

Stellungnahme

der Medizinischen Universität Wien
zu den Inhalten des Gutachtens
gemäß HS-QSG



31. JULI 2015

Medizinische Universität Wien
Rektor o. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schütz
1090 Wien, Spitalgasse 23
Telefon +43 1 40160 – 11603
E-Mail: evaluation@meduniwien.ac.at

Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien zu den Inhalten des Gutachtens

Die Medizinische Universität Wien bedankt sich bei den GutachterInnen des Audits für den ausführlichen und informativen Bericht über das an der Universität etablierte Qualitätsmanagement. Einige der im Gutachten angeführten Aspekte fanden sich auch in einem anderen Gutachten, nämlich in jenem zur Re-Zertifizierung des Studiums der Humanmedizin (studentische Einsicht in Evaluationsergebnisse, Umstellung des Evaluationszyklus auf drei Jahre, Prüfungsorganisation, etc.) und sind bereits umgesetzt (in der Fakten- und Formalstellungnahme vom 1. Juli 2015 wurde bereits darauf hingewiesen).

Einer Reihe der in dem Gutachten angesprochenen Empfehlungen fehlt allerdings die Präzisierung, wir werden uns nichtsdestoweniger bemühen, ihnen nachzukommen. Beispiele dafür sind die folgenden¹:

1. „House of Quality“

Besonderes Interesse erweckt in diesem Zusammenhang das im Gutachten als Mittel zur optimalen Regulierung des QM angesprochene, allerdings nicht näher konkretisierte, „House of Quality“ (HoQ). Der Ansatz eines „House of Quality“ (unter dem Verständnis von Quality Function Deployment) an einer Universität stellt sich insoweit als herausfordernd dar, als Interessenslage, Entscheidungsstrukturen und „Kundenbegriff“, in universitären Belangen sich nur höchst komplex abbilden lassen. Unter Umständen kann dies – je nachdem wie man den Kundenbegriff auslegt – auch durchaus einen Konflikt mit den ursächlichen Zielen einer Universität bedingen.

Nachdem davon ausgegangen werden kann, dass dieser Vorschlag der GutachterInnen sicherlich auf deren nachhaltigen Erfahrungen in der Etablierung eines HoQ im universitären Bereich basiert, wäre es aufschlussreich zu erfahren, wie namhafte Referenzuniversitäten, z.B. im Studien- und Lehrbereich, mit der Diskrepanz forschungsbasierte Lehre vs. auf Erfahrungs- und Bedürfniswelt der von Studierenden erwarteten Lehre umgehen, oder wie sich die unterschiedlichen Interessen zwischen Krankenanstaltenträger und Medizinischer Universität in einem HoQ vereinen lassen. Referenzmodelle aus der universitären, insbesondere der Medizin-universitären Praxis, welche sämtliche Leistungsbereiche der Universität umfassen, wären für uns daher überaus hilfreich.

2. Intrinsische Motivation

Auf Seite 15 des Gutachtens findet sich folgender Satz: „Wünschenswert wäre eine noch breiter etablierte intrinsische Motivation der Mitarbeiter/innen in der Umsetzung.“

Nachdem – basierend auf der Theorie der Selbstbestimmung – intrinsische Motivation im Wesentlichen auf den Einzelnen gerichtet ist, das Gutachten sich allerdings an die MedUni Wien als Ganzes richtet, stellt sich die Frage, wie eine Organisation die Stimmung des Individuums in Entsprechung der o.a. Forderung beeinflussen kann (zumal eine intrinsische Motivation auch kontroversielle Inhalte in sich bergen kann), ohne extrinsische Motivationsfaktoren anzusprechen. Hinzu kommt, dass Rückmeldungen von Mitarbeitern bzw. Studierenden,

¹ Weitere Aspekte befinden sich in der Detailstellungnahme im Anhang.

nichts oder wenig über die Strategie der Universität zu wissen (z.B. S.29 unten), bzw. dass Veränderungsprozesse nicht klar kommuniziert werden (z.B. S. 30, zweiter Absatz), auch das beste QM nicht verhindern kann. Dass in einer Befragung nur ein Drittel der MitarbeiterInnen sich dazu negativ äußert, betrachten wir eher als Erfolg!

