



Ergebnisbericht

Audit an der Medizinischen Universität Innsbruck

Zertifizierung mit Auflagen beschlossen in der 82. Sitzung des Boards der AQ Austria am 20.09.2023

Aufgrund der Vereinbarung zwischen der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) und der Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria vom 29.08.2022 führte die AQ Austria ein Auditverfahren zur Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems der MUI nach § 22 HS-QSG durch. Gemäß § 21 HS-QSG veröffentlicht die AQ Austria folgenden Ergebnisbericht:

Verfahrensart

Zertifizierung gemäß Richtlinie für das Audit des internen Qualitätsmanagementsystems an Universitäten, beschlossen in der 65. Sitzung des Boards der AQ Austria am 10. Februar 2021.

Kurzinformation zur auditierten Universität

Inhaltliche Schwerpunkte	Humanmedizin, Zahnmedizin, molekulare Medizin, Pharmaceutical Sciences
Anzahl der Beschäftigten	2.220 Personen
Anzahl der Studierenden	3.624 Personen

Quelle: uni:data, abgerufen am 06.07.2022

Stand: WS 2021

Entscheidungsgrundlagen

- Selbstdokumentation der MUI (Selbstevaluierungsbericht vom 14.03.2023, Nachreichungen vom 24.04.2023 und 05.05.2023)
- Gutachten vom 14.07.2023
- Stellungnahme der MUI vom 04.07.2023 zum vorläufigen Gutachten

Ergebnisse aus dem Auditverfahren

Die in der Stellungnahme der MUI angesprochenen Punkte wurden weitgehend für die Endfassung des Gutachtens berücksichtigt. Die so angepassten Stellen sind mit entsprechenden Fußnoten gekennzeichnet. Die von den Gutachter*innen vorgeschlagenen Auflagen wurden von der MUI in ihrer Stellungnahme nicht aufgegriffen.

Die Textstellen in Anführungszeichen entstammen dem Gutachten.

Standard 1

„Für die Definition von Qualität stützt sich die MUI im Selbstevaluierungsbericht auf die ISO 9000:2015-Formulierung. Die Gutachter*innengruppe ist durch die Gespräche während des VOB zur Erkenntnis gekommen, dass unter den unterschiedlichen Organisationseinheiten (OE) ein heterogenes Qualitätsverständnis besteht. Aus Sicht der Gutachter*innengruppe ist im Anschluss an dieses Audit die Chance zu ergreifen, durch einen partizipativen Prozess unter Beteiligung verschiedener Gruppen von Universitätsangehörigen zu einem akkordierten Qualitätsverständnis in den Aufgabenbereichen der MUI zu kommen.“

Es besteht eine Qualitätsstrategie 2021-2025, die aufgabenbereichsübergreifende Qualitätsziele zu vier Handlungsfeldern enthält (siehe Anlage 1, Gutachten S. 11). Diese sind mit Maßnahmen gekoppelt, die aus Sicht der Gutachter*innen konkretere Anknüpfungspunkte für die Tätigkeiten der Organisationseinheiten bieten und verbindlicher werden sollten. Die Gutachter*innen empfehlen auch, die Qualitätsstrategie, die erst nach Fertigstellung des aktuellen Entwicklungsplans beschlossen wurde, in die zentralen Steuerungsinstrumente der Universität einzubinden.

Die Gutachter*innen schlagen für diesen Standard eine Auflage vor, die vom Board der AQ Austria verdeutlicht wurde¹.

Standard 2

„Die strategische Ausrichtung der MUI ist im fortgeschriebenen Entwicklungsplan und der Leistungsvereinbarung mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) festgelegt. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind in diesen Dokumenten mit hoher Verbindlichkeit dargelegt. Der jeweils erreichte Stand der Entwicklung bzw. Umsetzung wird in der jährlichen Wissensbilanz dokumentiert und dem BMBWF übermittelt. Über die Zielvereinbarungen mit den Leiter*innen der Organisationseinheiten (OEL), die Nutzung von Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung sowie über die Zuweisung von Ressourcen werden die Ziele der MUI weitergetragen und die Zielerreichung gesteuert. Durch die gesetzlichen Restriktionen während der Covid 19-Pandemie sind die Zielvereinbarungsgespräche mit den OEL nur punktuell erfolgt und die flächendeckende Fortführung ist ab Mitte 2023 geplant. Die Zielvereinbarungen zwischen dem Rektorat und den OEL spielen eine zentrale Rolle im Rahmen des QMS der MUI, da dieses auf dem Prinzip der Subsidiarität beruht. So nehmen auf zentraler Ebene unterschiedliche Stellen wie die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“, das „Forschungsservice und Innovation“, das „Kompetenzzentrum für Klinische Studien“ zentrale Qualitätsmanagementmaßnahmen wahr. Eine Serviceeinrichtung für Qualitätsmanagement

¹ Zur Auflage s. Zertifizierungsentscheidung

besteht jedoch nicht mehr. Auf dezentraler Ebene sind die OEL für das Qualitätsmanagement in ihrer eigenen OE zuständig und können eigene QMS entwickeln bzw. umsetzen. Aus Sicht der Gutachter*innen ist allerdings das Zusammenspiel der zentralen und dezentralen Ebenen nicht ausreichend geregelt.“

Insbesondere sind aus Sicht der Gutachter*innen zwischen der zentralen und den dezentralen Ebenen abgestimmte Vorgehensweisen, Regelungen betreffend die Zuständigkeiten und Aufgaben sowie eine Koordination der Qualitätsagenden notwendig. Die Gutachter*innen empfehlen dazu den Aufbau einer zentralen Koordinierungsstelle für Qualitätsmanagement, die auch die Sichtbarkeit des QM und die (vertikale sowie horizontale) Vernetzung fördern würde.

Die Gutachter*innen schlagen für diesen Standard eine Auflage vor, die vom Board der AQ Austria verdeutlicht wurde².

Standard 3

„Im Bereich Studium und Lehre ist ein QMS in vielen Bereichen gut etabliert.“ Dies betrifft zum Beispiel die Neu- und Weiterentwicklung von Studien, die strategisch erfolgt und die die vom QMS bereitgestellten Evidenzen nutzt. „Die Ressourcen für die Evaluation sind [allerdings] z.T. nicht ausreichend, sodass Lehrveranstaltungsevaluationen während drei Semestern (Sommersemester 2021 bis Sommersemester 2022) sistiert wurden, um Kapazität für die steigende Anzahl von Evaluationen von Lehrenden zu haben. Die Gutachter*innengruppe würdigt, dass die Verantwortlichen bereits im Rahmen der Leistungsvereinbarung sich verpflichtet haben, die einzelnen Bausteine zu einem übergreifenden Gesamtkonzept zur Lehrevaluation zusammenzuführen. Während des VOB wurde für die Gutachter*innen eindeutig erkennbar, dass in den Weiterbildungsstudien, die in Kooperation mit einer [außeruniversitären] Einrichtung angeboten werden, die Evaluierungsergebnisse nicht zur Weiterentwicklung der genannten Studien genutzt werden. Die Etablierung der Leistungsorientierten Mittelvergabe für die Lehre, wie in der Leistungsvereinbarung festgehalten, wird von den Gutachter*innen unterstützt.“ Im Prüfungswesen sind vielfältige QM-Maßnahmen (wie ein Monitoring der Prüfungsqualität) implementiert, wobei hier auch Verbesserungspotential geortet werden kann. Die bundesweiten Aufnahmeverfahren für das Medizin- bzw. das Zahnmedizinstudium sind qualitätsgesichert. Betreffend die Aufnahmeverfahren für die anderen Studien sollte der Evaluationsprozess noch definiert werden.

Die Gutachter*innen schlagen für diesen Standard eine Auflage vor, deren Wortlaut vom Board der AQ Austria präzisiert wurde³.

