



Agentur für
Qualitätssicherung
und Akkreditierung
Austria

Gutachten
des Audits an der
Medizinischen
Universität
Innsbruck

Endgültige Fassung

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	5
1.4	Namen der Gutachter/innen	7
1.5	Handlungsfelder.....	8
2	Zusammenfassung	9
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	13
3.2	Standard 2.....	14
3.2.1	Feststellungen zu Standard 2	14
3.2.2	Beurteilung von Standard 2	23
3.3	Standard 3.....	27
3.3.1	Feststellungen zu Standard 3	27
3.3.2	Beurteilung von Standard 3	29
3.4	Standard 4.....	30
3.4.3	Feststellungen zu Standard 4	30
3.4.4	Beurteilung von Standard 4	31
4	Anhang.....	33
4.1	1. Vor-Ort Besuch	33
4.2	2. Vor-Ort Besuch	35
4.3	Richtlinie zur Durchführung eines Audits.....	38

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 dem Selbstevaluierungsbericht der Medizinischen Universität Innsbruck:

Die Medizinische Universität Innsbruck ist mit ihren rund 1900 Bediensteten, wovon 500 über Drittmittel finanziert werden, die größte medizinische Hochschule in Westösterreich. Die Universität wurde per 1. Jänner 2004 als vormalige Fakultät zu einer eigenständigen Organisation kraft neuem Universitätsgesetz erhoben. Im Bereich der Spitzenmedizin verfügt die MUI über einen sehr guten nationalen und internationalen Ruf, deren Forschungsleistungen weltweite Anerkennung in führenden Fachkreisen begründen.

Kernaufgaben der MUI sind Forschung, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, Lehre und die Ärzt/innenausbildung – sowie die führende Mitwirkung an der Krankenversorgung der Landes-Krankenanstalten, die als Universitätskliniken firmieren.

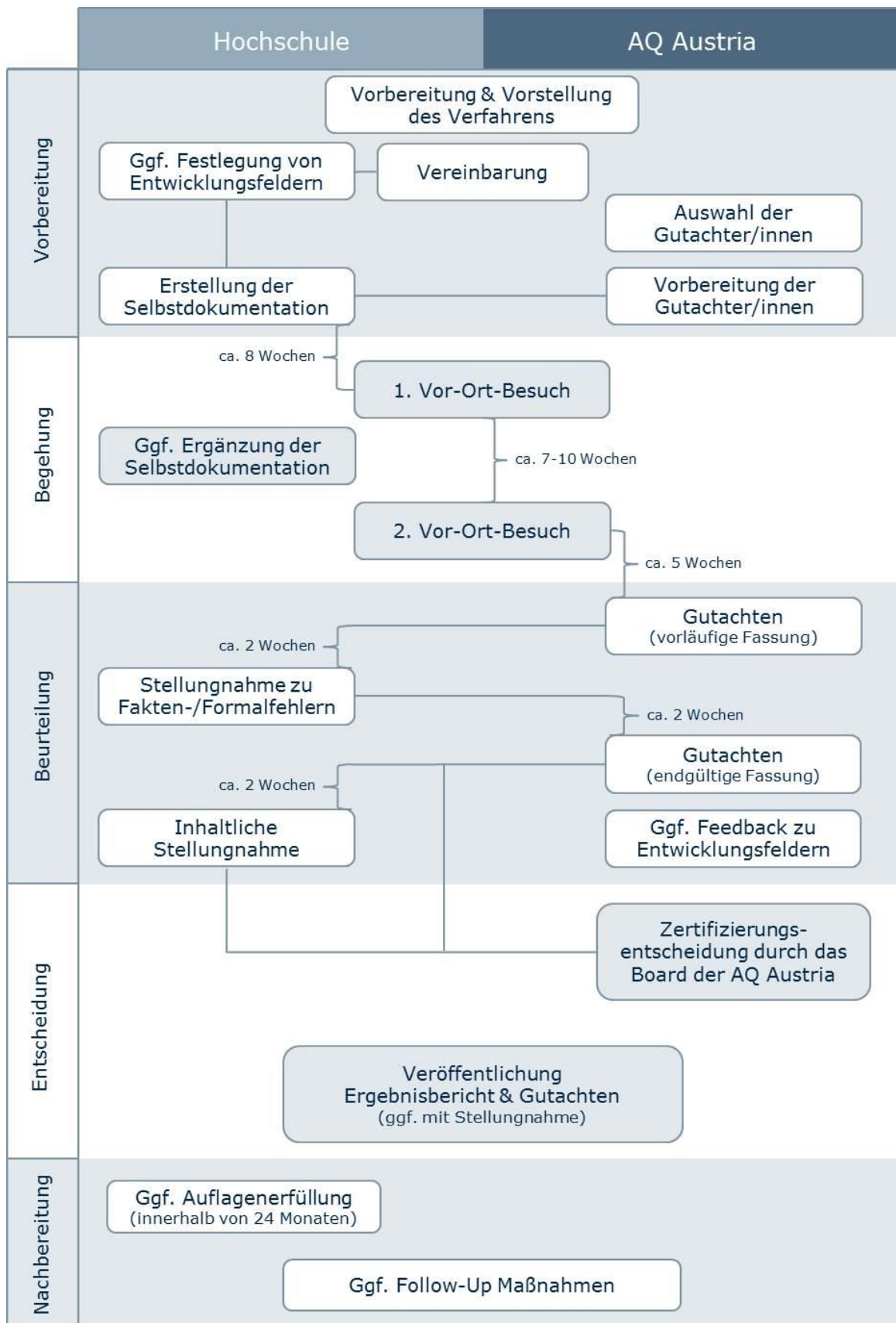
„Die MUI besteht aus zukunftsorientierten spitzenmedizinischen Einrichtungen gepaart mit leistungsstarken theoretischen und biomedizinischen Institutionen. (...) Ein besonderes Charakteristikum der MUI, das es zu pflegen und zu stärken gilt, ist der ausgeprägt kooperative Charakter zwischen klinischen und medizinisch-theoretischen Disziplinen, der besonders in den Forschungsschwerpunkten und in der interdisziplinär konzipierten Lehre in den sechs Studienrichtungen sichtbar wird.“

1.3 Ablauf des Audits an der Hochschule inkl. Zeitplan

Das Audit wird als **Peer Review** durchgeführt. Eine Gruppe von externen und unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern nimmt auf Grundlage des Selbstevaluierungsberichtes der Hochschule und 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 folgenden Prozessablauf.



Das Audit an der Medizinischen Universität Innsbruck wurde nach folgendem Zeitplan durchgeführt:

Aufgaben	Termine
Abgabe des Selbstevaluierungsberichts durch die MUI	01. Februar 2016
Virtuelles Vorbereitungsgespräch der Gutachter/innen	09. März 2016
1. Vor-Ort-Besuch	12. – 14. April 2016
2. Vor-Ort-Besuch	31. Mai – 02. Juni 2016
Vorläufiges Gutachten an die MUI	15. Juli 2016
Stellungnahme der MUI zu Fakten- und Formalfehlern	31. Juli 2016
Ggfs. Überarbeitung des Gutachtens; Endgültiges Gutachten an die MUI	10. August 2016
Inhaltliche Stellungnahme der MUI	28. August 2016
Entscheidung durch das Board der AQ Austria	20./21. September 2016

1.4 Namen der Gutachter/innen

Name	Institution/Funktion
Prof.in Dr.in Renate Dworczak	Vizerektorin für Personal, Personalentwicklung & Gleichstellung Universität Graz Vorsitzende der Gutachter/innengruppe
Sebastian Frantl	Studentischer Gutachter Medizinische Universität Graz
Prof. Dr. Andreas Guse	Prodekan für Lehre Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof.in Dr.in Martine Rahier	Rektorin Universität Neuenburg Ehem. Präsidentin von swissuniversities

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

Von Seiten der AQ Austria wurde das Audit von Dr.in Elisabeth Froschauer-Neuhauser und Frances Blüml, M.A. betreut.

1.5 Handlungsfelder

Im Rahmen des Audits wurde anhand folgender Handlungsfelder die Umsetzung des internen QM-Systems begutachtet:

Handlungsfeld 1: Steuerung

Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen den Zielen und den gesetzten Maßnahmen zeigt die MUI (ev. anhand eines exemplarischen Beispiels), wie konkrete Ziele entwickelt werden (inklusive gesetzter Zeithorizonte für die Umsetzung, Quantifizierung von Zielen, etc.) und diese in Maßnahmen heruntergebrochen werden.

Handlungsfeld 2: Umsetzung des QM in Lehre und Lehr- bzw. Studienadministration

Anhand von Gesprächen mit Studierenden und Lehrenden aus unterschiedlichen Studienrichtungen wird die Umsetzung der Lehre an der MUI anhand der Unterthemen [Lehrveranstaltungsevaluation](#), [Lehr- und Studienadministration](#) (anhand eines Student-Life-Cycles) und [Informationssysteme für Studierende](#) nochmals detaillierter betrachtet.

Ein besonderer Blickpunkt bei diesem Handlungsfeld ist die Abdeckung aller angebotenen Studienrichtungen (Humanmedizin, Zahnmedizin und Molekulare Medizin, sowie PhD Programme).

Handlungsfeld 3: Umsetzung des QM in der Forschung

Hier zeigt die MUI anhand der Unterthemen [Qualitätssicherung/Monitoring bei Großprojekten](#), [Nachwuchsförderung](#) und [Berichts- und Informationssysteme für Forschende](#) auf, wie das Qualitätsmanagement in der Forschung dezentral umgesetzt wird und wie die Forschung im klinischen als auch medizinisch-theoretischem Bereich unterstützt und gefördert wird.

2 Zusammenfassung

Beide Vor-Ort-Besuche an der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) waren geprägt durch offene und konstruktive Gespräche. Es konnte bei allen Beteiligten ein hohes Engagement und eine tiefe Verbundenheit mit der Universität wahrgenommen werden. Dies ist nicht selbstverständlich, war die Historie der MUI als eigenständige Universität doch stark von Führungswechseln geprägt. Das bestehende Rektorat hat sich der Herausforderung gestellt, für eine bessere Vernetzung zwischen den Teilbereichen zu sorgen und eine langfristige Zielsetzung und -planung zu erstellen und umzusetzen. In diesem Zusammenhang wollte die MUI das Audit Verfahren auch als Ausgangspunkt nutzen, die bereits bestehenden QM-Maßnahmen zu reflektieren bzw. das QM-System systematisch und strukturiert weiterzuentwickeln.

Die Gutachter/innengruppe hofft, dass der Austausch während der Gespräche und die getroffenen Einschätzungen und Empfehlungen im Gutachten hilfreich sind und bei der Weiterentwicklung unterstützen. Außerdem möchte sie sich bei der Universitätsleitung sowie allen Beteiligten für die informativen Gespräche bedanken.

Standard 1

Die MUI hat sich in den letzten Jahren von einer medizinischen Fakultät zu einer eigenständigen Universität entwickelt, die ihre Aufgaben in Bezug auf Lehre, Forschung und Krankenversorgung umfassend wahrnimmt. Sie hat sich sehr umfassende Ziele gesetzt, die aus Sicht der Gutachter/innen in der Zukunft noch geschärft werden sollten. Außerdem muss sich zeigen, ob und wie es der MUI mithilfe von Entwicklungsplänen gelingt, die selbst gesteckten Ziele zu erreichen. Hierzu empfehlen die Gutachter ein Herunterbrechen der Ziele auf konkrete Maßnahmen.

Eine Strategie, wie die Zielerreichung durch das Qualitätsmanagement unterstützt wird, ist in Teilbereichen erkennbar, wobei es ein erklärtes Ziel der MUI ist, das Audit hier als Startpunkt zur Weiterentwicklung zu nutzen.

Fazit: Standard 1 ist erfüllt. Für die Weiterentwicklung empfehlen die Gutachter/innen bei der Strategieumsetzung eine weitere Schärfung und Operationalisierung der Ziele. Empfohlen wird hierzu die Definition von Teilzielen und die Herstellung einer klaren Verbindung zwischen der Strategie und dem QM-System.

Standard 2

Das derzeitige Rektorat sieht sich stark der Qualität verpflichtet, wodurch bereits viele Maßnahmen implementiert wurden. Diese werden von unterschiedlichen Einheiten und damit verbunden unterschiedlichen Verantwortlichkeiten durchgeführt, wodurch die Sichtbarkeit des bestehenden QM-Systems innerhalb der Universität erschwert ist. Das gezielte Zusammenführen der Maßnahmen ist unabdingbar für die Weiterentwicklung und Sichtbarkeit des QM-Systems.

Qualitätssichernde Maßnahmen finden sich in allen Kern- und Querschnittsbereichen, besonders herausragend wurden hier die Ansätze in den Bereichen der Forschung und der Internationalisierung beurteilt. Die Qualitätssicherung im Bereich der Lehre befindet sich momentan in einem Umbruch, der durch das starke Engagement des Vizerektors für Lehre getragen wird und sich generell auf einem guten Wege befindet.

Fazit: Standard 2 ist teilweise erfüllt. Für die langfristige Sicherung der Qualität ist es notwendig, die bereits vorhandenen QM-Maßnahmen in ein gesamtuniversitäres System zusammenzuführen in dem auch die Verantwortlichkeiten definiert und entsprechend kommuniziert werden.