3. Dezentral vs. zentral / Integration dezentraler Ansätze

Die im Gutachten wiederholt geforderte Zentralisierung des QM-Systems widerspricht aus unserer Sicht dem Selbstverständnis und der Selbstauffassung der MedUni Wien als Expertenorganisation² und wir haben in der Vergangenheit eher auf dezentrale Ansätze geachtet. Wie bereits in der Stellungnahme zu den Fakten- und Formalfehlern angemerkt, zeichnen sich die einzelnen Organisationseinrichtungen der MedUni Wien durch eine hohe Heterogenität in ihren Aufgabenbereichen und Strukturen aus, eine Übertragbarkeit von diversen QM-Ansätzen, die zur Erfüllung von sehr spezifischen Aufgaben gedacht sind, oder eine Verknüpfung diverser QM-Maßnahmen scheint uns daher nicht zielführend.

Wir sehen es deshalb auch als problematisch an, die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen durch eine „Kompetenzerweiterung“ einer QM-Stabstelle erreichen zu wollen, was derzeit tatsächlich nicht dem Aufgabenprofil dieser Stabstelle entspricht. Ihre Aufgabe ist vielmehr, das QM der MedUni Wien im Rahmen eines von der obersten Leitung getragenen Top-Down Ansatzes in den zentralen Leistungsbereichen zu vollziehen, nämlich Qualitätssicherungsmaßnahmen zu strukturieren und Handlungsrichtlinien zu konzipieren.

Wir können auch keinen Mehrwert eines zentralistisch gesteuerten QM-Systems erkennen. Dafür wäre ein Mikromanagement in die Organisationseinheiten hinein erforderlich (verbunden mit deren regelmäßiger Berichtspflicht „nach oben“), das die Gefahr eines erhöhten Verwaltungsaufwands, aber auch ein Konfliktpotential in sich birgt.

4. „TQM“

Im Gutachten wurde auf Seite 13 Folgendes festgehalten: „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“. Aus unserer Sicht kann TQM kein strategisches Ziel sein, sondern TQM stellt eine Maßnahme dar, strategische Ziele zu erreichen. Außerdem ist festzuhalten, dass der Universität die Ausformung/Ausrichtung ihres QM-Systems zum Erreichen ihrer strategischen Ziele der Universität selbst obliegt, und wir daher die Umsetzung bzw. Realisierung von TQM nicht als Voraussetzung für die Erfüllung der Anforderungen eines Audits zur Qualitätssicherung gesehen haben.

Wenn aber wirklich TQM Voraussetzung sein soll, wäre dann die Durchführung eines Audits nach HS-QSG obsolet und durch eine Erfüllung der doch sehr klaren und transparenten Vorgaben, welche die international anerkannten Auszeichnungen „c2e“ oder „r4e“³ des EFQM-Modell verlangen, ersetzbar? Wenn TQM umgekehrt aber nicht Voraussetzung ist, um den Anforderungen eines Audits zur Qualitätssicherung zu entsprechen, auf welcher Basis wird aufgrund des Gutachtens die Etablierung eines TQM-Systems eingefordert?

² Expertenorganisationen lt. Mintzberg zeichnen sich durch einen eigenständigen Umgang mit Wissen durch ExpertInnen aus. „MitarbeiterInnen verfügen über eine hohe individuelle Autonomie, die zentralen Leistungen der Organisation werden von einzelnen Experten direkt für die KundInnen (PatientInnen, StudentInnen, ...) erbracht.“

³ „Committed to Excellence“ bzw. „Recognized for Excellence“ der European Foundation for Quality Management

5. „SMART“e Qualitätskultur

Nachdem wir in der Fakten- und Formalstellungnahme Unklarheit bezüglich des Begriffes „smarte Qualitätskultur“ geäußert wurde, ist im finalen Gutachten zur Erläuterung das im Qualitätsmanagement eingesetzte Akronym „SMART“⁴ hinterlegt. Hier ist festzuhalten, dass „SMART“-Kriterien nur auf Zieldefinitionen (z.B. im Rahmen von Zielvereinbarungen) anzuwenden sind. Die Verwendung des „SMART-Konzeptes“ als Begriff einer Qualitätskultur, die doch vorrangig Normen und Werte zum Thema haben soll, erscheint uns inhaltlich daher nicht zutreffend.

6. „Informelle Informationen“

Erst im finalen Gutachten angeführt ist die Rückfrage auf S. 13, ob den Mitarbeitern Informationen aus Rektoratsbeschlüssen auf einem „informelleren Weg (eventuell im Intranet)“ weitergegeben werden. Abgesehen davon, dass Rektoratsbeschlüsse auch nur auf formellem Weg in das Intranet gelangen können (sie müssen durch das Rektorat freigegeben werden), wird auf Seite 30 eine „Schaffung von transparenten Informations- und Entscheidungswegen auf allen Ebenen der Universität“ als Maßnahme zur Verbesserung der Identifikation mit der Organisation angeregt. Hier liegt aus unserer Sicht ein Widerspruch vor. Für Informationen über Rektoratsbeschlüsse stehen neben dem Intranet weitere interne Kommunikationskanäle, wie ein wöchentlich erscheinender Newsletter und ein Mitarbeitermagazin zur Verfügung, mit denen alle MitarbeiterInnen erreicht werden können. Das laufende Projekt „Markenentwicklung“ hat die Identifikation der MitarbeiterInnen mit der eigenen Organisation als eines der wichtigsten Ziele definiert.

