisherige CRM – strukturiert, aber mit einem Datenmodell, das den Versorgungsprozess nicht kannte
- Das Angebots- und Rechnungstool – saubere Belegdaten, aber ohne Verbindung zum jeweiligen Patientenvorgang

9.2 Entscheidung: Teilmigration

Eine vollständige Übernahme aller historischen Daten wäre teuer gewesen und hätte alte Unschärfen ins neue System getragen. Stattdessen wurde unterschieden:

Datenbestand	Entscheidung
Anforderungen an Teilmigration	- Laufende Fälle sollen live-übertragen werden; - nahtloses Weiterarbeiten gewährleisten, - geringe Übergangszeiten;
Laufende Vorgänge	- Vollständig übernommen und im System fortgeführt
Abgeschlossene Vorgänge	- Opportunities werden übernommen - Umsätze aus Vorjahr (2024 – 2025) übernommen
Stammdaten Kontakte und Partner	- Übergabe bereinigter Daten: aktuelle Kontakte & Partner (Vorarbeit an anderer Stelle notwendig)

9.3 Umstellung im Team

Ein System, das technisch funktioniert, ist noch kein System, das benutzt wird. Drei Dinge haben die Umstellung getragen:

1. Frühe Beteiligung statt später Schulung. Wer den Prozess täglich ausführt, hat ihn mit definiert. Die Anwendung war zum Go-Live niemandem fremd.
2. Ein harter Schnitt bei den Altsystemen. Beide wurden mit dem Go-Live abgeschaltet. Parallelbetrieb hätte bedeutet, dass die Hälfte des Teams beim Gewohnten bleibt – und das neue System nie vollständige Daten hat.
3. Schnelle Korrekturschleifen in den ersten Wochen. Was im Alltag störte, wurde kurzfristig geändert, nicht auf das nächste Release vertagt.

10. Patientendaten, Rollen und Nachweisführung

Im Versorgungsprozess werden Gesundheitsdaten verarbeitet – nach Artikel 9 DSGVO besonders geschützte Datenkategorien. Das stellt an eine Plattform vier Anforderungen.

10.1 Cloud-Lösung: Wo die Daten liegen

Umgebungen der Power Platform werden regionsspezifisch angelegt. Wird eine Umgebung in der Region Europa erstellt, werden Anwendung, Dataverse-Datenbank und Konnektoren in europäischen Rechenzentren gehostet; die Daten verbleiben im Rahmen der EU-Datengrenze (European Union Data Boundary) innerhalb der EU beziehungsweise EFTA.

Microsoft agiert dabei als Auftragsverarbeiter und verarbeitet Kundendaten nach dokumentierten Weisungen des Verantwortlichen. Die Power-Platform-Dienste sind nach ISO/IEC 27001 zertifiziert.

10.2 Rollenmodell und Berechtigungen

Dataverse arbeitet mit einem rollenbasierten Sicherheitsmodell:

- Sicherheitsrollen bündeln Berechtigungen und werden Benutzern oder Teams zugewiesen.
- Geschäftseinheiten bilden Sicherheitsgrenzen innerhalb der Organisation.
- Zugriff auf Datensatzebene unterscheidet zwischen eigenen Datensätzen, Datensätzen der Geschäftseinheit und der gesamten Organisation.
- Spaltenbezogene Sicherheit erlaubt es, einzelne Felder gesondert zu schützen – etwa besonders sensible Angaben innerhalb eines ansonsten breiter sichtbaren Vorgangs.

Der 360°-Blick ist damit kein Widerspruch zum Datenschutz, sondern eine bewusste Konfiguration: Das Team sieht, was es für die Versorgung braucht – nicht mehr, aber auch nicht weniger.

10.3 Protokollierung

Dataverse protokolliert Änderungen an Datensätzen sowie Benutzerzugriffe. Welche Tabellen und Spalten protokolliert werden und wie lange die Protokolle aufbewahrt werden, wird pro Umgebung konfiguriert.

Für den Versorgungsprozess heißt das: Wer wann welchen Status gesetzt, welches Dokument hinterlegt oder welche Angabe geändert hat, ist nachvollziehbar – ohne dass jemand ein separates Protokoll führen muss.

10.4 Risiken und Abhängigkeiten

Die Lösung bringt Abhängigkeiten mit sich, die bewusst in Kauf genommen wurden:

- Die Plattform ist cloudbasiert und damit dauerhaft auf eine Internetverbindung angewiesen; eine Offline-Funktion gibt es nicht.
- Die mobile Nutzung - etwa beim Termin im Sanitätshaus - setzt eine durchgängig verfügbare Datenverbindung voraus.
- Der Datenspeicher wird von einem US-amerikanischen Unternehmen betrieben. Die Daten liegen zwar in europäischen Rechenzentren, eine vollständig unabhängige Daten-Infrastruktur besteht damit aber nicht. Um die Risiken und Folgen der Abhängigkeit genau beschreiben zu können, fehlt es an Präzedenzfällen und Referenzbeispielen.

11. Vertriebssteuerung und Reporting

Die Plattform ist mehr als eine Prozessakte: Sie ist zugleich das Steuerungsinstrument für den Vertrieb. Jede Versorgung ist Teil einer Pipeline mit definierten Stationen – vom Erstkontakt über die Eignungsprüfung bis zur Versorgung und Nachsorge.