Standard 3

Die Systeme und Prozesse der Datenerhebung sind an der MUI weit fortgeschritten, die Informationssysteme sind gut etabliert und bieten einen hohen Informationsgehalt. Die Datenbereitstellung im Bereich der Forschung und die damit verbundene Vergleichbarkeit auf Organisationseinheitsebene wurden als vorbildlich beurteilt. Einzig die Transparenz, wie die verwendeten Daten weiterverwendet werden, ist noch nicht vollständig ausgereift.

Fazit: Standard 3 ist erfüllt. Um die Akzeptanz der Datenerhebung zu fördern, sollten im Rahmen der Weiterentwicklung des QM-Systems auch Strategien zur Nutzung der erhobenen Daten überlegt werden.

Standard 4

Qualität ist ein wichtiges Anliegen des Rektorats. Dies wird auch an die administrativen Organisationseinheiten so weitergetragen und von diesen auch dementsprechend umgesetzt. Die Mitarbeitenden in den Organisationseinheiten sind momentan aber noch wenig an der Qualitätskultur beteiligt und sehen Qualitätsmanagement zum Teil eher behindernd als nützlich. Die Gutachter/innen orten hier einen Mangel an Kommunikation, was auch dadurch bestätigt wurde, dass viele der hervorragenden Unterstützungsleistungen den Mitarbeitenden und Studierenden teilweise nicht bekannt waren.

Fazit: Standard 4 ist teilweise erfüllt. Zur vollständigen Etablierung einer Qualitätskultur an der MUI ist es notwendig, die Kommunikation zwischen Universitätsleitung und „Peripherie“ in Bezug auf qualitätssichernde Maßnahmen zu verbessern.

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

Die Medizinische Universität Innsbruck (MUI) hat sich sehr umfassende Ziele gesetzt, die sich nicht nur übergeordnet im Entwicklungsplan finden, sondern z.B. auch in jenen Satzungsteilen, die die Zusammenarbeit und das Zusammenleben innerhalb der Universität regeln. Die Ziele sind teilweise sehr allgemein gehalten, sodass sie auch für andere Universitäten gelten könnten. Die Vorgaben des Universitätsgesetzes (§1 und §3 UG2002) zu Aufgaben und Zielen werden operativ umgesetzt, eine proaktive Strategie, um ein unverwechselbares Profil in der Landschaft der österreichischen Medizinuniversitäten zu entwickeln, ist teilweise erkennbar. Viele Entwicklungen (wie z.B. die Ausrichtung der Forschungsschwerpunkte) in der Vergangenheit sind anscheinend aus der Initiative einzelner (auch besonders aktiver) Mitglieder der Universität bottom-up „gewachsen“. Dies ist sicher auch bedingt durch die fehlende Kontinuität in der Leitungsebene während der letzten Jahre. So existiert z.B. erst seit 2013 wieder ein vom Senat genehmigter Entwicklungsplan. Als weitreichende Konsequenz daraus ist auch für die Mitarbeiter/innen keine langfristige Strategie erkennbar. Die Wissenschaftler/innen und Ärzt/innen haben den Eindruck, dass „jedes Rektorat etwas anderes“ macht, sind aber gleichzeitig der Auffassung, dass das derzeitige Rektorat bereits sehr viel bewirkt hat.

Die operative Umsetzung der strategischen Ziele erscheint überall dort erschwert, wo sie nicht explizit formuliert wurden bzw. nicht klar ist, mit welchen Maßnahmen diese Ziele erreicht werden sollen. So besteht offenbar in der Lehre in einigen Bereichen (Humanmedizin) der Wunsch, den Studienplan zu reformieren. Welches Ergebnis dabei genau angestrebt wird, wurde während der Gespräche nicht klar beantwortet.

Sehr positiv ist, dass die Universität seit der Herauslösung der medizinischen Fakultät aus der Universität Innsbruck ein breites Portfolio entwickelt hat, das über das einer medizinischen Fakultät deutlich hinausgeht und für eine eigenständige Universität angemessen ist. Als Ziele werden Lehre und Ausbildung auf höchstem Standard, Forschung auf internationalem Niveau und die kontinuierliche Verbesserung von Spitzenmedizin definiert. Stetige Verbesserung in den genannten Bereichen und der effiziente Umgang mit Ressourcen stehen im Mittelpunkt.

Die MUI nimmt ihre zentralen Aufgaben insbesondere in den Bereichen Studium und Lehre, Nachwuchsförderung und Patient/inn/enbetreuung sehr bewusst wahr und ist erkennbar ein

wichtiger Player am Standort Innsbruck. Das Hinausgehen in die Region ist ihr wichtig, das zeigt sich z.B. durch das Bestreben Industriepartnerschaften einzugehen. Der Beitrag zu den gesellschaftlichen Aufgaben (z.B. Third Mission) wird ernst genommen, gleichzeitig besteht der Wunsch „nah an den Menschen dran“ zu sein (z.B. durch personalisierte Medizin). Aus diesem breiten Spektrum heraus wäre es für eine stärkere Profilbildung sinnvoll, noch klarer strategische Schwerpunkte mit konkreten Zielen (und „smart“ formulierten Detailzielen) zu entwickeln. So existieren bereits Forschungsschwerpunkte, von denen ausgehend eine weitere Spezialisierung sehr gut denkbar ist. Im Bereich der Lehre ist eine Profilbildung mit dem Studium der Molekularen Medizin als Alleinstellungsmerkmal bereits sehr gut gelungen.

Die Steuerung österreichischer Universitäten erfolgt im Wesentlichen anhand des an der Universität erarbeiteten Entwicklungsplans und der mit dem BMFWF abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen. In enger Anlehnung daran hat die MUI auch ihre Managementstrategie definiert, die sich u.a. in der Aufgabenverteilung des Rektoratsteams wiederfindet und Kompetenzen klar regelt. Die Ziele der Gesamtuniversität werden im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen an die Leiter/innen der einzelnen Organisationseinheiten (OE) weitergegeben, die ihrerseits die Verantwortung für die Umsetzung in ihren Einheiten tragen.

Jährlich werden 72(!) solcher Gespräche, unter Anwesenheit von zumindest einem Rektoratsmitglied auf Basis von statistischen Daten aus der Stabstelle für Evaluation und Qualitätsmanagement, der Finanzabteilung, der Personalabteilung und der Studienabteilung geführt. Diese Anzahl von Gesprächen ist für die Rektorin bzw. das Rektorat sehr (zeit)aufwändig und in der Praxis schwierig umzusetzen, ist aber zugleich für eine Universität im Wandlungsprozess von großem Vorteil, da die Leitung mit vielen Personen direkt sprechen kann. Leider findet dieses sehr aufwändige Managementinstrument bei den OE-Leiter/innen wenig Akzeptanz, da es als sehr einseitig empfunden und die Möglichkeit zum Einbringen von Vorschlägen aus den Einheiten vermisst wird. Somit wird das Instrument der Zielvereinbarungsgespräche noch nicht in vollem Umfang wertbringend genutzt.

Die Strategie, die die Universität im Bereich des QM-Systems verfolgt, ist in Teilbereichen klar erkennbar. Eine klare langfristige Strategie wird allerdings noch nicht vollständig sichtbar. Hier muss angemerkt werden, dass die MUI das Audit auch explizit dazu nutzen möchte, sich mit den vorhandenen QM-Maßnahmen kritisch auseinanderzusetzen und die Systematisierung des QM-Systems weiter voranzutreiben.

Auf der Homepage der Universität wie auch im Selbstevaluierungsbericht findet sich das Bekenntnis zu Qualität und Qualitätsverbesserung. Auch der Entwicklungsplan für die Jahre 2016-2021 enthält ein klares Bekenntnis zur Qualität bzw. zur Weiterentwicklung des QM-Systems. Demnach soll basierend auf dem für dieses Audit erstellten Selbstevaluierungsbericht und den Audit-Ergebnissen am Qualitätsmanagement insbesondere in den folgenden Bereichen gearbeitet werden:

- „Qualitätsstrategie und deren Integration in die Steuerungsinstrumente
- Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung in den Bereichen Studien und Lehre, Forschung oder Angewandte Forschung und Entwicklung, Organisation und Administration und Personal
- Einbindung von Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen in das Qualitätsmanagementsystem
- Informationssysteme und Beteiligung von Interessengruppen“

Für die Optimierung des Qualitätsmanagements wird eine „Plattform zur einheitlichen Beschreibung der Strukturen und Verfahren in der Qualitätssicherung (Prozesse, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Vorgabe- und Nachweisdokumente etc.) aufgebaut“. Darüber hinaus „wird für den weiteren prozess- und OE-bezogenen Ausbau der QM-Bereiche die Schaffung

einer entsprechenden Struktur für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung umzusetzen sein“.

Wie dies in den genannten Bereichen geschehen bzw. wie sich die bereits vorhandenen QM-Maßnahmen in das QM-System einfügen sollen, ist nicht genauer beschrieben. In Gesprächen mit Vertreter/inne/n der einzelnen Verwaltungseinheiten wurde klar, dass diese innerhalb ihrer Bereiche sehr genaue Vorstellungen von Qualitätsmanagement haben und daran auch mit Interesse und Einsatz arbeiten. Es werden Maßnahmen gesetzt und die daraus folgenden Ergebnisse erhoben und weitergegeben. Die Zusammenführung in ein Gesamtsystem ist aber für die Mitarbeitenden nicht klar sichtbar. Die Zusammenhänge erfolgen bis dato noch stark durch informelle Kontakte zwischen den Verwaltungseinheiten.

3.1.2 Beurteilung von Standard 1

Die MUI hat sich zu einer eigenständigen Universität entwickelt, die ihre Aufgaben in Bezug auf Lehre, Forschung, Krankenversorgung und gegenüber der Gesellschaft ernst- und entsprechend wahrnimmt. Sie hat sich sehr umfassende Ziele gesetzt, die teilweise noch sehr allgemein gehalten sind, was eine Abgrenzung zu anderen medizinischen Universitäten in Österreich momentan erschwert.

Die Forschungsfelder sind sehr allgemein gehalten, was den Vorteil mit sich bringt, dass sich eine breite Anzahl an Forschenden der MUI in den Schwerpunkten repräsentiert fühlt. Im Strategieentwicklungsprozess sollte allerdings die Schärfung der Forschungsschwerpunkte weiter gefördert werden und auch der Emergenz neuer Forschungsfelder Raum gegeben werden.

Für die Zeit nach dem absehbaren Auslaufen derzeit noch bestehender FWF-finanzierter Sonderforschungsbereiche (SFBs) und Doktoratskollegs (DKs) fehlen weiterführende Strategien, diese müssen im Sinne der qualitätsgesicherten Weiterführung der Programme in nächster Zeit entwickelt werden.

Durch die im Entwicklungsplan und in der Satzung definierten Ziele und daraus abgeleiteten Maßnahmen und Steuerungsinstrumente wurde an der MUI eine breite Basis geschaffen, die in den kommenden Jahren noch strategisch und operativ geschärft werden sollte. Es wird sich erst zeigen müssen, wie das mehrjährige Herunterbrechen der operativen Ziele aus den Entwicklungsplänen in Zukunft funktioniert.

Eine Strategie, wie die Zielerreichung durch das Qualitätsmanagement unterstützt werden soll, ist momentan in verschiedenen Teilbereichen (wie etwa in der Lehre und Lehrevaluation oder der Leistungsorientierten Mittelvergabe, LOM) sichtbar, wobei die MUI das erklärte Ziel hat, das Audit als Startpunkt für das systematische Zusammenfassen der QM-Instrumente hin zu einem einheitlichen QM-System zu nutzen.

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

Die Gutachter/innen möchten folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Die Gutachter/innengruppe empfiehlt, der Strategie folgend die Ziele genauer zu definieren und auf Detailziele (z.B. Schärfung der Forschungsschwerpunkte oder Entwicklung neuer Forschungsfelder) für die Dauer eines Entwicklungsplanes herunterzubrechen. Das würde nicht nur das Profil der MUI gegenüber anderen medizinischen Universitäten in Österreich schärfen, sondern vor allem auch die

Umsetzung der Strategie insgesamt auf den unterschiedlichen Ebenen und das Monitoring der Zielerreichung erleichtern.

- Es sollte an einer klareren Verbindung zwischen QM-System und Strategie gearbeitet und diese auch entsprechend kommuniziert werden. Dies würde sich auch positiv auf die intrinsische Motivation der Mitarbeiter/innen auswirken, die QM-Maßnahmen in Zukunft besser mitzutragen.
- Die Gutachter/innengruppe empfiehlt, den momentanen Modus der Zielvereinbarungsgespräche mit den 72 Organisationseinheiten beizubehalten, da der direkte Austausch mit den einzelnen Leiter/innen wichtig ist. Um in Zukunft den Fokus stärker auf eine inhaltliche Ebene legen zu können, sind parallel geführte Gesprächsrunden mit Personen aus den jeweiligen Forschungsschwerpunkten sinnvoll (siehe auch Empfehlung zu Standard 4).
- Die Gutachter/innen empfehlen für das Auslaufen derzeit noch bestehender SFBs und DKs frühzeitig weiterführende Strategien zu entwickeln.