7. „Internationalisierungstraining“

Ebenfalls erst im finalen Gutachten wird die Etablierung eines „Kennzahlensystems“ und eines „Internationalisierungstrainings“ im Rahmen von Berufungen behandelt. Wie in der Selbstdokumentation dezidiert festgehalten⁵, liegt auf der MedUni Wien die Strukturierung des Bereiches „Internationalisierung“ noch zu kurz zurück, sodass noch keine nennenswerten QM-Maßnahmen erfolgt sind. Wir greifen den Vorschlag eines „Kennzahlensystems“ gerne auf, der Begriff „Internationalisierungstraining“ ist uns allerdings nicht bekannt.

⁴ Spezifisch – Messbar – Akzeptiert – Realistisch – Terminiert

⁵ Siehe Selbstdokumentation Seite 102: „Mit Ausnahme der Agenden des „Büros für Internationale Beziehungen“, welches bezogen auf die Studierendenmobilität bereits zweimal zeitversetzt eine Evaluation durchlaufen hat, sind die anderen Bereiche noch zu „jung“ an der MedUni Wien etabliert um nennenswerte QMS-Maßnahmen aufweisen zu können.“

8. Auflagen

Eine Reihe der im Gutachten festgehaltenen Auflagen zu den Standards 1-3 sind bereits in Umsetzung bzw. erfüllt:

So wird *ad* „Auflagen zu Standard 1“ festgehalten, dass Struktur und Ablauforganisation der Qualitätssicherungsmaßnahmen sich detailliert in der Selbstdokumentation wiederfinden, eine graphische Darstellung findet sich in jenen den GutachterInnen übermittelten Mindmaps wieder. Bei der Definition von Qualitätszielen ist auf den Entwicklungsplan zu verweisen (Anfang Mai 2015 wurde eine Revision herausgegeben), der die strategische Ausrichtung der MedUni Wien bestimmt und auch die Grundlage für die Leistungsvereinbarung darstellt. Er umfasst damit auch die beabsichtigten Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Universität. Darüber hinaus befasst sich das – als Entwicklungsfeld den GutachterInnen vorgestellte – Projekt „Markenentwicklung“ mit der Entwicklung von Qualitätszielen, sowohl im Rahmen eines Top-Down- als auch eines Bottom-Up-Ansatzes.

Ad „Auflagen von Standard 2“:

- ➔ Es sind die Ergebnisse der Metaevaluation bereits in folgende Bereiche eingeflossen:
 - Umsetzung des 3-Jahreszyklus (seit Studienjahr 2014/15)
 - Etablierung einer Prüfungsévaluation (seit Studienjahr 2014/15)
 - Einsichtsberechtigung von Studierenden in Evaluationsergebnisse (ist seit Mai 2015 technisch möglich)
- ➔ Es besteht Transparenz in Bezug auf die Leistungs-orientierte Mittelvergabe auf Ebene der Organisationseinheiten, da bereits seit 2009 aggregierte Vergleichsdaten allen OE-LeiterInnen zur Verfügung gestellt werden.
- ➔ Es ist der Grundstein für einen Diskurs mit Studierenden und Betreuenden durch die erstmals stattgefundenene Evaluation des Doktoratprogramms „Clins“ gelegt (siehe Selbstdokumentation S. 53), und sie soll auch auf andere PhD-Programme ausgerollt werden. Den Nutzen einer zusätzlichen externen Evaluierung in diesem Bereich sehen wir nicht (abgesehen von einer mit Gutachten schon lange schwer überforderten Scientific Community).

Ad „Auflagen von Standard 3“:

- ➔ Die Umsetzung der Einsichtsberechtigung der Studierenden in Evaluationsergebnisse ist bereits erfolgt und wird im Studienjahr 2015/16 ausgerollt werden. Darauf basierende Änderungen und Konsequenzen werden in den Planungsteamsitzungen behandelt, die Einbeziehung von studentischen Mitgliedern ist hierbei obligatorisch.
- ➔ Der Empfehlung der GutachterInnen den LeiterInnen der OEs vergleichende Daten anderer OEs zur Verfügung zu stellen, wird an der MedUni Wien bereits – wie oben erwähnt – seit dem Berichtsjahr 2009 praktiziert.