Standard 4

Im Bereich der Forschung erfolgt die universitätsinterne Steuerung anhand von vier Forschungsschwerpunkten, die im Entwicklungsplan festgelegt sind und die auf ihren Erfolg hin (und anhand von definierten Kriterien) evaluiert werden. Dazu ist ein externer Peer-Review-Prozess im Herbst 2023 vorgesehen. „Die universitätsinternen Serviceeinrichtungen „Forschungsservice und Innovation“ sowie das „Kompetenzzentrum für Klinische Studien“

² Zur Auflage s. Zertifizierungsentscheidung

³ Zur Auflage s. Zertifizierungsentscheidung

[unterstützen] die Forscher*innen ausgezeichnet in ihren Aktivitäten. Diese Supportstrukturen haben ein hohes Qualitätsbewusstsein und stehen für ein gut etabliertes QM in ihren jeweiligen Bereichen. Sie übernehmen Monitoring-Aufgaben und auch die Datenerhebung für die Wissensbilanz. Entsprechende Fortbildungsangebote wie z.B. zum Thema „Good Clinical Practices“ oder „Datenmanagement“ ergänzen das qualitätssichernde Angebot. Aus Sicht der Gutachter*innengruppe sollten allerdings die Evaluierungskriterien für Forschungsleistungen nicht ausschließlich auf Metriken wie Impact-Faktoren, Zitationsindizes und dem Umfang an Drittmitteln basieren, sondern auch die Prinzipien der DORA-Deklaration („Declaration on Research Assessment“) und der CoARA-Initiative („Coalition for Advancing Research Assessment“) umsetzen.“ Dazu sprechen sie eine Empfehlung aus. Die Gutachter*innen würdigen die Verabschiedung der Richtlinie „Forschungsdatenpolitik der Medizinischen Universität Innsbruck“, die z.B. Unterstützungsangebote zur Erstellung von Datenmanagementplänen vorsieht und zur Verankerung der FAIR (Findable, Accessible, Interoperable and Reusable)-Datengrundsätzen beiträgt. „Die Bewertungskriterien der Leistungsorientierten Mittelvergabe für die Forschung sind transparent und stellen einen wirksamen Anreiz für hohe Forschungsqualität dar. Für den wissenschaftlichen Nachwuchs sind die PhD-Programme und das Laufbahnmodell wesentliche Bausteine, für welche QM-Maßnahmen genutzt werden, die aber noch weiterentwickelt werden könnten.“ (siehe Standard 5).

Standard 5

„Auch im Kontext des QM im Bereich Personal spielen die Zielvereinbarungs- bzw. Mitarbeiter*innengespräche eine zentrale Rolle und es sollte daher systematisch darauf geachtet werden, dass diese durchgeführt werden und die dazu nötigen Instrumente qualitätsgesichert werden. Weiterbildungsmaßnahmen werden derzeit von unterschiedlichen internen Stellen angeboten. Die Personalabteilung, die die Weiterbildung des allgemeinen Universitätspersonals fokussiert, verfügt nicht über die nötigen Informationen (z.B. über die Weiterbildungswünsche), um eine zentrale Personalentwicklung voranzutreiben und die Fort- und Weiterbildungen der internen Anbieter*innen zu koordinieren. Die Berufungsverfahren werden insbesondere durch die Bereitstellung eines spezifischen Organisationshandbuchs und die Begleitung durch eine zentrale Stelle im Rektorat qualitätsgesichert. In der Nachwuchsförderung würdigt die Gutachter*innengruppe das Instrument der Laufbahnstellen. Die Voraussetzungen zum Zustandekommen der Qualifizierungsvereinbarung sowie die Beurteilungskriterien zu deren Erfüllung sind für die Beteiligten klar. Aus Sicht der Gutachter*innen sollten aber die Auswirkungen dieses Modells insbesondere im Hinblick auf die Attraktivität der MUI als Arbeitgeberin für Bewerber*innen aus dem Ausland bzw. nicht von der MUI kommende Bewerber*innen evaluiert werden.“

Zertifizierungsentscheidung

Das Board der AQ Austria hat in seiner Sitzung vom 20.09.2023 entschieden, das interne Qualitätsmanagement der Medizinischen Universität Innsbruck mit folgenden Auflagen zu zertifizieren:

Auflage 1: Die MUI erarbeitet in einem partizipativen Prozess ein gesamtuniversitär akkordiertes Qualitätsverständnis. Dabei hält sie fest, was Qualität in allen ihren Aufgabenbereichen (Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben, unterstützende Aufgaben der

Verwaltung) bedeutet und legt dies schriftlich vor. Darüber hinaus beschreibt die MUI den Prozess zur Entwicklung des gesamtuniversitären Qualitätsverständnisses und legt diese Beschreibung ebenfalls vor.

Auflage 2: Die MUI entwickelt und beschreibt ihr Qualitätsmanagementsystem (QMS) hinsichtlich des Zusammenspiels von zentralem QMS und subsidiären bzw. dezentralen QMS und legt diese Beschreibung vor. Sie definiert dabei die Strukturen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten für das Qualitätsmanagement (QM) auf zentraler wie dezentraler Ebene. In dieser Beschreibung des QMS soll erkennbar sein, wie die Koordination der QM-Agenden universitätsweit erfolgt. Die MUI legt ebenfalls dar, wie sie sicherstellt, dass diese Beschreibung des QMS für alle Universitätsangehörigen zugänglich ist und dass die für das QMS zuständigen Mitarbeiter*innen damit vertraut sind.

Auflage 3: Im Kontext des Qualitätsmanagements der Universitätslehrgänge, die in Kooperation mit außeruniversitären Einrichtungen angeboten werden, zeigt die MUI an einem konkreten Beispiel, wie sie sicherstellt, dass die Ergebnisse der von der Kooperationseinrichtung durchgeführten Evaluierungen Eingang in die Weiterentwicklung der Universitätslehrgänge finden. Sie legt dazu eine schriftliche Beschreibung vor.

Die Zertifizierung ist bis 19.09.2030 gültig.

Die Auflagenerfüllung ist innerhalb von 18 Monaten ab Zertifizierung, d.h. bis zum 19.03.2025, schriftlich nachzuweisen.

Das Board beschließt, dass für die Überprüfung der Auflagenerfüllung kein Vor-Ort-Besuch an der Medizinischen Universität Innsbruck erforderlich ist.

Anlagen

Anlage 1: Gutachten vom 14.07.2023 (mit Richtlinie)

Anlage 2: Stellungnahme der MUI vom 04.07.2023 zum vorläufigen Gutachten

Gutachten: Audit des internen Qualitätsmanagementsystems an der Medizinischen Universität Innsbruck

Fassung vom 14.07.2023 (Endfassung)

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Informationen zum Verfahren	3
1.1	Ziele und Standards des Audits	3
1.2	Informationen zur Medizinischen Universität Innsbruck	3
1.3	Methode und Ablauf des Audits.....	5
1.4	Gutachter*innen	7
2	Zusammenfassung	8
3	Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards	10
3.1	Standard 1	10
3.2	Standard 2	13
3.3	Standard 3	18
3.4	Standard 4	26
3.5	Standard 5	31
4	Anlagen.....	35
4.1	Anlage 1: Agenda des Vor-Ort-Besuchs	35
4.2	Anlage 2: Auditrichtlinie für Universitäten (10.02.2021).....	39

1 Allgemeine Informationen zum Verfahren

1.1 Ziele und Standards des Audits

Ziel des Audits ist es, mit einer Zertifizierung zu bestätigen, dass die Universität entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen ein Qualitätsmanagementsystem eingerichtet hat. Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Universität dabei, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Zudem soll das Audit dazu beitragen, Anstöße für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems der Universität zu geben.

Das Audit wird auf der Grundlage der **Richtlinie für das Audit des internen Qualitätsmanagementsystems - Richtlinie für Universitäten**, beschlossen in der 65. Sitzung des Boards der AQ Austria am 10. Februar 2021, durchgeführt.

Die Beurteilung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt anhand von fünf Standards (siehe Kapitel 3 und Richtlinie in der Anlage). Die Standards beschreiben die Anforderungen an ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem und konkretisieren die Prüfbereiche gem § 22 Abs 2 HS-QSG.

Für jeden Standard einigt sich die Gutachter*innengruppe auf eine Beurteilung der Erfüllung: „erfüllt“, „mit Einschränkung erfüllt“ oder „nicht erfüllt“. Mit der Beurteilung „mit Einschränkung erfüllt“ können Auflagen verbunden sein. Die Nichterfüllung eines Standards führt zur Versagung der Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems.

1.2 Informationen zur Medizinischen Universität Innsbruck

Dieser Abschnitt wurde von der Geschäftsstelle der AQ Austria auf Basis des Selbstevaluierungsberichts erstellt.

„Die Wurzeln der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) reichen bis ins 16. Jahrhundert zurück, im 17. Jahrhundert war die MUI eine der vier Gründungsfakultäten der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck (LFU). Am 1. Jänner 2004 erfolgte auf Basis des Universitätsgesetzes 2002 (UG 2002) die Ausgliederung in eine eigenständige Universität als juristische Person öffentlichen Rechts mit den entsprechend einzurichtenden Gremien und Service- und Dienstleistungseinrichtungen.

Die MUI verpflichtet sich grundlegenden Werten wie den Grundsätzen guter wissenschaftlicher Praxis, dem Vertrauen in die Persönlichkeiten der Forschenden, der Offenheit des wissenschaftlichen Diskurses und der Internationalität der Forschung. Der Medizinische Campus profitiert von der räumlichen Nähe zu den Tirol Kliniken und der LFU, was als großer Vorteil hinsichtlich der Schaffung von Synergien und schnittstellenübergreifender Kooperationen zu werten ist. Universitätsintern wird die neuerdings erfolgte Verortung der Service- und Dienstleistungseinrichtungen sowie zentraler Einrichtungen für Studierende im Gebäude Fritz-Pregl-Straße 3 als Bereicherung empfunden.

