

# 36 Fragen,

die Ihre Zukunft verändern können!

## 1. Allgemeiner Teil

Sie gehören dem

mittleren Dienst

gehobenen Dienst

höheren Dienst

an.

Sie sind:

bis 30 Jahre alt

bis 50 Jahre alt

50 Jahre und älter

Vollzeit beschäftigt

Teilzeit beschäftigt

männlich

weiblich

### 1.1 Aussagen über die derzeitige Arbeitssituation

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

Ja      Nein      Unentschieden  
           

Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?

Ja      Nein      Unentschieden  
           

Haben Sie Angst vor dem Wegfall Ihrer Tätigkeiten?

Ja      Nein      Unentschieden  
           

Haben Sie Interesse an beruflicher Fortbildung und Weiterbildung?

Ja      Nein      Unentschieden

## 2. Spezifischer Teil

### 2.1 Arbeitsplatz und Arbeitsorganisation

Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit zu erledigen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Können Sie Ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Können Sie eigene Ideen an Ihrem Arbeitsplatz einbringen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Haben Sie Einfluss auf die Arbeitsmenge, die Ihnen übertragen wird?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Wie viel der Ihnen übertragenen Aufgaben schaffen Sie in Ihrer regulären Arbeitszeit?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie dies benötigen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden Sie an Veränderungsprozessen hinsichtlich Ihres eigenen Arbeitsbereiches beteiligt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Fühlen Sie sich über Ihren eigenen Arbeitsplatz hinaus über Themen der Hochschule informiert?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Können Sie an Ihrem Arbeitsplatz Ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen und Kenntnisse einbringen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden Sie auf Veränderungen Ihrer Tätigkeiten am Arbeitsplatz vorbereitet bzw. durch Fortbildungen geschult?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

### 3. Fortbildung/Qualifizierung

Gibt es eine Betriebskultur zur Fortbildung und Qualifizierung?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Sind Fortbildungsangebote zeitlich passend zum Praxiseinsatz organisiert?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Sind Fortbildungsangebote mit Ihrer Arbeitsbelastung vereinbar?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Sind Fortbildungsangebote mit Ihrer regelmäßigen Arbeitszeit vereinbar?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Erwarten Sie in den nächsten Jahren Veränderungen, die Qualifizierungsmaßnahmen notwendig machen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden Ihre Qualifizierungswünsche bezogen auf den Arbeitsplatz durch konkrete Angebote unterstützt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden Ihre persönlichen Qualifizierungswünsche durch konkrete Angebote unterstützt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Sind die Qualifizierungsmaßnahmen Ihrem Kenntnisstand angemessen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden aufeinander aufbauende Qualifizierungsmaßnahmen unterstützt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Erfahren Sie nach Abschluss der Qualifikation Unterstützung in der weiteren Karriereplanung?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

#### 4. Vorgesetzte/r / Nachbesetzung

Berücksichtigt Ihre/Ihr Vorgesetzte/r Ihre beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Misst Ihre/Ihr Vorgesetzte/r Ihrer Fortbildung und der Personalentwicklung einen hohen Stellenwert bei?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Unterstützt Ihre/Ihr Vorgesetzte/r Sie bei Ihrer persönlichen Qualifikation?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Findet in Ihrem Bereich Nachwuchsplanung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels statt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden in Ihrem Bereich zukünftige Qualifizierungsbedarfe ermittelt?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

Werden in Ihrem Bereich Qualifizierungsmaßnahmen langfristig geplant?

sehr wenig	wenig	etwas	viel	sehr viel
<input type="checkbox"/>				

## 5. Persönliche Einschätzung

Anzahl der Fortbildungstage, die ich im letzten Jahr wahr genommen habe: ca. \_\_\_\_\_

Welche zusätzlichen Anmerkungen zur Weiter- und Fortbildung an der FeU haben Sie?