

## Produkttraster als Grundlage für die Entwicklung gesundheitstouristischer Angebote



### Arbeitsblatt

#### I. TITEL

<b>Titel/ Name</b> <i>(vorläufiger Arbeitstitel)</i>	
---	--

#### Zielgruppe, Leistungen und Kundennutzen

#### II. ZIELGRUPPE

Hauptzielgruppe (Mehrfachnennung möglich)		
<p><b>Gesunde</b>, die in einem bestimmten Bereich etwas für ihre <b>Gesunderhaltung</b> tun möchten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Leistungssportler</li> <li><input type="checkbox"/> Sportvereine</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen, die ihre Belastbarkeit checken wollen</li> <li><input type="checkbox"/> Sportinteressierte, die einen leichten Einstieg suchen</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen, die durch Bewegung ihre Fitness steigern möchten</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen, die durch Bewegung Krankheiten vorbeugen wollen</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen mit leichten Rückenschmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen, die gesund abnehmen wollen</li> <li><input type="checkbox"/> Gestresste Manager</li> </ul>	<p>Menschen mit (leichten) <b>Vorerkrankungen</b>, die gezielt ihren <b>Gesundheitszustand verbessern</b> möchten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menschen mit (leichten) Krankheiten des Bewegungsapparates</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen mit (leichten) Krankheiten des Verdauungsapparates</li> <li><input type="checkbox"/> Menschen mit (leichten) Krankheiten des Herzkreislaufsystems</li> </ul>	<p>Menschen mit <b>Handicap – auch chronisch Kranke, die aktiv sind, deren Erkrankung aber ein Handicap zur Folge hat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menschen, die stressfrei barrierefrei Reisen wollen</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegende, die eine Auszeit brauchen, aber gemeinsam mit ihren Angehörigen reisen möchten</li> <li><input type="checkbox"/> Sportinteressierte Menschen mit Handicap</li> <li><input type="checkbox"/> Leistungssportler mit Handicap</li> <li><input type="checkbox"/> Rolli-Fahrer</li> <li><input type="checkbox"/> Blinde</li> <li><input type="checkbox"/> Entzündlich Rheumakranke (vor allem Spondylitis Ankylosans, weniger Polyarthritits)</li> <li><input type="checkbox"/> MS-Erkrankte</li> </ul>

<input type="checkbox"/> Menschen, die sich gestresst fühlen <input type="checkbox"/> Unternehmen, die BGF anbieten <input type="checkbox"/> Personen, die einen gesunden Lebensstil z.B. durch Bewegung, Ernährung, Entspannung etc. verfolgen <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Parkinson-Erkrankte <input type="checkbox"/> Aphasiker / Gehörgeschädigte <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzpatienten mit Bezug zum Bewegungsapparat (Osteoporose, Arthrose usw.) <input type="checkbox"/> Schlafapnoiker <input type="checkbox"/> "Seltene Chroniker" wie unter <a href="http://www.achse-online.de/de/Mitgliedsvereine/Mitgliederverzeichnis.php">www.achse-online.de/de/Mitgliedsvereine/Mitgliederverzeichnis.php</a> <input type="checkbox"/> Sonstige _____
--	---	--

### III. KERNLEISTUNG – Hauptleistung (bitte nur eine Leistung nennen)

<b>Medizinisch-therapeutische Kernleistung</b>	
<b>Präventionsorientierte Kernleistung</b>	
<b>Kernleistung für Menschen mit Handicap</b>	
<b>Kernleistung für chronisch Kranke Menschen</b>	
<b>Sportevents/ -veranstaltungen</b>	
<b>Kooperationspartner (bitte Namen nennen)</b>	

### IV. ERGÄNZUNGSLEISTUNG

<b>Ergänzende Leistungen (thematisch passend zur Kernleistung) geplant?</b>	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Art der Leistung?</b>	<input type="checkbox"/> Bewegung in der Natur, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Sportkurs, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Seminar, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Wellnessangebot, z.B. _____	<input type="checkbox"/> Entspannungskurs, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Ernährungsangebot, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Laufkurs, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
	<b>Kooperationspartner (bitte Namen nennen)</b>	

<b>Bestandteil des Gesamtpaketes?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---

<b>Übernachtung</b>	
<b>Übernachtungsangebot geplant?</b>	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja
<b>Betriebsname</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Barrierefreiheit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Klassifizierung</b>	<input type="checkbox"/> DEHOGA (Hotel) <input type="checkbox"/> DTV(Ferienwohnung) <input type="checkbox"/> keine
<b>Gütesiegel</b>	<input type="checkbox"/> Service Qualität Deutschland
	<input type="checkbox"/> Bett+Bike
<b>Gütesiegel</b>	<input type="checkbox"/> Wanderbares Deutschland
	<input type="checkbox"/> Bett+Kanu
<b>Gütesiegel</b>	<input type="checkbox"/> Reisen für Alle
	<input type="checkbox"/> Rolliplus
<b>Gütesiegel</b>	<input type="checkbox"/> Sonstiges_____
	<input type="checkbox"/> Sonstiges_____
<b>Bestandteil des Gesamtpaketes?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Gastronomie</b>	
<b>Gastronomisches Angebot geplant?</b>	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> VP
<b>Betriebsname</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Barrierefreiheit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gesundheitsorientierte Angebote</b>	<input type="checkbox"/> Allergiker freundlich
	<input type="checkbox"/> vegetarisch
<b>Gesundheitsorientierte Angebote</b>	<input type="checkbox"/> Diätkost
	<input type="checkbox"/> regionale/ saisonale Produkte
<b>Gesundheitsorientierte Angebote</b>	<input type="checkbox"/> Bio
	<input type="checkbox"/> Sonstiges_____
<b>Bestandteil des Gesamtpaketes?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Kultur- und Freizeitangebote</b>	
<b>Kultur- und Freizeitangebot geplant?</b>	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja

<b>Art des Angebotes?</b>	<input type="checkbox"/> Stadtführung/-spaziergang, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Konzert <input type="checkbox"/> Kreativ-/ Handwerksworkshop, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Ausstellung	<input type="checkbox"/> Besichtigung von Sehenswürdigkeiten, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Theater-/ Opernvorstellung <input type="checkbox"/> Museum, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<b>Ansprechpartner</b>		
<b>Bestandteil des Gesamtpaketes?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Natur- und Aktivangebote</b>		
<b>Natur-/ Aktivangebot geplant?</b>	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Art des Angebotes?</b>	<input type="checkbox"/> Radtour, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Wasseraktivität, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Kutsch- und Planwagenfahrten <input type="checkbox"/> Laufen, z.B. _____	<input type="checkbox"/> Wandern, z.B. _____ <input type="checkbox"/> Besuch im Tierpark <input type="checkbox"/> Segway Tour <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<b>Ansprechpartner</b>		
<b>Bestandteil des Gesamtpaketes?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## V. MOBILITÄT

<b>An- und Abreise</b>	<input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Abhol- und Bringservice von daheim <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Fahrservice vor Ort <input type="checkbox"/> eigener PKW
<b>Mobilität vor Ort</b>	<input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Fahrradleihe <input type="checkbox"/> Fahrservice

## VI. MEHRWERT FÜR DEN GAST

Was ist der <b>konkrete Mehrwert/ der gesundheitliche Nutzen für den Gast?</b> (ggf. messbar)

## VII. ALLEINSTELLUNGSMERKMAL

Was ist das **besondere an Ihrem Angebot und wodurch unterscheidet es sich** von anderen?

--

## Reisedauer und -zeitraum sowie Gruppengröße

## VIII. AUFENTHALTSDAUER

- Tagesangebot für \_\_\_\_ Stunden  
 Mehrtages-Angebot mit \_\_\_\_ Tagen bzw. ab \_\_\_\_ Tage

## IX. REISEZEITRAUM

- ganzjährig       saisonal       auf Anfrage       nur zu festen Terminen, und zwar \_\_\_\_\_

## X. TEILNEHMERZAHL

- Individual       Gruppe      Mindestteilnehmerzahl \_\_\_\_      Maximale Teilnehmerzahl \_\_\_\_

## Preis

## XII. PREIS

Leistung	Preis p.P.
<b>Feste Leistungen</b>	
<b>Summe</b>	
<b>Optionale Leistungen</b>	
<b>Summe</b>	
<b>Vertriebs- und Marketingkosten</b>	
<b>Gewinn</b>	
<b>MwSt</b>	

<b>Endpreis für den Kunden</b>	
<b>Kofinanzierung durch Krankenkasse</b>	<b>Vorhanden</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  <b>Angestrebt</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**Leistungsbeschreibung und Ablauf**

**XII. LEISTUNGSBESCHREIBUNG**

**Attraktive Beschreibung Ihrer Leistung (ca. 500 bis 800 Zeichen)**  
 (als Vorbereitung für die Vermarktung auf Webseiten, in Broschüre etc.)  
 Nehmen Sie auch auf den Mehrwert für Ihren Gast Bezug: Warum soll er Ihr Produkt buchen?

**XIII. ABLAUF DER REISE**

**Leistungsbestandteile im Überblick**  
 Beschreiben Sie für Ihren Gast den konkreten Ablauf/ das konkrete Programm der Reise.

Tag	Uhrzeit	Ablauf	Leistung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

**Vermarktung und Buchungsstelle**

#### XIV. VERMARKTUNG

<input type="checkbox"/> eigene Website	<input type="checkbox"/> Landes-/ regionale Marketingorganisationen
<input type="checkbox"/> Website der Kooperationspartner	<input type="checkbox"/> lokale Tourist Infos
<input type="checkbox"/> spezialisierte Reiseveranstalter	<input type="checkbox"/> spezifische Plattformen/ Portale
<input type="checkbox"/> Krankenkassen	<input type="checkbox"/> spezielle Magazine
<input type="checkbox"/> Social media	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<b>Maßnahmen zur Vorabinformation</b> (Zusendung von Material, Material zum Download auf der Website, z.B. Programminfos etc.)	
<b>Maßnahmen zur Nachbetreuung</b> (Nachbehandlung und Kontrollen zu Hause (z.B. online, telefonisch), Newsletter, Gesundheitstipps für zu Hause; Kundenfeedback etc.)	

#### XV. BUCHUNG

<input type="checkbox"/> eigene Website (schriftlich, telefonisch, Direktbuchung)	<input type="checkbox"/> Landes-/ regionale Marketingorganisationen
<input type="checkbox"/> Website der Kooperationspartner	<input type="checkbox"/> lokale Tourist Infos
<input type="checkbox"/> spezialisierte Reiseveranstalter	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<b>Veranstalter der Reise im Sinne des Reiseveranstalterrechts</b> (wer übernimmt die Veranstalterhaftung?)	

#### XVI. ANSPRECHPARTNER

<b>Zentraler Ansprechpartner/ Produktverantwortlicher</b> (vor/ während/ nach dem Aufenthalt), ggf. mehrere Ansprechpartner nennen	
<b>Zentraler medizinisch-therapeutischer Ansprechpartner</b> (vor/ während/ nach dem Aufenthalt) ggf. mehrere Ansprechpartner nennen	

## Ansprechpartner

*Bitte nennen Sie den Ansprechpartner für die Produktentwicklung*

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Betrieb/ Institution: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_