Ergänzend zu den Aufgaben in Lehre und Forschung trägt das ärztliche Personal der MUI wesentlich zur PatientInnenversorgung in den Univ.-Kliniken am Landeskrankenhaus Innsbruck bei, alle Leitungsfunktionen an den einzelnen Kliniken sind mit ProfessorInnen der MUI besetzt.

Gemäß KMA-Vereinbarung (Klinischer Mehraufwand) zwischen Bund und Land Tirol stellt die MUI 456 Jahresvollzeitäquivalente an ärztlichem Personal für die forschungsgeleitete spitzenmedizinische PatientInnenversorgung bereit.

(...)

Die MUI ist mit ihren 81 ProfessorInnen und 165 Äquivalenten¹, ca. 2.200 Mitarbeitenden und 3.500 Studierenden (Wissensbilanz 2021) in sechs Studienrichtungen eine der größten Forschungs- und Bildungseinrichtungen in Westösterreich und hat den Anspruch, in einem international kompetitiven Umfeld maßgeblich zu Forschungsentwicklungen beizutragen und international attraktive Bedingungen für Forschende bereitzustellen.

Wesentlich für die Profilbildung der MUI ist der bereits in den Anfangsjahren nach der Ausgliederung in Zusammenarbeit mit der LFU realisierte Life-Science Schwerpunkt, welcher durch das gemeinsame Gebäude CCB (Centrum für Chemie und Biomedizin) am Innrain 82 bzw. dem dort verorteten Biozentrum der MUI repräsentiert wird, und welcher an der MUI mit derzeit 7 PhD-Programmen vertreten ist.

Durch gezielte Berufungspolitik, externe Fördermittel und interne Programme etablierten sich in den Vorjahren die aktuellen Forschungsschwerpunkte²

- Infektion, Immunität und Transplantation
- Neurowissenschaften
- Onkologie
- Genetik – Epigenetik – Genomik.

Diese orientieren sich an „exzellenten wissenschaftliche Leistungen (...), einer hohen nationalen und internationalen Sichtbarkeit der Forschungsergebnisse, einer hervorragenden Nachwuchsförderung sowie einer Vielzahl erfolgreicher Drittmittelinwerbungen insbesondere in internationalen Verbundprojekten sowie hoher wissenschaftlicher bzw. gesellschaftlicher Relevanz“.

(...)

An der MUI sind zum Stichtag 31.12.2021 folgende Studien eingerichtet:

- Molekulare Medizin (Bachelorstudium)
- Molekulare Medizin (Masterstudium)
- Humanmedizin (Diplomstudium)
- Zahnmedizin (Diplomstudium)
- PhD (Doktoratsstudium)
- Clinical PHD (Doktoratsstudium)
- ULG Medizinrecht (LFU)
- ULG CMM (Craniomandibuläre und muskuloskelettale Medizin)
- ULG Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie
- ULG Genetisches und Genomisches Counselling“.

(Auszug aus dem Selbstevaluierungsbericht der MUI)

¹ UniversitätsdozentInnen und Assoziierte ProfessorInnen Stand Wissensbilanz 31.12.2021 (inkludiert in der Gesamt-MA-Zahl)

² Siehe Entwicklungsplan 2018-2021, Punkt 3.2 und Entwicklungsplan 2019-2022, Punkt 3.1

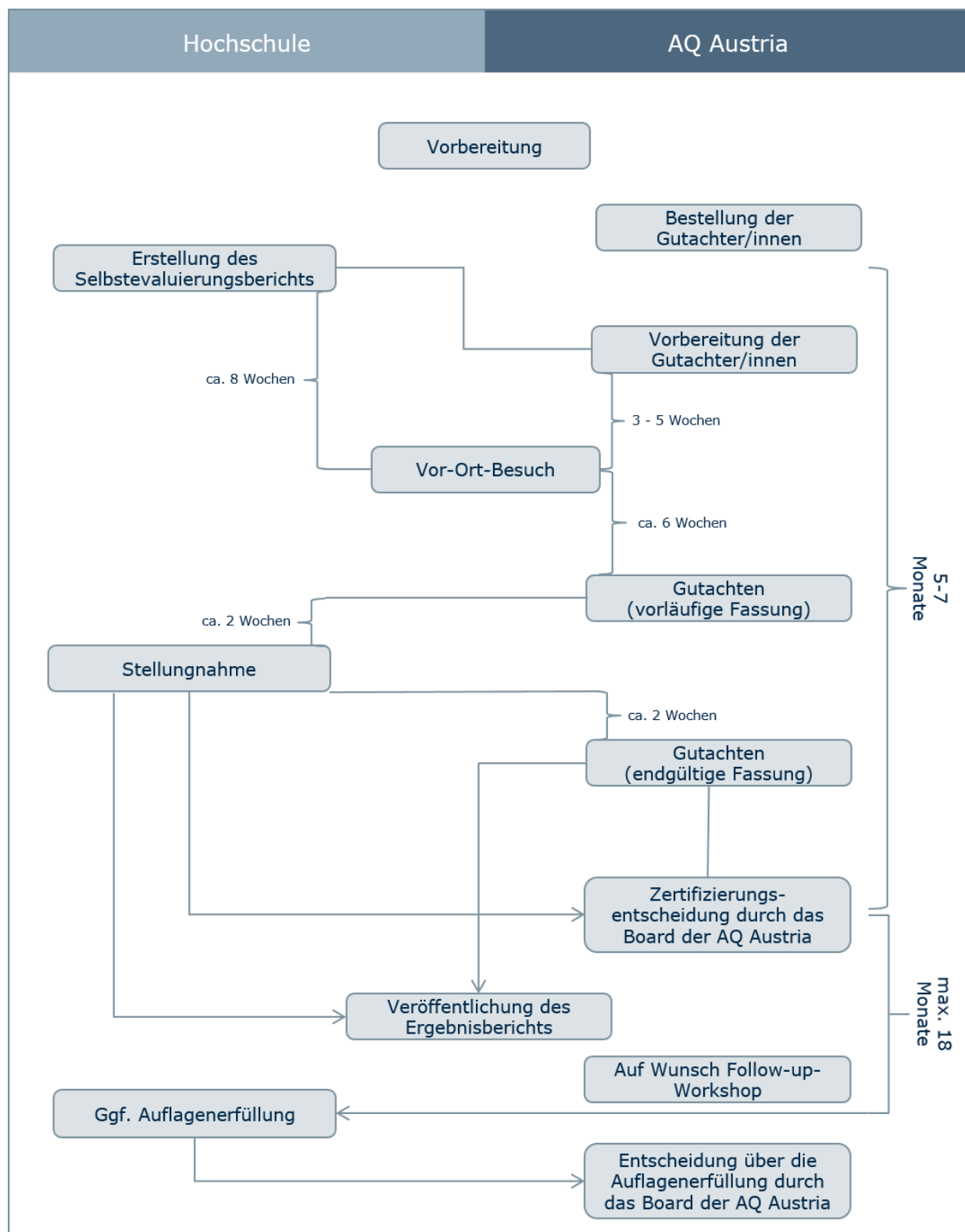
1.3 Methode und Ablauf des Audits

Das Audit wird als Peer Review durchgeführt. Eine Gruppe von externen und unabhängigen Gutachter*innen nimmt auf der Grundlage des Selbstevaluierungsberichts der Universität sowie eventuell nachgereichter Unterlagen und von Gesprächen vor Ort eine Beurteilung des internen Qualitätsmanagementsystems anhand der fünf Auditstandards vor und verfasst ein Gutachten. Dieses Gutachten enthält sowohl Feststellungen und Bewertungen als auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems der Universität.

Zur Vorbereitung erhalten die Gutachter*innen den Selbstevaluierungsbericht der Universität sowie Informationen der AQ Austria zum Verfahren und zum österreichischen Hochschulsystem. Sie haben die Möglichkeit, Unterlagen nachzufordern. Dem Peer-Prinzip entsprechend führt die Gutachter*innengruppe Vor-Ort-Gespräche mit unterschiedlichen Personengruppen, die sich durch Wertschätzung, Offenheit und dialogischen Charakter auszeichnen.

Das Gutachten und ggf. eine Stellungnahme der Universität bilden die Grundlage für die Zertifizierungsentscheidung des Boards der AQ Austria. Auch die Selbstdokumentation liegt dem Board zur Einsichtnahme vor.

Das Audit wird anhand des nachstehenden Prozessablaufes durchgeführt.