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

Qualitätsmanagementsystem allgemein

Die Kompetenzverteilung in Hinblick auf das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsordnung des Rektorats geregelt. Die Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des gesamtuniversitären Qualitätsmanagements liegt bei der Rektorin. Die Vizerektor/inn/en sind für die Evaluierung und Qualitätssicherung in den ihnen zugeordneten Bereichen zuständig und nehmen diese Aufgabe auch wahr. Auffällig scheint der Gutachter/innengruppe die sehr starke Personenabhängigkeit bei der Bearbeitung von QM-Themen. Vor allem die Rektorin und der Vizerektor für Lehre und Studienangelegenheiten werden in Bezug auf Qualitätsmanagement von den Universitätsangehörigen als Key-Player wahrgenommen und akzeptiert. Das Rektorat wird vom Servicecenter für Evaluation und Qualitätsentwicklung unterstützt, welches eine Reihe von Kernaufgaben wahrnimmt, u.a. die Forschungsevaluation, Forschungsleistungsdokumentation, Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM), Evaluation der Lehre und Studien, Bibliometrie und Zitationsanalyse sowie die Mitarbeit bei der Erstellung der Wissensbilanz. Das Servicecenter hat keine strategischen Aufgaben und keine Weisungsbefugnis für qualitätssichernde Maßnahmen gegenüber den Organisationseinheiten. Qualitätsmanagement ist aber in besonderer Weise auf definierte Verantwortlichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen angewiesen, da auf diese Weise auch

Mitarbeitende in dezentralen Einheiten von der Notwendigkeit eines guten QM-Systems überzeugt werden können.

Auf der Ebene der Organisationseinheiten sind die jeweiligen Leiter/innen für die Umsetzung von QM-Maßnahmen zuständig. Diese Führungsverantwortung wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und von den Mitarbeiter/inne/n häufig so formuliert, dass es „ganz auf den Chef“ ankomme. Es ist nicht ersichtlich, in welcher Form die Universitätsleitung die Bedeutung und die Umsetzung von QM-Maßnahmen an die OE-Leiter/innen weitergibt bzw. wie diese dazu angeleitet werden, die relevanten Informationen in die einzelnen Einheiten weiterzutragen. Das Bewusstsein für QM-Maßnahmen ist auf Ebene der Universitätsleitung und der nachgeordneten administrativen Organisationseinheiten am stärksten ausgeprägt. Danach werden QM-Maßnahmen nur noch von einem Teil der Mitarbeiter/innen als wichtige Tools in der täglichen Arbeit erkannt. Wissenschaftler/innen etwa unterwerfen sich bereitwillig den international üblichen Qualitätskriterien und der Leistungsbeurteilung durch Peers, wenn sie kompetitive Drittmittel einwerben oder hochrangig publizieren. Dagegen fühlen sie sich durch QM-Maßnahmen, die im Haus gesetzt werden, eher behindert und eingeschränkt und nicht unterstützt. Solche universitätsinternen Maßnahmen werden am ehesten umgesetzt und akzeptiert, wenn es eine gesetzliche Notwendigkeit gibt (z.B. Kennzahlensystem).

In den einzelnen Teilbereichen wurden in der Selbstdokumentation zahlreiche Qualitätszyklen nach dem PDCA-Prinzip (plan, do, check, act) dargestellt. Die Gutachter/innengruppe hat allerdings den Eindruck gewonnen, dass die Umsetzung in der Praxis noch nicht flächendeckend erfolgt ist. Es konnte nicht vollständig geklärt werden, inwieweit es sich bei den Prozessdarstellungen um die geplante Vorgangsweise handelt oder um bereits etablierte Vorgänge und wie aus dem jeweiligen „check“ entsprechende systematische Anpassungen und Veränderungen folgen.

Personal

Die übergeordneten Ziele der MUI im Personalbereich sind im Selbstevaluierungsbericht klar definiert:

- eine transparente, qualitätsvolle, zügige und genderfaire Berufungspolitik
- ein attraktives Karrieremodell für den wissenschaftlichen Nachwuchs
- die Stärkung und der Ausbau der Personalentwicklungsmaßnahmen
- eine leistungsfähige Verwaltung durch Schnittstellenoptimierung und Vermeidung von Doppelstrukturen

Die Personalplanung erfolgt nach Einschätzung der Gutachter/innen stark am momentanen Bedarf orientiert und ist daher eher kurzfristig angesetzt. Eine Strategie, wie Personal längerfristig (etwa über eine Leistungsvereinbarungsperiode hinaus) geplant werden könnte, wurde nicht beschrieben. Durch die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (UG Novelle 2015) wird sich die Personalstruktur der Universitäten deutlich verändern und neue Verwendungsbilder entstehen. Dies ergibt völlig neue Handlungsspielräume insbesondere im Bereich des wissenschaftlichen Personals.

Im Bereich der Personalrekrutierung existieren insbesondere für Berufungen von Professor/inn/en und die Besetzung von A2-Stellen (Tenure Track Positionen mit Qualifizierungsvereinbarung) detaillierte Prozessabläufe. Informationen dazu finden sich außerdem in der Satzung und den Betriebsvereinbarungen. So ist etwa in der „Betriebsvereinbarung über Inhalt und Modalitäten von Qualifizierungsvereinbarungen gem.

§27 Abs. 8 KV“ klar und nachvollziehbar geregelt, welche Anforderungen die Stelleninhaber/innen von A2-Stellen erfüllen müssen.

Für die nach §98 UG2002 zu besetzenden Professuren finden sich entsprechende Widmungen im Entwicklungsplan der Universität. Das Prozedere selbst folgt den Vorgaben des UG, entsprechende Standardabläufe sind implementiert. Der Satzungsteil Berufungsverfahren regelt die Durchführung von Berufungsverfahren sehr detailliert. Da die Satzung auch für externe Personen auf der Website verfügbar ist, ist der Ablauf des Verfahrens für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar. Ausgehend von den hohen Ansprüchen, die die MUI im Bereich der Lehre an sich selbst stellt, ist es wünschenswert, die Abhaltung einer Lehrprobe im Verlauf des Berufungsverfahrens routinemäßig vorzusehen. Diese ist laut Berufungshandbuch optional und wurde nach der Darstellung der Universitätsleitung bisher noch nicht durchgeführt.

Das Rektorat hat in den Gesprächen betont, dass das Ziel verfolgt wird, Professuren möglichst „nahtlos“ nachzubesetzen. Dem gegenüber stehen Klagen einiger Fachvertreter/innen, dass manche Professuren aus ihrer Sicht unverständlicherweise längere Zeit nicht nachbesetzt werden.

A2-Stellen werden sowohl von der Universitätsleitung, den OE-Leiter/innen als auch den Stelleninhaber/innen als eine interessante Möglichkeit zur Personalplanung aber auch zur Setzung von Forschungsschwerpunkten wahrgenommen. Die Qualifizierungsziele werden den Stelleninhaber/innen klar kommuniziert, was für Sicherheit und Akzeptanz sorgt. Die oben genannte Betriebsvereinbarung regelt den Ablauf der Qualifizierungsphase und die zu erbringenden Leistungen genau. Die Personen, die sich gerade in der Qualifizierungsphase befinden, sind auch jene, mit denen regelmäßig Mitarbeiter/innengespräche geführt werden. In diesen werden die erreichten und noch zu erreichenden Ziele abgestimmt. Allerdings wurde der Gutachter/innengruppe kommuniziert, dass die Vergabe der A2-Stellen sehr intransparent erfolgt. Man wünscht sich, dass die Rektorin ihre Entscheidungen zur Stellenvergabe begründet und entsprechend kommuniziert. Da sich mit der letzten UG-Novelle auch die Vorgaben geändert haben, wie A2-Stellen künftig ausgeschrieben und besetzt werden müssen, dürfte sich die Situation insbesondere in Hinblick auf die Transparenz der Verfahren entspannen. Auch der von den OE-Leiter/innen genannte Wunsch, exzellenten internationalen Nachwuchs für diese Stellen zu rekrutieren, spiegelt sich nun durch die Änderungen im UG wider.

An der MUI gibt es ein gut ausdifferenziertes Weiterbildungsprogramm, das teilweise zu „Lehrgängen“ zusammengefasst ist. Insbesondere das Angebot im Bereich der Hochschuldidaktik ist sehr umfangreich und spiegelt das Engagement der MUI in der universitären Lehre wider. Das Angebot wird auch von den Mitarbeiter/innen geschätzt und wahrgenommen. Im Bereich der Forschung wurde die Kritik geäußert, dass das Weiterbildungsprogramm nicht den Erfordernissen der Praxis entspricht. Hier sollte auf Grundlage einer Bedarfsanalyse nachgeschärft werden. Die Universität überlegt die Einrichtung einer eigenen Stelle für Personalentwicklung. Dies wäre von Vorteil, wenn die Personalentwicklung in Zukunft auch in die Organisationsentwicklung insgesamt eingebunden ist und auch neue Verwendungsbilder für Mitarbeiter/innen (auch allg. Mitarbeiter/innen) und Karrierewege mitentwickelt. Solange es „nur“ um die Bereitstellung des Weiterbildungsangebots geht, ist bei der Größe der Universität eine eigene Abteilung für Personalentwicklung nicht notwendig.

Als Beispiel dafür, dass noch nicht alle PDCA-Zyklen geschlossen sind, können die Mitarbeiter/innengespräche angeführt werden. Diese werden momentan noch nicht

flächendeckend durchgeführt, obwohl die Vorgesetzten dazu verpflichtet sind (§9 Abs. 4 Kollektivvertrag der Universitäten) und sie von der Universitätsleitung explizit gewünscht sind. Zum einen folgen keine konkreten Konsequenzen auf die Nicht-Durchführung, zum anderen sehen die Mitarbeiter/innen auch keine direkte Auswirkung der Gespräche auf den Arbeitsalltag. Die OE-Leiter/innen sind dazu angehalten, einmal pro Jahr ein Mitarbeiter/innen-Gespräch (MA-Gespräch) mit ihren Mitarbeiter/innen zu führen. Das Gespräch ist zu dokumentieren und ein entsprechendes Formblatt an die Personalabteilung zu übermitteln. In Organisations-einheiten, in denen die Kommunikation im Alltag zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden generell gut funktioniert, werden auch die MA-Gespräche regelmäßig geführt. Auch Inhaber/innen von A2-Stellen berichten von regelmäßigen Mitarbeiter/innengesprächen. Um dieses anerkannte Instrument der Personalentwicklung wirklich optimal ausnützen zu können, ist es wichtig, alle OE-Leiter/innen zur Durchführung zu motivieren. Gut geführte MA-Gespräche wirken sich in der Regel nicht nur positiv auf die betroffenen Mitarbeiter/innen und deren Verhältnis zu ihren Vorgesetzten aus, sondern auch auf die Kommunikation innerhalb der Universität und tragen damit zur Qualitätsverbesserung insgesamt bei. Darüber hinaus sind MA-Gespräche auch der Umsetzung von Strategien und Zielen dienlich, da so Teilziele für Organisationseinheiten oder auch einzelne Personen ausgehandelt und die Umsetzungsschritte nachverfolgt werden können.

Im Gleichstellungsbereich hat sich die MUI sehr ambitionierte Ziele gesetzt und viele davon bereits erreicht. Zur Umsetzung der Gleichstellungsziele bzw. zur Qualitätskontrolle in diesem Bereich steht der Rektorin die ihr unterstellte Stabstelle für Personalrecht, Personalentwicklung und Frauenförderung zur Verfügung. Die Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung hat neben den Aufgaben, die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern an der MUI zu fördern und den Aufbau einer geschlechterbezogenen Forschung und Lehre zu forcieren auch das Ziel, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Mitarbeiter/innen zu verbessern. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten in im Bereich Gleichstellung funktioniert sehr gut, ein breite Palette von Angeboten wird offenbar auch gut angenommen und genutzt. Besonders erfreulich in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass die – grundsätzlich sehr begehrten - A2-Stellen zu 50 % mit Frauen besetzt wurden.

Studium & Lehre

Das Studienangebot der MUI umfasst derzeit die Diplomstudien Humanmedizin (360 Studienplätze) und Zahnmedizin (40 Studienplätze), das Bachelorstudium Molekulare Medizin (30 Studienplätze), das Masterstudium Molekulare Medizin (25 Studienplätze), die Doktoratsstudien PhD (Medizinische Wissenschaften) und Clinical PhD (Klinisch-Medizinische Wissenschaften) sowie diverse Universitätslehrgänge im Bereich der Weiterbildung. Die Key-Player im operativen Bereich sind das Vizerektorat für Lehre und Studienangelegenheiten sowie die Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten, auf inhaltlicher Ebene die Curricularkommission und der Senat sowie die Österreichische Hochschüler/innenschaft als Vertretungsorgan der Studierenden. Das Vizerektorat in Person des Vizerektors ist im gesamten Bereich der Studien und Lehradministration sowohl strategisch, inhaltlich als auch administrativ sehr aktiv und präsent. So ist der Vizerektor zugleich auch monokratisches Organ gemäß UG für alle Studien. Dies wird von Lehrenden, Studierenden und administrativem Personal gleichermaßen als positiv empfunden. Viele Maßnahmen im Bereich des Qualitätsmanagements sind direkt an die Person des Vizerektors geknüpft. Das ist momentan von großem Vorteil, birgt aber bei einer personellen Änderung die Gefahr, dass der hohe Standard in diesem Bereich verloren geht.