Lfnr.	Seite	Zitat	Anmerkung/ Korrektur/ Konkretisierung/ Rückfragen
1.	11	2. Absatz: „Was fehlt bzw. nicht sichtbar wurde, ist eine klare Strategie und ein konkreter Umsetzungsplan zur Integration der vielen QM-Aspekte in ein Gesamtsystem.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Siehe Mindmaps bzw. PDCA-Zyklen in der Selbstdokumentation.
2.	12	Absatz 1: „In weiterer Folge ist dies auch die Basis, auf der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen eines prozessorientierten Qualitätsmanagements in ausgewählten Verwaltungseinrichtungen und in den klinischen Bereichen etabliert wurden.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Das pQMS im AKH basiert nicht auf der Prozesslandkarte der MedUni Wien sondern auf den AKH-eigenen SOPs (dies war nicht Gegenstand des Audits).
3.	12	Absatz 3f: „Die Medizinische Universität Wien setzt in ihrer strategischen Ausrichtung auf eine „Triple Track“ Strategie: (...) Hier ist anzumerken, dass die Koexistenz der Ziele noch nicht impliziert, dass sie auch konfliktfrei erreicht werden können.“	<u>Konkretisierung:</u> Lehre, Forschung, Klinik ist als „Kuppelprodukt“ untrennbar verbunden und das Potential der MedUni Wien. Die Auftrennung, Darstellung, Abrechnung ist schwierig bis unmöglich. ⁶
4.	13	Absatz 2: „In welchem Umfang hier Ziele des Qualitätsmanagement hier (im Rahmen der Zielvereinbarungen) ebenfalls behandelt werden, wurde während der Gespräche nicht schlüssig beantwortet.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Zielvereinbarungsgespräche thematisieren multiple Qualitätsmanagementziele der MedUni Wien, wie z.B. die Durchführung von MitarbeiterInnengesprächen, die Ausschreibung von Qualifizierungsvereinbarungen, sowie Art und Umfang der zu erreichenden Leistungsdaten einer OE.
5.	13	Absatz 3: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Beschlüsse sind in den Protokollen immer als solche ausgewiesen und werden auch umgesetzt. Allerdings ist nicht für jedes Thema, das auf der jeweiligen Tagesordnung steht, ein formaler Beschluss erforderlich.
6.	13	Absatz 3: „Durch Beschluss verankert sind unter anderem Entwicklungsplan, Leistungsvereinbarungen, Struktur- und Prozesspläne und Organigramme.“	<u>Korrektur:</u> Nicht sehr präzise formuliert. Es handelt sich hier nicht um „Prozesspläne“ sondern um Prozessabläufe, Prozesslandkarten und deren Dokumentation. Weitere essentielle Beschlusserforder-

⁶ (siehe auch: Kriegel J: Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus, 2005, Seite 163)

			nisse sind u.a. LeiterInnenbestellungen und sämtliche budgetären Angelegenheiten.
7.	13	Absatz 4: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Die Stabstelle ist (...) <i>unter anderem</i> für die Datenerhebung und -berechnung zuständig. EQ <i>unterstützt</i> das Rektorat in der Erfüllung von strategischen (gesetzlichen) Aufgaben. In Entsprechung ihrer Funktion als Stabstelle besitzt sie keine Weisungsbefugnis. Die Weisungsbefugnis im Bereich QM geht – entsprechend der Geschäftsordnung des Rektorates – vom Rektor aus.
8.	13	Absatz 4: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Qualitätssicherungsmaßnahmen finden sich in der Selbstdokumentation als Elemente des QM Systems der MedUni Wien wieder. Für die genannten Beispiele siehe z.B. Kapitel 5.1.3.3 sowie 5.3.3.3. ff der Selbstdokumentation. Die Aufgabenabgrenzung ergibt sich aus dem ursächlichen Tätigkeitsprofil der jeweiligen Verwaltungseinrichtung.
9.	14	Absatz 1: „Die Bedeutung des Qualitätsmanagements für die Senatsarbeit konnte nicht klar ersichtlich.“	<u>Anmerkung:</u> Die Senatsarbeit ist Bestandteil des PDCA-Zyklus (siehe § 25 UG 2002, ff)
10.	14	Absatz 1: „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 gewonnen Informationen in den gesamten Senat weitergetragen werden.“	<u>Anmerkung:</u> Der Senat nimmt seine in § 25 UG taxativ aufgezählten Aufgaben wahr. Inhaltlichen Einfluss auf andere Angelegenheiten kann er nur über die Satzung der Universität nehmen, die er auf Vorlage des Rektorats zu beschließen hat, sowie zu Entwicklungs- und Organisationsplan; zu beiden kann er Stellungnahmen abgeben.
11.	14	Absatz 3: „Das Qualitätsmanagement an der Medizinischen Universität Wien ist im Wesentlichen nach dem Top-down Prinzip organisiert. Prinzipiell ist dies eine probate	<u>Anmerkung:</u> Aus unserer Sicht ist die erwähnte Stabstelle quantitativ und qualitativ ausreichend

