



Agentur für
Qualitätssicherung
und Akkreditierung
Austria

Gutachten
des Audits an der
Medizinischen
Universität Wien

10.07.2015

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Informationen zum Verfahren	3
1.1	Ziele und Methode des Audits	3
1.2	Informationen zur Hochschule	5
1.3	Ablauf des Audits an der Hochschule inkl. Zeitplan	6
1.4	Namen der Gutachter/innen	8
1.5	Handlungsfelder	9
2	Zusammenfassung	10
3	Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards	11
3.1	Standard 1	11
3.1.1	Feststellungen zu Standard 1	11
3.1.2	Beurteilung von Standard 1	14
3.2	Standard 2	16
3.2.1	Feststellungen zu Standard 2	16
3.2.2	Beurteilung von Standard 2	21
3.3	Standard 3	26
3.3.1	Feststellungen zu Standard 3	26
3.3.2	Beurteilung von Standard 3	27
3.4	Standard 4	29
3.4.1	Feststellungen zu Standard 4	29
3.4.2	Beurteilung von Standard 4	30
4	Anhang	32
4.1	Agenda des 1. Vor-Ort-Besuchs	32
4.2	Agenda des 2. Vor-Ort-Besuchs	34
4.3	Richtlinie zur Durchführung eines Audits	36

1 Allgemeine Informationen zum Verfahren

1.1 Ziele und Methode des Audits

Im Audit werden die Organisation und die Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems einer Hochschule beurteilt. Das Audit der AQ Austria verfolgt zwei unterschiedliche Ziele:

- Das Audit bestätigt, dass eine Hochschule ihr Qualitätsmanagementsystem gemäß den gesetzlichen Bestimmungen eingerichtet hat.
- Das Audit fördert die Hochschule bei der Weiterentwicklung ihres internen Qualitätsmanagementsystems.

Ein Audit ist ein periodisch wiederkehrendes Peer-Verfahren, in dem Organisation und Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems einer Hochschule durch externe Gutachter/innen beurteilt werden. Es unterstützt die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems und ermöglicht kollegiales Feedback zu dessen Entwicklungspotentialen.

Im Audit der AQ Austria wird das interne Qualitätsmanagementsystem anhand von vier [Auditstandards](#) beurteilt. Die Auditstandards konkretisieren die Prüfbereiche gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG (s.u.).

Die vier Auditstandards beschreiben die Anforderungen an ein funktionsfähiges Qualitätsmanagementsystem und bilden den Qualitätskreislauf (Planen – Durchführen – Prüfen – Handeln) ab. Sie dienen der Hochschule zur Selbsteinschätzung des internen Qualitätsmanagementsystems und sollen in der Selbstdokumentation behandelt werden. Gleichzeitig dienen sie der Gutachter/innengruppe zur Beurteilung des internen Qualitätsmanagementsystems.

Standard 1:

Die Hochschule hat Ziele definiert und verfügt über eine Strategie, welche systematisch durch Steuerungsinstrumente unterstützt wird.

Voraussetzung für den Aufbau und die Implementierung eines internen Qualitätsmanagementsystems ist, dass die Hochschule Strategien festlegt und Ziele definiert hat. Aus diesen Strategien werden Maßnahmen abgeleitet, und es werden Verantwortlichkeiten auf allen Ebenen der Hochschule festgelegt. Die Hochschule gestaltet die hochschulinternen Steuerungsprozesse autonom.

Standard 2:

Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Hochschule darin, ihre Ziele zu erreichen.

Das Qualitätsmanagementsystem umfasst Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, welche die Hochschule in der Erreichung ihrer Ziele und der Erfüllung ihrer Aufgaben sowie der Weiterentwicklung der internen Organisations- und Steuerungsprozesse unterstützen. Zu den Aufgaben einer Hochschule gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG, § 3 UG, § 4 DUK-Gesetz sowie § 3 FHStG zählen die Kernaufgaben Studium und Lehre einschließlich Weiterbildung, Forschung oder Entwicklung und Erschließung der Künste, sowie Querschnittsaufgaben in den Bereichen Organisation, Administration und Support, Personalwesen, Ressourcenmanagement und Internationalisierung.

Standard 3:

Das Qualitätsmanagementsystem nutzt Evaluierungsverfahren, Monitoring und Informationssysteme als integrale Bestandteile.

Strategien, Organisation und Leistungen der Hochschule sind Gegenstand eines systematischen Monitorings. Bei der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Zielen und Strategien und bei Steuerungsentscheidungen stützt sich die Hochschule auf Ergebnisse und Erkenntnisse des internen Monitorings, ihrer Informations- und Berichtssysteme und auf Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ebenso fließen Ergebnisse aus internen und externen Evaluierungsmaßnahmen in die Weiterentwicklung bzw. Anpassung des Qualitätsmanagementsystems ein.

Standard 4:

Das Qualitätsmanagementsystem stützt sich auf die Qualitätskultur der Hochschule und sieht eine systematische Beteiligung unterschiedlicher Interessensgruppen vor.

Die Qualitätskultur der Hochschule wird von den Angehörigen der Hochschule getragen und durch eine aktive Kommunikationsstrategie unterstützt. Die Zusammensetzung der Interessensgruppen ist durch das Profil und die Ziele der Hochschule bestimmt und spiegelt die gesellschaftliche Verantwortung der Hochschule wider.

Das HS-QSG legt für das Audit sechs Prüfbereiche (§ 22 Abs 2) fest. Die Prüfbereiche umfassen alle Leistungsbereiche (Studien und Lehre, Forschung oder Entwicklung und Erschließung der Künste oder Angewandte Forschung und Entwicklung, Organisation und Administration und Personal) des internen Qualitätsmanagementsystems einer Hochschule.

Prüfbereich 1

Qualitätsstrategie und deren Integration in die Steuerungsinstrumente der Hochschule

Prüfbereich 2

Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung in den Bereichen Studien und Lehre, Forschung oder Entwicklung und Erschließung der Künste oder Angewandte Forschung und Entwicklung, Organisation und Administration und Personal

Prüfbereich 3

Einbindung von Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen in das Qualitätsmanagementsystem

Prüfbereich 4

Informationssysteme und Beteiligung von Interessensgruppen

Prüfbereich 5 (*gültig für Fachhochschulen*)

Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung von Lehrgängen zur Weiterentwicklung bei Erhalten von Fachhochschulstudiengängen sowie von Lehrgängen zur Weiterbildung (gem. §9 und §3 Abs 2 Z 11 FHStG)

Prüfbereich 6

Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung für das Lehramt an Schulen bzw. Berufstätigkeiten an elementarpädagogischen Bildungseinrichtungen insbesondere zur Prüfung der wissenschaftlichen und professionsorientierten Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

1.2 Informationen zur Hochschule

Die folgenden Informationen entstammen der Selbstdokumentation und der Website der Medizinischen Universität Wien:

Die Medizinische Universität Wien ist eine der traditionsreichsten medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten Europas.

Mit fast 7.500 Studierenden ist sie heute die größte medizinische Ausbildungsstätte im EU-Raum, das Studienangebot umfasst folgende Studiengänge: *Diplomstudium Humanmedizin, Diplomstudium Zahnmedizin, Masterstudium Medizinische Informatik, PhD-Doktoratsstudium, Doktoratsstudium der angewandten medizinischen Wissenschaft, Doktoratsstudium Medizin und Postgraduelle Universitätslehrgänge.*

Darüber hinaus ist sie die größte medizinische Einrichtung in Österreich und zählt zu den bedeutendsten Spitzenforschungsinstitutionen Europas. Sie entwickelt sich mit ihrem innovativen Forschungskonzept zu einem attraktiven Standort für heimische und ausländische Forscher/innen. Dabei konzentriert sich die strategische Ausrichtung auf viel versprechende Forschungsgebiete wie *Allergologie/Immunologie/Infektiologie, Krebsforschung/Onkologie, Medizinische Neurowissenschaften, Kardiovaskuläre Medizin und Medizinische Bildgebung.*

Insgesamt beschäftigt sie ca. 4.200 MitarbeiterInnen (VZÄ). Rund 2.990 wissenschaftliche MitarbeiterInnen (darunter 1.745 Ärzt/innen) können auf 73.000 m² (davon 25.100 m² im AKH Wien) Forschungsfläche tätig werden.

Diese Spitzenposition in der Forschung konnte auch extern bestätigt werden: Im renommierten "Times Higher Education Ranking" verbesserte sich die Medizinische Universität Wien 2014 in der Kategorie „Clinical, Pre-Clinical and Health“ gegenüber dem Vorjahr um zwei Plätze und liegt nun auf Platz 49; sie ist damit erstmals unter den 50 besten medizinischen Hochschulen der Welt und auf Platz 14 der europäischen medizinischen Hochschulen.

Sie stellt außerdem das gesamte ärztliche Personal für Europas größtes Krankenhaus, das Wiener Allgemeine Krankenhaus (AKH).

In 27 Universitätskliniken und drei Klinischen Instituten werden jährlich ca. 100.000 Patient/innen stationär behandelt, 48.000 Operationen durchgeführt und 605.000 Menschen in den Ambulanzen erstversorgt.

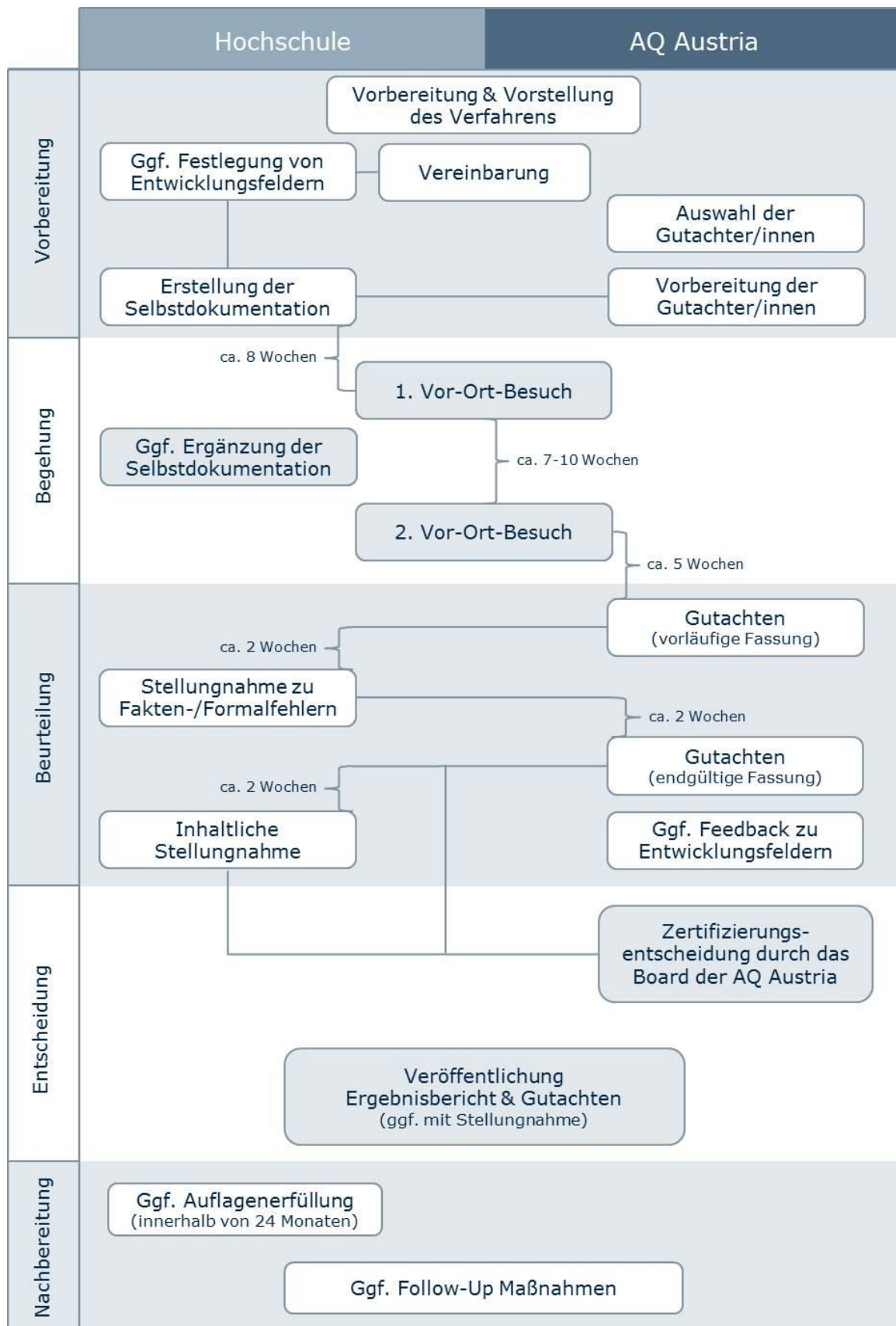
Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien hat per Tradition einen hohen Stellenwert.

1.3 Ablauf des Audits an der Hochschule inkl. Zeitplan

Das Audit wird als **Peer Review** durchgeführt. Eine Gruppe von externen und unabhängigen Gutachter/innen nimmt auf der Grundlage des Selbstevaluierungsberichtes der Hochschule und von Gesprächen vor Ort eine Beurteilung des internen Qualitätsmanagements anhand der vier Auditstandards vor und verfasst ein Gutachten. Dieses Gutachten enthält bewertende und empfehlende Aussagen zum Qualitätsmanagementsystem der Hochschule. Das Gutachten und eine Stellungnahme der Hochschule bilden die Grundlage für die Zertifizierungsentscheidung des Board der AQ Austria.

Die Gutachter/innen führen zwei Vor-Ort-Besuche an der Hochschule durch. Zur Vorbereitung erhalten sie die Selbstdokumentation der Hochschule sowie Informationen der AQ Austria zum Verfahren und zum österreichischen Hochschulsystem. Dem Peer-Prinzip entsprechend führt die Gutachter/innengruppe Gespräche mit unterschiedlichen Personengruppen, die sich durch Wertschätzung, Offenheit und dialogischen Charakter auszeichnen.

Das Audit folgt dem unten abgebildeten Prozessablauf.



An der Medizinischen Universität Wien wurde folgender Zeitplan befolgt:

Übermittlung der Selbstdokumentation der Medizinischen Universität Wien an die AQ Austria	19.11.2014
Vorbereitungstreffen der Gutachter/innen via Webex	17.12.2014
Erster Vor-Ort-Besuch der Gutachter/innengruppe an der Medizinischen Universität Wien, einschließlich Vorbereitungstreffen der Gutachter/innen	14. – 16.01.2015
Zweiter Vor-Ort-Besuch der Gutachter/innengruppe an der Medizinischen Universität Wien, einschließlich Vorbereitungstreffen der Gutachter/innen	21. – 23.04.2015
Übermittlung des Gutachtens an die Medizinische Universität Wien	17.06.2015
Formale Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien zum Gutachten	01.07.2015
Übermittlung des endgültigen Gutachtens an die Medizinische Universität Wien	10.07.2015
Inhaltliche Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien zum endgültigen Gutachten	31.07.2015
Zertifizierungsentscheidung durch das Board der AQ Austria	23.09.2015

1.4 Namen der Gutachter/innen

Name	Institution	Funktion
Prof.in Dr.in Hedwig Kaiser Vizerektorin für Bildung	Universität Basel	Vorsitzende der Gutachter/innengruppe
Prof. Dr. Christopher Baum Präsident	Medizinische Hochschule Hannover	
Prof. Dr. Ludwig Neyses Vizektor für Forschung	Universität Luxemburg	
Prof. Dr. Günther Wess Wissenschaftlicher Geschäftsführer	Helmholtz Zentrum München	
Anna Wang, BSc Studentische Gutachterin	Universität Zürich	Studentische Gutachterin

Die Gutachter/innengruppe verfügt über Erfahrungen in der Leitung und Organisation von Universitäten/Hochschulen sowie im hochschulischen Qualitätsmanagement. Die Gutachter/innen wurden entsprechend dem Profil der Medizinischen Universität Wien ausgewählt.