Mit Verweis auf eine im Jahr 2013 durchgeführte Metaevaluation zur Lehrevaluation und die geringe Rücklaufquote bei Onlineevaluierungen finden an der MUI momentan keine flächendeckenden systematischen Evaluierungen aller Lehrveranstaltungen statt. Nach Aussage des Vizerektors finden anlassbezogen (nach Anregung von Lehrenden, Studierenden bzw. von ihm selbst) standardisierte Lehrveranstaltungsevaluierungen statt, wobei ein systematischer Zyklus für periodische Evaluierungen nicht erkennbar ist. Außerdem war dieses Angebot den befragten Studierenden nicht bekannt. Vor allem im klinischen Teil des Zahnmedizinstudiums wurde von Seiten der Studierenden geäußert, dass es außer der direkten Kommunikation von Studierendenvertreter/inne/n mit dem Vizerektor keinerlei Möglichkeiten für strukturiertes Feedback gibt. Ebenso wurde von Studierenden berichtet, dass sie bisher keine Möglichkeit zur Evaluierung des Klinisch-Praktischen Jahres (KPJ) hatten. Die Modul- und Semesterbesprechungen, welche im Studium der Molekularen Medizin flächendeckend und in den Studien Human- und Zahnmedizin verbreitet stattfinden, wurden sowohl von Lehrenden als auch Studierenden als sehr positiv wahrgenommen. Deshalb wird sich diese Möglichkeit zum direkten Feedback wesentlich flächendeckender gewünscht. Gleichzeitig wurde der allgemeine Charakter der strukturierten Modulevaluierungen, bei dem alle in einem Modul beteiligten Personen und Organisationseinheiten undifferenziert evaluiert werden, kritisiert. Studierende und Lehrende wünschen sich gleichermaßen Evaluierungen auf Lehrenden-Ebene oder Evaluierungen zumindest auf Ebene der Organisationseinheiten, um entsprechende Rückschlüsse für die Lehre daraus ziehen zu können. Hier ist allerdings eine Betriebsvereinbarung problematisch, die jegliche Zuordnung von Ergebnissen zu einzelnen Lehrenden und damit verbundenen negative Konsequenzen als Reaktion auf schlechte personenbezogene Evaluierungsergebnisse verbietet. Aus Sicht der Gutachter/innen sollte an einer neuen Regelung für die Zukunft gearbeitet werden. Es sollte mit dem Betriebsrat neu verhandelt werden, welche Konsequenzen aus den Lehrveranstaltungsevaluierungen folgen können. Hiermit sind allerdings nicht dienstrechtliche Konsequenzen wie Kündigungen gemeint, sondern dass den Lehrenden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der eigenen Lehre geboten wird.

Von Seiten des Vizerektorats und verantwortlicher Lehrender wurde bereits auf die Kritik an der Lehrveranstaltungsevaluation reagiert und seit dem Studienjahr 2015/16 ein neues Konzept der Lehrevaluation initiiert. Dieses beinhaltet eine flächendeckende Online-Evaluation im KPJ sowie eine strukturierte Evaluation des klinischen Teils der Zahnmedizin, eine Absolvent/inne/nbefragung, welche im Oktober 2018 erstmals durchgeführt werden soll, der Ausbau von Modul- und Semesterbesprechungen sowie weiterhin anlassbezogene Lehrveranstaltungsevaluierungen. Das Student Evaluator Programme ist hier hervorzuheben: ab dem Wintersemester 2015/16 wird eine gleichbleibende Kohorte von 30 Studierenden kontinuierlich und sehr detailliert Dinge wie Organisation, Rahmenbedingungen, Inhalte, inhaltliche Vernetzung, Angemessenheit des Lehrangebots, Qualität der angebotenen Lehre, Prüfungsmodalitäten, ECTS Berechnung etc. über den Zeitraum vom 1. bis zum 6. Semester evaluieren. Mit Beginn des Wintersemesters 2017/18 findet dieser Prozess für das 7. – 10. Semester statt. Ausgewählt wurden jene Studierenden, die bei der ersten Prüfung im Studium am besten abgeschnitten haben. Die Auswahl der Kohorte wird allerdings von der Gutachter/innengruppe kritisch gesehen, da die Auswahl der „besten“ Studierenden die Ergebnisse verzerrt. Die Argumentation, so Studierende zu erreichen, die möglichst häufig in Vorlesungen gehen, ist nicht schlüssig, da Vorlesungsbesuch und gute Prüfungsergebnisse nicht unbedingt korrelieren. Die Gutachter/innen halten die gewählte Methode für wissenschaftlich bedenklich und empfehlen dringend, anstelle der 30 prüfungsbesten Studierenden eine statistisch repräsentative Stichprobe zu wählen. Außerdem ist die Evaluation der Curricula Humanmedizin und Zahnmedizin insgesamt durch einen begleitenden Beirat von externen Expert/inne/n geplant.

Die inhaltlichen Rahmenbedingungen der Studien werden durch die Studienpläne festgelegt und von den einzelnen Lehrenden und Fachverantwortlichen genauer definiert. Einen Lernzielkatalog gibt es bisher nicht, ein solcher wird aber zumindest für die Humanmedizin in Zukunft angestrebt. Im Bereich der Fertigkeiten im Humanmedizinstudium orientiert sich die MUI am österreichischen Kompetenzlevelkatalog.

Als Tool der Evaluierung studentischen Wissens wird in der Humanmedizin der Progress Test Medizin (PTM) eingesetzt, welcher von Studierenden zweimal im Laufe ihres Studiums absolviert werden muss. Dieser multiple-choice Test vergleicht den Wissensstand von Medizinstudierenden an vielen Medizinuniversitäten im deutschsprachigen Raum. Um den Test möglichst objektiv zu gestalten, ist eine spezifische Vorbereitung der Studierenden nicht notwendig und die Testergebnisse fließen nicht in den Studienverlauf mit ein. Gleichzeitig nehmen aus Sicht der Verantwortlichen deshalb nicht alle Studierende den Test ernst und die Interpretation der Ergebnisse wurde als problematisch beschrieben. Hierauf wurde von Seiten des Rektorats durch Einführung einer begleitenden Lehrveranstaltung reagiert, um die Kommunikation zu den Studierenden zu verbessern.

Prüfungen finden an der MUI, vor allem im Studium der Humanmedizin und im vorklinischen Abschnitt der Zahnmedizin, überwiegend schriftlich statt. Gesonderte Evaluierungen der Prüfungsmethodik und des Prüfungsformates gibt es nicht. Von Seite der Lehrenden wurde vermehrt geäußert, dass das bisherige Prüfungssystem inadäquat ist und Studierende sehr stark auf Altfragen vertrauen. Außerdem sind multiple-choice Fragen als alleiniges Tool zur Wissensüberprüfung nicht geeignet, um Kompetenzen abzuprüfen und auch die Überprüfung von inhaltlichen Zusammenhängen ist nur bedingt möglich. Der Wunsch nach strukturierten mündlichen Prüfungen wurde mehrfach von Lehrenden und Studierenden in den Gesprächen geäußert. Von Seiten der Studierenden wurde gegenüber der MUI und den Gutachter/inne/n die Kritik geäußert, dass zu detailliert, zusammenhanglos und praxisfern geprüft wird und Prüfungen ohne Altfragen nicht zu bestehen sind. Aufgrund dieser Rückmeldungen wurde bereits von reinen paper-pencil basierten Multiple-Choice Jahresprüfungen teilweise auf Semesterprüfungen und online-Prüfungen mit einer Vielzahl an Fragenformaten umgestellt. Für Studierende gibt es im Anschluss an eine Prüfung die Möglichkeit, über einen standardisierten Ablauf Prüfungsfragen zu beeinspruchen (z.B. aufgrund formaler oder inhaltlicher Fehler oder nicht gelehrter Details). Auf Seite der Lehrenden müssen alle Fragen vor ihrem Einsatz von zumindest einer weiteren Fachperson gegengelesen und freigegeben werden. Auch im Anschluss an eine Prüfung werden Fragen z.B. auf ihre Trennschärfe analysiert und gemeinsam mit etwaigen Einsprüchen von Studierenden an die Lehrenden kommuniziert. Solche Fragen müssen überarbeitet werden, bevor sie wieder in den aktiven Fragenpool übernommen werden.

Das Prüfungssystem und die Prüfungsmethodik sollte in Hinblick auf die qualitätsgesicherte Überprüfung von Lernzielen im Auge behalten werden. Die Gutachter/innen regen einen kritischen Austausch aller Beteiligten zur Weiterentwicklung des Prüfungssystems an, um mit den geäußerten Kritikpunkten am jetzigen System und den Wünschen (z.B. mündliche Prüfungen, Prüfen von Zusammenhängen und anwendungsorientiertem Wissen) in Zukunft besser umgehen zu können. Die Einführung von OSCEs (Objective Structured Clinical Examination) zum Prüfen klinischer Kompetenzen wird dringend empfohlen.

Bei Diplomarbeiten gab es in der Vergangenheit qualitative Probleme vor allem hinsichtlich international üblicher formaler Kriterien. Von Seiten des Vizerektorats wurde darauf reagiert, indem jede Arbeit mittlerweile von einer Mitarbeitenden aus dem Vizerektorat auf Statistik, Zitierstil und formale Kriterien überprüft wird. Bei Mängeln muss die Arbeit korrigiert werden und kann erst dann zur Begutachtung eingereicht werden. Außerdem hat sich die Situation

bereits sehr gebessert, seit sich Studierende auch an das Servicecenter Forschung wenden können bzw. seit flankierende Lehrveranstaltungen zum wissenschaftlichen Arbeiten angeboten werden. Zusätzlich soll ein verpflichtendes Statistik-Seminar im 7. Semester die Qualität der präsentierten Daten erhöhen.

Die Themenfindung für Diplomarbeiten gestaltet sich mangels einer Themenbörse für Studierende teilweise schwierig. Hier könnte z.B. durch die Etablierung einer zentralen Themenbörse Abhilfe geschaffen werden.

Dissertationen werden über einen standardisierten Plagiatstest formal überprüft, die inhaltliche Prüfung obliegt dem/der Betreuenden und den Prüfer/innen.

Im Bereich der Lehr- und Studienadministration sind eine Vielzahl standardisierter Prozesse definiert, wodurch die MUI ihren Studierenden und Lehrenden ein umfassendes Service bieten kann. In der Abteilung für Lehr- und Studienangelegenheiten werden zentral u.a. die Aufnahmeverfahren, die Inskriptionen, die Administration der Curricula und Prüfungen unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen, die formale Qualitätssicherung der akademischen Abschlussarbeiten und die Optimierung der Vergabe der knappen Raumressourcen gewährleistet. Die Abteilung für Lehr- und Studienangelegenheiten versteht sich als zentrale Anlaufstelle für Studierende, Lehrende, Organisationseinheiten sowie Prüfer/innen und externe Gutachter/innen bei Abschlussarbeiten. Es gibt fixe Öffnungszeiten und Sprechstunden, welche gerne genutzt werden und darüber hinaus Beratung bei Informationsveranstaltungen. Die Services wurden in den Gesprächen beim Vor-Ort-Besuch allseits als sehr positiv bewertet.

In den einzelnen Organisationseinheiten werden dezentral die Anwesenheiten in den Praktika erfasst und ins i-med.inside eingespielt. Es erfolgt außerdem eine Abstimmung bei der zentralen Erstellung der Stundenpläne.

Wesentlich erscheint, dass die System-Schnittstelle von SAP zu i-med.inside gut und problemlos funktioniert. Bei absehbaren Personalabgängen, die der betreffenden Organisationseinheit direkt gemeldet werden, treten normalerweise keine Probleme auf. Zu Schwierigkeiten kann es kommen, wenn die von den betreffenden Organisationsabteilungen gemeldeten Abgänge der Lehrabteilung nicht oder verspätet zur Kenntnis gelangen.

Forschung

Rektorat und Senat haben folgende drei Forschungsschwerpunkte definiert:

- Infektion, Immunität und Transplantation
- Neurowissenschaften
- Onkologie.

Als methodische Brücke zwischen diesen drei Schwerpunkten hat sich der Bereich der Genetik-Epigenetik-Genomik etabliert. Die Schwerpunkte sollen alle drei Jahre von einem wissenschaftlichen Beirat evaluiert werden. Für die kommenden Leistungsvereinbarungsperioden besteht auch die Zielsetzung, die Schwerpunkte weiter zu schärfen, was durch die Berufungspolitik, die Bildung von Kompetenzzentren und die Einrichtung entsprechender Core Facilities unterstützt werden wird.

Der Forschungssupport, den die MUI ihren Mitarbeiter/innen bietet sowie die Forschungsleistungsdatenbank (FLD) sind im internationalen Vergleich sowohl was den Umfang als auch die Qualität angeht als überdurchschnittlich zu beurteilen. So werden z.B. Forschungsleistungen (Publikationen, etc.) zentral erfasst und die Einträge statistisch für die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) ausgewertet. Die Ergebnisse stehen im Intranet für

die einzelnen Personengruppen zur Verfügung, der/die einzelne Forschende kann somit seine/ihre Leistungen abrufen. Der/die OE-Leiter/in bekommt einen Überblick über die Leistungen seiner/ihrer Einheit und kann gleichzeitig auch Vergleiche mit anderen Organisationseinheiten anstellen, was für eine sehr hohe Transparenz in der gesamten Universität sorgt. Das Einreichen von Drittmittelanträgen wird organisatorisch und methodisch durch das Servicecenter Forschung unterstützt: Informationen zu aktuellen Drittmittelförderungen werden über Sprechstunden, Newsletter, Homepage und bei Veranstaltungen bereitgestellt. Die Antragstellung von Drittmittelprojekten wird betreut und begleitet (persönliche Beratung und Schulungsmaßnahmen) und die Drittmittelförderung wird administrativ unterstützt bzw. beobachtet.