		und häufig angewandte Herangehensweise, allerdings ist dann die Voraussetzung, dass die entsprechende Stabsstelle quantitativ und qualitativ ausreichend ausgestattet ist.“	ausgestattet.
12.	14	Absatz 4: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt bzw. scheint überholt:</u> Einerseits findet sich die Konkretisierung der Strategie der MedUni Wien im jeweils gültigen Entwicklungsplan und in den Leistungsvereinbarungen mit dem Ministerium. Andererseits behandelt das Projekt „Markenentwicklung“, welches den GutachterInnen im Jänner 2015 im Rahmen der Entwicklungsfelder präsentiert wurde, genau dieses Thema.
13.	16	Absatz 2: „Sie (die Stabstelle Evaluation und Qualitätsmanagement) hat keine strategische Aufgabe und keine Weisungsbefugnis betreffend Qualitätsmanagement.“	Siehe Anmerkung 7
14.	16	Absatz 2: „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.“	Siehe Anmerkung 7. Die Aussage ist leider sehr unspezifisch.
15.	17	Absatz 1: „Bei der Online-Evaluation von Lehrveranstaltungen und Curricula-Elementen sieht der durch Vizerektorin für Lehre und die Curriculumsdirektion approbierte Evaluationsplan einen 5-Jahreszyklus vor.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt,</u> an der MedUni Wien ist ein 3-Jahresplan für Evaluationen etabliert. (siehe bereitgestellte Unterlagen im BSCW).
16.	17	Absatz 3: „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.“	Auch diese Aussage ist wenig spezifisch (Hörensagen).
17.	17	Absatz 3: „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.“	Die Diplomarbeit dient ebenso der Talente-Identifikation wie die im AKH durchgeführten „Klinisch Praktischen Jahre“ und – vor allem – die Dissertationen. Die Diplomarbeit wird als Chance gesehen und auch als solche genutzt, Studierenden einerseits die Möglichkeit zu geben, echte Wissenschaft kennen zu lernen und sie dafür zu begeistern, und andererseits diese in der Zeit der Diplomarbeit zu erproben um die Interessierten an dem jeweiligen Fachgebiet frühzeitig

			zu identifizieren. Dies steht zwar nicht in den Dokumenten, wird aber auch von den BetreuerInnen so gesehen bzw. diesen sowohl bei den MedEdu Seminaren als auch bei den DiplomarbeitbetreuerInnen - Schulungen (beide PE Seminare) so empfohlen um auch den Nutzenaspekt bzw. diese Chance für beide Parteien hervorzuheben.“
18.	17	Absatz 4: „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.“	Das verwundert. An uns herangetragene Mitteilungen sind dazu durchwegs positiv.
19.	17	Absatz 4: „Die Studierendenschaft des Studienganges Medizinische Informatik ist im Vergleich zu den anderen Fächern relativ klein. In den Gesprächen ortete die GutachterInnengruppe die Gefahr, dass auf diese Studierenden eventuell nicht ausreichend Bezug genommen wird und sie deshalb nur unzureichend von qualitätssichernden Maßnahmen erfasst werden.“	Diese Aussage ist nicht korrekt: Für das Studium Medizinische Informatik liegen zwei rezente Evaluationen auf: ⁷ (siehe auch Selbstdokumentation der MedUni Wien S 53)
20.	19	Absatz 3: „Die QV-Stellen sind nicht an eine Habilitation geknüpft und münden auch nicht zwingend in diese.“	<u>Konkretisierung:</u> Qualifizierungsvereinbarungsstellen verfolgen eine andere Intention als das Habilitationsverfahren, demzufolge besteht keine Verbindung zwischen beiden.
21.	19	Absatz 6: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> LeiterInnen der OEs erhalten alljährlich im Rahmen einer Aussendung durch den Vizerektor für Forschung Informationen zu LOM-Daten anderer Organisationseinheiten in