Übergaben zwischen den Rollen – Vertrieb, klinische Betreuung, Backoffice – sind im System verankert: Wer übernimmt wann, mit welchen Informationen, mit welchem nächsten Schritt. Nichts hängt mehr an Zuruf, E-Mail-Postfächern oder dem Gedächtnis Einzelner.

Auswertung

Auswertung	Wozu
Pipeline-Stand nach Station	Wo stauen sich Vorgänge, wo fehlt Kapazität
Durchlaufzeit je Station	Welche Station kostet die meiste Zeit – und ist sie beeinflussbar
Genehmigungsquote und Rückfragehäufigkeit je Kostenträger	Wo lohnt sich eine bessere Antragsbegründung
Forecast	Welche Versorgungen sind in welchem Zeitraum zu erwarten
Offene Fristen	Was läuft in den nächsten 14 Tagen ab

Die Auswertungen kommen direkt aus dem System – ohne manuell gepflegte Auswertungslisten. Die Führung steuert auf Basis derselben Daten, mit denen das Team täglich arbeitet: eine Single Source of Truth für den gesamten Versorgungsprozess.

Der eigentliche Gewinn ist dabei weniger die Auswertung selbst als ihre Aktualität. Eine monatliche Momentaufnahme beschreibt einen Zustand, den es nicht mehr gibt. Eine Auswertung aus dem operativen System beschreibt den Zustand von jetzt.

12. Ergebnis

Der Versorgungsprozess läuft heute komplett digital und komplett in der Cloud – auf einer Plattform statt verteilt über Excel-Listen, Einzeltools und zwei getrennte Systeme. Konkret:

- Live nach vier Monaten – niederschwelliger Einstieg, schnell produktiv.
- Zwei Altsysteme mit dem Go-Live abgeschaltet – Angebot, Abrechnung und Dokumentation aus einem System.
- 360°-Blick aller Mitarbeitenden auf alle Patientinnen und Patienten – alle Informationen, Dokumente und Kontakte an einem Ort.
- Automatisierte Routineaufgaben statt manueller Übertragungen.
- Fristen werden systemseitig überwacht statt individuell erinnert.
- Vertriebssteuerung und Reporting direkt aus dem System, lückenloser Audit-Trail für Kostenträger-Rückfragen.
- Kontinuierlicher Ausbau entlang einer gemeinsam priorisierten Roadmap.

"CONSOS versteht unsere Prozesse mindestens so gut wie wir selbst."

John Frijters, Myomo Europe GmbH (2026)Myomo

13. Übertragbarkeit: Muster, die sich wiederholen

So individuell der Myomo-Prozess ist – seine Muster finden sich in vielen Branchen wieder: die ärztliche Verordnung als Prozessstart, der Antrag beim Kostenträger mit Genehmigungsstrecke, die individuelle Anpassung mit mehreren Beteiligten, die Dokumentationspflicht über die gesamte Strecke und viele Stakeholder über lange Zeiträume hinweg.

Für die Orthopädietechnik und Hilfsmittelproduzenten ist die Logik nahezu deckungsgleich: Versorgungspfad mit Genehmigungsstrecke, Kassen-Kommunikation, Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern, Präqualifizierung und Nachweispflichten nach denselben Vorschriften.

Für den medizinischen Vertrieb gelten dieselben Muster: hochpreisiges Einzelprodukt, individuelle Versorgung, regulatorische Nachweispflichten – und ein Standard-CRM, das genau daran scheitert.

Für Vertriebsorganisationen mit langer Lead-to-Cash-Kette außerhalb des Gesundheitswesens gilt die Struktur ebenfalls, sobald eine externe Genehmigung, eine individuelle Anfertigung und ein Ausführungspartner im Spiel sind.

Selbstcheck: Erkennen Sie sich wieder?

Je mehr Punkte zutreffen, desto wahrscheinlicher ist, dass Standardsoftware Ihren Kernprozess nicht abbildet:

- ☐ Ihr wichtigster Prozess beginnt mit einem externen Dokument, das Sie nicht selbst erzeugen.
- ☐ Zwischen Auftrag und Lieferung entscheidet ein Dritter über die Genehmigung.
- ☐ Es gibt gesetzliche oder vertragliche Fristen, deren Versäumnis Konsequenzen hat.
- ☐ Ein wesentlicher Teil der Leistung wird von einem Partner erbracht, den Sie nicht steuern.
- ☐ Ihre Mitarbeitenden pflegen Excel-Listen, die es offiziell nicht gibt.
- ☐ Der Stand eines Vorgangs ist häufig nur einer einzelnen Person bekannt.
- ☐ Eine Rückfrage von außen löst eine Suche über mehrere Ablagen aus.
- ☐ Ihre Vertriebsauswertung ist eine manuell erstellte Momentaufnahme.

Die Antwort ist in all diesen Fällen dieselbe wie bei Myomo: den realen Prozess abbilden, statt ihn in eine Standardsoftware zu pressen – niederschwellig starten, schnell produktiv werden, dann gezielt ausbauen.