Auch im Rahmen des Clinical Trial Center gibt es ein umfangreiches Unterstützungsangebot, das Qualitätsmanagement ist über Standard Operating Procedures (SOPs) gut organisiert und die Umsetzung funktioniert einwandfrei und gut strukturiert.

Die Mitarbeiter/innen in den einzelnen Verwaltungsbereichen sind hoch motiviert und untereinander (auch informell) gut vernetzt.

Die Kommunikation der Leistungen und Angebote an die Forschenden scheint aber nicht immer gut zu funktionieren. Die beim Vor-Ort-Besuch befragten Forschenden erwähnten nur Schulungen, zum Beispiel hinsichtlich Grant Writing oder English Writing Skills bzw. eine verpflichtende Schulung im Rahmen der Habilitation, welche aber aus Sicht der Befragten die Bedürfnisse eines Jungforschers/einer Jungforscherin nicht trifft. Das Beratungsangebot des Servicecenter Forschung war nur teilweise bekannt. Außerdem wurde betont, dass man sich die relevanten Informationen eher von erfahrenen Mitarbeiter/inne/n innerhalb der eigenen Organisationseinheit als aus dem Servicecenter Forschung holt. Das Angebot des Clinical Trial Centers (Basissupport wie Optimierung einer Studienplanung und der Festlegung von Verantwortlichkeiten bzw. weiterführender Support in einzelnen Teilbereichen einer klinischen Prüfung bis hin zur kompletten Betreuung einer Studie) war den Gesprächspartner/innen ebenfalls nicht flächendeckend bekannt. Dem könnte z.B. durch eine Evaluierung des Supportangebots durch Forschende begegnet werden. Diese kann einerseits den Bekanntheitsgrad des bestehenden Angebots heben, andererseits auch Rückmeldungen zur Verbesserungs- bzw. Erweiterungsbedarf geben.

Die MUI ist derzeit Sprecherhochschule von drei FWF-Doktoratsprogrammen, zusätzlich wird versucht, auch den Doktorand/inn/en außerhalb dieser Programme eine gewisse Struktur anzubieten. Das Betreuungsgremium besteht aus jeweils 4 Personen, welche den/die Studierende/n während der Dissertation begleiten und mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Besprechung zum Fortschritt machen. Ziele und Meilensteine werden im Study Agreement festgelegt und kontinuierlich überprüft. Die jungen Forscher/innen, mit denen sich die Gutachter/innengruppe unterhalten konnte, fühlen sich allgemein gut unterstützt.

Internationalisierung

Internationalisierung spielt an der MUI in allen Kernbereichen eine Rolle. Als Ziele wurden die Schärfung des internationalen Profils, die Förderung der Mobilität von Forschenden und Studierenden sowie die Förderung der englischen Sprachkompetenz definiert.

Ein besonderes Anliegen ist die Studierendenmobilität. Hierzu gibt es ein umfassendes Konzept sowie klar definierte Maßnahmen, welche in periodischen Abständen unter anderem durch Zufriedenheitsbefragungen und diverse Kennzahlen (z.B. Outgoing/Incoming Statistik pro Studienjahr, Teilnehmer/innenzahl pro Programm, Bewerber/innenzahl, etc.) evaluiert werden. Sowohl für Outgoings als auch für Incomings bietet die MUI ein breites Service, welches unter anderem intensive Betreuung während des Aufenthalts, maßgeschneiderte

Module bzw. flexible Anerkennungen und das Nachholen von Prüfungen sowie Checklisten und Formulare zur Informationsbereitstellung beinhaltet. Studierende berichteten allerdings, dass es zumindest in der Vergangenheit Probleme mit Anerkennungen gegeben hat bzw. haben die Studierenden in den Gesprächen nur wenig über das Angebot des International Office Bescheid gewusst. Hier gilt es sicherzustellen, dass die im Konzept vorgesehenen Strategien auch Anwendung finden und die Kommunikation des Angebots verbessert wird (z.B. durch Newsletter oder Informationsveranstaltungen). So können Studierende von Anfang an begleitet und etwaige Anerkennungsprobleme im Anschluss an einen Auslandsaufenthalt vermieden werden.

Im Bereich der Forschung sind Auslandsaufenthalte weit verbreitet. Ein mindestens sechsmonatiger Auslandsaufenthalt im Rahmen der Qualifizierungsvereinbarungen ist vorgesehen. Genauso ist ein Auslandsaufenthalt von Doktorand/inn/en in den FWF-Programmen notwendig, um für die Finanzierung des vierten Jahres ansuchen zu können. Die Begleitung und Förderung von Auslandsaufenthalten erfolgt durch das Servicecenter Forschung. Hierzu wird gerade eine Internationalisierungsstrategie erarbeitet. Momentan beschränkt sich der Support auf die Pflege und die Erweiterung von internationalen, nationalen und regionalen Forschungsnetzwerken und die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Partneruniversität für einen Auslandsaufenthalt. Vor allem im klinischen Bereich ist die Mobilität des Mittelbaus gering, was von der Universitätsleitung auf die starke Einbindung in der Patient/innenversorgung, sowie den Versorgungsauftrag und die damit verbundene geringe Flexibilität innerhalb der Abteilungen zurückgeführt wird.

Ressourcenmanagement

In der Universitätsleitung sind die Aufgaben des Ressourcenmanagements gemäß Geschäftsordnung im Wesentlichen auf die Rektorin (z.B. Facility Management, Arbeitnehmer/innenschutz) und den Vizerektor für Finanzen (z.B. Finanzmanagement, Budgetierung, Rechnungs- und Berichtswesen) verteilt. Die operative Umsetzung des Ressourcenmanagements ist zu großen Teilen Aufgabe des Bereichs „Ressourcenmanagement – Finanzen“, der das Rechnungswesen inkl. Kosten- und Leistungsrechnung und das Berichtswesen der MUI umfasst. Darüber hinaus ist die Verwaltungseinheit auch für die Bereitstellung einschlägiger Informationen, die Drittmittelverwaltung usw. zuständig. Die Arbeit der Abteilung Finanzen orientiert sich an allgemeingültigen gesetzlichen Grundlagen (§16 UG2002, Unternehmensgesetzbuch, Rechnungslegungsverordnung) und an hausinternen Vorschriften wie z.B. den Geschäftsordnungen des Rektorats und der Abteilung Finanzen sowie der Gebarungsrichtlinie.

Die strategischen Zielsetzungen im Bereich Finanzen sind die Wahrung eines ausgeglichenen Universitätsbudgets, die Sicherstellung der Gebarung nach den Grundsätzen der Rechtmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Transparenz sowie die leistungsvereinbarungsgerechte Mittelzuteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen an die Organisationseinheiten. Für diese Aufgaben sind Prozesse ausgearbeitet, die bereits entsprechend dem PDCA-Zyklus umgesetzt werden. Der Abteilung für Finanzen obliegt darüber hinaus die Kontrolle und Überprüfung von Rechnungen und Belegen sowie die Dokumentation von Projektkosten. Für die einzelnen Aufgaben sind Prozesse definiert, der PDCA-Zyklus ist hier voll umgesetzt.

Die Abteilung Facility Management ist für die Bereitstellung notwendiger Infrastruktur und Dienstleistungen zuständig. Das sind im Wesentlichen die Aufrechterhaltung des täglichen Betriebs, die Wartung und Instandhaltung, die Umsetzung des Bauleitplans und Adaptierungs-

Sanierungs- und Umbauarbeiten. An der Implementierung eines „Computer aided integrated facility managements“ wird ebenso gearbeitet wie an der Umsetzung von Energieeinsparmodellen sowie an einem Modell zur flexiblen, leistungsorientierten Raumzuteilung. Letzteres wird eine sehr gute Steuerungsmöglichkeit bieten. Von Seiten der befragten Mitarbeiter/innen wurde die geringe Flexibilität (auch aufgrund geringer räumlicher Ressourcen) bei der Raumaufteilung, z.B. im Fall von Neuberufungen, beklagt.

Die Abteilung Facility Management sorgt auch für die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben wie z.B. der Ö-Normen bzw. der Elektroschutzverordnungen.

3.2.2 Beurteilung von Standard 2

Qualitätsmanagementsystem allgemein

Das derzeitige Rektorat hat sich sehr stark der Qualität verpflichtet, wodurch schon viele Verbesserungen erreicht werden konnten und sich die MUI in Bezug auf das Qualitätsmanagement generell auf einem sehr guten Weg befindet. Es stellt sich allerdings die Frage, in welcher Weise die momentan eingesetzten Instrumente bei einem eventuellen Rektoratswechsel weitergeführt werden können. So birgt die direkte Verknüpfung von qualitätssichernden Maßnahmen an Einzelpersonen die Gefahr, dass bei einem Personalwechsel wichtige Elemente der Qualitätssicherung verloren gehen. Auch aus diesem Grund ist der systematische Aufbau eines QM-Systems für die MUI unabdingbar.

Es gibt derzeit viele einzelne QM-Maßnahmen die von unterschiedlichen Einheiten und damit auch von unterschiedlichen Verantwortlichen organisiert und umgesetzt werden. Das gesamtuniversitäre QM-System ist für die Mitarbeitenden nur schwer sichtbar. Die Gutachter/innen haben den Eindruck gewonnen, dass manche Unterstützungsleistungen, die angeboten werden, einfach nicht bekannt sind. So gibt es z.B. eine Infrastrukturliste auf der Website der MUI, die vorhandene Großgeräte erfasst, um eine effektive Nutzung zu ermöglichen und Mehrfachanschaffungen zu vermeiden. Diese wurde den Gutachter/innen von zentraler Stelle beschrieben und gezeigt, einzelnen Forschenden war dieses Angebot jedoch nicht bekannt.

Die geplante Einrichtung eines Quality Boards, das sich mit der Zusammenführung der QM-Maßnahmen beschäftigt, ist hier ein Schritt in die richtige Richtung.

Personal

Im Bereich der Personalplanung ist neben der verpflichtenden Verankerung von Professor/inn/enstellen im Entwicklungsplan keine langfristige Planung sichtbar. Die Entwicklung des Berufungshandbuchs mit klaren Abläufen unter Einbeziehung der Interessensgruppen und Gremien wird von den Gutachter/innen positiv wahrgenommen. Die Berufungen nach §98 UG erfolgen für alle Beteiligten transparent. Der Prozessablauf zur Abwicklung der A2-Stellen ist gut etabliert, die Vergabe der A2-Stellen erfolgt nach Eindruck der OE-Leiter/innen allerdings weitaus weniger transparent als Berufungen nach § 98 UG, was im Haus zu Unmut führt.

Im Bereich der Weiterbildung haben die Gutachter/innen den Eindruck gewonnen, dass es sich neben den zu Lehrgängen zusammengefassten Veranstaltungen auch um viele Einzelmaßnahmen handelt. Ein Personalentwicklungskonzept, in dem definiert ist, wohin sich die Mitarbeiter/innen in den unterschiedlichen Bereichen entwickeln sollen, gibt es noch nicht.

Die Richtlinien und Vorgaben zu den MA-Gesprächen sind gut ausgearbeitet. Sie werden allerdings noch nicht flächendeckend durchgeführt.

Im Bereich der Gleichstellung hat die MUI bereits viel erreicht, insbesondere bei der Vergabe der A2-Stellen ist ein beeindruckend hoher Frauenanteil erreicht worden.

Lehre und Studienadministration

Das starke Engagement des Vizerektors für Lehre und Studienangelegenheiten wird von den Gutachter/inne/n als herausragend beurteilt. Allerdings birgt die direkte Verknüpfung von Qualitätsmanagement an eine Person die bereits dargestellte Gefahr, dass bei einem Weggang des Vizerektors das bereits etablierte Qualitätslevel nicht gehalten werden kann.

Im Bereich der Lehrevaluation ist das Studium Molekulare Medizin sehr positiv hervorzuheben. Hier ist ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem mit geschlossenen PDCA-Zyklen und einer regen Qualitätskultur erkennbar. Die Modul- und Semesterbesprechungen werden sehr gut angenommen und führen zu einer kontinuierlichen Verbesserung des Studiums. Die Bestrebungen diese Besprechungen auch flächendeckend auf die anderen Studienrichtungen auszuweiten, werden von den Gutachter/innen vollends unterstützt.

Das Vizerektorat für Lehre versucht, mit dem neuen Evaluationskonzept auf momentane Defizite zu reagieren. Hier muss von Seiten der Universität noch gezeigt werden, wie die Maßnahmen konkret umgesetzt werden und im Sinne eines geschlossenen Qualitätskreislaufs auf Evaluierungsergebnisse reagiert wird. Auch wird das Student Evaluator Programme von den Gutachter/innen als interessantes und vielversprechendes neues Tool in der Lehrevaluation gesehen, die Auswahl der Stichprobe muss aber dringend überdacht werden.