Das Verfahren an der Medizinischen Universität Innsbruck folgte dem untenstehenden Zeitplan:

Vorstellung und Diskussion des Audits	16.11.2022
Boardbeschluss Gutachter*innen	27.07.2022
Vorbereitende Webkonferenz der Gutachter*innen	31.03.2023
Nachreichungen durch die Universität	24.04.2023
Vorbereitungsworkshop der Gutachter*innen	02.05.2023
Vor-Ort-Besuch an der Universität	03.-04.05.2023
Nachholung von Gesprächen aus dem Vor-Ort-Besuch (online)	11.05.2023
Vorläufiges Gutachten an die Universität	19.06.2023
Stellungnahme der Universität	04.07.2023
Finales Gutachten an die Universität	14.07.2023
Zertifizierungsentscheidung durch das Board der AQ Austria	20.09.2023

1.4 Gutachter*innen

Mit Beschluss vom 27.07.2022 bestellte das Board der AQ Austria folgende Gutachter*innen für das Auditverfahren:

Name	Institution	Rolle der Gutachter*in
Prof. Dr. Hugues Abriel	Universität Bern	
Karem El-Zaim, LL. B. (WU), BSc	Medizinische Fakultät der Johannes Kepler Universität Linz	Studentische*r Gutachter*in
Mag. Dr. Brigitte Hahn MAS	Universität für Weiterbildung Krems	
Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser	Universität Basel	Vorsitz

Die Gutachter*innengruppe verfügt über nachgewiesene Erfahrungen in der Leitung und Organisation von Hochschulen, im hochschulischen Qualitätsmanagement sowie über Kenntnisse des österreichischen Hochschulsystems. Die Gutachter*innen wurden entsprechend dem Profil der Medizinischen Universität Innsbruck und der Beschaffenheit ihres Qualitätsmanagementsystems ausgewählt.

2 Zusammenfassung

Die Medizinische Universität Innsbruck (MUI) ist seit 2004 eine eigenständige Universität. 2016 hat die MUI das erste Audit des internen Qualitätsmanagementsystems (QMS) durchlaufen, das mit Auflagen zertifiziert wurde. Die Auflagenerfüllung wurde 2018 festgestellt. Die MUI hat seitdem ihr QMS in vielen Bereichen weiterentwickelt. Es wurde die Qualitätsstrategie 2021-2025 verschriftlicht und 2022 ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt. Zudem wurde auf der Homepage eine eigene Webseite zum Qualitätsmanagement (QM) geschaltet, die sehr umfassend und frei zugänglich über diesen Themenbereich informiert.

Die MUI hat einen ausführlichen Selbstevaluierungsbericht vorgelegt sowie eine Reihe von Dokumenten, welche die Prozesse der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements unterstützen. Für eine Vielzahl von Prozessen liegen Anleitungen z.B. zur Durchführung von Berufungsverfahren vor, sofern diese nicht in den Satzungsteilen bereits geregelt sind. Die Gutachter*innengruppe konnte in einem offenen und konstruktiven Vor-Ort-Besuch (VOB) weitere Einblicke in die gelebte Umsetzung des universitätsinternen QMS gewinnen. Dieses folgt dem klassischen PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus. Für die Definition von Qualität stützt sich die MUI im Selbstevaluierungsbericht auf die ISO 9000:2015-Formulierung. Die Gutachter*innengruppe ist durch die Gespräche während des VOB zur Erkenntnis gekommen, dass unter den unterschiedlichen Organisationseinheiten (OE) ein heterogenes Qualitätsverständnis besteht. Aus Sicht der Gutachter*innengruppe ist im Anschluss an dieses Audit, die Chance zu ergreifen, durch einen partizipativen Prozess unter Beteiligung verschiedener Gruppen von Universitätsangehörigen zu einem akkordierten Qualitätsverständnis in den Aufgabenbereichen der MUI zu kommen.

Die strategische Ausrichtung der MUI ist im fortgeschriebenen Entwicklungsplan und der Leistungsvereinbarung mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) festgelegt. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind in diesen Dokumenten mit hoher Verbindlichkeit dargelegt. Der jeweils erreichte Stand der Entwicklung bzw. Umsetzung wird in der jährlichen Wissensbilanz dokumentiert und dem BMBWF übermittelt. Über die Zielvereinbarungen mit den Leiter*innen der Organisationseinheiten (OEL), die Nutzung von Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung sowie über die Zuweisung von Ressourcen werden die Ziele der MUI weitergetragen und die Zielerreichung gesteuert. Durch die gesetzlichen Restriktionen während der Covid 19-Pandemie sind die Zielvereinbarungsgespräche mit den OEL nur punktuell erfolgt und die flächendeckende Fortführung ist ab Mitte 2023 geplant. Die Zielvereinbarungen zwischen dem Rektorat und den OEL spielen eine zentrale Rolle im Rahmen des QMS der MUI, da dieses auf dem Prinzip der Subsidiarität beruht. So nehmen auf zentraler Ebene unterschiedliche Stellen wie die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“, das „Forschungsservice und Innovation“, das „Kompetenzzentrum für Klinische Studien“ zentrale Qualitätsmanagementmaßnahmen wahr. Eine Serviceeinrichtung für Qualitätsmanagement besteht jedoch nicht mehr. Auf dezentraler Ebene sind die OEL für das Qualitätsmanagement in ihrer eigenen OE zuständig und können³ eigene QMS entwickeln bzw. umsetzen. Aus Sicht der Gutachter*innen ist allerdings das Zusammenspiel der zentralen und dezentralen Ebenen nicht ausreichend geregelt.

Im Bereich Studium und Lehre ist ein QMS in vielen Bereichen gut etabliert. Es besteht eine Reihe von Evaluationsmaßnahmen, wobei zum Teil der PDCA-Zyklus noch nicht vollständig geschlossen ist. Dies trifft zum Beispiel für einzelne Auswahlverfahren oder bei der Leistungsbeurteilung im Medizinstudium (Semesterabschlussprüfungen) zu. Die Ressourcen für

³ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

die Evaluation sind z.T. nicht ausreichend, sodass Lehrveranstaltungsevaluationen während drei Semestern (Sommersemester 2021 bis Sommersemester 2022) sistiert wurden, um Kapazität für die steigende Anzahl von Evaluationen von Lehrenden zu haben. Die Gutachter*innengruppe würdigt, dass die Verantwortlichen bereits im Rahmen der Leistungsvereinbarung sich verpflichtet haben, die einzelnen Bausteine zu einem übergreifenden Gesamtkonzept zur Lehrevaluation zusammenzuführen. Während des VOB wurde für die Gutachter*innen eindeutig erkennbar, dass in den Weiterbildungsstudien, die in Kooperation mit einer außerhochschulischen Einrichtung angeboten werden, die Evaluierungsergebnisse nicht zur Weiterentwicklung der genannten Studien genutzt werden. Die Etablierung der Leistungsorientierte Mittelvergabe für die Lehre, wie in der Leistungsvereinbarung festgehalten, wird von den Gutachter*innen unterstützt.

Im Bereich der Forschung unterstützen die universitätsinternen Serviceeinrichtungen „Forschungsservice und Innovation“ sowie das „Kompetenzzentrum für Klinische Studien“ die Forscher*innen ausgezeichnet in ihren Aktivitäten. Diese Supportstrukturen haben ein hohes Qualitätsbewusstsein und stehen für ein gut etabliertes QM in ihren jeweiligen Bereichen. Sie übernehmen Monitoring-Aufgaben und auch die Datenerhebung für die Wissensbilanz. Entsprechende Fortbildungsangebote wie z.B. zum Thema „Good Clinical Practices“ oder „Datenmanagement“ ergänzen das qualitätssichernde Angebot. Aus Sicht der Gutachter*innengruppe sollten allerdings die Evaluierungskriterien für Forschungsleistungen nicht ausschließlich auf Metriken wie Impact-Faktoren, Zitationsindizes und dem Umfang an Drittmitteln basieren, sondern auch die Prinzipien der DORA-Deklaration („Declaration on Research Assessment“) und der CoARA-Initiative („Coalition for Advancing Research Assessment“) umsetzen. Die Bewertungskriterien der Leistungsorientierte Mittelvergabe für die Forschung sind transparent und stellen einen wirksamen Anreiz für hohe Forschungsqualität dar. Für den wissenschaftlichen Nachwuchs sind die PhD-Programme und das Laufbahnmodell wesentliche Bausteine, für welche QM-Maßnahmen genutzt werden, die aber noch weiterentwickelt werden könnten.

Auch im Kontext des QM im Bereich Personal spielen die Zielvereinbarungs- bzw. Mitarbeiter*innengespräche eine zentrale Rolle und es sollte daher systematisch darauf geachtet werden, dass diese durchgeführt werden und die dazu nötigen Instrumente qualitätsgesichert werden. Weiterbildungsmaßnahmen werden derzeit von unterschiedlichen internen Stellen angeboten. Die Personalabteilung, die die Weiterbildung des allgemeinen Universitätspersonals fokussiert, verfügt nicht über die nötigen Informationen (z.B. über die Weiterbildungswünsche), um eine zentrale Personalentwicklung voranzutreiben und die Fort- und Weiterbildungen der internen Anbieter*innen zu koordinieren. Die Berufungsverfahren werden insbesondere durch die Bereitstellung eines spezifischen Organisationshandbuchs und die Begleitung durch eine zentrale Stelle im Rektorat qualitätsgesichert. In der Nachwuchsförderung würdigt die Gutachter*innengruppe das Instrument der Laufbahnstellen. Die Voraussetzungen zum Zustandekommen der Qualifizierungsvereinbarung sowie die Beurteilungskriterien zu deren Erfüllung sind für die Beteiligten klar. Aus Sicht der Gutachter*innen sollten aber die Auswirkungen dieses Modells insbesondere im Hinblick auf die Attraktivität der MUI als Arbeitgeberin für Bewerber*innen aus dem Ausland bzw. nicht von der MUI kommende Bewerber*innen evaluiert werden.