Die Verfahrensbegleitung von Seiten der AQ Austria erfolgte durch Frau Dr.in Elisabeth Froschauer-Neuhauser und Frau Frances Blüml, MA.

1.5 Handlungsfelder

Im Rahmen des Audits wurde anhand folgender Handlungsfelder die Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems begutachtet:

Handlungsfeld: Qualitätsprozesse im Alltag

Aus der Perspektive von Organisationseinheiten werden Organisation, Kommunikation und Qualitätsmanagement in den Bereichen Forschung und Lehre dargestellt. Dies wird anhand von folgenden Themen veranschaulicht:

1. Kernbereich Lehre:

Prozesse rund um die Lehre:

- Lehr- und Prüfungsorganisation bzw. -koordination auf Ebene einer Organisationseinheit (OE)/eines Programms
- Prozesse rund um eine Lehrveranstaltung, d.h. von der Entwicklung der Lehrveranstaltung über die Lehrbetrauung, Abhaltung und Prüfung bis hin zur Noteneintragung, Lehrveranstaltungsevaluierung und Reaktion auf die Evaluierung
- Maßnahmen zur Lernunterstützung für Studierende (z.B. e-Learning, blended-Learning, (elektronische) Lernmaterialien, Musterprüfungsfragen)

Qualitätssicherung in der Lehre:

- Rolle und Möglichkeiten der OE-Leiter/innen, Curriculumsdirektor/innen, Modulkordinator/innen in der Qualitätssicherung der Lehre: auf Ebene der Curricula (z.B. Weiterentwicklung), auf Ebene der Lehrveranstaltungen, auf Ebene der Lehrende (d.h. Förderung der Lehrkompetenz der Mitarbeiter/innen)
- Möglichkeiten zur Qualitätssicherung in der Lehre an der Schnittstelle mit den Lehrkrankenhäusern

2. Kernbereich Forschung:

Betrachtung folgender Themen anhand von zwei OEs – klinische Bereich und medizinisch-theoretischer Bereich:

- Akquise von Forschungsgeldern: Unterstützung von Forschenden (vor allem junge Forschende) bei der Akquise, Beteiligung der OE-Leiter/innen bzw. Projektleiter/innen
- Qualitätssicherung an der Schnittstelle Forschung und Lehre: Sicherung der zeitlichen Aufteilung von Forschung und Lehre, insb. bei Tenure Track Positionen, Unterschiede klinischer Bereich und Grundlagenwissenschaften
- Karrierewege für den Nachwuchs: Der Weg zur Qualifizierungsvereinbarung ist klar, offen ist, welche Parameter hier genau einfließen und wie deren Erfüllung beurteilt wird. Wer beurteilt und wie wird beurteilt? Wie viele Mitarbeiter/innen haben die Chance auf eine QV?
- Prozess zur Vermittlung von Good Scientific Practise und Good Clinical Practise: Richtlinien sind vorhanden und eindeutig. Aber wie werden diese an die Mitarbeiter/innen vermittelt, umgesetzt und gelebt?

Handlungsfeld: QM-System

Es sind zahlreiche Prozesse, Maßnahmen und Instrumente zur Qualitätssicherung beschrieben worden, ein Gesamtüberblick über das QM-System fehlt jedoch noch. Im Rahmen des

Handlungsfeldes soll schematisch aufgezeigt werden, wie sich das QM-System an der Medizinischen Universität Wien darstellt. Eine vertiefte Diskussion soll darüber stattfinden, wo man sich auch mit der Frage beschäftigt, welche Qualitätsstrategie den QM-Maßnahmen in den unterschiedlichen Bereichen zugrunde liegt und welches Verständnis von Qualitätskultur an der Medizinischen Universität Wien besteht bzw. durch die Leitungsebene gefördert werden soll.

Handlungsfeld: Informationssysteme

Es soll aufgezeigt werden, wie und welche Informationssysteme für das Qualitätsmanagement genutzt werden. Wie werden die Vielzahl an Informationen und Daten an der Medizinischen Universität Wien aufbereitet und wie werden diese für qualitätssichernde Prozesse und strategische Entscheidungen verwendet. Dies umfasst auch die Frage, welche Informationssysteme den unterschiedlichen Personenkreisen (z.B. Mitarbeitende, Studierende, OE-Leiter/innen) zur Verfügung stehen und welche Informationen diese dort finden (auch mit Blick auf QM-Maßnahmen). Im Bereich der Datensicherung soll der Umgang mit Primärdaten aufgezeigt werden.

2 Zusammenfassung

Beide Vor-Ort Besuche waren insgesamt gut vorbereitet und es konnten ausführliche und offene Gespräche zu den davor zur Verfügung gestellten Dokumenten mit Universitätsmitgliedern aus den unterschiedlichen Bereichen und Ebenen geführt werden.

Die Erkenntnisse aus den schriftlichen Unterlagen und den Gesprächen führten die Gutachter/innen zu den in diesem Gutachten wiedergegebenen Feststellungen und Beurteilungen.

Die Medizinische Universität Wien hat als medizinische Spartenuniversität beste Voraussetzungen, den Anforderungen der heutigen Hochschulmedizin gerecht zu werden. Sie gehört zu den sichtbarsten und größten Einrichtungen der Universitätsmedizin in Europa, und verfügt über eine hervorragende Tradition. In den Jahren seit der Überführung von der Medizinischen Fakultät der Universität Wien in eine eigenständige Medizinische Universität sind viele Hürden im Management genommen worden und es scheint nun langsam die Phase der Konsolidierung der Organisation stattzufinden.

Die Rahmenbedingungen für die Medizinischen Universität Wien sind durchaus mit Restriktionen verbunden und neben der generell knappen Finanzlage der österreichischen Universitäten, kämpft die Universität mit zusätzlichen Hindernissen, die zeitlich mit den beiden Vor-Ort-Besuchen zusammengefallen sind und deshalb auch vermehrt in den Gesprächen widerspiegelt wurden. Es ist ein besonderer Umstand, dass alle Ärzt/innen, die am Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH) beschäftigt sind, einen Dienstvertrag mit der Medizinischen Universität Wien besitzen. Dies kann zu Governance- und Prozesskonflikten führen. Die Universitätsleitung ist bei den derzeit bestehenden Problemen und Differenzen durch die neue Arbeitszeitregelung und damit verbundenen Gehaltsverhandlungen besonders gefordert.

Eine weitere Besonderheit ist der Umstand, dass sich die Universität zum Zeitpunkt des Verfahrens in einer Phase des Rektorenwechsels befindet – somit adressieren die Beurteilung

und die daraus resultierenden Empfehlungen die Universität unter der Leitung von zwei unterschiedlichen Rektoraten, die sich nur teilweise überlappen.

Die hohe Anzahl der Studierenden der Humanmedizin sowie die besondere Stellung in Krankenversorgung und Forschung unterstreichen die Notwendigkeit für ein differenziertes QM-System und eine SMARTe QM-Kultur, die prozessoptimierend und transparenzfördernd wirkt. Das heißt eine QM Kultur mit spezifischen definierten Zielen die möglich, akzeptiert und messbar sind mit einer festgelegten Zeitachse.

Die Gutachter/innen haben während der Vor-Ort-Besuche viele gute Ansätze im Qualitätsmanagement präsentiert bekommen, wobei der Eindruck entstand, dass manche bislang nur sektoral umgesetzt wurden. Was für die Gutachter/innen teilweise fehlte bzw. nicht sichtbar wurde, ist eine klare Strategie und ein konkreter Umsetzungsplan zur Integration der vielen QM-Aspekte in ein Gesamtsystem. Die Chance und der Mehrwert eines gemeinsamen „House of Quality“ scheinen noch kaum erkannt. Unklar ist, wie umfassend die verschiedenen QM-Maßnahmen in der täglichen Arbeit umgesetzt werden.

Wenn die Gutachter/innen die Standards mit „teilweise erfüllt“ bewerten, geschieht dies auf Grundlage der fehlenden übergeordneten Qualitätsstrategie und der Diskrepanz wie die Qualität tatsächlich gelebt wird – hier sah man teilweise sehr gute Beispiele und andererseits aber auch Umsetzungsdefizite.

Die Gutachter/innen hoffen, dass die Medizinische Universität Wien das Gutachten und die darin enthaltenen Empfehlungen als Motivation versteht um den eingeschlagenen Weg zu optimieren und weiterzuentwickeln.

3 Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards

Die Feststellungen und Beurteilungen erfolgen auf Grundlage des Selbstevaluierungsberichtes und weiterer Dokumente der Hochschule sowie der Gespräche, die während der Vor-Ort-Besuche geführt wurden (s. Agenden im Anhang).

3.1 Standard 1

Die Hochschule hat Ziele definiert und verfügt über eine Strategie, welche systematisch durch Steuerungsinstrumente unterstützt wird.

Voraussetzung für den Aufbau und die Implementierung eines internen Qualitätsmanagementsystems ist, dass die Hochschule Strategien festgelegt und Ziele definiert hat. Aus diesen Strategien werden Maßnahmen abgeleitet, und es werden Verantwortlichkeiten auf allen Ebenen der Hochschule festgelegt. Die Hochschule gestaltet die hochschulinternen Steuerungsprozesse autonom.

3.1.1 Feststellungen zu Standard 1

Im Rahmen der Ausgliederung der Medizinischen Fakultät aus der Universität Wien und der Gründungsphase als eigene Universität wurde mit Unterstützung einer Beratungsfirma eine erste Unternehmensstrategie formuliert. Damit wurde der Grundstein für die

prozessorientierte Herangehensweise bei der Gestaltung der Strukturen und Abläufe innerhalb der Organisation gelegt. In weiterer Folge ist dies auch die Basis, auf der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen eines prozessorientierten Qualitätsmanagements in ausgewählten Verwaltungseinrichtungen und in den klinischen Bereichen der Medizinischen Universität Wien etabliert wurden.

Für die Zukunft ist mit dem Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ (UniMed2020) eine gemeinsame Betriebsführung vom Allgemeinen Krankenhaus (AKH) und der Medizinischen Universität Wien geplant. Dabei wird von dem bestehenden Kooperationsmodell auf ein geplantes Teilintegrationsmodell gewechselt. Der Fokus eines Teilprojektes liegt hier auf der Erarbeitung einer gemeinsamen QM-Strategie für die „Universitätsmedizin Wien“. Auf Seiten des AKHs basiert das Qualitätsmanagement auf einer vollständigen ISO-Zertifizierung des gesamten Hauses. Die Medizinische Universität Wien orientiert sich im Rahmen ihres prozessorientierten QM-Systems an der Referenznorm ISO9001:2008, die in ausgewählten administrativen und operativen Einrichtungen Anwendung findet. Für die gemeinsame Betriebsführung liegt ein fertiger Projektplan vor. Nachdem die Finanzierung noch nicht abschließend geklärt ist, ist das Projekt aber momentan „on hold“.

Die Medizinische Universität Wien setzt in ihrer strategischen Ausrichtung auf eine „Triple Track“ Strategie: Forschung, Lehre und Patientenbetreuung unter einer einheitlichen Governance und als äquivalente Unternehmensziele. Diese führt im Mission Statement (lt. Entwicklungsplan) zu den folgenden 2 Kernaussagen:

- Betreiben von Forschung und Lehre und medizinischer Versorgung als gleichwertige Kernaufgaben. Im klinischen Bereich unterstützen sich demnach Forschung und Lehre sowie Krankenbehandlung gegenseitig.
- Im gemeinsamen Betreiben dienen diese Kernaufgaben der medizinischen Wissenschaft im Sinne der Gesunderhaltung, Prävention, Symptomlinderung und Heilung von Krankheiten und somit der gedeihlichen Entwicklung von Gesellschaft und Umwelt.

Hier ist anzumerken, dass die Koexistenz der Ziele noch nicht impliziert, dass sie auch konfliktfrei erreicht werden können. Vielmehr kann es gerade bei den Aufgaben in Forschung und Lehre leicht zu Konflikten mit denen der Krankenversorgung kommen, beispielsweise infolge knapper personeller, sachlicher oder zeitlicher Ressourcen. Daher können diese potenziell konfligierenden Ziele optimal nur mit einem umfassenden, zielübergreifenden QM-System angesteuert werden. Genau aus diesem Grund legte die Gutachter/innengruppe großen Wert auf einen systemischen Ansatzes in Form eines „House of Quality“.

Zudem ist die Medizinische Universität Wien zu folgenden Anforderungen verpflichtet:

- Klinische Forschung und medizinische Grundlagenforschung in Verbindung mit definierten Schwerpunkten und- damit zusammenhängend- der Förderung von hoch qualifiziertem wissenschaftlichen Nachwuchs.
- Lehre, Studium und Weiterbildung unter Berücksichtigung von internationalen Best Practice-Beispielen
- Spitzenmedizin in enger Verknüpfung mit angewandter Forschung und Lehre.

Die Strategien und Ziele der Universität finden sich im Entwicklungsplan, eines der zentralen Steuerungsdokumente wieder. Dieser umfasst jeweils eine Periode von 5 Jahren, wird vom Rektorat erstellt, dem Senat zur Stellungnahme vorgelegt und vom Universitätsrat beschlossen.

Auf Grundlage des Entwicklungsplanes wird eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft (BMWFW) und der Medizinischen Universität Wien wieder für jeweils 3 Jahre abgeschlossen. Sie bildet das wesentliche Steuerungsinstrument für das Rektorat, in dem die zu erbringenden Leistungen der Universität und die Leistungsverpflichtung des Bundes festgeschrieben sind.

Jährliche Begleitgespräche zwischen der Hochschulleitung und dem Ministerium dienen dem Monitoring durch das BMWFW.

Im Entwicklungsplan ist ebenfalls ein Personalplan enthalten, der ein wichtiges Element der wirtschaftlichen Steuerung der Universität darstellt und mit den Personalentwicklungsprogrammen für Mitarbeiter/innen verknüpft ist.

Die Zielvorgaben aus der Leistungsvereinbarung werden innerhalb der Universität in Form von Zielvereinbarungen auf die Ebene der Organisationseinheiten (OE) und über Mitarbeiter/innengespräche bis zu den einzelnen Mitarbeiter/innen heruntergebrochen. Der Rektor verhandelt mit den Leiter/innen der Organisationseinheiten (OELs) Ziele zu folgenden Bereichen: Personalbestand, Karriereentwicklung, Forschungsoutput und Lehre. In welchem Umfang hier Ziele des Qualitätsmanagement behandelt werden, wurde während der Gespräche nicht schlüssig beantwortet.

Auf Leitungsebene spricht man von Qualitätsmanagement, welches jedoch vermischt ist mit einem allgemeinen Managementsystem und im Ausmaß (Breite und Tiefe) nicht exakt beschrieben ist. In den Gesprächen mit der Leitung wurde nicht deutlich, ob ein, wie auch immer geartetes „total quality management system“ ein strategisches Ziel der Medizinischen Universität Wien ist.