Es gibt viele weitere Beispiele die zeigen, wie gut die MUI mit erhaltenem Feedback umgeht. Ein bereits etabliertes Positivbeispiel für einen gelebten PDCA-Zyklus ist die Umstellung des Prüfungssystems. Hier wurde Kritik ernstgenommen und konkret darauf reagiert. Außerdem sind die qualitätssichernden Maßnahmen für Prüfungsfragen aus Sicht der Gutachter/innen weit fortgeschritten. Auch bei der Qualitätssicherung von Abschlussarbeiten wurden sehr zeitnah aufgrund identifizierter Probleme Verbesserungsmaßnahmen gesetzt.

Die Bestrebung einen Lernzielkatalog für das Humanmedizinstudium zu entwickeln wird von den Gutachter/inne/n ausdrücklich unterstützt und die Umsetzung sollte zeitnah forciert werden. Die Gutachter/innen regen außerdem an, einen solchen Lernzielkatalog auch für andere Studienrichtungen zu generieren.

Im Bereich der Lehr- und Studienadministration ist das Qualitätsmanagement gut etabliert, interne Abläufe sind klar geregelt, werden kritisch hinterfragt und es besteht die Möglichkeit Feedback zu den Abläufen zu geben. Hier besteht aus Sicht der Gutachter/innen momentan kein Handlungsbedarf.

Die Gespräche bei den Vor-Ort-Besuchen haben gezeigt, dass sich sowohl Lehrende als auch Studierende Evaluierungen auf Personenebene bzw. Evaluierungen auf Ebene der Organisationseinheiten wünschen. Die Gutachter/innen unterstützen diesen Wunsch, da diese Form der Evaluierung die Nachvollziehbarkeit von Ergebnissen und die Reaktion auf Ergebnisse deutlich erleichtert.

Forschung

Das Unterstützungsangebot für Forscher/innen ist sehr breit aufgestellt und in Hinblick auf qualitätssichernde Maßnahmen weit fortgeschritten. Die Kommunikation des Angebots unter den Forschenden muss allerdings noch intensiviert werden (siehe auch Standard 4).

Die Universitätsleitung und die Forschenden haben offenbar eine sehr unterschiedliche Sichtweise hinsichtlich dem Ziel und Zweck der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM). Die Universitätsleitung empfindet die LOM als gut geeignetes Instrument, Leistungen zu belohnen und Leistungsanreize zu setzen. In der Wahrnehmung der Betroffenen sind die zur Verfügung stehenden Mittel allerdings zu gering und auf zu viele Einheiten gestreut als dass sie Wirkung zeigen können. Dadurch erreicht die Maßnahme den erwünschten Effekt nur eingeschränkt und führt bei den OE-Leiter/inne/n teilweise auch zu Unwillen. Um diesem Effekt entgegen zu wirken, empfehlen die Gutachter eine deutliche Verschiebung von Haushaltsmitteln aus dem Bereich Grundausstattung der Kliniken und Institute in den LOM-Bereich, bei gleichzeitiger Absenkung der Grundausstattung.

Internationalisierung

Das Unterstützungsangebot der Abteilung Internationale Beziehungen ist sowohl inhaltlich als auch in Hinblick auf qualitätssichernde Maßnahmen auf einem hohen Stand. Die periodische Evaluierung der Prozesse und Ergebnisse unter Einbeziehung diverser Kriterien und die jährliche Überarbeitung sämtlicher Prozesse und Dokumente wird von den Gutachter/inne/n im Sinne eines gelebten Qualitätsmanagements als sehr positiv gesehen. Den Studierenden war das breite Angebot der Abteilung allerdings nur teilweise bekannt, hier muss ebenfalls an der Kommunikation gearbeitet werden (siehe Standard 4).

Das Problem der geringen Flexibilität in Hinblick auf Auslandsaufenthalte von Forschenden im klinischen Bereich ist der Universitätsleitung bewusst. Die Patient/inn/enversorgung ist eine sehr wichtige Aufgabe einer Medizinischen Universität, allerdings dürfen universitäre Aufgaben wie Forschung und Internationalisierung dabei nicht zu kurz kommen. Hier gilt es, Prozesse und Maßnahmen, wie beispielsweise flexible Karenzierungen mit Einstellung einer Vertretungsperson, zu entwickeln.

Ressourcenmanagement

Der Bereich Ressourcenmanagement – Finanzen, hat für die ihm obliegenden Aufgaben Prozesse definiert und ausgearbeitet. Entsprechende SOPs liegen vor, die Abarbeitung erfolgt in entsprechenden PDCA-Zyklen.

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

Die Gutachter/innen schlagen folgende Auflagen vor:

- An der MUI existieren eine Vielzahl von qualitätssichernden Maßnahmen und Instrumenten die von den unterschiedlichsten Einheiten angeboten und durchgeführt werden. Für die langfristige Sicherung der Qualität an der MUI ist es unabdingbar, die Zusammenführung dieser Maßnahmen in ein gesamtuniversitäres QM-System weiter voranzutreiben. Die MUI präsentiert hierzu die Planung und erste Umsetzungsschritte mit einem besonderen Augenmerk auf die Darstellung der Verantwortlichkeiten.
- Die MUI zeigt, wie sie das bereits entwickelte Konzept und die geplanten Maßnahmen zur Lehrevaluation umsetzt. Hier soll ein Evaluierungsplan enthalten sein und anhand von Beispielen aus den Bereichen der Human- und Zahnmedizin (unter besonderer Berücksichtigung des klinischen Abschnitts der Zahnmedizin) gezeigt werden, wie die PDCA-Zyklen geschlossen werden. Zusätzlich sollen erste Erkenntnisse aus dem Student Evaluator Programme vorgelegt werden.

Die Gutachter/innen möchten folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Im Rahmen der vollständigen Etablierung des QM-Systems soll auch darauf Augenmerk gelegt werden, dass die vorhandenen QM-Maßnahmen zur Strategie passen und ggf. Anpassungen vornehmen.
- Im Berufungsverfahren sollte das Augenmerk nicht nur auf der wissenschaftlichen Qualifikation, sondern auch auf der Lehrqualifikation liegen. Die standardmäßige Einführung einer Lehrprobe ist hier zu empfehlen und entspricht auch internationalen Standards.
- Die Gutachter/innen empfehlen, einige der künftigen A2-Stellen mit Blick auf künftige Forschungsschwerpunkte vermehrt international (vgl. UG Novelle 2015, § 99 Abs. 5 ff) und teilweise betont risikoreich zu besetzen. Dadurch ergibt sich auch die Möglichkeit, international High Potentials zu rekrutieren.
- Die flächendeckende und regelmäßige Durchführung der Mitarbeiter/innengespräche sollte von Seiten der Universitätsleitung weiter forciert werden. So können strategische Teilziele besser verfolgt und umgesetzt werden.
- Die Gutachter/innen empfehlen, die Auswahl der Studierenden für das Student Evaluator Programme zu überdenken und eine statistisch repräsentative Stichprobe zu wählen.
- Die Gutachter/innen unterstützen die Bestrebungen einen Lernzielkatalog für das Humanmedizinstudium zu etablieren und empfehlen die zeitnahe Umsetzung und die Ausdehnung auf andere Studienrichtungen.
- Die Gutachter/innen regen einen kritischen Austausch aller Beteiligten (Leitung, Curricularkommission, Lehrende und Studierende) zur Weiterentwicklung des Prüfungssystems an, um mit den geäußerten Kritikpunkten am jetzigen System und

den Wünschen (z.B. mündliche Prüfungen, Prüfen von Zusammenhängen und anwendungsorientiertem Wissen) in Zukunft besser umgehen zu können.

- Nachdem sich die Themenfindung für Diplomarbeiten momentan noch als schwierig darstellt, wird die Etablierung einer zentralen Themenbörse empfohlen.
- Die Universitätsleitung sollte sich nochmal mit dem Betriebsrat bezüglich Evaluation auf Personenebene auseinandersetzen, wobei der Blickpunkt nicht auf dienstrechtlichen Konsequenzen, sondern auf der Bereitstellung von aussagekräftigen Ergebnissen und entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen liegen sollte.
- Es sollte ein Konzept entwickelt werden, wie die Mobilität des Mittelbaus im klinischen Bereich durch Verbesserung der Rahmenbedingungen gefördert werden kann.
- Die Gutachter/innen empfehlen, die flexible Raumzuteilung anhand objektiver Leistungsdaten als nicht-pekuniären Anreiz und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen insbesondere forschungstarker Gruppen gezielter zu nutzen.

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

An der MUI werden in den einzelnen Kern- und Querschnittsbereichen durch Evaluationen und Monitoringmaßnahmen eine Vielzahl an Daten erhoben, hierzu wurde auch ein eigenes Kapitel in der Satzung verfasst. In den verschiedenen Bereichen werden qualitativ hochwertige Informationssysteme genutzt, die Inhalte sind gut auffindbar und transparent bereitgestellt. An erster Stelle soll die Homepage der MUI erwähnt werden, über die sämtliche Grundsatzdokumente, aber auch viele Informationen zu inneruniversitären Abläufen abrufbar sind.

Für den Kernbereich der Lehre wurden die verwendeten Evaluierungsmaßnahmen bereits im Kapitel 2 ausreichend erläutert. Darüber hinaus werden im Rahmen des Monitorings Kennzahlen (z.B. Anzahl der Abschlüsse, Zahl der prüfungsaktiven Studierenden etc.) systematisch erfasst und ausgewertet. Als Informationssysteme werden neben der Homepage (auf der Prüfungs- und Beurteilungskriterien frei einsehbar sind) das Campusinformationssystem i-med.inside, die Lernplattform ILIAS, sowie das Evaluationsportal Zensus verwendet. I-med.inside basiert auf der weitverbreiteten Software CAMPUSonline, die an vielen österreichischen Hochschulen Anwendung findet. Über dieses System können den Lehrenden, den Studierenden sowie der Studienadministration eine Vielzahl an Informationen und Dienstleistungen bereit gestellt werden wie z.B. Stundenpläne, Informationen zu

Lehrveranstaltungen, Prüfungsanmeldung und -beurteilung oder auch die Ausstellung von Studienerfolgsnachweisen und Bestätigungen. Zu jeder Lehrveranstaltung gibt es eine Übersicht, in der wichtige Informationen wie Art, Dauer, ECTS, und Beschreibung/Lernziele sowie Teilnahme- und Beurteilungskriterien zur Verfügung gestellt werden. Die Befüllung der Informationen zu den Lehrveranstaltungsinhalten lief in der Vergangenheit allerdings nur schleppend und auch aktuell findet man bei einigen Lehrveranstaltungen noch Platzhalter. Die Kontrolle der Eingaben erfolgt durch das Vizerektorat für Lehre und Studienangelegenheiten. Lehrbuchempfehlungen und Lernunterlagen werden über ILIAS zu Verfügung gestellt. Dieses Angebot ist sehr weitreichend, für praktisch alle Lehrveranstaltungen vorhanden und wird regelmäßig aktualisiert. Die Informationen zu den Lehrveranstaltungen wurden von Seiten der Studierenden als sehr positiv empfunden und sie sind auch die Basis für die Prüfungsvorbereitung bzw. geben den Rahmen des Prüfungstoffes vor. I-med.inside birgt aufgrund der hinterlegten Baumstruktur teilweise Probleme bei der Abbildung organisatorischer Abläufe. Deshalb befindet sich eine neue Software in Entwicklung, die auch die Problematik der fehlenden Schnittstelle zu den Personaldaten lösen soll, um eine valide Lehrplanung zu ermöglichen (siehe dazu auch Standard 2, Kapitel Personal).

Im Bereich der Forschung werden Publikations- und Drittmitteldaten der Forschenden jährlich im Rahmen der FLD automatisiert zentral erhoben und können gegebenenfalls von den betroffenen Personen ergänzt bzw. korrigiert werden. Hier können Mitarbeiter/innen sowohl ihre eigenen Forschungsleistungen einsehen, als auch die kumulierte Forschungsleistung der Organisationseinheit, welche inneruniversitär frei zugänglich ist (siehe auch Standard 2). Die Daten sind zugleich die Basis für die jährlich erstellte Wissensbilanz bzw. für die Zielvereinbarungsgespräche zwischen dem Rektorat und den OE-Leiter/innen/n. Das System zur Forschungsleistungsdokumentation bildet außerdem die Grundlage zur Berechnung der LOM.

Die 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 das Servicecenter Evaluierung und Qualitätsmanagement und fußt auf den Daten der FLD und anderen, von weiteren Abteilungen zu liefernde Daten (z.B. aus dem Lehrbereich). Die Vergabe erfolgt an die Leiter/innen der einzelnen Organisationseinheiten. Diese und ihre Stellvertreter/innen haben nicht nur Einsicht in ihre eigenen Daten, sondern in die LOM-Daten anderer Organisationseinheiten. In den Gesprächen wurde aber deutlich, dass den Universitätsangehörigen nicht klar ist, was mit den erhobenen Zahlen (z.B. zu Drittmittelleinnahmen, Raumflächen, etc.), geschieht. Es wurde von dem Eindruck berichtet, dass Daten gesammelt werden „und dann passiert nichts damit“. Die Gutachter/innen empfehlen z.B. die Einführung eines Ampelsystems für das Monitoring von Forschungsleistungen und Drittmitteln mit klar geregelten Konsequenzen und Unterstützungsmaßnahmen bei Nicht- oder Übererreichen von Zielen. Im Bereich der Lehrevaluation sollten mit der geplanten Umsetzung des neuen Evaluierungskonzepts auch klare Prozesse zum Umgang mit Evaluierungsmaßnahmen wie z.B. ein jährlicher Evaluierungsbericht und Diskussion in der Curricularkommission festgelegt werden.