Die Gutachter*innengruppe empfiehlt aufgrund der zur Verfügung gestellten Unterlagen und der Gespräche während des VOB das QMS der MUI mit drei Auflagen zu zertifizieren.

Sie hat darüber hinaus verschiedene Empfehlungen formuliert. Mit diesen Empfehlungen will die Gutachter*innengruppe die MUI insbesondere ermuntern, begonnene Prozesse der Weiterentwicklung des QMS und dessen Operationalisierung voranzutreiben.

3 Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards

3.1 Standard 1

Die Universität verfügt über ein **Qualitätsverständnis** und eine **Strategie für das Qualitätsmanagement**, die Teil der Universitätssteuerung ist. Die Qualitätsmanagementstrategie umfasst die Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie die sie unterstützenden Aufgaben der Verwaltung.

Erläuterung: Die Universität schafft ein Einvernehmen unter ihren Universitätsangehörigen darüber, was Qualität in ihren Aufgabenbereichen bedeutet und über die Verantwortung aller Universitätsangehörigen für das Qualitätsmanagement. Zu den Universitätsangehörigen zählen Studierende, Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK sowie nicht-wissenschaftliches Personal.

Die Qualitätsmanagementstrategie ist auf das Erreichen der Ziele der Universität und auf ihre Qualitätsentwicklung ausgerichtet. Die Kernaufgaben der Universität umfassen die Leistungsbereiche Studien und Lehre sowie Forschung bzw. EEK. Die Querschnittsaufgaben umfassen Internationalisierung und gesellschaftliche Zielsetzungen. Die unterstützenden Aufgaben umfassen die Bereiche Organisation, Administration und Personal.

Feststellungen der Gutachter*innengruppe

Die Gutachter*innen beziehen sich bei den folgenden Ausführungen auf Informationen aus schriftlichen Unterlagen der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) wie den Entwicklungsplan, den Selbstevaluierungsbericht und das Qualitätsmanagement-Handbuch (QM-Handbuch) sowie aus den Gesprächen während des Vor-Ort-Besuchs (VOB) an der MUI. Um zu seinem vollständigen Bild zu kommen, haben sie die verschiedenen Informationen abgeglichen und dabei an manchen Stellen in Bezug auf das Qualitätsverständnis Inkonsistenzen festgestellt (siehe unten).

Die Medizinische Universität Innsbruck (MUI) hat seit dem Audit 2016 ihre Bemühungen um die Entwicklung eines gesamtuniversitären Qualitätsverständnisses und eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) weitergeführt. Sie definiert gemäß Selbstevaluierungsbericht die Qualität allgemein im Sinne der ISO 9000:2015, d.h. als „Maß, in dem alle Dienstleistungen, Produkte und deren inhärente Prozesse den Anforderungen (strategische Ziele im Entwicklungsplan und deren Umlegung auf operative Ziele in der Leistungsvereinbarung) entsprechen“. Zusätzlich wird im Selbstevaluierungsbericht für die Bereiche Lehre und Studium sowie Forschung das leistungsbereichspezifische Qualitätsverständnis ausgeführt. Für die Lehre ist dieses identisch mit den Leitlinien aus dem entsprechenden Kapitel des Entwicklungsplans. Im Bereich der Forschung ist im Selbstevaluationsbericht festgehalten, dass die MUI ein Qualitätsverständnis verfolgt, das auf

ethischer Korrektheit, Good Scientific Practice, wissenschaftlicher Exzellenz, Transparenz und interdisziplinärer Zusammenarbeit basiert. Im Kapitel „Qualitätsverständnis und Qualitätspolitik“ des Qualitätsmanagement-Handbuchs sind diese leistungsbereichsspezifischen Qualitätsverständnisse aus dem Selbstevaluierungsbericht jedoch nicht enthalten. Die Gutachter*innen konnten nicht erkennen, ob es für die unterstützenden Aufgaben der Verwaltung ein eigenes Qualitätsverständnis gibt, das von den ISO-Anforderungen abweicht.

Beim VOB zeigte sich in den Gesprächen ein heterogenes Bild des Qualitätsverständnisses zwischen dem klinischen Bereich und dem medizinisch-theoretischen Bereich, insbesondere auf Ebene der Organisationseinheitsleiter*innen (OEL). In jenen Organisationseinheiten (OE), die eine ISO-Zertifizierung haben, z.B. im Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKS), besteht ein gefestigtes Qualitätsverständnis nach ISO und ein spürbares Commitment zum QMS. Dazu trägt die ISO-Zertifizierungsanforderung bei, eine für das Qualitätsmanagement (QM) zuständige Person zu benennen. Im Bereich der klinischen Medizin werden sowohl das QMS der Tirol Kliniken als auch das QMS der MUI eingesetzt. Es ist beim VOB deutlich geworden, dass das Qualitätsverständnis und die Qualitätssicherung für den klinischen Bereich aus dem QMS der Tirol Kliniken einen höheren Stellenwert hat als das QMS der MUI.

Die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Universität sind nach dem QM-Handbuch darauf ausgerichtet, die Ansprüche der verschiedenen Zielgruppen bestmöglich zu erfüllen und alle Leistungsprozesse effektiv und ressourceneffizient zu gestalten. Es besteht eine Qualitätsstrategie 2021 – 2025, die darlegt, dass sich das subsidiäre Qualitätsmanagementsystem der MUI (siehe Standard 2) an den gängigen QM-Modellen nach EFQM (European Foundation for Quality Management) und ISO 9000:2015 orientiert. Die konsequente Anwendung des PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus auf allen Ebenen der Universität soll für eine Prozessoptimierung sorgen. Dies ist auch mit den Darstellungen im Selbstevaluierungsbericht und im QM-Handbuch konsistent.

Die strategischen Ziele der Universität sind im Entwicklungsplan 2019 – 2024 definiert und in den Leistungsvereinbarungen detailliert dargestellt. Die Qualitätsstrategie definiert übergeordnete Qualitätsziele zu vier Handlungsfeldern:

- Etablierung und Sicherstellung einer Qualitätskultur durch Stärkung der Führungskompetenzen
- Transparenz durch gezielte Kommunikation
- Qualitätssicherung durch nachhaltige Digitalisierung
- Steigerung der Attraktivität der MUI als Arbeitgeberin

Für jedes dieser Qualitätsziele sind Maßnahmen vorgesehen. Zum Beispiel wird zum ersten Qualitätsziel ausgeführt, dass die jährlichen Mitarbeiter*innengespräche (siehe Standard 2) sowie zentral organisierte Events die Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeiter*innen fördern sollen. Darüber hinaus sollen interne Informations- und Fortbildungsangebote die Führungskompetenz des leitenden Personals stärken. Zudem soll ein zentrales Prozess- und Fehlermanagement zum Qualitätsbewusstsein und zur Professionalisierung aller OE beitragen. Durch eine nachhaltige Digitalisierung und Etablierung einer Data-Governance-Struktur soll vor allem im Bereich der unterstützenden Aufgaben der Verwaltung die Qualität gesichert werden. Es kann hervorgehoben werden, dass während des VOB mehrere Teilnehmer*innen mitgeteilt haben, dass sie in der Digitalisierung insbesondere der Prozesse eine große Chance zur Qualitätsentwicklung sehen. In Bezug auf die vier o.g. Qualitätsziele kann festgehalten werden, dass sie aufgabenbereichsübergreifend sind und daher

alle Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben und unterstützende Aufgaben der Verwaltung umfassen können.

Die Qualitätsstrategie 2021-2025, die nach dem Abschluss des aktuellen Entwicklungsplans (2019-2024) fertiggestellt wurde, findet derzeit in den zentralen Dokumenten zur Universitätssteuerung (Entwicklungsplan, jährliche Wissensbilanz und Leistungsvereinbarung) noch keinen Niederschlag.