Nach Aussage des Rektors ist das QM-System auf Leitungsebene durch eine gelebte Qualitätskultur verankert und mit dem Leitbild der Universität verknüpft. Regelmäßige Rektoratssitzungen dienen dem Austausch innerhalb der Universitätsleitung, sind aber auch bei wichtigen Beschlüssen dem Eindruck der Gutachter/innen nach nicht immer mit formalen Rektoratsbeschlüssen verknüpft. Inwieweit solche Informationen den Mitarbeitenden auf einem informelleren Weg (eventuell im Intranet) weitergegeben werden, konnte nicht vollständig nachvollzogen werden. Durch Beschluss verankert sind unter anderem Entwicklungsplan, Leistungsvereinbarungen, Struktur- und Prozesspläne und Organigramme.

Das Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien wird vom Rektor selbst und der Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement getragen. Die Stabstelle ist direkt dem Rektor unterstellt und ist für die Datenerhebung und -berechnung in den Kern- und Querschnittsbereichen zuständig. Sie hat keine strategischen Aufgaben oder eine klar definierte Weisungsbefugnis.

In den Gesprächen hat sich verstärkt abgezeichnet, dass viele qualitätssichernde Maßnahmen von anderen Stabstellen oder Dienstleistungseinrichtungen (z.B. Stabstelle Personalentwicklung, Department für medizinische Aus- und Weiterbildung,...) durchgeführt werden, wobei unklar blieb, inwiefern diese in Bezug auf die Organisation des Qualitätsmanagements Beachtung finden bzw. in ihrer Einbettung und Aufgabenabgrenzung exakt umschrieben sind.

Der Senat (bestehend aus 25 Mitgliedern) ist neben dem Rektorat und dem Universitätsrat das oberste Leitungsorgan der Universität. Bei ihm liegen die wesentlichsten

Entscheidungskompetenzen für Studien- und Prüfungsangelegenheiten. Die Bedeutung des Qualitätsmanagements für die Senatsarbeit wurde der Gutachter/innengruppe nicht klar ersichtlich. Im Universitätsgesetz ist verankert, dass der Senat über die Strategie nur zu informieren ist. In den Gesprächen mit der Universitätsleitung hat sich aber herausgestellt, dass der Senat an der Medizinischen Universität Wien Wert auf eine größere Rolle legt und direkt mit dem Rektorat kooperiert. Trotzdem wird die QM-Strategie bisher vom Rektorat entwickelt, der Senat hat bislang nach den für die Gutachter/innen verfügbaren Informationen keine Impulse für das Qualitätsmanagement gegeben und war bei dessen Erarbeitung nicht mit einbezogen. Der Vorsitzende des Senats tauscht sich in persönlichen Gesprächen mit dem Rektor aus und wird anlassbezogen zu den inhaltlichen Abstimmungssitzungen des Rektorats eingeladen. Den Gutachter/innen hat sich aber nicht erschlossen, wie die daraus gewonnenen Informationen in den gesamten Senat weitergetragen werden. Im Evaluationsbericht wurde erwähnt, dass der Senat erst kürzlich einen neuen Strategieausschuss zum Thema Forschung gebildet hat, der sich in Zukunft auch mit Fragen der Qualitätssicherung auseinandersetzen wird.

Zusätzlich zur internen Steuerung werden externe Expert/innen zu Rate gezogen. So ist ein Scientific Advisory Board für den Bereich „Forschung an der MedUni Wien“ etabliert, das bei der zukünftigen Schwerpunktsetzung strategisch beraten soll. Außerdem gibt es spezifische Advisory Boards für Lehre bzw. das Studium Humanmedizin. Die Protokolle zu diesen Treffen werden dem Senat und dem Universitätsrat vorgelegt, das Rektorat verwendet sie zur weiteren Strategieentwicklung.

Das Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien ist im Wesentlichen nach dem Top-down Prinzip organisiert. Prinzipiell ist dies eine probate und häufig angewandte Herangehensweise, allerdings ist dann die Voraussetzung, dass die entsprechende Stabsstelle quantitativ und qualitativ ausreichend ausgestattet ist. Alternativ kann Qualitätsmanagement auch dezentral erfolgen (wie an der Medizinischen Universität Wien zum Teil auch gelebt wird), es muss dann aber eine ausreichende Kontrollmöglichkeit auf der Ebene der Gesamteinstitution gegeben sein.

3.1.2 Beurteilung von Standard 1

Die Ziele der Medizinischen Universität Wien sind definiert und nachvollziehbar, im Entwicklungsplan allerdings noch wenig konkret ausgestaltet. Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind generische Ziele der meisten forschungsorientierten medizinischen Universitäten und Fakultäten. Eine weitere Konkretisierung wäre für die Profilbildung der Universität hilfreich. Es sollte eine Strategie formuliert werden, die konkreter und spezifischer für die Medizinische Universität Wien ist. Teilweise ist dies durch die Definition der Forschungsschwerpunkte bereits erfüllt.

Eine Strategie, wie man mit dem Qualitätsmanagement die Zielerreichung unterstützen möchte, ist allerdings nicht überall klar gegeben. Außerdem wurde nicht klar ersichtlich, wie sich die „Triple Track“ Strategie im Qualitätsmanagement abbildet. In einer künftigen Strategie sollte es zu einer klareren Verbindung zwischen Qualitätsmanagement und Strategie kommen.

Das Herunterbrechen der Zielvorgaben auf die Ebene der Organisationseinheiten ist die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und funktioniert in der Praxis gut. Die Systematik der Steuerungsinstrumente ist aber nur teilweise evident. Vor allem in den Gesprächen mit Leiter/innen von Organisationseinheiten und Mitarbeiter/innen hat die

Gutachter/innengruppe den Eindruck gewonnen, dass nicht alle dezentral bestehenden Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement auf Hochschulleitungsebene bekannt sind.

Für die einzelnen Teilbereiche Strategie und Entwicklung, Forschung, Studium und Lehre, Personalwesen, Ressourcenmanagement, Internationalisierung sowie Organisation, Administration und Support wurden in der Selbstdokumentation zahlreiche Qualitätszyklen nach dem PDCA Prinzip (plan, do, check, act) dargestellt. Für die Gutachter/innengruppe war nicht vollständig nachvollziehbar, wie die Instrumente der einzelnen Bereiche miteinander zusammenhängen oder ob es sich um eine bloße Auflistung der zur Verfügung stehenden Instrumente handelt.

Unklar bleibt auch, wie die Verantwortlichkeiten für Qualitätsmanagement auf den unterschiedlichen Ebenen im Gesamtsystem geregelt sind und wie sie zu einer übergeordneten Qualitätsstrategie zusammengeführt werden. Das Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien wirkt noch zu sehr „von oben“ vorge setzt und wurde nur von einem Teil der Mitarbeiter/innen als wichtiges Tool erkannt. Es funktioniert insbesondere dort, wo es eine gesetzliche Notwendigkeit gibt (z.B. Kennzahlensystem) oder den fachlichen Standards entspricht (z.B. Good Clinical Practice, GCP). Dabei gibt es an der Medizinischen Universität Wien viele hervorragende Beispiele gelungenen Qualitätsmanagements. Wünschenswert wäre eine noch breiter etablierte intrinsische Motivation der Mitarbeiter/innen in der Umsetzung.

Standard 1 wird von den Gutachter/innen als **teilweise erfüllt** erachtet.

Die Gutachter/innen schlagen folgende **Auflagen** vor:

1. Die Medizinische Universität Wien erstellt eine Qualitätsstrategie, in der sie die Ziele in Bezug auf Qualitätssicherung und die dafür verwendeten Maßnahmen und Instrumente vorstellt. Außerdem skizziert sie die verantwortlichen Einrichtungen auf den einzelnen Ebenen und stellt dar, wie diese in ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem zusammengeführt werden.

Außerdem möchte die Gutachter/innengruppe folgende **Empfehlungen** zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Die zukünftige Universitätsleitung sollte die Idee eines „House of Quality“ andenken. Hier geht es nicht darum, grundlegenden Änderungen in der derzeitigen Organisation einzuführen, sondern um eine effiziente Zusammenführung der bereits bestehenden zentralen und dezentralen Ansätze zu einem Qualitätsmanagement.
- Es sollte versucht werden, die Ziele in Forschung, Lehre und Patientenversorgung noch weiter zu konkretisieren. Die Kommunikation von spezifischen Zielen an die Öffentlichkeit könnte der Universität helfen, sich im europäischen Raum noch spezifischer positionieren zu können. Dies würde zum einen die Außenwirkung aber auch die Identifikation der Mitarbeiter/innen mit der Universität fördern.

3.2 Standard 2

Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Hochschule darin, ihre Ziele zu erreichen.

Das Qualitätsmanagementsystem umfasst Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, welche die Hochschule in der Erreichung ihrer Ziele und der Erfüllung ihrer Aufgaben sowie der Weiterentwicklung der internen Organisations- und Steuerungsprozesse unterstützen. Zu den Aufgaben einer Hochschule gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG, § 3 UG, § 4 DUK-Gesetz sowie § 3 FHStG zählen die Kernaufgaben Studium und Lehre einschließlich Weiterbildung, Forschung oder Entwicklung und Erschließung der Künste, sowie Querschnittsaufgaben in den Bereichen Organisation, Administration und Support, Personalwesen, Ressourcenmanagement und Internationalisierung

3.2.1 Feststellungen zu Standard 2

Das Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien ist nach dem Top-down Prinzip organisiert: der Rektor ist für die strategischen Überlegungen verantwortlich, die Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement ist direkt dem Rektorat unterstellt. Sie ist mit Aufgaben der Datenerhebung/-berechnung und der Evaluation in den Kernbereichen Lehre und Forschung und in den Querschnittsbereichen betraut, wobei sie hier mit unterschiedlichen Stabstellen und Dienstleistungseinrichtungen zusammenarbeitet (z.B. Department für medizinische Aus- und Weiterbildung, Personalentwicklung oder Finanzwesen). Sie hat keine strategische Aufgabe und keine Weisungsbefugnis betreffend Qualitätsmanagement. Qualitätsmanagement ist aber in besonderer Weise auf klare Wege der Weisungsbefugnis angewiesen, da in der Regel viele, aber nicht alle Mitarbeiter von der Notwendigkeit eines guten QM-Systems überzeugt werden können.

Kernbereich Studium & Lehre

Im Bereich Studium und Lehre sind die Verantwortlichkeiten organisatorisch und inhaltlich gut geregelt und das Qualitätsmanagement ist weitgehend etabliert. Im Bereich der Curricula-Weiterentwicklung und der Qualitätssicherung der Curricula existiert ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure: Curriculumsdirektion, Curriculumskommission, Curriculums-koordination, Block- und Linekoordinator/innen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Qualitätssicherung im neu etablierten klinisch-praktischen Jahr (KPJ), wo ein ganzes Maßnahmenbündel zur Qualitätssicherung initiiert wurde. Im Zuge dessen wurde ein sehr ausführliches Logbuch generiert, das die zu erwerbenden Kompetenzen der Studierenden fortlaufend dokumentiert. Zwar wird dies von einigen Gesprächspartner/innen während der Vor-Ort-Besuche kritisch und als zu bürokratisch angemerkt, es wird aber aus gut nachvollziehbaren Gründen von Seiten der Curriculumsverantwortlichen als wichtiges Instrument für die Dokumentation des Lernfortschritts angesehen und umgesetzt. Gleichzeitig wird auf Basis der Erfahrungen nach dem ersten Jahr der Durchführung an einer Verschlankung sowie der Erstellung einer elektronischen Version gearbeitet werden. Die Lehrkrankenhäuser werden nach einem vorgegebenen Kriterienkatalog durch die Curriculumsdirektion akkreditiert. Bei Schwierigkeiten wird seitens der Verantwortlichen direkt eingegriffen, hier besteht eine direkte und offene Kommunikationskultur. Administrative und inhaltliche Informationen und Kontaktpersonen der Lehrkrankenhäuser sind auf der Website zugänglich.

Das Management der Prüfungsqualität der Multiple Choice Fragen in den summativen integrierten Prüfungen entspricht internationalen Standards. Jedoch wurde in den Gesprächen eine große Heterogenität sichtbar, wie in den unterschiedlichen Organisationseinheiten Prüfungsfragen für die einzelnen Prüfungen ausgewählt werden. Manche Lehrende ändern 70 Prozent der Fragen pro Prüfung jedes Jahr, andere deutlich weniger. Die meisten Fragen sind den Studierenden bekannt, da es einen von Studierenden generierten Fragenpool gibt, wie weltweit inzwischen üblich und praktisch unvermeidbar. In einzelnen Fächern (wie z.B. Dermatologie) wird derzeit von Multiple Choice Fragen zu Fallvignetten umgestellt, was die Gutachter/innengruppe als zeitgemäß empfindet und sehr begrüßt.

Bei der Online-Evaluation von Lehrveranstaltungen und Curricula-Elementen sieht der durch Vizerektorin für Lehre und die Curriculumsdirektion approbierte Evaluationsplan einen 5-Jahreszyklus vor. Die Frequenz dieses Zyklus für einzelne Lehreinheiten ist derzeit wieder in Diskussion. Er wurde bereits in der Metaevaluation 2012 zur LV-Evaluation als unzureichend bewertet und es war angedacht, auf 2- bis 3-jährige Intervalle oder eine permanente Online-Evaluation umzustellen. Ergänzend zur Online-Evaluation gibt es die papierbasierte Evaluation durch die Studierenden, welche auf freiwilliger Basis und bedarfsorientiert durchgeführt werden kann. Diese Möglichkeit wird von einzelnen Lehrenden als sehr hilfreich angesehen. Hierzu werden ebenfalls standardisierte Fragebögen von der Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt. Lehrende erhalten über ein sogenanntes „Evaluierungscockpit“ online Einsicht in ihre Evaluierungsergebnisse. Diese Evaluationsberichte werden zudem für die Beurteilung im Zuge einer Habilitation und bei der Erfüllung der Qualifizierungsvereinbarung herangezogen.

Die Studierenden zeigen sich generell mit dem angebotenen Studium zufrieden. Dies ist insbesondere angesichts der hohen Zahl der Studierenden ein großer Erfolg. Was das Qualitätsmanagement des Studiums betrifft, wird z.B. während der Vor-Ort-Besuche von manchen Stellen kritisch angemerkt, dass die vorgesehenen regelmäßigen Feedbackgespräche zwischen Blockkoordinator/innen und Studierenden nicht durchgehend stattfinden.

Eine besondere Herausforderung besteht in der Implementierung von qualitätssichernden Maßnahmen bei den obligatorischen Diplomarbeiten. Hierfür hat die Medizinische Universität Wien einen überzeugenden QM-Ansatz vorgestellt, der auf eine Vorprüfung aller angebotenen Diplomarbeitenkonzepte abzielt. Weder in den Dokumenten noch in den Gesprächen wurde klar, inwieweit die Diplomarbeit systematisch oder nur punktuell als Chance genutzt wird, um wissenschaftliche Talente frühzeitig zu identifizieren und zu einem gezielten Mentoring zuzuführen.

Im Studium der Zahnmedizin führten nach Aussage in den Interviews vermehrt negative Rückmeldungen zu einem Praktikum durch die Studierenden bislang noch zu keiner Reaktion auf Seiten der Verantwortlichen. Ein Austausch, auch über vielleicht aus guten Gründen nicht veränderbaren Lehreinheiten, mit den Studierenden wäre hier anzustreben.

Die Studierendenschaft des Studienganges Medizinische Informatik ist im Vergleich zu den anderen Fächern relativ klein. In den Gesprächen ortete die Gutachter/innengruppe die Gefahr, dass auf diese Studierenden eventuell nicht ausreichend Bezug genommen wird und sie deshalb nur unzureichend von qualitätssichernden Maßnahmen erfasst werden.