7 1) Evaluation Projektstudium (Februar-April 2013): strukturierte Leitfadenterviews mit Studierenden (face to face & online – 7 von 14 haben teilgenommen) & Lehrenden (Interviews mit allen 4 Lehrenden, die jemals ein Projektpraktikum betreut haben) – (Pretest mit jeweils 2 Studierenden und 2 Lehrenden)

2) Abschlussbefragung (Juli-November 2013): Online Befragung (geschlossene/offene Fragen) mit AbsolventInnen ab 2008, sowie Studierende, die eine Masterarbeit angemeldet haben. 44 Personen konnten teilnehmen, Rücklauf 41% (18 Personen)

			aggregierter Form.
22.	20	Absatz 2: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Diese Aussage betrifft nur Einrichtungen im AKH und nicht in der Vorklinik. Es handelt sich hier zu einem wesentlichen Anteil nicht um Großgeräte. Diesem Anschaffungsprozedere unterliegen Anschaffungen für Lehre, Forschung und PatientInnenversorgung.
23.	20	Absatz 2: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Das Anschaffungsprocedere sowie die damit verbundenen Prozesse und Informationsschritte liegen im Aufgabenbereich der Gemeinde Wien somit außerhalb der Interventionsmöglichkeit der MedUni Wien. Dieser Punkt ist nicht Gegenstand des Audits.
24.	20	Absatz 4: „Studierende nutzen laut den Gesprächen das Mobilitätsfenster für einen Auslandsaufenthalt hauptsächlich im Rahmen des KPJ.“	<u>Konkretisierung:</u> Auslandsaufenthalte finden vorrangig im 5. und 6. Studienjahr, also im rein klinischen Abschnitt, statt und damit nicht nur im KPJ. Das KPJ gibt es erst seit einem Jahr, aber eine intensive Nutzung von Auslandssemestern durch Studierende fand bereits davor statt.
25.	21	Absatz 1: „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. 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.“	Diese Aussagen sind nicht korrekt: <ul style="list-style-type: none"> ➔ ITSC ist keine Stabstelle, sondern eine Dienstleistungseinrichtung; ➔ Die Daten werden nicht gleichzeitig auf externe Server gespiegelt: Die Daten werden an einem zweiten internen Standort gesichert (back-up) ➔ Die Entpseudonymisierung ist auch eindeutig bei diesem zentralen System geregelt. ➔ Diplomarbeiten und Dissertationen werden nicht von der DSK beurteilt, sondern, wenn personenbezogene Daten erhoben werden oder bei Umfragen, muss vor Beginn der

			Diplomarbeit von der DSK eine Genehmigung auch für den Prozess der Erhebung und des Datenhandlings eingeholt werden.
26.	21	Absatz 1: „Das Risikomanagement ist Teil der Innenrevisionsprüfung.“	<u>Konkretisierung:</u> Die Bewertung der Effektivität des Risikomanagements und der Kontrollen (Anmerkung: IKS) ist Teil der Innenrevisionsprüfungen.
27.	21	Absatz 4: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Siehe Anmerkung 7
28.	22	Absatz 2: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Studierende werden zeitnahe durch die Internetseite der Studienabteilung und spezifische e-mail Verteilerlisten über Veränderungen informiert. Ein Informationsdefizit kann daher nicht festgestellt werden.
29.	22	Absatz 3: „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.“	<u>Diese Aussage ist überholt:</u> Die Berücksichtigung der Ergebnisse der Metaevaluation für die SIP Prüfungen ist spätestens seit der Existenz einer Prüfungsevaluation obsolet. Die Ergebnisse der Prüfungsevaluation werden – wie in der Selbstdokumentation erwähnt – für die weiteren Planungsschritte des Prüfungswesens an der MedUni Wien selbstverständlich verwertet. (Siehe Selbstdokumentation Seite 57)
30.	22	Absatz 4: „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.“	<u>Diese Aussage ist überholt:</u> Die Einsichtsberechtigung der Studierenden in die CE-Evaluationsergebnisse ist bereits etabliert und wird im Studienjahr 2015/16 ausgerollt. (Siehe Selbstdokumentation Seite 54)
31.	22	Absatz 5: „Die Gutachter/innen sehen außerdem ein Grundproblem darin, dass die PhD-Studierenden an der Medizinischen Universität Wien zu wenig als Forschende	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> PhD-Studierende befinden sich in einem Anstellungsverhältnis zur