Beurteilungen der Gutachter*innengruppe

Die allgemeine Standarddefinition von Qualität im Sinne der ISO 9000:2015 halten die Gutachter*innen für einen Teil der Angehörigen der MUI als wenig zugänglich, was dazu führt, dass sie diese nicht als handlungsleitend verstehen. Dies gilt insbesondere im medizinisch-theoretischen Bereich, der mit ISO-Anforderungen nicht flächendeckend⁴ vertraut ist. Die im Entwicklungsplan enthaltenen Leitlinien, die nach dem Selbstevaluierungsbericht als Qualitätsverständnis in der Lehre fungieren sollen, beinhalten, dem Charakter von Leitlinien entsprechend, Ziele auf einer Metaebene. Es gibt jedoch keine detaillierteren Ausdifferenzierungen, was diese Leitlinien für die konkrete Ausgestaltung von Studien und Lehre bedeuten. Somit wird nicht erkennbar, wie die einzelnen Qualitätsaspekte aus den Leitlinien in die Gestaltung der Studien und der Lehre hineingetragen werden können. Die Gutachter*innen werten daher diese Leitlinien nicht als leitendes Qualitätsverständnis in der Lehre. Im Bereich der Forschung ist es für die Gutachter*innen unklar geblieben, wie das im Selbstevaluierungsbericht beschriebene Qualitätsverständnis implementiert wird und greift, da es nicht ersichtlich ist, wie dieses Qualitätsverständnis entstanden ist bzw. wie es innerhalb der MUI weitergetragen wird. Die Gutachter*innen erachten die Verständigung, was Qualität für die MUI ist - jenseits von einem Zahlenwerk (Wissensbilanz), daher noch nicht als universitätsweit akkordiert, wenn auch in einzelnen Teilbereichen der Lehre, Forschung und in den Serviceeinrichtungen der Verwaltung ein eigenes klares Qualitätsverständnis erkennbar war.

Das Instrument der Mitarbeiter*innengespräche und der Zielvereinbarungen ist zur Verbreitung des Qualitätsverständnisses in den Kernaufgaben in der aktuellen Form unzureichend, da nach Aussagen beim VOB Qualitätsaspekte dort nicht systematisch Eingang finden (siehe Standard 2). Aus Sicht der Gutachter*innen wäre es sinnvoll, die Zielvereinbarungs- und Mitarbeiter*innengespräche als Führungsinstrumente stärker für die Implementierung eines zunächst zu akkordierenden Qualitätsverständnisses zu nutzen. Die Zielvereinbarungen sind aus Sicht der Gutachter*innen ein wichtiges Instrument, um das Qualitätsverständnis der MUI zu disseminieren. Auch das QM-Handbuch könnte ein wichtiges Medium sein, um das Qualitätsverständnis der MUI in den Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie unterstützenden Aufgaben der Verwaltung innerhalb der MUI zu implementieren.

Die Qualitätsstrategie lässt aus Sicht der Gutachter*innen Umsetzungsschritte offen, da dort keine systematisch abgeleiteten Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele erkennbar sind. Die Qualitätsstrategie sollte systematisch an die Umsetzung der Qualitätsziele mit strategischen sowie operativen Maßnahmen gekoppelt werden. Derzeit sind die Maßnahmen aus Sicht der Gutachter*innengruppe nicht hinreichend verbindlich und bieten den Mitarbeiter*innen der MUI keine konkreten Anknüpfungspunkte für ihre alltäglichen Tätigkeiten. Dies wäre notwendig, um eine Operationalisierung zu ermöglichen, die wiederum zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen würde.

⁴ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Aus Sicht der Gutachter*innen wäre es sinnvoll, die Qualitätsstrategie 2021-2024 auch in die zentralen Steuerungsinstrumente der MUI aufzunehmen, damit sie in die Gesamtstrategie der MUI Eingang findet.

Erfüllung von Standard 1 und allfällige Auflagen

Die Gutachter*innen beurteilen Standard 1 als **mit Einschränkung erfüllt**.

Zur Erfüllung des Standards schlagen die Gutachter*innen übereinstimmend folgende Auflage vor:

- Die MUI erarbeitet in einem partizipativen Prozess ein gesamtuniversitär akkordiertes Qualitätsverständnis. Dabei hält sie fest, was Qualität in allen ihren Aufgabenbereichen bedeutet. Sie verschriftlicht den Prozess zur Entwicklung des Qualitätsverständnisses sowie seine Ergebnisse und legt die daraus entstandenen Dokumente vor.

Empfehlungen

- Die Gutachter*innen empfehlen zur Weiterentwicklung für die in der Qualitätsstrategie aufgeführten Qualitätsziele Umsetzungsschritte sowie operative Maßnahmen zu erarbeiten.
- In die Zielvereinbarungsgespräche sollten Fragen der Qualität und insbesondere des Qualitätsverständnisses MUI systematisch Eingang finden.
- Das zu entwickelnde Qualitätsverständnis und die vorliegende Qualitätsstrategie sollten aus Sicht der Gutachter*innengruppe in den zentralen Steuerungsinstrumenten der MUI in Zukunft in konsistenter Weise Berücksichtigung finden.

3.2 Standard 2

Die Universität hat ein aus ihrer Qualitätsmanagementstrategie abgeleitetes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet, indem sie **Strukturen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten** für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems festgelegt hat. Das Qualitätsmanagementsystem umfasst die Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie die sie unterstützenden Aufgaben der Verwaltung.

Erläuterung: Das Qualitätsmanagementsystem fördert die Erreichung der Ziele der Universität und ihre Qualitätsentwicklung. Durch das Qualitätsmanagementsystem erfasst die Universität regelmäßig und systematisch Informationen zu ihren Kern-, Querschnitts- und unterstützenden Aufgaben und nutzt diese Informationen für die Sicherung und Weiterentwicklung ihrer Qualität. Die Informationen werden ebenso für Entscheidungen des Universitätsmanagements herangezogen.

Die Verantwortlichkeiten für das Qualitätsmanagementsystem auf Leitungsebene sind eindeutig festgelegt und ihr Zusammenspiel ist geregelt. Die Zuständigkeiten für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems sind den Universitätsangehörigen bekannt. Die externen Interessensgruppen der Universität sind an geeigneten Stellen in das Qualitätsmanagementsystem eingebunden.

Feststellungen der Gutachter*innengruppe

In ihrer Qualitätsstrategie führt die MUI aus, dass die Grundlage für die Schwerpunktsetzungen und strategischen Ziele, die allesamt unter dem Dach des Exzellenzanspruchs stehen, ein umfassendes QMS ist, das die Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität durch koordinierte zentrale Maßnahmen gewährleisten soll. Entsprechend der Geschäftsordnung des Rektorates ist das strategische QM als gemeinsame Aufgabe definiert. Darüber hinaus ist jedes Rektoratsmitglied für QM und Evaluierung im eigenen Geschäftsbereich zuständig.

Die MUI gibt im Selbstevaluierungsbericht an, dass QM als Führungsaufgabe verstanden wird, weil sie als oberstes Prinzip der Verantwortung von Führungskräften gesehen wird, und zugleich auch als Querschnittsaufgabe, weil sie von allen Mitarbeiter*innen und Angehörigen der Universität entsprechend ihren Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen (AVK) mitgetragen und umgesetzt werden muss. Zentrale QM-Informationen werden systematisch zusammengefasst und nach Themen gebündelt in den Service- und Dienstleistungseinrichtungen angeboten sowie über gezielte Kommunikation den Angehörigen der Universität u.a. über die QM-Homepage vermittelt. Um die Sichtbarkeit des zentralen QM zu stärken, wurde diese neu gestaltet.

Wie im Selbstevaluierungsbericht und im QM-Handbuch der MUI dargelegt, ist das QMS der MUI subsidiär gestaltet, d. h. Agenden des QM, die einer zentralen Regelung bedürfen, werden im Rahmen von Entwicklungsplänen, Leistungsvereinbarungen, Satzungsteilen, Richtlinien usw. vom Rektorat strategisch ausgearbeitet und auf Jahresziele heruntergebrochen. Diese gerade genannten QM-relevanten Regelungen werden operativ im Rahmen eines zentralen QMS von den Serviceeinrichtungen umgesetzt. Für das zentrale QMS sind dies die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“ im Vizerektorat Lehre sowie die Serviceeinrichtung „Forschungsservice und Innovation (FSI)“ und das „Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKS)“ im Vizerektorat Forschung. Die beiden ersten Serviceeinrichtungen haben durch eine Änderung der Organisation die Agenden des aufgelösten Servicecenters „Evaluation und Qualitätsmanagement“ übernommen. Ziele, die Leiter*innen von OE des medizinisch-theoretischen und des klinischen Bereiches betreffen, werden diesen über die Zielvereinbarungen kommuniziert und unterliegen deren Umsetzungsverantwortung (siehe auch Standards 1 und 5). Aus dem Subsidiaritätsprinzip folgt, dass die dezentralen QMS im Sinne höchstmöglicher Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf Ebene der OEL verankert sind. Diese sind für die Qualitätssicherung innerhalb ihrer OE verantwortlich. Eine klare Definition und Abgrenzung von zentralem QMS und dezentralen QMS fehlt jedoch. Im Mitteilungsblatt der MUI vom 7.10.2009 ist im Satzungsteil Evaluation unter § 3 (1) „Interne Evaluation“ festgehalten, dass die OE „ihre Struktur, ihre Leistungsbereiche und ihre Entwicklungsperspektiven“ anhand eines strukturierten Fragenkatalogs darstellen und einen Selbstevaluationsbericht erstellen, der für Zielvereinbarungsgespräche herangezogen werden soll. In ihrer Nachreichung übermittelte die MUI eine Auflistung, in welcher die dezentralen QMS von den OE beschrieben wurden und die im Rektorat tagesaktuell gehalten werden. Die Auflistung deckt jedoch nicht alle OE ab und die Darstellung der qualitätssichernden Maßnahmen weist einen sehr unterschiedlichen Detaillierungsgrad auf. Die Abstimmung zentraler und dezentraler QM-Agenden erfolgt im Zuge der bestehenden gesetzlich vorgesehenen Gremien unter der Federführung des Rektorates.