Bereits früh erfolgte die Umstellung vom Doktoratsstudium zu einem PhD-Studium und einem MD-PhD Studium, das die Verbindung von klinischer Arbeit und Grundlagenwissenschaft ermöglichen soll. Beide Programme sind Bologna-konform gestaltet und werden ausschließlich in Englisch abgehalten.

Kernbereich Forschung

Die Medizinische Universität Wien setzt im Kernbereich Forschung auf Schwerpunkte, die sich auch im internationalen Wettbewerb behaupten können. Zur Schaffung eines international kompetitiven Forschungsumfeldes sind folgende strategische Ziele im Entwicklungsplan definiert:

- Es sollen Maßnahmen zur Förderung von hoch qualifiziertem wissenschaftlichen Nachwuchs ergriffen werden.
- Es soll ein optimales Umfeld für die Einwerbung von Drittmitteln geschaffen werden.
- Die wissenschaftliche Kompetitivität soll mit Hilfe von Mobilitätsmöglichkeiten, eine hohe Anzahl von Drittmittelangestellten und der wirtschaftlichen Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen erhöht werden.

Die Performance der einzelnen Forschungsschwerpunkte wird mit Hilfe von extern besetzten Advisory Boards evaluiert und gegebenenfalls werden daraus auch strategische Konsequenzen gezogen. So beinhaltet der neu etablierte Schwerpunkt Imaging (Bildgebung) ein besonderes Profilierungsmerkmal. In den anderen Schwerpunkten herrscht international maximaler Wettbewerb und so müssen innerhalb der Schwerpunkte originelle Akzente gesetzt werden.

Zur Dokumentation der Forschungsleistungen wurde 2011 das Forschungsdokumentationssystem „Med-Fodok“ eingeführt, das mittlerweile gut etabliert ist. Damit wird die Transparenz in der Darstellung von Forschungsleistungen in den einzelnen Organisationseinheiten erhöht. Die Daten werden zudem direkt in eine Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) überführt und haben somit Steuerungsrelevanz.

Good Scientific Practice (GSP) bzw. Good Clinical Practice (GCP) sind integraler und gelebter Bestandteil der wissenschaftlichen Community und finden sich in der Satzung, den Curricula bis hin zu den Arbeitsverträgen der wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen wieder. In einzelnen Abteilungen werden jährliche Wissensprüfungen der Mitarbeitenden über GSP/GCP durchgeführt. Insgesamt wurde in den Gesprächen deutlich, dass die definierten Standards positiv erlebt werden und sehr gut umgesetzt sind. Dies lässt auf eine gelebte Qualitätskultur in diesem Bereich schliessen. Für alle Mitarbeiter/innen stehen informative Broschüren und Internetseiten zu diesem Thema zur Verfügung.

Die Unterstützung von Forschenden umfasst alle Teilbereiche von der Akquisition eines Projektes über die Durchführung, den Technologietransfer und das Intellectual Property (IP)-Management bis hin zur Abrechnung. Verschiedene Einrichtungen wirken hierbei unterstützend: so bieten das Forschungsservice und das Europabüro Hilfestellung bei der Einwerbung von nationalen und EU-Projekten, sowie Schulungen für Mitarbeiter/innen zum Thema der Drittmittelinwerbung an. Die Rechts- und die Finanzabteilung unterstützen bei den administrativen Aspekten. Außerdem stehen die Einrichtungen des Technologietransfers (TTO), des Koordinationszentrums für Klinische Studien (KKS) und der Ethikkommission zur Prüfung und Unterstützung zur Verfügung.

Querschnittsaufgabe Personalmanagement

Die strategische Personalplanung ist durch den Entwicklungsplan und die Leistungs- bzw. Zielvereinbarungen vorgegeben. Neue Mitarbeitende finden sehr gut aufbereitete und vielfältige Informationen auf der Website bzw. im Intranet, die ihnen bei der Orientierung helfen. Die Stabstelle Personalentwicklung bietet ein umfangreiches und vielfältiges Weiterbildungsangebot an. So gibt es neben dem Angebot zu „Gesundheit am Arbeitsplatz“,

„Personal Skills“ oder „Office Management“ auch ein sehr gut ausgebautes Programm für „Karriereentwicklung“, „Management und Führen“ aber auch „Lehre und Didaktik“. Als positiv hervorzugeben ist außerdem das Zertifikatsprogramm „Medizinische Lehre Wien“, das auch in den Qualifizierungsvereinbarungen zu den Laufbahnstellen als Pflichtbestandteil vorkommt. Feedbackrunden und Evaluationen von Seiten der Personalentwicklung finden regelmäßig statt.

Seit 2008 besteht die Vereinbarung, dass jährlich Mitarbeiter/innengespräche (MAG) durchgeführt werden müssen. Sie sind von strategischer Bedeutung, da sie wirksame Mittel der Information und Motivation von Mitarbeitenden darstellen und die MA-Zufriedenheit sichern und unterstützen sollen. Die Leiter/innen der Organisationseinheiten sind zur Durchführung der MAG verpflichtet und müssen dies im MedCampus dokumentieren. In den Gesprächen mit Mitarbeiter/innen wurde deutlich, dass die MAGs nicht in allen Bereichen in der notwendigen Breite umgesetzt werden. Die Gutachter/innengruppe sprach mit Mitarbeitenden, die im Laufe ihrer 5-jährigen Anstellung kein einziges MAG hatten. Auch die Mitarbeiter/innenbefragung aus dem Jahr 2012 bestätigt, dass mit ca. 1/3 der beschäftigten Personen noch kein Gespräch durchgeführt wurde, was zum damaligen Zeitpunkt an zeitlichen Gegebenheiten gelegen haben könnte. Allerdings gab es auch Positivbeispiele, die verdeutlichten, dass die MAGs sehr zur Kohärenz einer Abteilung und Zielidentifikation der Mitarbeiter/innen beitragen können.

Die Medizinische Universität Wien hat als Karrieremodell für die wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen die Möglichkeit zu einer Qualifizierungsvereinbarung (QV) eingeführt. Mit den OELs wird im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche die Anzahl der QV-Stellen festgelegt, 40 Prozent der Stellen sind für weibliche Mitarbeiter/innen vorgesehen. Bei den QV-Stellen handelt es sich um Laufbahnstellen, die nach Erfüllung der vereinbarten Kriterien nach 3 Jahren zu einer unbefristeten Anstellung führen. Diese berechtigt zum Führen des Titels „Associate Professor“ und geht einher mit eigenverantwortlicher wissenschaftlicher Tätigkeit und Lehre sowie einem höheren Entgelt. Die QV-Stellen sind nicht an eine Habilitation geknüpft und münden auch nicht zwingend in diese.

Die Berufung von befristeten bzw. unbefristeten Professor/innen ist im Universitätsgesetz geregelt, es liegt ein detaillierter Berufungsleitfaden vor.

Querschnittsaufgabe Ressourcenmanagement

Die Finanzen der Medizinischen Universität Wien werden in einem strukturierten und zeitlich klar getakteten Berichtswesen dargestellt. Verstöße gegen die Haushaltsplanung seitens der unterschiedlichen Organisationseinheiten werden individuell angegangen. Haushaltssperren werden, wo nötig, ausgesprochen und durchgesetzt. Das Management der Drittmittel wird ebenfalls zentral kontrolliert. Das Finanzmanagement läuft strikt zentral, es gibt keine dezentralen Parallelstrukturen. Overheads werden zentral bewirtschaftet.

Das Instrument der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) soll mit Hilfe von quantitativen, transparenten Indikatoren besondere Leistungen in Forschung und Lehre honorieren. So schlagen sich hier z.B. die Einwerbung von Drittmitteln, Publikationen und die Betreuung von Diplom- bzw. Doktoratsarbeiten nieder. Die Berechnung der LOM erfolgt durch die Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement und fußt auf den Daten der Forschungsdokumentation und anderen, von weiteren Abteilungen zu liefernde Daten (z.B. im Bereich Lehre). Die Vergabe erfolgt an die Leiter/innen der einzelnen Organisationseinheiten,

welche auch Einsicht in ihre eigenen Daten haben, allerdings nicht in die LOM-Daten anderer Organisationseinheiten.

Im Bereich der Infrastruktur wurden Beispiele gezeigt, wie die bestehenden Ressourcen effizient verwaltet und qualitätsgesichert werden. So sind z.B. zentrale Stellen wie das Koordinationszentrum für Klinische Studien (KKS), die Prüfungsabteilung und die Bibliothek nach ISO-Norm zertifiziert. Ein anderes Beispiel ist die Etablierung von Core Facilities im Forschungsbereich, bei denen eine Teilfinanzierung durch die Einnahmen von Nutzungsgebühren ermöglicht wird.

Die Entscheidung zur Anschaffung von Großgeräten im klinischen Bereich die für Lehre und Forschung verwendet werden, wird durch den Prozess der „paktierten Investitionen“ gemeinsam mit der Betriebsführung des AKHS momentan noch erschwert. Der Prozess zur Anschaffung ist klar definiert und wird in den Gesprächen auch als durchaus positiv bewertet. Allerdings fehlt die Information über den weiteren Workflow, sodass der/die Endnutzer/in keine Informationen darüber hat, wann das Gerät tatsächlich für Lehre und Forschung zur Verfügung steht. Auch Gerätelisten werden noch nicht zentral koordiniert. Beides soll im Zuge des Projekts UniMed2020 noch besser organisiert werden.

Im medizinisch-theoretischen Bereich unterstützt die Universitätsleitung die Kooperation von unterschiedlichen Organisationseinheiten, indem sie bei der Großgerätebeschaffung bei der Zusammenarbeit von mindestens vier Organisationseinheiten 50 Prozent der Kosten beisteuert. Auf diese Weise soll nicht nur die breite Nutzung garantiert sondern auch die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Organisationseinheiten gefördert werden.

Querschnittsaufgabe Internationalisierung

Die Medizinische Universität Wien hat strategische Ziele im Bereich der Internationalisierung definiert und diese im Entwicklungsplan festgehalten. Die Konkretisierung findet sich in der Internationalisierungsstrategie – unter anderem sollen verbesserte Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Attraktivität der Universität für internationale Forschungsk Kooperationen zu erhöhen. Dazu werden in der Selbstdokumentation Maßnahmen wie z.B. adäquate Arbeitsbedingungen für exzellente ausländische Forscher/innen, strategische Partnerschaften, aktive Nutzung von EU-Partnerschaften und Förderung der Fremdsprachenkompetenz erwähnt. Zur Unterstützung wurde 2014 das „International Office“ etabliert, das als Schnittstelle zwischen Verwaltung, Organisationseinheiten, Mitarbeiter/innen der Medizinischen Universität Wien und Wissenschaftler/innen und Lehrenden aus dem Ausland dient und hier ein umfassendes Service-Angebot anbietet.

Studierende nutzen laut den Gesprächen das Mobilitätsfenster für einen Auslandsaufenthalt hauptsächlich im Rahmen des KPJ. Diese Möglichkeit wird auch intensiv genutzt. Insgesamt war die Rückmeldung der Studierenden über die Unterstützung bei der Organisation und den Ablauf der Austauschsemester selbst sehr positiv. Das Büro für internationale Beziehungen führt regelmäßig Feedbackgespräche mit den Rückkehrenden.

Im Wettbewerb um die international „besten Köpfe“ im Bereich der Wissenschaft vertraut das Rektorat darauf, dass die Richtlinien zu Berufung von Professor/innen und die Vorgaben im Rahmen der Qualifizierungsvereinbarung so verfasst sind, dass hochkarätige internationale Wissenschaftler/innen gleiche Chancen haben wie interne Kandidat/innen. Inwieweit das QM-System diese Zielerreichung der Internationalisierung unterstützt wurde jedoch nicht ganz klar. Hierzu könnte ein Kennzahlensystem hilfreiche Angaben machen. Auch wäre ein „Internationalisierungstraining“ für die Mitglieder der Auswahlkommission zielführend.

Querschnittsaufgabe Daten- und Informationsmanagement

Als datenführendes System wird MedCampus verwendet, das vielfältige Informationen und Funktionen je nach Nutzer/innengruppe bereitstellt. In den Gesprächen mit den Verantwortlichen wurde eine hohe Zufriedenheit der Nutzer/innen erwähnt, die Fehlerquote bei Eingaben ist gegen Null (siehe auch Standard 3).

Das Datenmanagement stellt eine Aufgabe der Stabstelle ITSC - IT Systems & Communications dar. „Unternehmenskritische“ Daten werden auf zentralen Servern abgelegt und gleichzeitig auch auf externe Server gespiegelt. Ein Pseudonymisierungsservice für Patient/innendaten wird vorgehalten, daneben gibt es auch dezentrale Lösungen, deren Qualität nicht zentral überwacht wird. Die Entpseudonymisierung erfordert einen gesonderten Prozess, der noch nicht einheitlich hinterlegt zu sein scheint. Die Eigentümerschaft der Daten ist rechtlich geregelt. Wenn Konflikte mit dem Urheberrecht auftreten, werden diese von der Rechtsabteilung geregelt.

Im Rahmen von Diplomarbeiten bzw. Dissertationen werden analoge und digitale Primärdaten nicht obligatorisch verzeichnet, die Arbeiten selbst müssen jedoch von der internen Datenschutzkommission (iDSK) begutachtet werden. Eine Regelung zur Eigentümerschaft der Daten bei Ausscheiden von Personen ist vorhanden. „Big data“ ist eine zunehmende Herausforderung, hier kooperiert die Medizinische Universität Wien mit anderen österreichischen Universitäten. Die Studiendokumentation im Koordinationszentrum für Klinische Studien nutzt verschiedene Softwaresysteme, deren Schnittstellen zum ITSC noch genauer zu definieren sind. Das Risikomanagement ist Teil der Innenrevisionsprüfungen.

3.2.2 Beurteilung von Standard 2

Die Medizinische Universität Wien hat bereits eine Vielzahl von Maßnahmen und Instrumenten des Qualitätsmanagements in den Kern- und Querschnittsaufgaben etabliert und versucht, diese permanent auf dem neuesten Stand zu halten. Die fortschreitende Zertifizierung von zentralen Einrichtungen nach ISO-Norm zeugt ebenfalls von einem hohen Qualitätsbewusstsein.

Die Gutachter/innen haben den Eindruck gewonnen, dass das Qualitätsmanagement zwar Top-down vorgegeben wird, aber sehr stark dezentralisiert organisiert ist. Die Verlinkung zwischen zentralen QM-Vorgaben und dem umgesetzten Qualitätsmanagement in den unterschiedlichen Organisationseinheiten ist schwach. Das Rektorat gibt die strategische Richtung und die zentralen Vorgaben für die gesamte Universität vor, operativ werden QM-Maßnahmen in einzelnen Organisationseinheiten, DLEs und Stabstellen teilweise sehr gut umgesetzt. Der Grad dessen hängt jedoch stark von den einzelnen Leiter/innen der jeweiligen Einheit ab. Zum Teil wurde auch der Eindruck gewonnen, dass sich Organisationseinheiten intern arrangiert haben, um den Status Quo zu erhalten. Die breite Umsetzung kann schwer eingeschätzt werden, weil die Information aus dem Selbstevaluierungsbericht und den Gesprächen nicht konsistent waren.