		bzw. Early-Stage Researchers gesehen werden.“	MedUni Wien und absolvieren so ein Bologna-konformes PhD-Curriculum. Es gibt an der MedUni Wien auch eine Young Scientist Association (YSA), die ausschließlich aus PhD-Studierenden besteht und sehr darauf achtet, dass diese als Early-Stage-Researcher betrachtet und behandelt werden.
32.	23	Absatz 4: „Zur Qualitätssicherung bei Berufungen ist unbeantwortet geblieben, warum der Senat den vom Rektorat vorgelegten Leitfaden für Berufungen noch nicht verabschiedet hat.“	<u>Konkretisierung:</u> Einen Leitfaden gibt es. Es ist nicht unbedingt erforderlich, dass er in die Satzung aufgenommen wird, da das Berufungsverfahren im UG (§ 98) sehr detailliert geregelt ist. Gerade bei den wenigen Spielräumen, die das UG hier offenlässt, haben Rektorat und Senat unterschiedliche Anschauungen. Über 60 Berufungen sind an dieser Universität seit 2004 komplikationslos erfolgt.
33.	23	Absatz 4: „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.“	<u>Siehe Anmerkung Nr. 32</u>
34.	23	Absatz 5: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Die Anzahl der QV-Stellen wird in den Zielvereinbarungen mit den OEs für drei Jahre festgeschrieben. Hierbei wird auf ein ausgewogenes Verhältnis zu den Postdoc-Stellen geachtet.
35.	23	Absatz 5: „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.“	Auch diese Assoziierten ProfessorInnen bleiben im Angestelltenverhältnis und können gekündigt werden, was auch schon vorkam. Ebenso gab und gibt es Berufungen nach auswärts. Es ist nicht klar, welche Art von "Incentives" gemeint ist.
36.	24	Absatz 2: „Eine starke Diskrepanz orten die Gutachter/innen zwischen der Wahrnehmung des Rektorats und der gelebten Realität bei der Durchführung der	Wir teilen diese Mutmaßung nicht. Einige der – älteren – KlinikleiterInnen nehmen das Prinzip der

		Mitarbeiter/innengespräche ... 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.“	MitarbeiterInnengespräche leider sehr ungern an, da diese als zeitraubend betrachtet werden.
37.	24	Absatz 2: „Umso verwunderlicher war es, dass in den Gesprächen die durchführenden OELs nicht mit dem Prozedere vertraut waren.“	s.o.
38.	24	Absatz 3: „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.“	Dies war bis jetzt nur schwer möglich; ist aber in Verbindung mit Unimed Wien 2020 vorgesehen.
39.	24	Absatz 4: „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.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Diese Problematik betrifft über Drittmittel angestellte ÄrztInnen, die keine PhD-Studierende sind.
40.	24	Absatz 4: „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.“	<u>Konkretisierung:</u> Wir haben bisher ein solches Mikromanagement nicht eingeplant, sondern überlassen die Mittelverteilung der zweiten Entscheidungsebene, eben dem/der vom Rektorat bestellten OE-LeiterIn.
41.	26	Absatz 3: „Die Kennzahlen Letzterer werden von der Universitätsleitung für die Steuerung der Zielerreichung nur zum Teil als relevant bewertet.“	<u>Konkretisierung:</u> Diese Einschätzung des Rektorats deckt sich mit der Bewertung seitens der Universitätenkonferenz.
42.	26	Absatz 3: „Das Forschungsdokumentationssystem (FoDok) ist ebenfalls in MedCampus integriert. Forschende und Lehrende können z.B. die Daten für die	<u>Konkretisierung:</u> Der letzte Satz wurde nicht in Entsprechung unserer Rückmeldung richtiggestellt:

		Forschungsdokumentation eingeben, ihre Evaluierungsergebnisse sehen sie direkt über das Fodok ein.“	Die Forschenden/Lehrenden können die Daten für die Forschungsdokumentation nur direkt in der Fodok und nicht im „Evaluierungscockpit“ einsehen.
43.	27	Absatz 2: „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.“	<u>Diese sehr allgemein formulierte Aussage ist nicht korrekt.</u> Sämtliche Daten, die in MedCampus, SAP, etc. eingetragen werden unterliegen entweder einem multiplen Augen-Prinzip oder werden nach erfolgreichem Datenimport (im Falle der Publikationsdaten) erst durch ein Freischaltszenario freigegeben. → Qualitätskontrollen erfolgen auf allen Ebenen.
44.	27	Absatz 7: „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.“	<u>Diese Aussagen sind nicht korrekt:</u> Das Prinzip der Einsichtnahmen in die Evaluierungsergebnisse ist bereits, wie seitens der GutachterInnen auf Seite 22 im Gutachten positiv festgehalten, umgesetzt, sodass Einsichtnahmen ab dem Studienjahr 2015/16 möglich sein werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass eine systemtechnische Umstellung in MedCampus, die Funktionalitäten für einen großen Kreis an Universitäten bereitstellt, einen längeren Umsetzungszeitraum benötigt. Die SIP Prüfungen werden einer permanenten Überarbeitung unterzogen. Dementsprechend wurden rezent Umstellungen im Prüfungsmodus durchgeführt, wie z.B. die teilweise Ablöse der MC-Fragen angestrebt, die erste FIP durch den PTM-Test abgelöst und SIP 6 im Zuge der Einführung des KPJ obsolet. Die Kommunikation über Änderungen werden durch die Studienabteilung via personalisierten e-mail Verteiler zeitnah kommuniziert.
45.	28	Absatz 1: „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,	<u>Korrektur:</u> Die in Einsatz befindlichen Instrumente im Rahmen des Qualitätsmanagement haben sich aus unserer Sicht bewährt und werden periodisch überarbeitet. Die aus ihnen gewonnenen Ergebnisse

		die Zielerreichung zu überprüfen. Die Verknüpfung zwischen Ergebnissen aus Monitoringprozessen und strategischen Entscheidungen auf der obersten Entscheidungsebene bleibt offen.“	fließen in die Leistungsvereinbarung, in den Management Review lt. ISO 9001:2008, sowie in den narrativen Teil der Wissensbilanz ein und bilden so die Basis für strategische Entscheidungen des Rektorates. (siehe PDCA-Zyklen in der Selbstdokumentation).
46.	28	Absatz 1: „Während der Gespräche zur Eingabe von LV-Informationen 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.“	Kommt sicher vereinzelt vor, aber keinesfalls generell.
47.	29	Absatz 4: „QM-Handbücher liegen vor allem für die ISO-zertifizierten Sub-Einheiten vor, Rückmeldungen über den Grad der Nutzung dieser Handbücher gibt es allerdings nicht.“	Hier bleibt unklar, wie solche Rückmeldungen über den Nutzungsgrad aussehen sollen. Festzuhalten ist, dass einerseits im Zuge der internen bzw. externen Audits im Rahmen der ISO 9001:2008 überprüft wird, ob die MitarbeiterInnen der zertifizierten OEs Kenntnisse über Inhalt und Auffindungsort der QM-Handbücher besitzen. Des Weiteren wird alljährlich eine überarbeitete Fassung der QM-Handbücher freigegeben. Andererseits werden die QM-Handbücher (und die darin abgebildeten Prozesse) für die Einschulung neuer MitarbeiterInnen herangezogen bzw. – im Bereich des KKS – an KundInnen weitergeleitet.
48.	29	Absatz 4: „Beschlüsse der wöchentlichen Rektoratssitzungen sind für die Mitarbeitenden nicht zugänglich.“	<u>Diese Aussage ist nicht korrekt:</u> Beschlüsse des Rektorates manifestieren sich zum einen in den veröffentlichten Mitteilungsblättern. Daneben werden MitarbeiterInnen der MedUni Wien via e-mail-Verteiler über Rektoratsbeschlüsse informiert, die keinen

			Verordnungscharakter besitzen. Des Weiteren erfolgt die Verbreitung von Beschlüssen aus dem RektoratsJF an das Abteilungskollegium bzw. erfolgt die Berichtslegung an den Senat.
49.	29	Absatz 5: „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.“	<u>Konkretisierung</u> : Dies ist auch so durch die Zielvereinbarungsgespräche vorgesehen (siehe Selbstdokumentation Kapitel 5.3.3.2.)
50.	30	Absatz 6: „Die Information, wie und in welcher Form externe Interessensgruppen im Rahmen der Qualitätsentwicklung gehört und beteiligt werden, blieb während der Gespräche vage.“	<u>Konkretisierung</u> : Die Einbindung externer interessierter Parteien findet sich u.a. in folgenden Kapiteln der Selbstdokumentation wieder: 4.3., 5.1., 5.2, 5.3., 5.4 & 5.5. Es ist uns nicht klar, welche externen Interessensgruppen hier tatsächlich fehlen.
51.	31	Absatz 1: „Das Potential eines dezentral bereits etablierten Qualitätsverständnisses für den universitätsweiten Dialog wird derzeit kaum erkannt und kommuniziert.“	Diese Aussage ist sehr allgemein formuliert, konkreter! Worauf basiert diese Erkenntnis?