Zur Erfüllung der Auflage aus dem letzten Audit 2016 betreffend die (Weiter-)Entwicklung eines gesamtuniversitären QMS (mit besonderem Augenmerk auf die Darstellung der Verantwortlichkeiten) wurde ein Quality Board etabliert. Dieses wurde jedoch vom aktuellen Rektorat wieder aufgehoben, da die Zusammensetzung im Wesentlichen den bestehenden

Steuer- und Kontrollgremien der MUI entspricht und daher als redundant empfunden wurde. Im Selbstevaluierungsbericht wird festgehalten, dass die Abstimmung zentraler und dezentraler QM-Agenden zwischen Rektor*in, Senatsvorsitzende*r, den Vizerektor*innen und dem Vorsitz der Curricularkommission im Zuge der bestehenden gesetzlich vorgesehenen Gremien unter der Federführung des Rektorats erfolgt. Zudem nehmen Leiter*innen der Serviceeinrichtungen „Personal“, „Recht und Compliance“, „Finanzen und Rechnungswesen“, „IT“ sowie „Public Relations“, die u.a. für die Umsetzung zentraler QM-Maßnahmen verantwortlich zeichnen, regelmäßig ohne Stimmrecht an den Sitzungen des Rektorats teil. Offen bleibt, wie die dezentralen QM-Agenden, die gemäß Subsidiaritätsprinzip von den OEL verantwortet werden, ohne deren Teilnahme in diese Abstimmung eingebunden sind.

Das QM-Handbuch der MUI, das 2022 erstmals erstellt wurde, stellt nach eigenen Angaben eine Dokumentation des QMS in den Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie den unterstützenden Aufgaben der Verwaltung der MUI dar und bietet allen Angehörigen der Universität einen Einblick in die Strategien und Abläufe sowie die übergeordneten Ziele. Das QM-Handbuch ist im Intranet für die Berechtigten abrufbar. Gleichwohl wurde seitens der Nutzer*innen beim VOB dem QM-Handbuch wenig Bedeutung für die Ausrichtung ihrer QM-Aktivitäten bzw. ihr tägliches Handeln in ihrem Aufgabenbereich beigemessen. Die Darstellung der AVK im QM-Handbuch ist sehr allgemein gehalten und referenziert auf Universitätsgesetz, Organisationsplan und Satzung. Es enthält aber keine klaren Festlegungen der Umsetzungsschritte oder konkrete Operationalisierungsprozesse.

Die MUI stellt bei ihrem QMS, wie im Selbstevaluierungsbericht und im QM-Handbuch ausgeführt, die Prozessdarstellung, -entwicklung und -steuerung in den Mittelpunkt ihrer Qualitäts-Agenden. Unter Verwendung einer einschlägigen Software für Dokumentation von Standard Operating Procedures (SOP) wurde begonnen, in den zentralen Dienstleistungs- und Serviceeinrichtungen Ist- und Sollprozesse darzustellen. Die MUI betont die Wichtigkeit des Schließens der Qualitätskreisläufe, wozu auch diese Dokumentation beitragen soll.

Für das QM im klinischen Bereich ist gemäß Geschäftsordnung des Rektorats vom 30. September 2021 der*die Rektor*in zuständig. In Angelegenheiten der Krankenversorgung unterliegen die Universitätsangehörigen den Weisungen der Regelungen der Anstaltenordnung und dem Qualitätsmanagement der Tirol Kliniken.

Beurteilungen der Gutachter*innengruppe

Auf Basis der vorgelegten Unterlagen und der Gespräche beim VOB stellen die Gutachter*innen fest, dass das QMS der MUI die Kernbereiche (Standard 3 und Standard 4), das Personal (Standard 5) und die Querschnittsbereiche (Internationalisierung und gesellschaftliche Zielsetzungen) zwar grundsätzlich umfasst, der Ausdifferenzierungsgrad der dargestellten QM-Maßnahmen bzw. der dezentralen QMS und die systematische Abstimmung und Integration von zentralen und dezentralen QM-Maßnahmen noch besser koordiniert werden muss. In den Querschnittsbereichen „Internationalisierung“ und „gesellschaftliche Zielsetzungen“ sowie in den unterstützenden Bereichen sind Verfahren zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität implementiert, die vor allem auf der Formulierung von SOP und Prozessdarstellungen basieren. Aktuell wird ein IT-Tool zur Abbildung der SOP vorangetrieben. In den Gesprächen beim VOB zeigte sich, dass dies auch ein substantieller Beitrag zur Qualitätssicherung und zum Schließen des PDCA Zyklus darstellt. Gemäß Selbstdokumentation der MUI erfolgt eine kontinuierliche Verbesserung dieser Prozesse innerhalb der zuständigen Einrichtungen laufend bzw. anlassbezogen. Für die Gutachter*innen war jedoch nicht ersichtlich, ob dies systematisch erfolgt und ausreichend dokumentiert ist. Positiv hervorgehoben werden soll der seit 2021

eingeführte Risikobericht, der Risiken in Zusammenarbeit des Rektorats und der Risikoeigner*innen analysiert und bewertet. Gegebenenfalls werden Gegenmaßnahmen zur Risikominimierung eingeleitet.

Laut QM-Handbuch erfolgt die Rückkopplung zwischen Ergebnissen und Zielsetzungen im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche mit den OEL. Durch Festlegung des Themas „Qualität“ in diesen Gesprächen werde beabsichtigt, die Balance zwischen den Interessen der Universität als Organisation und den Interessen der einzelnen leitenden Professor*innen zu schaffen (siehe auch Standard 1). Für die Gutachter*innen war jedoch nicht erkennbar, wie die Universitätsleitung die QM-Aufgaben an die OEL und weiterhin an die Mitarbeiter*innen tatsächlich weitergibt, da die QM-Agenden nach den Aussagen während des VOB nicht systematisch in den Zielvereinbarungsgesprächen besprochen werden. Die Zielerreichungsüberprüfung erfolgt v.a. kennzahlenbasiert. Die vorgelegte Kennzahlenübersicht deckt die Bereiche Finanzen, Forschung und Lehre ab und ist zweifelsfrei gut geeignet, einen Soll-Ist-Vergleich für die Rückkopplung zwischen Ergebnissen und Zielsetzungen herzustellen. Um das Thema Qualität und Qualitätsentwicklung in den Zielvereinbarungsgesprächen stärker zu verankern, sollten aber aus Sicht der Gutachter*innen neben den quantitativen Indikatoren auch qualitative Indikatoren inkludiert werden. Unterschiedliche Rückmeldungen gab es zur Abhaltung der Zielvereinbarungsgespräche, die in den letzten Jahren nach Aussagen des Rektorats pandemiebedingt nicht jährlich stattgefunden haben.

Vielfach wurde seitens der OEL beim VOB angegeben, dass sie kein zentrales QM benötigen, da ohnehin alles subsidiär geregelt wäre. Auf Nachfrage wird aber erkennbar, dass viele QM-Maßnahmen, die in den Serviceeinrichtungen angesiedelt sind (z.B. Studien- und Prüfungsregelungen, Regelungen und Unterstützungsleistungen der Serviceeinrichtung FSI, der Personalabteilung), nicht als zentrale QM-Maßnahmen wahrgenommen, aber gleichwohl geschätzt werden. Eine bessere Sichtbarkeit der Leistungen und des Nutzens des zentralen QMS könnte dessen Akzeptanz innerhalb der MUI stärken.

Die strategisch und rechtlich notwendigen Prozesse werden in den zentralen Service- und Dienstleistungseinrichtungen (FSI, Studierendenservices, Lehr- und Studienorganisation, KKS, Koordinierungsstelle „Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität“ etc.) angeboten. Es wird angeführt, dass dessen ungeachtet für das QM auch alle Leiter*innen der medizinisch-theoretischen, klinischen und administrativen OE verantwortlich (Führungsaufgabe) sind sowie alle Mitarbeiter*innen (Querschnittsaufgabe). Darüber wie das Zusammenspiel zwischen zentralen QM-Strukturen, -Verfahren und -Verantwortlichkeiten mit den peripheren QM-Systemen geregelt ist, fehlen detaillierte Angaben. Nach Aussage der MUI in den nachgereichten Unterlagen entbindet subsidiäres QM nicht von der Berichterstattung an die gesamtuniversitäre Führungsebene. Für die Gutachter*innen wurde jedoch nicht ersichtlich, ob und in welcher Form - abgesehen vom Austausch in den Gremien - es eine tatsächliche abgestimmte Vorgangsweise, Regelungen bezüglich der konkreten Zuständigkeiten bzw. Aufgaben und eine Koordination der Agenden gibt. Die Gespräche mit den Leitungen der dezentralen OE zeigten zudem, dass es wenig bzw. nur informellen Austausch und Abstimmung zwischen den zentralen QMS-Verantwortlichen und den dezentralen QM-Akteur*innen gibt. Für eine Integration und das Zusammenspiel von zentralem QMS und dezentralen QM-Maßnahmen bzw. QMS braucht es jedoch auch verbindliche und klare Abstimmungen, damit Subsidiarität zu einem Mehrwert wird.