Die Gutachter/innengruppe empfiehlt ein möglichst schlankes System, das geeignet ist dezentrale Ansätze zu integrieren und eine Überregulierung von zentraler Stelle aus zu vermeiden. Dafür ist jedoch eine Zusammenführung aller QM-Maßnahmen und Ansätze auf der Ebene der Hochschulleitung („House of Quality“) erforderlich, die den Gutachter/innen nicht gegeben erscheint. Zudem hat sich bei den Gutachter/innen die Frage nicht geklärt, ob sich die Hochschulleitung, bzw. wer sich mit Problemen im Qualitätsmanagement oder bei dessen Umsetzung in den einzelnen Organisationseinheiten befasst.

Die Gutachter/innen orten hier Potential zur Stärkung der Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement. Eine Aufgaben- und Kompetenzerweiterung könnte helfen, zentrale und dezentrale QM-Maßnahmen stärker miteinander zu verknüpfen, sodass das Qualitätsmanagement auf allen Ebenen der Universität ankommt. Besonders im Blickpunkt darauf, dass die Zusammenarbeit mit der Stabstelle Evaluation und Qualitätsmanagement von anderen Einheiten als positiv beurteilt wurde. Prinzipiell sehen die Gutachter/innen die bestehenden dezentralen Ansätze durchaus positiv, eine gewisse Vielfalt kann für das Gesamtsystem sehr befruchtend sein.

Kernbereich Studium & Lehre

Die Prozessabläufe und Verantwortlichkeiten in Studium und Lehre sind klar geregelt. Besonders hervorzuheben ist hier die Qualitätssicherung in Bezug auf das neu etablierte Klinisch Praktische Jahre (KPJ) im Zuge dessen z.B. die Lehrkrankenhäuser nach einem internen Katalog akkreditiert werden. Dies ist mit Blick auf die große Anzahl an Lehrkrankenhäusern vorbildlich. Einen Verbesserungsbedarf sehen die Gutachter/innen darin, die Studierenden zeitnah über studienrelevante Änderungen zu informieren bzw. sie frühzeitig daran zu beteiligen. Für die Studierenden bedeuten derartige Änderungen häufig einen höheren Grad an Unsicherheit, weshalb der Kommunikation und Begleitung solcher Veränderungen mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Beim Qualitätsmanagement in Bezug auf die Auswahl der Multiple Choice Fragen für die summativen Prüfungen wäre eine allgemein gültige Vorgabe durch die Curriculumsdirektion wünschenswert. Außerdem sollte die Metaevaluation zur LV-Evaluation nochmals herangezogen werden, um auf die Kritikpunkte zu den SIP Prüfungen, die während der Vor-Ort-Besuche wieder aufgekommen sind, einzugehen.

Ein Kritikpunkt am bestehenden Evaluationssystem für die Lehrveranstaltungen, der bereits in der Metaevaluation zu finden ist und auch in den Gesprächen mit den Studierenden thematisiert wurde, ist die fehlende Möglichkeit zur Einsehbarkeit der Evaluationsergebnisse durch die Studierenden. Außerdem erfahren Studierende nicht, inwieweit Änderungen aufgrund der Rückmeldungen umgesetzt werden. Dies führt zu einer generellen Infragestellung der LV-Evaluation auf Seiten der Studierenden. Ein Änderungsauftrag an das IT System, der bereits besteht um Zugänglichkeit zu schaffen, wird von den Gutachter/innen stark unterstützt.

Wie bereits erwähnt, begrüßen die Gutachter/innen die frühe Umstellung des Doktoratstudiums auf ein PhD-Studium, insbesondere die Einführung des MD-PhD Studiums, da mit diesem Programm talentierte Personen frühzeitig gefördert und Klinik und Forschung im MD-PhD gut kombiniert werden können.

Rückmeldungen von PhD-Betreuer/innen im medizinisch-theoretischen Bereich bemängelten allerdings eine zu rigide Verschulung, z.B. müssen Pflichtanteile (im Rahmen der vorgeschriebenen 30 ECTS) absolviert werden, die nicht für alle Fachbereiche relevant sind und somit als „Zeitvergeudung“ gesehen werden. Dieser Kritikpunkt wird seit fünf Jahren an die Curriculumsdirektion für PhD-Programme herangetragen, hat bisher aber noch zu keiner Änderungen geführt. Als Erklärung hierfür wurde angemerkt, dass die Curriculumsdirektion eine Komplementation zwischen Medizin ↔ Wissenschaft; Wissenschaft ↔ Medizin herstellen möchte. Es wird allerdings bezweifelt, dass dies im Rahmen von 30 ECTS realistisch machbar ist. Die Gutachter/innen sehen außerdem ein Grundproblem darin, dass die PhD-Studierenden an der Medizinischen Universität Wien zu wenig als Forschende bzw. Early-Stage Researchers gesehen werden.

Es ist zu begrüßen, dass die Medizinische Universität Wien als eine von wenigen Universitäten in Österreich eine Erstautoren/innenpublikation in einem peer-reviewed Journal als Voraussetzung für den Abschluss eingeführt hat. Um international dauerhaft kompetitiv zu sein, müssten allerdings von PhD-Studierenden und Betreuenden eigentlich mehr Publikationen angestrebt werden.

Die Gutachter/innen sehen hier auf zwei Ebenen Handlungsbedarf, um die erste Stufe der Nachwuchsförderung zu fördern: zum einen soll ein Diskurs mit PhD-Betreuenden und PhD-Studierenden initiiert werden, in dem der Bedarf an ein modernes und kompetitives PhD-Studium erhoben werden soll. Durch Auseinandersetzung und eventuellen Einarbeitung dieses Feedbacks würde der Qualitätskreis im PhD-Studium geschlossen werden.

Zum anderen ist es empfehlenswert, ein Advisory Board und eine externe Evaluierung, spezifisch für die PhD-Studien an der Medizinischen Universität Wien zu etablieren, wobei möglicherweise im Sinne der wissenschaftlichen Qualifikation der PhD-Studierenden der Aneignung von Faktenwissen ein geringerer Raum zu geben ist als der Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen und Einstellungen.

Kernbereich Forschung

Good Scientific Practice (GSP) bzw. Good Clinical Practice (GCP) haben einen hohen Standard in allen forschenden und klinischen Teilbereichen der Universität. Insgesamt wurde in den Gesprächen deutlich, dass die definierten Standards positiv erlebt werden und sehr gut umgesetzt sind. Dies lässt auf eine gelebte Qualitätskultur in diesem Bereich schließen. Zudem ist die Unterstützung der Forschenden sowie die Informationssysteme in diesem Bereich gut etabliert.

Kernbereich Personalmanagement

Das Kurs- und Unterstützungsangebot der Personalentwicklung und die damit verbundenen Evaluierungsprozesse wurden als vorbildlich beurteilt.

Der Berufungsprozess für Professor/innen nach Universitätsgesetz dauert an der Medizinischen Universität Wien im Durchschnitt ein Jahr, was im internationalen Vergleich als gut zu bewerten ist. Zur Qualitätssicherung bei Berufungen ist unbeantwortet geblieben, warum der Senat dem vom Rektorat vorgelegten Leitfaden für Berufungen noch nicht zugestimmt hat. Der Rektor hat versichert, dass bereits nach dem Leitfaden gehandelt wird und eine hohe Zufriedenheit besteht. Da es sich hier um eine Schwachstelle im Qualitätsmanagement handelt und sich Berufungen profilbildend auswirken, sollte unbedingt zeitnah eine Klärung zwischen Rektorat und Senat herbeigeführt werden, zumal ein Rektorenwechsel ansteht und ein solch sensibler Prozess nicht von der Kultur einer einzelnen Führungskraft abhängen sollte.

Das Instrument der Qualifizierungsvereinbarung zur Rekrutierung bzw. Haltung von vielversprechenden Nachwuchskräften wird von den Gutachter/innen als positiv bewertet, genauso wie die dazu entwickelten Dokumente und der gesamte Prozessablauf.

Gleichzeitig sieht die Gutachter/innengruppe die Gefahr, dass es in naher Zukunft zu einem Flaschenhalseffekt kommen könnte. Wenn keine Wegberufungen erfolgen, wächst der Personalbestand, sodass keine QV ohne substantielle Zusatzfinanzierung mehr möglich sind. Dies kann im Sinne eines kompetitiven wissenschaftlichen Umfelds nicht gewünscht sein. Außerdem hat sich aus den Gesprächen mit den wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Eindruck entwickelt, dass mit den Laufbahnstellen eine Art leistungsbezogener Ersatz für die bisherige Pragmatisierung geschaffen wurde. Es sollten hier vielmehr Incentives geschaffen

werden, damit sich Nachwuchswissenschaftler/innen für Leitungsstellen außerhalb der Medizinischen Universität Wien und auch international qualifizieren. Dies ist auch positiv für die Reputation der Universität.

Eine starke Diskrepanz orten die Gutachter/innen zwischen der Wahrnehmung des Rektorats und der gelebten Realität bei der Durchführung der Mitarbeiter/innengespräche.

Der Gutachter/innengruppe wurden die vorhandenen Dokumente zum Mitarbeiter/innengespräch vorgelegt. Leitfaden und Hilfetext umfassen alle wesentlichen Punkte des MAGs und definieren ganz klar die Zuständigkeiten und Prozessabläufe. Umso verwunderlicher war es, dass in den Gesprächen die durchführenden OELs nicht mit dem Prozedere vertraut waren. So haben manche OELs während der Gespräche die Meinung vertreten, dass ein OEL bis zu 120 MAGs pro Jahr durchführen müsse – andere OELs haben diese Aufgabe sinnvoll und dem Leitfaden entsprechend, innerhalb der Organisationseinheiten weiterdelegiert. Die Mitarbeiter/innen waren sich zum Teil nicht klar darüber, ob mit Drittmittelangestellten überhaupt MAG geführt werden. Auch dieser Punkt wird im Leitfaden detailliert abgehandelt.

Nachdem hier von Seiten der Universitätsleitung sehr klare Vorgaben vorliegen, geht die Gutachter/innengruppe davon aus, dass die unterschiedlichen Wissensstände auf eine mangelnde Kommunikation mit den entsprechenden Zielgruppen zurückzuführen sind.

Unklar blieb trotz der Gespräche, ob es belastbare Karrierepläne im Konflikt zwischen Forschung und Patientenversorgung gibt. Die Gutachter/innengruppe erachtet es als wichtig, dass hier belastbare Vereinbarungen getroffen werden, wie klinische und wissenschaftliche Qualifikationen des Nachwuchses aufgeteilt und quantifiziert werden. Dies ist insbesondere in Verbindung mit dem Konzept UniMed 2020 wichtig.

Querschnittsaufgabe Ressourcenmanagement

Das Qualitätsmanagement im Bereich Finanzwesen ist sehr gut ausgebaut, alle Prozesse und Verantwortungen sind klar definiert. Durch die Verlinkung mit der Klinik kommt es aber zu dem Problem, dass Drittmittel für die Forschung zur Querfinanzierung von Krankenversorgung in Form von In-Kind-Leistungen eingesetzt werden, wie z.B. PhD-Studierende, die verstärkt für die Patient/innenversorgung eingesetzt werden, wenn zu wenig anderes Personal zur Verfügung steht was zu einer Minderung ihrer Zeit für Forschung führt. Der Gutachter/innengruppe ist klar, dass dies ein sehr schwieriges Thema ist. Für eine maximale Transparenz und Nachvollziehbarkeit sollte dem mit einem noch besseren Berichtswesen und auch mithilfe der MAGs begegnet werden.

Das System zur Leistungsorientierten Mittelvergabe ist transparent aufgestellt und wird der Heterogenität der Fachkulturen in der Medizin gerecht.

In diesem Bereich liegt eine große Verantwortung bei den OELs und obliegt deren Führungsverständnis und -kultur. Die LOM-Mittel werden an die Organisationseinheiten nach einer transparenten Berechnung vergeben, allerdings ist die Beteiligung der Leistungsträger/innen, sprich des/der einzelnen Forschenden, nicht verbrieft und wird dadurch innerhalb der Medizinischen Universität Wien sehr unterschiedlich gehandhabt. Auch hier wurden vorbildliche Beispiele von Organisationseinheiten gezeigt, in denen z.B. die Zuteilung von Forschungsflächen leistungsbezogen erfolgt. Die Heterogenität in der Handhabung weist allerdings auf ein nicht durchgängiges Qualitätsmanagement in diesem Bereich hin.

Standard 2 wird von den Gutachter/innen als **teilweise erfüllt** erachtet.

Die Gutachter/innen schlagen folgende **Auflagen** vor:

1. Die Medizinische Universität Wien weist nach, wie sie die Ergebnisse ausgewählter Evaluationen (Metaevaluation der LV-Evaluation, Mitarbeiter/innenbefragung) verwendet werden. Dies beinhaltet einen geeigneten Maßnahmen- und Zeitplan zur Umsetzung, aber auch für den zeitnahen Zugang der daran beteiligten Interessensgruppen.
2. Die Medizinische Universität Wien beschreibt, wie sie die Transparenz in Bezug auf die LOM für die Mitarbeitenden schafft.
3. Die Medizinische Universität Wien zeigt an einem konkreten Beispiel wie die Schließung des Qualitätskreises erfolgt. Im Bereich „Lehre“ soll aufgezeigt werden, wie der Diskurs mit PhD-Studierenden und Betreuenden gesucht wird und wie mit der vorhandenen Kritik zur Organisation des PhD-Studiums umgegangen wird.

Außerdem möchte die Gutachter/innengruppe folgende **Empfehlungen** zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Der Leitfaden zum Berufungsverfahren sollte möglichst zeitnah geklärt werden, damit er institutionalisiert und personenunabhängig (mit besonderen Blickpunkt auf den bevorstehenden Rektoratswechsel) angewendet werden kann.
- Die Gutachter/innen empfehlen, sich kritisch mit dem Karrieremodell „Laufbahnstelle mit Qualifikationsvereinbarung“ auseinander zu setzen. Empfehlenswert wäre ein Monitoring über die Anzahl der bereits vergebenen QV und der geplanten Wegberufung von Mitarbeiter/innen mit Laufbahnstellen in den nächsten 4 Jahren. Dieses sollte die Ausgangsbasis für die Generierung von Gegenmaßnahmen sein, die die „Verstopfung des Systems“ verhindern.
- In Bezug auf die leistungsorientierte Mittelvergabe empfiehlt die Gutachter/innengruppe, einen nachvollziehbaren Verteilungsschlüssel bis zur Ebene der Projekt- bzw. Forschungsgruppen-Leiter/innen anzudenken. Die LOM-Mittel können für Nachwuchswissenschaftler/innen und Forschungsgruppen als Incentives gelten und zugleich sichtbar machen, welchen Beitrag einzelne Leistungsträger/innen an den Gesamt-LOM der Organisationseinheit haben. Durch die Partizipation der einzelnen Arbeitsgruppenleiter an der LOM Vergabe und transparente Regelungen von Seiten der Universitätsleitung, kann sich die Quantität und Qualität des Forschungsoutputs und die Identifikation mit der eigenen Forschungseinheit erhöhen. Dafür gibt es international bereits etablierte Lösungen¹.
- Die erste Stufe der Nachwuchsförderung (PhD-Level) könnte noch weiterentwickelt werden. Mit Hilfe eines externen Advisory Boards und/oder einen externen Evaluierung sollen Schwachstellen im bestehenden System aufgezeigt und weiterentwickelt werden.

¹ Gemäß den Empfehlungen der DFG 2005: Empfehlungen zu einer »Leistungsorientierten Mittelvergabe« (LOM) an den Medizinischen Fakultäten. *Stellungnahme der Senatskommission für Klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft*. Seite 17: 50/50 Aufteilung.