Im klinischen Bereich werden die Arbeitszeiten von Ärzt/inn/en zur Erfüllung des Krankenanstalten Arbeitszeitgesetzes (Verbindung von Patientenbetreuung mit universitären Aufgaben in Forschung und Lehre) zentral erfasst und überwacht. Die MUI ist mit den neuen Bestimmungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes progressiv umgegangen und hat eine Software (robot-rec) mit genauer Darstellung der Arbeitszeit auf Ebene der Einzelpersonen, aber auch eine Gliederung nach klinischer Tätigkeit, Lehre und Forschung entwickelt und eingeführt. Ärztinnen und Ärzte geben ihre Arbeitszeit ein, diese wird

einerseits von einem/r Bereichsleiter/in überprüft, andererseits aber auch zentral kontrolliert. Bei Übertretungen wird ein Alarmsystem aktiviert, das sowohl Mitarbeiter/innen als auch Universitätsleitung informiert. Im Bereich der Personaladministration und Verrechnung kommt SAP zum Einsatz.

SOPs werden von der MUI als Planungs- und Monitoring-Tool eingesetzt und sind für fast alle Bereiche definiert. Als Beispiele seien hier nicht nur der Ablauf von Berufungsverfahren oder von Auslandsaufenthalten von Studierenden genannt, sondern auch das SOP für Bauprojekte oder den Ablauf von klinischen Studien (KKS/CTC).

Die Daten werden in den jeweiligen Verwaltungseinheiten erhoben und ans Rektorat weitergeleitet bzw. in die Informationssysteme eingespielt und z.B. zur Berechnung der LOM oder für Zielvereinbarungen herangezogen. Es gibt jedoch nicht in allen Bereichen standardisierte Prozesse, wie z.B. Zwischenberichte zu definierten Zeitpunkten oder ein Frühwarnsystem, wenn die Forschungsleistung einer Abteilung abfällt oder ein Modul in der Lehre schlecht oder besonders gut evaluiert wird (siehe Standard 2). Dadurch entsteht auch bei den Universitätsangehörigen der Eindruck, dass Monitoringmaßnahmen teilweise ins Leere laufen. Hier gilt es im Rahmen der Weiterentwicklung des gesamtuniversitären QM-Systems entsprechend zu reagieren. Als positives Beispiel sei hier nochmals die Abteilung Internationale Beziehungen mit ihren Monitoringmaßnahmen und QM-Prozessen erwähnt.

3.3.2 Beurteilung von Standard 3

Die Systeme und Prozesse der Datenerhebung sind an der MUI weit fortgeschritten und der überwiegende Großteil der erhobenen Daten ist inneruniversitär transparent und allgemein zugänglich. Aufgrund des unvollständigen, gesamtuniversitären QM-Systems sind die Prozesse zum Umgang mit Daten und Evaluierungsergebnissen bislang noch nicht in allen Teilbereichen ganzheitlich umgesetzt.

Die Informationssysteme an der MUI sind gut etabliert und ermöglichen eine transparente Darstellung verschiedenster Inhalte.

Die Systeme in der Studien- und Lehradministration werden von den Studierenden sehr positiv gesehen und viel genutzt. Die Problematik hinsichtlich fehlender inhaltlicher Angaben für Lehrveranstaltungen im i-med.inside sollte von der Leitung im Auge behalten werden bzw. kann mit der Entwicklung eines Lernzielkatalogs, welcher die Zuordnung klarer Lernziele zu Lehrveranstaltungen ermöglicht, gelöst werden.

Das System der Arbeitszeiterfassung wird von den Gutachter/innen als sehr positiv beurteilt. Es ermöglicht ein genaues Monitoring der Arbeitszeit im Sinne des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes und erfasst ebenso universitäre Tätigkeiten.

Die Datenbereitstellung im Bereich Forschung und die damit verbundene Vergleichbarkeit auf Ebene der Organisationseinheiten sind vorbildlich. Der Prozess zur automatischen Datengenerierung mit der Korrekturmöglichkeit der betroffenen Personen wird von den Forschenden als sehr anwenderfreundlich beurteilt. Die Transparenz dahingehend, was mit den erhobenen Zahlen (z.B. zu Drittmitteleinnahmen, Raumflächen, etc.) geschieht, ist noch nicht vollständig ausgereift und führt zu mangelnder Akzeptanz unter den Universitätsangehörigen.

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

Die Gutachter/innen möchten folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Im Rahmen der Weiterentwicklung des QM-Systems sollten klar definierte Strategien zur Verwendung der im Rahmen des Monitorings erhobenen Daten für die Universitätssteuerung überlegt werden.
- Die Bereitstellung und laufende Aktualisierung von qualitativ hochwertigen Informationen zu Lehrveranstaltungen im Campusinformationssystem sollte vom Vizerektorat für Lehre weiter forciert werden. Aufgrund der Beteiligung vieler einzelner Lehrveranstaltungsverantwortlicher ist dies ein schwieriger Prozess, und diese Problematik kann z.B. im Zuge der Entwicklung eines Lernzielkatalogs für das jeweilige Studium gelöst werden.

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.

3.4.3 Feststellungen zu Standard 4

Aus verschiedenen Dokumenten der Universität (vom Mission Statement bis hin zum Selbstevaluierungsbericht für dieses Audit) geht hervor, dass die MUI sich insgesamt hohen Qualitätsstandards verpflichtet sieht. Über den Senat, mit dem das Rektorat in regem Austausch steht, sind grundsätzlich alle Interessensgruppen in die Entwicklung der Qualitätskultur eingebunden. In Verbindung mit der Beobachtung, dass sich das gesamtuniversitäre QM-System momentan noch in Aufbau befindet, ist die Gutachter/innengruppe zu dem Schluss gekommen, dass an einem gemeinsamen Verständnis darüber, was Qualitätsmanagement ist und wie es umgesetzt werden sollte, noch zu arbeiten ist. Qualitätsmanagement und das QM-System sind dem Rektorat ein großes Anliegen. Die nachgeordneten Verwaltungseinheiten sind gut informiert und sind daher in der Lage und motiviert, QM-Maßnahmen in ihren Bereichen mitzutragen und umzusetzen. Das Gutachter/innenteam hat allerdings den Eindruck gewonnen, dass die Verwaltungseinheiten wenig Feedback erhalten und dieses zum Teil wenig positiv ist. Ein generelles Konzept, wer wem, wann, was kommuniziert, wie überprüft wird, ob die Inhalte angekommen sind und wie mit Rückmeldungen umgegangen wird, wurde noch nicht erarbeitet.

Die Forschenden stehen dem Qualitätsmanagement kritisch gegenüber, weil sie „für sich keinen Vorteil“ sehen. Da aber gerade Forscher/innen sich ständig internationaler Qualitätsüberprüfung aussetzen, scheint hier wohl eher eine mangelnde Kommunikation zwischen der Leitung und den dezentralen Bereichen vorzuliegen als ein echter Auffassungsunterschied. Dies umso mehr als die Kommunikation innerhalb der Organisationseinheiten als sehr gut wahrgenommen wird, v.a. im klinischen Bereich wird als Kommunikationspartner nur der/die direkte Vorgesetzte/r wahrgenommen, kaum aber andere

Wege (auch weil „nicht sichtbar ist, was passiert“). Direkte Kommunikation findet nur entlang der direkten personellen Linie statt, die Mitarbeiter/innen in den Organisationseinheiten nehmen z.B. nicht wahr, dass ihre Anliegen oder Anregungen überhaupt das Rektorat erreichen und fühlen sich über die gesamtuniversitären Zielsetzungen des Rektorats nicht gut informiert. So wurde auch von Fachvertreter/innen kritisiert, dass das Rektorat nicht begründet, warum manche Professuren unüblich lange unbesetzt bleiben. Demgegenüber steht allerdings, dass von den Mitarbeiter/innen anerkannt wird, was das neue Rektorat bereits alles erreicht hat.

Die Probleme im Bereich der Kommunikation zeigen sich in einigen weiteren Beispielen. Es gibt bereits viele Unterstützungsangebote seitens der Verwaltung (Internationales, Forschung...) die den Mitarbeitenden aber nicht flächendeckend bekannt sind. Andererseits gibt es in den Organisationseinheiten viele Initiativen, um die dort erkannten Probleme durchaus auch in Eigenregie zu lösen. In der Wahrnehmung der handelnden Personen fehlt dann aber der Rückhalt durch die Leitung, um tätig zu werden. Die Einbindung von OE-Leiter/innen und die Weitergabe von Informationen bezüglich qualitätssichernden Maßnahmen werden als nicht ausreichend empfunden, wobei der Bereich der Lehre von den Beteiligten hier explizit als Ausnahme wahrgenommen wird. Besonders bei den Studien der Molekularen Medizin wird ein vorbildlicher, partizipativer Prozess gelebt. Es liegt an der MUI, diese Herangehensweise auch auf die anderen Studiengänge umzulegen, wobei den Gutachter/innen natürlich bewusst ist, dass dies bei der Humanmedizin aufgrund der Gruppengröße eine besondere Herausforderung darstellt.

3.4.4 Beurteilung von Standard 4

Da Qualität dem Rektorat ein großes Anliegen ist, ist davon auszugehen, dass ein vollständiges QM-System in den nächsten Jahren entwickelt und umgesetzt werden wird. In Zusammenhang damit ist ein Diskurs zum allgemeinen Verständnis darüber, was Qualitätsmanagement ist und wie es umgesetzt werden sollte, notwendig. Die nachgeordneten Verwaltungseinheiten setzen QM-Maßnahmen bereits gut um. Die Forscher/innen sehen Qualitätsmanagement dagegen durchaus kritisch, da sie es nicht als nützlich sondern als behindernd wahrnehmen. Die Kommunikation zwischen den Angehörigen der Organisationseinheit und der Leitungsebene findet praktisch ausschließlich über die OE-Leiter/innen statt. Das kann mit ein Grund dafür sein, dass die Absichten, die das Rektorat mit QM-Maßnahmen verfolgt, den Mitarbeiter/innen in den einzelnen Einheiten noch zu wenig bekannt sind.

Wie die Strategie zur Qualitätsverbesserung innerhalb der Universität kommuniziert wird, ist nicht klar geregelt. Die Qualitätsstrategie findet sich im Entwicklungsplan und steht selbstverständlich allen Universitätsangehörigen zur Verfügung. Die Gutachter/innengruppe hat aber den Eindruck gewonnen, dass sie nicht aus einem partizipativen Prozess heraus entstanden ist und damit keine ausreichende Akzeptanz bei den Mitarbeiter/innen findet.

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

Die Gutachter/innen schlagen folgende Auflage vor:

- Die Kommunikation zwischen der Leitungsebene und der „Peripherie“ im Zusammenhang mit qualitätsverbessernden und -sichernden Maßnahmen ist zu

verbessern/zu stärken. Dazu soll ein Kommunikationskonzept, welches verschiedene (Kommunikations)maßnahmen beinhaltet, entwickelt und dessen Anwendung beispielhaft gezeigt werden.

Die Gutachter/innen möchten folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung an die Universitätsleitung weitergeben:

- Die Gutachter/innen empfehlen, mit OE-Leiter/innen regelmäßig die Weiterentwicklung der eigenen Bereiche zu diskutieren. Da dies mit 72 OE-Leiter/innen praktisch nicht machbar und vielleicht auch nicht sinnvoll ist, könnte das z.B. in fachlich zusammenpassenden Gruppen oder auch mit den Angehörigen der jeweiligen Forschungsschwerpunkte geschehen.
- Die Gutachter/innen empfehlen eine verstärkte Information der Studierenden zu Supportangeboten, z.B. durch Newsletter oder Informationsveranstaltungen.