- Außerdem wäre es empfehlenswert Incentives dafür zu schaffen, dass sich Nachwuchswissenschaftler/innen für Leitungsstellen außerhalb der Medizinischen Universität Wien interessieren und international qualifizieren. Dies würde sich positiv auf die Reputation und die internationale Sichtbarkeit der Universität auswirken.

3.3 Standard 3

Das Qualitätsmanagementsystem nutzt Evaluierungsverfahren, Monitoring und Informationssysteme als integrale Bestandteile.

Strategien, Organisation und Leistungen der Hochschule sind Gegenstand eines systematischen Monitorings. Bei der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Zielen und Strategien und bei Steuerungsentscheidungen stützt sich die Hochschule auf Ergebnisse und Erkenntnisse des internen Monitorings, ihrer Informations- und Berichtssysteme und auf Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ebenso fließen Ergebnisse aus internen und externen Evaluierungsmaßnahmen in die Weiterentwicklung bzw. Anpassung des Qualitätsmanagementsystems ein.

3.3.1 Feststellungen zu Standard 3

Wie alle öffentlichen Universitäten muss die Medizinische Universität Wien gesetzlich vorgeschriebene Monitoring-Aktivitäten erfüllen. Dazu zählen das regelmäßige Finanzmonitoring mit Quartalsberichten an das Ministerium sowie die jährliche Erstellung der Wissensbilanz. Die Kennzahlen Letzterer werden von der Universitätsleitung für die Steuerung der Zielerreichung nur zum Teil als relevant bewertet.

Im Bereich der Informationssysteme greift die Medizinische Universität Wien zum einen auf SAP zurück, welches mit der Ausgründung etabliert und mittlerweile vollumfassend umgesetzt ist. Zum anderen steht mit dem MedCampus ein universitätsweites datenführendes System zur Verfügung. Ein zentral geregelttes Berechtigungssystem erlaubt die Zuteilung unterschiedlicher Rollen und damit, je nach Nutzer/in, unterschiedliche Einsichten und Bearbeitungsfunktionen. MedCampus ermöglicht eine vielfältige Auswertung von Daten und die Generierung von benutzerspezifischen Berichten. OELs erhalten hier Einblick in Daten und Kennzahlen der eigenen OE wie z.B. Budgetkennzahlen, LOM-Zuteilungen, Forschungskennzahlen und ihre eigenen Evaluierungsergebnisse. Das Forschungsdokumentationssystem (FoDok) ist ebenfalls in MedCampus integriert. Forschende und Lehrende können hier z.B. die Daten für die Forschungsdokumentation eingeben, ihre Evaluierungsergebnisse sehen sie direkt über das FoDok ein. Auch für Mitarbeiter/innen des allgemeinen Universitäts-personals stehen grundlegende Informationen und Funktionen zur Verfügung.

Die Plattform MedCampus wird von den Mitarbeiter/innen der Universität durchweg als positiv gesehen.

Für die Studierenden stehen unterschiedliche Informationssysteme zur Verfügung, wobei die Verwendung nach Studienrichtung variiert. Allgemeine Informationen zum Studium befinden sich für alle Studienrichtungen auf der Website der Medizinischen Universität Wien, für die PhD-Studien sind diese Informationen durchgehend auf Englisch verfügbar. Der MedCampus dient auch den Studierenden als Überblick über administrative Angelegenheiten, Studienleistungen und des eigenen Studienfortschritts. Die gesamte Studienorganisation (An-/Abmeldung zu LVs, Anrechnung,...) erfolgt ebenfalls über dieses System. Für die

Studierenden der Medizinischen Informatik und der PhD-Studien sind hier auch alle relevanten Informationen zu Lehrveranstaltungen und die notwendigen Lernunterlagen hinterlegt.

Für die Studien der Human- und Zahnmedizin wurde eine zusätzliche Plattform, der m3e Study Guide generiert, der Informationen zu den Studieninhalten und den Ablauf der einzelnen Blöcke/Lines und Tertiale bietet.

Es gibt geregelte Zuständigkeiten für die Dateneingabe in die Systeme, die von zentraler Stelle auch formal überprüft wird. Eine inhaltliche Qualitätskontrolle wird jedoch nicht vorgenommen, wodurch die Qualität der einzelnen Datensätze zum Teil sehr unterschiedlich ist.

Im Bereich der Drittmittelprojekte werden derzeit eine Vertragsdatenbank und ein dazu gehöriger Workflow etabliert. Diese sollen es künftig ermöglichen, alle Schritte von der Einreichung bis zum Abschluss von Drittmittelprojekten elektronisch zu erfassen und eine einheitliche Datenabfrage zu ermöglichen.

Die Medizinische Universität Wien erhebt über Befragungen und Analysen eine Vielzahl von Daten, die für die Qualitätssicherung herangezogen werden können (z.B. Studienabschluss- und Absolvent/innenbefragungen, Drop Out-Analysen, Mitarbeiter/innenbefragungen). Evaluationsverfahren werden insbesondere im Bereich der Lehre eingesetzt. Dazu zählen die standardisierten Evaluierungen von Lehrveranstaltungen und Curricula-Elementen durch Studierende und die Meta-Evaluation der Lehrveranstaltungsevaluierungen. Darüber hinaus werden externe qualitätssichernde Maßnahmen wie z.B. die freiwillige (Re-)Akkreditierung des Studiums Humanmedizin genutzt.

Im Bereich der Forschung stehen u.a. die Forschungsfelder im Fokus eines Monitorings. Jährlich wird ein ausgewähltes Forschungsfeld durch den Österreichischen Wissenschaftsrat evaluiert. Die Ergebnisse der Stärken-Schwächen-Analyse werden vom Rektorat bei strategischen Überlegungen einbezogen. Auch Sub-Einheiten der Medizinischen Universität durchlaufen, sofern sie in den Prozess der ISO-Zertifizierung eingebunden sind, jährliche Überwachungssaudits.

3.3.2 Beurteilung von Standard 3

Die Universität verfügt sowohl mit ihren sehr gut ausgebauten Informationssystemen als auch mit den vorhandenen qualitätssichernden Instrumenten über die notwendigen Voraussetzungen für ein systematisches Monitoring. Als vorbildlich wird das Monitoring beispielsweise in folgenden Bereichen beurteilt: Finanzen und Controlling, klinische Studien und bei der Organisation und Durchführung von Prüfungen. Auch im Bereich der Personalentwicklung und der Mobilitätsprogramme finden regelmäßige Datenauswertungen, Feedbackgespräche, Evaluationen statt, die direkt in die kontinuierliche Verbesserung des Serviceangebots einfließen. Hervorzuheben ist auch der Monitoringprozess für das neu eingeführte KPJ, der bereits mit der Planung desselbigen systematisch aufgesetzt wurde.

Was fehlt, ist zum einen die systematische Verwendung der Erkenntnisse und Ergebnisse (z.B. aus Evaluationen) für die Weiterentwicklung in den jeweiligen Bereichen, sei es durch notwendige Adaptionen und Veränderungen oder auch durch die begründete Beibehaltung bestehender Abläufe und Ansätze.

So wurde z.B. in der Studienabschlussbefragung 2013/14 die fehlende Einsicht der Studierenden bei den Lehrveranstaltungsevaluierungen und das bestehende Prüfungssystem

der SIP-Prüfungen moniert. Dieselben Punkte sind während der Vor-Ort-Besuche in unterschiedlichen Gesprächsrunden wieder zur Sprache gekommen. Dies führt die Gutachter/innengruppe zu dem Schluss, dass an diesen Punkten noch nicht aktiv genug gearbeitet wurde oder zumindest die Kommunikation an die Interessensgruppen fehlt, warum es hier zu keiner Veränderung oder auch Problemlösung gekommen ist.

Zum anderen fehlt die Überprüfung, ob und wie bestehende Instrumente in den einzelnen Bereichen der Universität Anwendung finden. Auch wird von Seiten der Universitätsleitung im Sinne einer Lern- und Fehlerkultur nicht hinterfragt, welche Instrumente im Rahmen des Qualitätsmanagements tatsächlich dabei unterstützen, die Zielerreichung zu überprüfen. Die Verknüpfung zwischen Ergebnissen aus Monitoringprozessen und strategischen Entscheidungen auf der obersten Entscheidungsebene bleibt offen. Das Monitoringsystem ist in dieser Hinsicht weiterzuentwickeln. Dafür ist zugleich die volle Erfüllung der Standards 1 und 2 Voraussetzung.

Während der Gespräche zur Eingabe von LV-Informationen für Studierende wurde deutlich, dass zwar eine quantitative Kontrolle der Eingaben in die Informationssysteme durchgeführt wird bei der die Lehrenden auf fehlende Informationen hingewiesen werden. Es erfolgt allerdings keine qualitative Beurteilung der Informationen. So ist z.B. der Informationsgehalt von Datensätze zu unterschiedlichen Lehrveranstaltungen sehr unterschiedlich. Die Studierenden haben angemerkt, dass die elektronische Bereitstellung von Lernunterlagen nicht zentral organisiert wird. Zum Teil müssen Studierende die Lehrenden bereits nach Beginn der Vorlesungen um das Hochladen der notwendigen Unterlagen bitten.

Standard 3 wird von den Gutachter/innen als **teilweise erfüllt** erachtet.

Die Gutachter/innen schlagen folgende **Auflagen** vor:

1. Die Umsetzung des bereits formulierten Änderungsantrags an die IT, damit Studierende Einsicht in die Evaluierungsergebnisse erhalten, wird durchgeführt. Zudem sollen Wege aufgezeigt werden, wie aus LV-Evaluationen resultierende Änderungen und Konsequenzen (auch in Bezug auf Lehrende) an die Studierenden kommuniziert werden.
2. Im Querschnittsbereich „Personalmanagement“ entwirft die Medizinischen Universität Wien einen Maßnahmenplan, in dem sie aufzeigt, wie sie den Informationsstand in den unterschiedlichen Organisationseinheiten zum Thema Mitarbeiter/innengespräche erhöht. Außerdem zeigt sie Maßnahmen auf, wie die Durchführung, aber auch die Qualität der Mitarbeitergespräche von zentraler Stelle realitätsgetreu verbessert werden kann.
3. Die Universität entwickelt ein Konzept, wie sie neben der Quantität auch die Qualität der Studieninformationen und Lernunterlagen in den Informationssystemen sicherstellt.

Außerdem möchte die Gutachter/innengruppe folgende **Empfehlungen** zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Bei der Vielzahl an Instrumenten, die an der Medizinischen Universität Wien zum Einsatz kommen, erscheint es einerseits wesentlich zu prüfen, inwieweit die Instrumente in den dezentralen Einheiten tatsächlich Anwendung finden (z.B. Mitarbeiter/innengespräche). Andererseits gilt es zu hinterfragen, welche Maßnahmen

tatsächlich Wirkung zeigen und für die hochschulinterne Steuerung sowie die Weiterentwicklung der Universität notwendig sind, um eine Überfrachtung des QM-Systems von zentraler Stelle zu vermeiden.

- Bisher stehen den Leiter/innen der OEs jeweils nur das Budget und die Kennzahlen für die eigene OE zur Verfügung. Sowohl im Sinne der Transparenz als auch des kompetitiven Austauschs sollte angedacht werden, den OEs vergleichenden Daten anderer OEs zur Verfügung zu stellen. Dies wird an anderen europäischen Hochschulen bereits praktiziert (z.B. Medizinische Hochschule Hannover).

3.4 Standard 4

Das Qualitätsmanagementsystem stützt sich auf die Qualitätskultur der Hochschule und sieht eine systematische Beteiligung unterschiedlicher Interessensgruppen vor.

Die Qualitätskultur der Hochschule wird von den Angehörigen der Hochschule getragen und durch eine aktive Kommunikationsstrategie unterstützt. Die Zusammensetzung der Interessensgruppen ist durch das Profil und die Ziele der Hochschule bestimmt und spiegelt die gesellschaftliche Verantwortung der Hochschule wider.

3.4.1 Feststellungen zu Standard 4

Von Seiten des Rektorats gibt es kommunizierte Vorgaben zu verbindlichen qualitätssichernden Regelungen für alle Mitarbeiter/innen. Einige Beispiele hierfür sind die GCP- und GSP-Richtlinien, die Habilitationsrichtlinien, der Leitfaden für Mitarbeiter/innengespräche, der Leitfaden für Gender und Diversity in der Medizin und das Logbuch für das klinisch-praktische Jahr. Zur Dokumentation und Handhabung der Prozesse hat die Medizinische Universität Wien eine Prozesslandkarte und Handbücher für ausgewählte Bereiche bzw. Sub-Einheiten erstellt, wie z.B. das Prozessmanagement-Handbuch oder das Organisationshandbuch der Finanzabteilung.

QM-Handbücher liegen vor allem für die ISO-zertifizierten Sub-Einheiten vor, Rückmeldungen über den Grad der Nutzung dieser Handbücher gibt es allerdings nicht. Im Bereich der Informationsweitergabe sind das Intranet und der MedCampus wertvolle Instrumente, die von allen Gesprächspartner/innen sehr geschätzt werden. Informationen des Rektorats an die Mitarbeiter/innen erfolgen über Mitteilungsblätter, die einzelnen Themen gewidmet sind und Verordnungscharakter besitzen. Beschlüsse der wöchentlichen Rektoratssitzungen sind für die Mitarbeitenden nicht zugänglich.

Die Einbindung von Interessensgruppen bei der Erarbeitung und Umsetzung des Qualitätsmanagements wird stark vom Rektor selbst, bei einzelnen Themengebieten von den Vizerektoraten initiiert. Aus den Gesprächen während der Vor-Ort-Besuche wurde deutlich, dass die OELs eine zentrale Interessensgruppe und wesentliche Mediatoren/innen in der Umsetzung der strategischen Ziele der Universitätsleitung darstellen. Mit ihnen erfolgt der Austausch und Abgleich zu strategischen Zielsetzungen der Universität im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche.

Nachgeordnete Mitarbeiter/innen, dh. die Interessensgruppe „Lehrende/Forschende“, treten als Gruppe für die Leitung nur wenig in Erscheinung, da diese bereits im Aufgabenbereich der OELs liegen. So gab in der letzten Mitarbeiter/innenbefragung mehr als ein Drittel des Personals an, nichts oder wenig über die Strategie der Medizinischen Universität Wien zu wissen. Dies kann natürlich auch in einem geringen Interesse auf Seiten der Mitarbeiter/innen

begründet liegen, ist zugleich aber ein Zeichen, dass die Identifikation mit der Institution noch verbesserungsfähig ist und geeignete Maßnahmen ergriffen werden sollten (wie z.B. die Schaffung von transparenten Informations- und Entscheidungswegen auf allen Ebenen der Universität).

Studierende sind als Interessensgruppe in qualitätssichernden Aktivitäten eingebunden, z.B. in die standardisierten LV-Evaluierungen, bei der Möglichkeit zur Prüfungseinsicht, im Bereich der Curricula-Entwicklung über die Blockplanungsteams oder bei der Erarbeitung des Logbuchs für das KPJ. Aus Sicht der Studierenden sind Veränderungsprozesse nicht immer klar kommuniziert. Dies betrifft z.B. die erstmalige Durchführung des KPJ und die Frage, was mit den Ergebnissen aus LV-Evaluierungen passiert.

3.4.2 Beurteilung von Standard 4

Es gibt sektoral viele sehr gute Beispiele gelungenen Qualitätsmanagements und gelebter Qualitätskultur, die von hervorragenden Leistungsträger/innen getragen und gelebt werden. Dies hängt jedoch sehr stark vom Engagement der einzelnen Personen ab. Was fehlt, ist eine klare Strategie der Leitungsebene zur Förderung einer Qualitätskultur und zur systematischen Beteiligung der für die Medizinische Universität Wien relevanten Interessensgruppen sowie ein damit verbundener hochschulweiter Austausch über das Qualitätsverständnis an der Universität und in der universitären Krankenversorgung.

Gleichzeitig zeigt sich, dass das QM-System der Medizinischen Universität einem sehr formalistischen Verständnis folgt. Das Rektorat macht zwar zentrale Vorgaben, unklar ist aber, wie umfassend der „Roll-out“ in die unterschiedlichen Organisationseinheiten erfolgt und mit welchem Nachdruck er betrieben wird. Auf Rektoratsebene liegt der Fokus auf der Zielerreichung in den Kernbereichen Lehre und Forschung. Die Chance und der Mehrwert, die mit einem systematischen Qualitätsmanagement verbunden sind, werden bislang weder auf Leitungsebene noch in den untergeordneten Bereichen voll gesehen. Es fehlt der „House of Quality“ Gedanke, in dem die unterschiedlichen dezentralen QM-Bestrebungen und Qualitätsverständnisse zentral zusammengeführt werden. Auch eine aktive Auseinandersetzung sowie ein systematischer Einbezug von unterschiedlichen Interessensgruppen durch die Hochschulleitung sind kaum ersichtlich. Insbesondere die Information und Kommunikation über studienrelevante Änderungen an die Studierenden und die Ergebniskommunikation bei qualitätssichernden Maßnahmen in der Lehre sind verbesserungswürdig.

Es hat sich den Gutachter/innen nicht erschlossen, wie sich die konkrete Zusammenarbeit der unterschiedlichen universitären Gremien in Bezug auf das Qualitätsmanagement darstellt. Ein Beispiel ist hier der Berufungsleitfaden, der zwar vom Rektorat angewendet wird, aber bislang im Senat nicht verabschiedet wurde. Hier orten die Gutachter/innen einen fehlenden Konsens zwischen Rektorat und Senat. Auch auf wiederholte Rückfrage durch die Gutachter/innen konnten hierzu keine Gründe genannt werden.

Die Information, wie und in welcher Form externe Interessensgruppen im Rahmen der Qualitätsentwicklung gehört und beteiligt werden, blieb während der Gespräche vage.

Qualitätsmanagement wird dort sehr gut umgesetzt, wo es für die Arbeitsprozesse essentiell und unterstützend ist, z. B. im Bereich der GSP und GCP, oder im Bereich der verwendeten universitätsweiten Informationssysteme (m3e und MedCampus Wien). In einzelnen

Organisationseinheiten ist eine Qualitätskultur verankert, die von den Mitarbeiter/innen auch als unterstützend für die eigene Arbeit wahrgenommen wird. Der Grad an Qualitätskultur variiert allerdings zwischen den unterschiedlichen Organisationseinheiten stark und ist oft von den einzelnen Leiter/innen abhängig. Das Potential eines dezentral bereits etablierten Qualitätsverständnisses für den universitätsweiten Dialog wird derzeit kaum erkannt und kommuniziert.

Die Zusammenarbeit mit der Stabstelle Evaluation und Qualitätsmanagement wird von anderen Einheiten als positiv beurteilt.

Standard 4 wird von den Gutachter/innen als **teilweise erfüllt** erachtet.

Die Gutachter/innen schlagen folgende **Auflagen** vor:

1. Die Medizinische Universität Wien beschreibt, wie ihre relevanten internen und besonders auch externen Interessensgruppen systematisch am Qualitätsmanagement und dessen Weiterentwicklung beteiligt werden, um eine Qualitätskultur zu fördern.

Außerdem möchte die Gutachter/innengruppe folgende **Empfehlungen** zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Die Universitätsleitung sollte das Potential bereits gelebter Qualitätskultur(en) in den unterschiedlichen Subeinheiten der Universität stärker wahrnehmen, für sich selbst definierte Best Practice Beispiele sammeln und versuchen, diese universitätsweit als Anregung zu nutzen und zu kommunizieren.
- Es sollen verstärkt Maßnahmen angedacht bzw. ausgeweitet werden, die geeignet sind die Information, Kommunikation und den internen Austausch zum Qualitätsverständnis (auch im Sinne einer Fehlerkultur) zu fördern, um die Identifikation der Mitarbeiter/innen mit der Institution und ihren zentralen Zielstellungen zu stärken.
- Zur Stärkung der Qualitätskultur könnte die Rolle der Stabstelle Evaluation und Qualitätsmanagement hin zu einer Kommunikationsdrehscheibe in Bezug auf Qualitätsmanagement weiter entwickelt werden. Ziel wäre eine Stelle, die „alle QM-relevanten Fäden zusammenführt“.

4 Anhang

4.1 Agenda des 1. Vor-Ort-Besuchs

15.01.2015		
1. Vor-Ort-Besuch – TAG1		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09.00 – 09.45	Begrüßung und Vorstellung der Medizinischen Universität Wien	Rektorat, Vertreter des Senats, Stabstelle Evaluation und QM
09.45 – 10.30	Qualitätsmanagementsystem im Kontext der Strategie und der Ziele der Medizinischen Universität Wien	Rektorat, Stabstelle Evaluation und QM
10.30 – 10.45	Pause / Reflexion / Abstimmung	
10.45 – 11.30	Qualitätsmanagementsystem Forschung/angewandte Forschung	VR Forschung, Vertreter/innen Forschung, Forschungsförderung, Stabstelle Evaluation und QM
11.30 – 12.15	Qualitätsmanagementsystem in den Kernaufgaben Studium und Lehre, inkl. Weiterbildung	VR Lehre, Curriculumsdirektion, Studien- und Prüfungsabteilung, Vertreter/innen Stabstelle Evaluation und QM
12.15 – 13.15	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
13.15 – 14.00	Qualitätsmanagementsystem in den Kernaufgaben Studium und Lehre einschließlich Weiterbildung und Forschung/Forschung und Entwicklung	Studentische Vertreter/innen in Gremien
14.00 – 14.45	Einsicht in die IT Systeme	Vertreter/innen der Stabstelle Evaluation und QM
14.45 – 15.30	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
15.30 – 17.00	Dokumentenstudie, Vergleich Selbstdokumentation und des bereits gehörten	Gutachter/innen, AQ Austria
17.00 – 17.45	Nachbesprechung Tag 1	Gutachter/innen, AQ Austria
16.01.2015		
1. Vor-Ort-Besuch – TAG2		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09.00 – 09.45	Qualitätsmanagementsystem in der Querschnittsaufgabe Personalwesen	Rektor, Vertreter/innen Querschnittsaufgabe Personalwesen/Personalentwicklung

09.45 - 10.30	Qualitätsmanagementsystem in den Querschnittsaufgaben Organisation, Administration und Ressourcenmanagement	Vertreter/innen Querschnittsaufgaben Organisation, Administration und Ressourcenmanagement
10.30 - 10.45	Pause / Reflexion und Abstimmung	
10.45 - 11.45	Vorstellung der Entwicklungsfelder Gespräche zu den Entwicklungsfeldern	Rektorat, Curriculumsdirektion PhD-Studien, Kommunikation & Öffentlichkeitsarbeit, Stabstelle für Evaluation und QM
11.45 - 12.30	Qualitätsmanagementsystem in der Querschnittsaufgabe Internationalisierung	VR Lehre, VR Forschung, VR Finanzen, Vertreter/innen Personalabteilung
12.30 - 13.15	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
13.15 - 14.00	Interne Reflexion der Gutachter/innen zum bisherigen VOB, interne Diskussion bezügl. der 3 - 4 Handlungsfelder	Gutachter/innen, AQ Austria
14.00 - 14.30	Übereinkommen über 3 - 4 Handlungsfelder, die die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems während des VOB 2 nachweisen	Rektorat, Stabstelle Evaluation und QM
14.30 - 15.00	Abschlussgespräch mit der Universitätsleitung, gemeinsame Reflexion des 1.VOB	Rektorat, Stabstelle Evaluation und QM
15.00 - 15.15	Pause / Reflexion und Abstimmung	
15.15 - 17.00	Nachbereitung des 1. VOB: Zusammenfassen der Eindrücke, Sammeln von Punkten für das Gutachten, Einteilung der Zuständigkeiten, Draft des Feedback zu den Entwicklungsfeldern Vorbesprechung für VOB 2	Gutachter/innen, AQ Austria

4.2 Agenda des 2. Vor-Ort-Besuchs

21.04.2015 2. Vor-Ort-Besuch		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
16.00 – 16.15	Begrüßung durch die Universitätsleitung	Rektorat, Stabstelle Evaluation und QM, Interne Revision
16.15 – 17.00	Handlungsfeld 1 QM-System <i>Leitungsebene</i>	Rektorat, Vertreter des Senats, Stabstelle Evaluation und QM, Interne Revision
17.00 – 17.45	Handlungsfeld 1 QM-System <i>Operative Ebene</i>	Stabstelle Evaluation und QM, QM Beauftragte in dezentralen Einrichtungen
22.04.2015 2. Vor-Ort-Besuch		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09.00 – 10.00	Handlungsfeld 2 Informationssysteme <i>Kommunikation & Information</i>	Stabstelle Evaluation und QM, Demaw, Studien/Prüfungsabteilung, ITSC
10.00 – 10.45	Handlungsfeld 2 Informationssysteme <i>Kommunikation & Information</i>	OE Leiter/innen, Mittelbau, Studierende (Grundstudium und PhD)
10.45 – 11.15	Pause / Reflexion / Abstimmung	
11.15 – 12:00	Handlungsfeld 2 Informationssysteme <i>Berichtswesen</i>	Stabstelle Evaluation und QM, Studien/ Prüfungsabteilung, Controlling, Strategische Entscheidungsträger
12.00 – 12:45	Handlungsfeld 2 Informationssysteme Datenhandling & Datensicherheit	ITSC, Ethikkommission, Koordinationszentrum f. klinische Studien, Datenschutzkommission
12.45 – 13.30	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
13.30 – 14.30	Rundgang durch die Hochschule	Führung durch die Laborflächen des KAMCL, Führung durch Anna Spiegel Forschungsgebäude
14.30 – 15.15	Gespräch mit Studierenden	Nicht-organisierte Studierende
15.00 – 15.30	Pause / Reflexion und Abstimmung	
15.30 – 16.15	Handlungsfeld 3 Qualitätsprozesse im Alltag <i>Prozesse rund um Lehre</i>	OELs (Zahnmedizin, Grundlagen) mit Koordinationsfunktion in der Lehre, Studien- und Prüfungsabteilung, Curriculumsdirektion, Lehrende

16.15 – 17.00	Handlungsfeld 3 Qualitätsprozesse im Alltag <i>Qualitätssicherung in der Lehre</i>	OELs (mit klin. Lehre), Studien- und Prüfungsabteilung, Lehrende in Grundstudium (Human/Zahn), Organisation KPJ
17.00 – 17.45	Reflexion und Zusammenfassung der Eindrücke zu den Handlungsfeldern	Gutachter/innen, AQ Austria
23.04.2015 2. Vor-Ort-Besuch		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09:00 – 10:00	Handlungsfeld 3 Qualitätsprozesse im Alltag <i>Forschung – klin. Bereich</i>	OELs, Mittelbau, Postgradueller MA mit QV, Postgradueller MA ohne QV, PhD Studierende in Doktoratskollegs
10.00 – 11.00	Handlungsfeld 3 Qualitätsprozesse im Alltag <i>Forschung - med. theoret. Bereich (dissloziert)</i>	OELs, Mittelbau, Postgradueller MA mit QV, Postgradueller MA ohne QV, PhD Studierende (in Kollegs/Free Floaters)
11.00 – 11.30	Pause / Reflexion und Abstimmung	
11.30 – 12.15	Vorbereitung des Abschlussgesprächs	Gutachter/innen, AQ Austria
12.15 – 13.15	Mittagspause	
13:15 – 14.15	Abschlussgespräch mit Hochschulleitung	Rektorat, Stabstelle Evaluation und QM, Interne Revision
14:15 – 16.00	Nachbereitung, Draft des Gutachtens	Gutachter/innen, AQ Austria

4.3 Richtlinie zur Durchführung eines Audits

Beschluss des Board der AQ Austria vom 14. Juni 2013 Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	37
2	Ziele des Audits	37
3	Grundzüge des Audits	37
4	Standards	38
5	Ablauf	39
6	In-Kraft-Treten	43

5 Präambel

Autonomen Hochschulen obliegt die Verantwortung für Qualitätssicherung und -entwicklung in Studium, Lehre, Forschung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste und Organisation. Sie entwickeln und gestalten ihr internes Qualitätsmanagementsystem in Übereinstimmung mit ihren individuellen Profilen und mit Bedacht auf europäische Standards.

Die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung (AQ Austria) anerkennt diese Verantwortung der Hochschulen und stärkt mit ihrem Audit die Qualitätskultur der Hochschulen. Das Audit gründet auf nationalen und internationalen Erfahrungen und langjährigen Kompetenzen der AQ Austria in der Qualitätssicherung.

Das Audit der AQ Austria ist ein partnerschaftlicher Prozess, an dem sich die Hochschule und kompetente Gutachter/innen beteiligen und der von der AQ Austria professionell begleitet wird. Das Audit wird auf das Profil der jeweiligen Hochschule zugeschnitten und ermöglicht einen Lernprozess, dessen Erkenntnisse bei der Hochschule verbleiben.

Das Audit der AQ Austria entspricht den Europäischen Standards und Leitlinien für hochschulinterne und -externe Qualitätssicherung (ESG) und integriert durch Peer Review europäische Expertise.

Die vorliegende Richtlinie konkretisiert die Bestimmungen des Hochschul-Qualitätssicherungsgesetzes 2011 (HS-QSG) zur Durchführung von Audits an österreichischen öffentlichen Universitäten und Fachhochschulen. Ein Leitfaden für Hochschulen und Gutachter/innen ergänzt die Richtlinie.

6 Ziele des Audits

Das Audit der AQ Austria verfolgt zwei unterschiedliche Ziele:

- Das Audit bestätigt, dass eine Hochschule ihr Qualitätsmanagementsystem gemäß den gesetzlichen Bestimmungen eingerichtet hat.
- Das Audit fördert die Hochschule bei der Weiterentwicklung ihres internen Qualitätsmanagementsystems.

7 Grundzüge des Audits

Ein **Audit** ist ein periodisch wiederkehrendes Peer-Verfahren, in dem Organisation und Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems einer Hochschule durch externe Gutachter/innen beurteilt werden. Es unterstützt die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems und ermöglicht kollegiales Feedback zu dessen Entwicklungspotentialen.

Die **Auditstandards** konkretisieren die Prüfbereiche gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG und beschreiben den Qualitätskreislauf (Planen – Durchführen – Prüfen – Handeln). Sie dienen der Hochschule zur Selbsteinschätzung des internen Qualitätsmanagementsystems und den Gutachter/innen zur externen Beurteilung.

Mit einem **Zertifikat** erhält die Hochschule den Nachweis darüber, dass sie ihren gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der Qualität in Studium, Lehre und Forschung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste wahrnimmt und das Qualitätsmanagementsystem geeignet ist, die Hochschule in der Erfüllung ihrer Ziele zu unterstützen. **Auflagen** werden nur ausgesprochen, wenn Mängel in der tatsächlichen Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems festgestellt werden. **Anregungen** und **Feedback der Gutachter/innen** sollen die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems unterstützen.