4 Anhang

4.1 1. Vor-Ort Besuch

12.04.2016 - Vorbereitung		
14.00 – 18.00	Kennenlernen, Informationen zum österreichischen Hochschulsystem und zum Audit, Vorbereitung der Gespräche	Gutachter/innen und AQ Austria
13.04.2016 – TAG 1		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09.00 – 10.30	Begrüßung und Vorstellung der Universität (inkl. Präsentation) QM-System im Kontext der Ziele und Strategie der Universität	Rektorat Vertreter/innen von Universitätsrat und Senat Koordination QM-Audit
10.30 – 10.45	Pause / Reflexion / Abstimmung	
10.45 – 11.30	QM-System im Bereich der klin. Forschung & Grundlagenforschung	VRin Forschung & Internationales VR Klin. Angelegenheiten Servicecenter Forschung Servicecenter Evaluierung und Qualitätsmanagement Clinical Trial Center Vertreter/innen aus der Forschung
11.30 – 12.15	QM-System im Bereich Internationalisierung	VR Lehre & Studienangelegenheiten VRin Forschung & Internationales Abteilung Internationale Beziehungen und Lernzentrum Servicecenter Communication, Public Relation & Media Servicecenter Forschung
12.15 – 13.15	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
13.15 – 14.00	Einsicht in die Informationssysteme	Abteilung für Informations-Kommunikations-Technologie
14.00 – 15.30	Dokumentenstudie, Vergleich Selbstdokumentation und des bereits gehörten	Gutachter/innen und AQ Austria

15.30 – 15.45	Pause	
15.45 – 16.30	QM-System in Studium und Lehre , inkl. Weiterbildung	VR Lehre & Studienangelegenheiten Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten Vorsitzender Curricularkommission
16.30 – 17.15	QM-System in Studium und Lehre , inkl. Weiterbildung & Forschung	Studentische Vertreter/innen in Gremien
17.15 – 18.00	Nachbesprechung Tag 1	Gutachter/innen und AQ Austria

14.04.2016 – TAG 2

Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09.00 – 09.45	Qualitätsmanagementsystem im Bereich Personalwesen	Rektorin Personalabteilung Stabsstelle Personalrecht, Personalentwicklung und Frauenförderung Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen Servicecenter Recht
09.45 – 10.30	Qualitätsmanagementsystem im Bereich Organisation, Administration und Ressourcenmanagement	Rektorin VR Finanzangelegenheiten & Organisationsentwicklung Abteilung Facility Management Medizinisch-Theoretischer Bereich Abteilung für Informations-Kommunikations-Technologie Abteilung Finanzen Servicecenter Recht
10:30 – 10:45	Pause / Reflexion und Abstimmung	
10.45 – 11.30	Vorstellung und Gespräche zu Entwicklungsfeld I	Rektorin Personalabteilung Stabsstelle Personalrecht, Personalentwicklung und Frauenförderung Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung Koordination QM-Audit
11.30 – 12.15	Vorstellung und Gespräche zu Entwicklungsfeld II	VR Lehre & Studienangelegenheiten Bereich Lifelong Learning
12.15 – 13:00	Mittagspause / Reflexion / Abstimmung	
13.00 – 14.00	Interne Reflexion der Gutachter/innen zum bisherigen VOB, interne Diskussion bezügl. 3 – 4 Handlungsfelder	Gutachter/innen und AQ Austria

14.00 – 15.00	Abschlussgespräch mit der Hochschulleitung: Übereinkommen über 3 - 4 Handlungsfelder, die die Umsetzung des QM-Systems im VOB 2 nachweisen Gemeinsame Reflexion des VOB 1	Rektorat Vertreter/innen von Universitätsrat und Senat Koordination QM-Audit
15:00 – 15:15	Pause / Reflexion und Abstimmung	
15:15 – 16:45	Nachbereitung des 1. VOB: Zusammenfassen der Eindrücke, Sammeln von Punkten für das Gutachten, Planung Gutachtenserstellung, Draft des Feedbacks zum Entwicklungsfeld, Vorbesprechung für VOB 2	Gutachter/innen und AQ Austria

4.2 2. Vor-Ort Besuch

31.05.2016 - Vorbereitung		
13:00 – 15:45	Vorbereitung des 2. Vor-Ort-Besuchs	Gutachter/innen und AQ Austria
15:45 – 16:00	Pause	
31.05.2016 – TAG 1		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
16:00 – 16:15	Begrüßung durch die Universitätsleitung	Rektorat Vertreter/innen von Universitätsrat und Senat Koordination QM-Audit
16:15 – 17:00	Handlungsfeld 1: Steuerung	Personen auf Leitungsebene, die in der Entwicklung von Zielen und dem Herunterbrechen auf Maßnahmen beteiligt sind
17:00 – 17:45	Handlungsfeld 1: Steuerung	Personen auf operativer Ebene, die am Herunterbrechen von Zielen in Maßnahmen beteiligt sind

01.06.2016 – TAG 2		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen

09:00 – 10:00	Handlungsfeld 2: QM in Lehre und und Lehr- bzw. Studienadministration Evaluierung in der Lehre	Personen, die einen Überblick über das Evaluierungskonzept an der MUI haben
10:00 – 11:00	Handlungsfeld 2: QM in Lehre und und Lehr- bzw. Studienadministration Lehrendenperspektive	Lehrende aus den unterschiedlichen Studienrichtungen
11:00 – 11:15	Pause / Reflexion / Abstimmung	
11:15 – 12:00	Handlungsfeld 2: QM in Lehre und und Lehr- bzw. Studienadministration Lehr- Studienadministration	Administrative MA, aus zentralen und dezentralen Stellen
12:00 – 12:45	Handlungsfeld 2: QM in Lehre und und Lehr- bzw. Studienadministration Einsicht in die Informationssysteme für Studierende und Lehrende	Demonstration durch Vertreter/innen aus Lehre und Lehradministration
12:45 – 13:30	Mittagspause / Reflexion und Abstimmung	
13:30 – 15:00	Rundgang durch die Universität Campus-Führung durch das CCB-Gebäude (Infrastruktur für Studierende, Laboratorien)	Begleitung durch Vertreter/innen der Universität
15:00 – 15:15	Pause / Reflexion und Abstimmung	
15:15 – 16:15	Handlungsfeld 2: QM in Lehre und und Lehr- bzw. Studienadministration Studierendenperspektive	Studierende aus unterschiedlichen Studienrichtungen
16:15 – 17:00	Handlungsfeld 3: QM in der Forschung QS/Monitoring bei Großprojekten	Projektleiter/innen von Großprojekten, forschungsstarke OE-Leiter/innen
17:00 – 17:15	Pause / Reflexion und Abstimmung	
17:15 – 18:00	Reflexion und Zusammenfassung der Eindrücke zu den Handlungsfeldern	Gutachter/innen und AQ Austria

02.06.2016 – TAG 3		
Uhrzeit	Thema	Teilnehmer/innen
09:00 – 10:00	Handlungsfeld 3: QM in der Forschung Nachwuchsförderung in der Forschung	Forschende (Mittelbau, Postgradueller MA mit QV, Postgradueller MA ohne QV, Prae- Doc)
10:00 – 11:00	Handlungsfeld 3: QM in der Forschung Einsicht in die Informationssysteme für Forschende	Vertreter/innen aus dem Bereich der Forschung, die Einsicht in die IT Systeme geben können
11:00 – 11:15	Pause / Reflexion und Abstimmung	
11:15 – 12:00	Vorbereitung des Abschlussgesprächs	Gutachter/innen und AQ Austria
12:00 – 13:00	Mittagspause	
13:00 – 13:30	Abschlussgespräch mit Universitätsleitung	Rektorat Vertreter/innen von Universitätsrat und Senat Koordination QM-Audit
13:30 – 16:00	Nachbereitung, Draft des Gutachtens	Gutachter/innen und AQ Austria

4.3 Richtlinie zur Durchführung eines Audits

beschlossen in der 27. Sitzung des Boards der AQ Austria am 27./28.05.2015

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	39
2	Ziele des Audits	39
3	Grundzüge des Audits	39
4	Standards	40
5	Ablauf	42
6	In-Kraft-Treten	45

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 gem § 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:

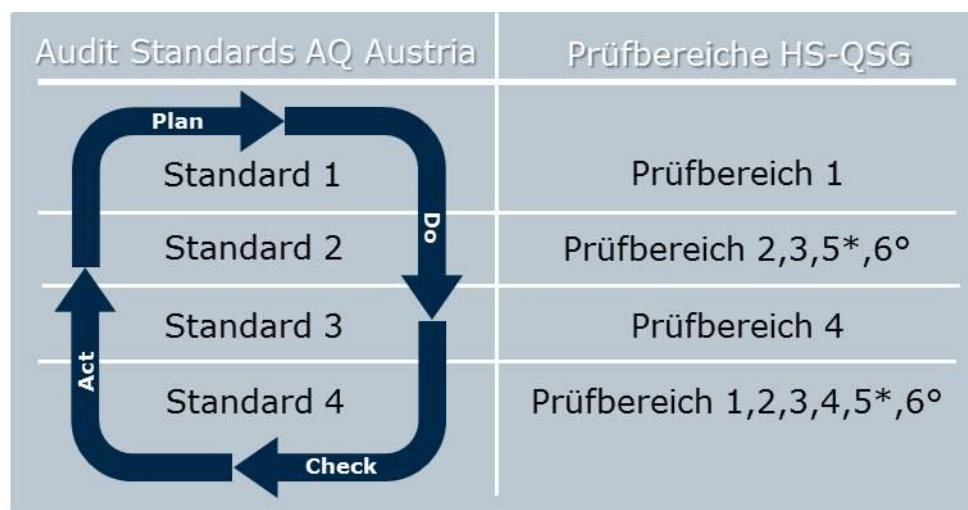
Das Qualitätsmanagementsystem nutzt Evaluierungsverfahren, Monitoring und Informationssysteme als integrale Bestandteile.

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.



* Dieser Prüfbereich ist nur gültig für Fachhochschulen

° Dieser Prüfbereich gilt nur für Universitäten mit Lehramtsstudien

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 Boards 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 Gutachter/innen werden durch das Board der AQ Austria bestellt und durch die Geschäftsstelle ausführlich auf das Verfahren vorbereitet.

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 entweder bereits in der Vereinbarung zwischen der AQ Austria und der Hochschule festgelegt und in der Selbstdokumentation erörtert oder von der Hochschule während der Erstellung der Selbstdokumentation entwickelt und 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 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.

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 Auflagenerfüllung 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 gem § 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

Nach der Zertifizierungsentscheidung veröffentlicht die AQ Austria einen Ergebnisbericht, der das Gutachten, die Stellungnahme der Hochschule (mit deren Zustimmung), sowie die Entscheidung des Boards einschließlich der Begründung, Zertifizierungsdauer und gegebenenfalls Auflagen sowie die Namen der Gutachter/innen enthält. Personenbezogene Daten, Finanzierungsquellen sowie Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse sind von der Veröffentlichung ausgenommen.

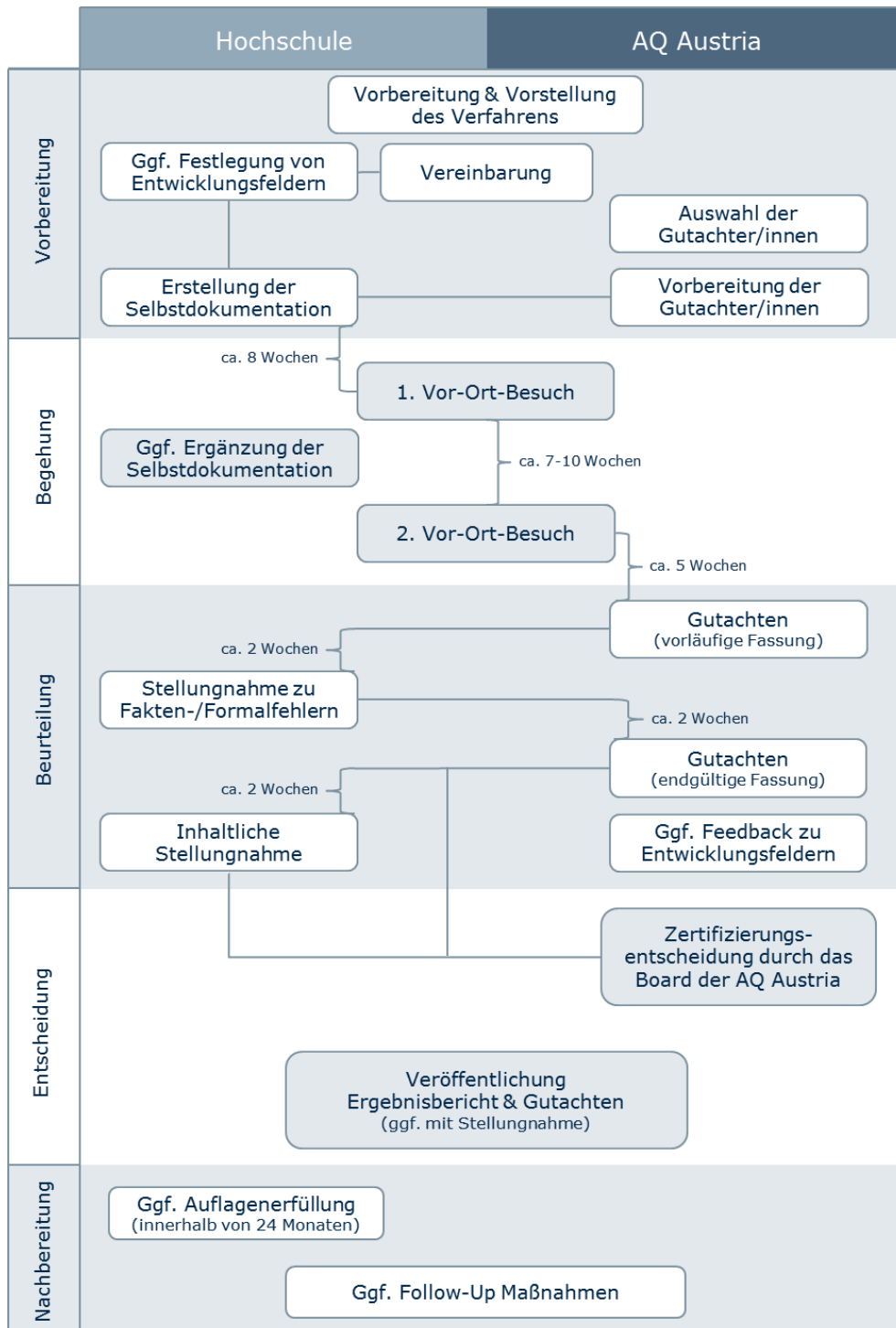
Rolle der Geschäftsstelle

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 1. Juli 2015 in Kraft.