Die Hochschule definiert ihr **Profil** und die daraus abgeleiteten **Ziele**. Die Ziele sind beispielsweise im Leitbild, in Entwicklungsplänen oder in Leistungsvereinbarungen festgehalten. Das **Qualitätsmanagementsystem** einer Hochschule umfasst alle Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung hochschulinterner Organisations- und Steuerungsprozesse, welche die Hochschule beim Erreichen ihrer Ziele unterstützen. Die Hochschule gestaltet diese Prozesse autonom.

Die **Qualitätskultur** einer Hochschule zeichnet sich dadurch aus, dass die Angehörigen der Hochschule sich gemeinsam über die Ziele der Hochschule und über die Wege zu deren Erreichung verständigen. Sie tragen im Bewusstsein gemeinsamer Verantwortung zur Entwicklung der Hochschule bei. Offene Kommunikation, Partizipation und Vertrauen prägen das zielorientierte Handeln der Hochschule.

8 Standards

Die Beurteilung des Qualitätsmanagementsystems im Hinblick auf die Zertifizierung erfolgt anhand von vier Standards. Die Standards beschreiben die Anforderungen an ein funktionsfähiges Qualitätsmanagementsystem und sie konkretisieren die Prüfbereiche gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG.

Standard 1:

Die Hochschule hat Ziele definiert und verfügt über eine Strategie, welche systematisch durch Steuerungsinstrumente unterstützt wird.

Voraussetzung für den Aufbau und die Implementierung eines internen Qualitätsmanagementsystems ist, dass die Hochschule Strategien festgelegt und Ziele definiert hat. Aus diesen Strategien werden Maßnahmen abgeleitet, und es werden Verantwortlichkeiten auf allen Ebenen der Hochschule festgelegt. Die Hochschule gestaltet die hochschulinternen Steuerungsprozesse autonom.

Standard 2:

Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Hochschule darin, ihre Ziele zu erreichen.

Das Qualitätsmanagementsystem umfasst Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, welche die Hochschule in der Erreichung ihrer Ziele und der Erfüllung ihrer Aufgaben sowie der Weiterentwicklung der internen Organisations- und Steuerungsprozesse unterstützen. Zu den Aufgaben einer Hochschule gemäß § 22 Abs 2 HS-QSG, § 3 UG, § 4 DUK-Gesetz sowie § 3 FHStG zählen die Kernaufgaben Studium und Lehre einschließlich Weiterbildung, Forschung oder Entwicklung und Erschließung der Künste, sowie Querschnittsaufgaben in den Bereichen Organisation, Administration und Support, Personalwesen, Ressourcenmanagement und Internationalisierung.

Standard 3:

Das Qualitätsmanagementsystem nutzt Evaluierungsverfahren, Monitoring und Informationssysteme als integrale Bestandteile.

Strategien, Organisation und Leistungen der Hochschule sind Gegenstand eines systematischen Monitorings. Bei der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Zielen und Strategien und bei Steuerungsentscheidungen stützt sich die Hochschule auf Ergebnisse und Erkenntnisse des internen Monitorings, ihrer Informations- und Berichtssysteme und auf Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ebenso fließen Ergebnisse aus internen und externen Evaluierungsmaßnahmen in die Weiterentwicklung bzw. Anpassung des Qualitätsmanagementsystems ein.

Standard 4:

Das Qualitätsmanagementsystem stützt sich auf die Qualitätskultur der Hochschule und sieht eine systematische Beteiligung unterschiedlicher Interessensgruppen vor.

Die Qualitätskultur der Hochschule wird von den Angehörigen der Hochschule getragen und durch eine aktive Kommunikationsstrategie unterstützt. Die Zusammensetzung der Interessensgruppen ist durch das Profil und die Ziele der Hochschule bestimmt und spiegelt die gesellschaftliche Verantwortung der Hochschule wider.

9 Ablauf

Das Audit wird als Peer Review durchgeführt. Eine Gruppe von externen und unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern nimmt auf der Grundlage einer Selbstdokumentation der Hochschule und von Gesprächen vor Ort eine Beurteilung des internen Qualitätsmanagements anhand der vier Auditstandards vor und verfasst ein Gutachten. Dieses Gutachten enthält bewertende und empfehlende Aussagen zum Qualitätsmanagementsystem der Hochschule. Das Gutachten und eine Stellungnahme der Hochschule bilden die Grundlage für die Zertifizierungsentscheidung des Board der AQ Austria.

Vereinbarung

Die Hochschule und die AQ Austria schließen eine Vereinbarung über die Durchführung eines Audits.

Gutachter/innen

Die Gutachter/innengruppe besteht aus mindestens vier Gutachterinnen und Gutachtern, davon ein/e Studierendenvertreter/in. Die Gruppe verfügt über nachgewiesene Erfahrungen in der Hochschulleitung und -organisation sowie im hochschulischen Qualitätsmanagement. Ein/e Vertreter/in der Berufspraxis kann in Abhängigkeit des Profils der Hochschule einbezogen werden. Die Gutachter/innengruppe ist international zusammengesetzt, wobei Kenntnisse zum nationalen Hochschulsystem und dessen Sektoren zu gewährleisten sind. Bei der Zusammenstellung der Gutachter/innengruppe berücksichtigt die AQ Austria Profil und Ziele der Hochschule und achtet auf Diversität und Geschlechterausgewogenheit.

Die AQ Austria bestellt die Gutachter/innen. Die Hochschule hat das Recht, gegen einzelne Personen aus diesem Vorschlag begründete Einwände vorzubringen. Die Gutachter/innen erklären schriftlich ihre Unabhängigkeit und Unbefangenheit und verpflichten sich zur Verschwiegenheit über alle im Zuge der Begutachtung erhaltenen Informationen und gewonnenen Erkenntnisse. Die Geschäftsstelle bereitet die Gutachter/innen ausführlich auf das Verfahren vor.

Selbstdokumentation

Die Hochschule verfasst unter Einbeziehung ihrer verschiedenen Interessensgruppen eine Selbstdokumentation, in der sie ihr internes Qualitätsmanagementsystem und dessen tatsächliche Umsetzung darstellt. Sie entscheidet selbst über Struktur und Gestaltung der Selbstdokumentation und achtet dabei auf die Behandlung der Themen der vier Auditstandards. Die Hochschule greift auf bereits vorhandene Dokumentationen und Nachweise zurück.

Die Hochschule hat die Möglichkeit, zusätzlich besondere Themen und Fragen zu Entwicklungspotentialen des Qualitätsmanagementsystems (Entwicklungsfelder) einzubringen, zu denen sie eine kollegiale Einschätzung und ein Feedback der Gutachter/innen erwartet. Diese Themen und Fragen werden bereits in der Vereinbarung zwischen der AQ Austria und der Hochschule festgelegt und in der Selbstdokumentation erörtert. Das Feedback der Gutachter/innen bezieht sich auf die künftige Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und wird nicht für die Zertifizierungsentscheidung herangezogen.

Vor-Ort-Besuche

Die Gutachter/innen führen zwei Vor-Ort-Besuche an der Hochschule durch. Zur Vorbereitung erhalten sie die Selbstdokumentation der Hochschule sowie Informationen der AQ Austria zum Verfahren und zum österreichischen Hochschulsystem. Dem Peer-Prinzip entsprechend führt die Gutachter/innengruppe Gespräche mit unterschiedlichen Personengruppen, die sich durch Wertschätzung, Offenheit und dialogischen Charakter auszeichnen.

Im ersten Vor-Ort-Besuch stellt die Hochschule die Organisation ihres internen Qualitätsmanagementsystems vor. Im Rahmen dieses Besuchs verständigen sich die Gutachter/innen und die Hochschule auf Handlungsfelder, in denen die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems nachgewiesen wird.

Zum zweiten Vor-Ort-Besuch beurteilen die Gutachter/innen die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems in den ausgewählten Handlungsfeldern und behandeln die von der Hochschule eingebrachten individuellen Themen.

Bei Bedarf ergänzt die Hochschule im Einvernehmen mit den Gutachter/innen zwischen den Vor-Ort-Besuchen ihre Selbstdokumentation.

Gutachten

Die Gutachter/innen erstellen ein gemeinsames Gutachten mit Feststellungen zum Qualitätsmanagementsystem der Hochschule und einer Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards anhand der drei Kategorien ‚nicht erfüllt‘, ‚teilweise erfüllt‘ und ‚erfüllt‘. Die Erstellung des Gutachtens geschieht unter Wahrung der Meinungsvielfalt der Gutachter/innen mit dem Ziel größtmöglichen Konsenses. In ihrem Gutachten benennen die Gutachter/innen gegebenenfalls Elemente guter Praxis des Qualitätsmanagements.

Die Hochschule erhält das vorläufige Gutachten und kann auf mögliche Fakten- und Formalfehler hinweisen. Die Gutachter/innen berücksichtigen die Hinweise der Hochschule in der endgültigen Fassung ihres Gutachtens. Die Hochschule nimmt zum endgültigen Gutachten inhaltlich Stellung.

Feedback zu Entwicklungsfeldern

Falls die Hochschule zusätzlich Themen und Fragestellungen zur künftigen Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagementsystems eingebracht hat, geben die Gutachter/innen dazu ein schriftliches Feedback. Dieses Feedback wird nicht für die Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards und die Zertifizierungsentscheidung herangezogen. Das Feedback ergeht nach Abschluss des Verfahrens ausschließlich an die Hochschule.

Zertifizierung

Das Board entscheidet über die Zertifizierung auf Grundlage der endgültigen Fassung des Gutachtens sowie der inhaltlichen Stellungnahme der Hochschule. Die Selbstdokumentation der Hochschule sowie eventuell nachgereichte Unterlagen liegen dem Board zur Einsichtnahme vor. Zur Entscheidungssitzung des Board ist ein Mitglied der Gutachter/innengruppe als Auskunftsperson anwesend.

Die Zertifizierung kann mit Auflagen erteilt werden und ist auf sieben Jahre befristet. Wird ein Standard als ‚teilweise erfüllt‘ beurteilt, so liegen Mängel vor, die zu Auflagen führen. Im Falle einer Zertifizierung mit Auflagen muss deren Erfüllung innerhalb von zwei Jahren nachgewiesen werden. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Dokumentation, in der die Hochschule die gesetzten Maßnahmen erläutert. Zur Prüfung der Aufлагenerfüllung wird bei Bedarf ein/e Gutachter/in einbezogen.

Eine Zertifizierung wird versagt, wenn zumindest ein Standard als ‚nicht erfüllt‘ bewertet wird. In diesem Fall führt die Hochschule nach zwei Jahren ein Re-Audit durch.

Re-Audit

In einem Re-Audit gemäß § 22 Abs 6 HS-QSG weist die Hochschule nach, dass sie ein Qualitätsmanagementsystem nach den gesetzlichen Bestimmungen eingerichtet und die im vorangegangenen Audit festgestellten Mängel behoben hat. Das Re-Audit wird nach den Verfahrensbestimmungen der vorliegenden Richtlinie durchgeführt. In der Selbstdokumentation weist die Hochschule die festgestellten Mängel und die gesetzten Maßnahmen gesondert aus. Eine Zertifizierung nach einem Re-Audit kann nicht unter Auflagen erfolgen.

Beschwerde

Die Hochschule hat die Möglichkeit, gegen den Verfahrensablauf und gegen die Zertifizierungsentscheidung Einspruch bei der Beschwerdekommision der AQ Austria zu erheben.

Veröffentlichung

Die AQ Austria veröffentlicht einen Ergebnisbericht, in den das Gutachten, die Stellungnahme der Hochschule, sowie die Entscheidung des Board einschließlich der Begründung, Zertifizierungsdauer und gegebenenfalls Auflagen sowie die Namen der Gutachter/innen einfließen.

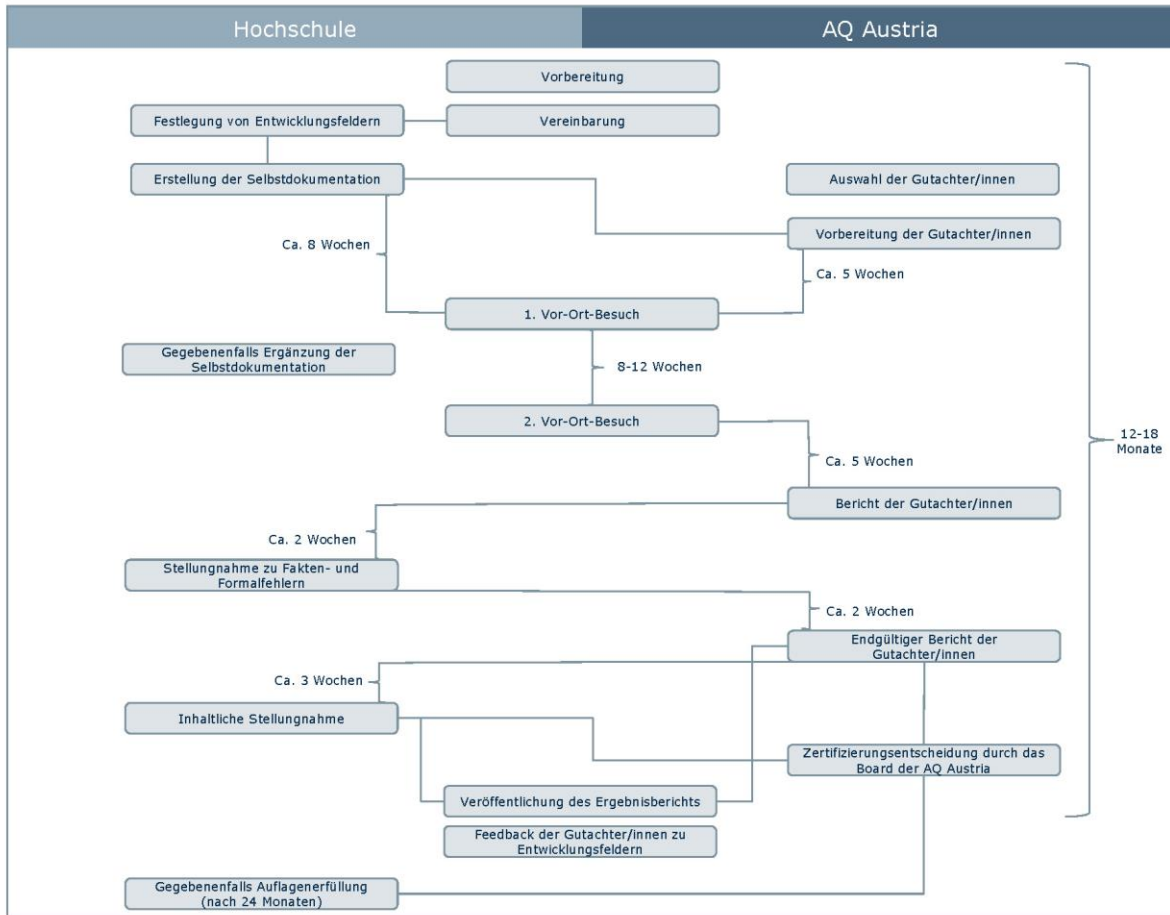
Rolle der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle der AQ Austria begleitet das Verfahren während des gesamten Prozesses und achtet auf Fairness und Angemessenheit. Ein/e Vertreter/in der Geschäftsstelle ist Ansprechperson für die Hochschule und für die Gutachter/innen.

Kosten

Die Hochschule trägt die vom Board der AQ Austria festgelegte und veröffentlichte Verfahrenspauschale sowie die Kostenpauschale für die Gutachter/innen.

Ablaufschema



10 In-Kraft-Treten

Diese Richtlinie tritt mit 14. Juni 2013 in Kraft.