Da zentrale QM-Aufgaben nach der Auflösung des Servicecenters „Evaluation und Qualitätsmanagement“ im Jahr 2022 in die zentralen Serviceeinrichtungen „Lehr- und Studienorganisation“ sowie FSI eingegliedert wurden und seither keine zentrale QM-Anlaufstelle

(abgesehen von der generellen Zuständigkeit des Rektorats) vorhanden ist, wird QM als zentrale und verbindende Aufgabe in den OE nicht bzw. kaum wahrgenommen. Eine Zusammenführung der bestehenden qualitätssichernden Maßnahmen (zentral und in den OE) in ein ganzheitliches System und dessen Sichtbarmachung innerhalb der gesamten Universität ist gegenwärtig nicht erkennbar. Die Auflösung des Quality Boards, welches als eine Maßnahme zur Erfüllung einer Auflage aus dem Audit 2016 als erster Umsetzungsschritt für die Zusammenführung der bestehenden qualitätssichernden Maßnahmen in ein ganzheitliches System eingerichtet wurde, trägt nicht dazu bei, die Koordinierung der QM-Aufgaben sowie die Sichtbarkeit der zentralen QM-Agenden zu verbessern. Die Begründung der MUI für die Auflösung des QM-Boards, dass es aufgrund der Zusammensetzung (Mitglieder aus Senat und Rektorat) redundant zu ohnehin regelmäßig tagenden Gremien war, ist nachvollziehbar. Nach Auflösung des Boards, das in seiner Zusammensetzung offensichtlich nicht ideal war, orten die Gutachter*innen auch noch 2023 ein Desiderat hinsichtlich der Koordination und transparenten Darstellung des Zusammenwirkens von zentral und subsidiär angesiedelten QM-Agenden, Strukturen und Verantwortlichkeiten und deren Darstellung in einem für die MUI aussagekräftigen QMS. Die im Selbstevaluierungsbericht dargelegten Abstimmungen zwischen zentralem und dezentralem QMS in den bestehenden Gremien lässt offen, wie die OEL als Verantwortliche für das dezentrale QM in diesen Gremien eingebunden sind. Ein funktionierendes QMS erfordert in besonderer Weise definierte Strukturen und Verantwortlichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen, die für die Mitarbeitenden*innen sichtbar und zuordenbar sind, damit diese die Notwendigkeit und den Nutzen eines guten QM-Systems erkennen können. Der Aufbau einer Koordinierungsstelle für Qualitätsmanagement, die diese Aufgaben wahrnimmt und eine vertikale sowie horizontale Vernetzung vorantreibt, wird daher empfohlen.

Obwohl das QM-Handbuch, das erst 2022 erstellt wurde, umfassende Informationen zu den internen Strukturen, Verantwortlichkeiten und Abläufen mit weiterführenden Links zu Detailinformationen bietet, wird es seitens der Mitarbeiter*innen derzeit noch wenig genutzt, wenn nicht sogar als nicht relevant betrachtet. Es wird daher empfohlen, das QM-Handbuch bezüglich allgemeiner Literaturdarstellungen und Diskurse zu QM zu verschlanken und noch mehr auf die konkrete Darstellung des internen QMS (zentral und dezentral) der MUI zu fokussieren. Vor allem für neue Mitarbeiter*innen könnte es zu dem zentralen Dokument für die Vermittlung von grundlegender Basisinformation zum Qualitätsverständnis der MUI (siehe Standard 1), zu den Strukturen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie zur Handlungsanleitung werden und im Rahmen der Onboarding-Aktivitäten eingesetzt werden. Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung der Inhalte könnte ein Projekt zur Überarbeitung des QM-Handbuchs unter Einbeziehung von Bottom up-Rückmeldungen der Nutzer*innengruppen gestaltet werden, um das QM-Handbuch zu einem zentralen QM-Dokument und Nachschlagewerk, vergleichbar mit dem Organisationshandbuch-Berufungsverfahren (siehe Standard 5), werden zu lassen.

Erfüllung von Standard 2 und allfällige Auflagen

Die Gutachter*innen beurteilen Standard 2 als **mit Einschränkung erfüllt**.

Zur Erfüllung des Standards schlagen die Gutachter*innen übereinstimmend folgende Auflage vor:

- Die MUI entwickelt und beschreibt ihr Qualitätsmanagementsystem hinsichtlich des Zusammenspiels von zentralem QMS und subsidiären QMS. Sie definiert auf den unterschiedlichen Ebenen und in den OE die Strukturen und Verantwortlichkeiten und macht diese für die Mitarbeiter*innen zugänglich.

Empfehlungen

- Zwecks der besseren Sichtbarkeit bzw. Transparenz der Funktionsweise ihres QMS sollte die MUI eine speziell darauf zugeschnittene Visualisierung erstellen. Dabei sollte auch das Zusammenspiel von zentralem und subsidiären QMS möglichst anschaulich dargestellt werden.
- Der Aufbau einer Koordinierungsstelle für Qualitätsmanagement, die QM-Aufgaben professionell wahrnehmen kann, eine vertikale sowie horizontale Vernetzung der QMS vorantreibt sowie auf operativer Ebene als Forum für die operative Qualitätsarbeit aktiv ist, wird empfohlen. In diesem Zusammenhang könnten auch die nicht zertifizierten OE bzw. Bereiche von den Erfahrungen der zertifizierten Einheiten profitieren.
- Es wird empfohlen, das QM-Handbuch bezüglich allgemeiner Literaturdarstellungen und Diskurse zu QM zu verschlanken und noch mehr auf die konkrete Darstellung des internen QMS (zentral und dezentral) der MUI zu fokussieren.

3.3 Standard 3

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der gesetzten Ziele im Bereich **Studien und Lehre** und der damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen sowie Ziele der Internationalisierung um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die systematische Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen sind geeignet, die angestrebte Qualität der Studien und der Lehre der Universität und ihrer damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen sowie Ziele der Internationalisierung zu sichern und weiterzuentwickeln.

Zu den Studien zählen die ordentlichen und die außerordentlichen Studien der Universität.

Die Maßnahmen umfassen

- die Neuentwicklung und Weiterentwicklung von Studien,
- die Kompetenz- und Leistungsüberprüfung von Studierenden in allen Studienphasen (einschließlich Zulassungs- und allfälliger Aufnahmeverfahren),
- die Weiterentwicklung von Lehr- und Lernprozessen,
- die Unterstützung und Beratung der Studierenden in allen Studienphasen,
- die Unterstützung der Studierenden in den Lernprozessen,
- die Unterstützung der Lehrenden in den Lehrprozessen,
- die Aufgaben der Organisation und Administration im Bereich Studien und Lehre.

Feststellungen der Gutachter*innengruppe

Im Entwicklungsplan und in der aktuellen Leistungsvereinbarung sind für den Bereich Studien und Lehre Ziele definiert, die ein besonderes Augenmerk auf Studierbarkeit (prüfungsaktive Studierende), Erfassung des Prüfungswesens und Reflexion der Prüfungskultur sowie Absolvent*innenmonitoring legen. Kennzahlen im Studienbereich für den Erhalt der obligaten Leistungsbeiträge zur wirkungsorientierten Budgetierung sind festgelegt. Diese sind in der Wissensbilanz jährlich zu dokumentieren. Zentrales Vorhaben in der Leistungsvereinbarungsperiode 2022-2024 ist die Anpassung der Curricula, um aktuellen Entwicklungen in der Medizin Rechnung zu tragen. Zudem sollen in allen Curricula Lerninhalte und Lernziele dokumentiert und eine lernergebnisorientierte Prüfungskultur implementiert werden.

Neu- und Weiterentwicklung von Studien und Universitätslehrgängen (ULG) erfolgen gemäß Selbstevaluierungsbericht strategisch nach dem Entwicklungsplan 2019 - 2024 in Verbindung mit der aktuell gültigen Leistungsvereinbarung. In der Planungsphase von Neueinrichtungen erarbeitet eine eingesetzte Arbeitsgruppe einen Curriculumsplan, der in der Curricularkommission (CuKo) diskutiert und beschlossen wird. Der Beschluss der CuKo bedarf nach dem Universitätsgesetz 2002 der Genehmigung durch den Senat der MUI. Änderungen im Curriculum können von unterschiedlichen Akteur*innen (Vizerektorat „Lehre und Studienangelegenheiten“, Mitglieder der CuKo, Initiativen von Lehrenden oder Organisationseinheiten, ÖH, Absolvent*innen, Fachgesellschaften) initiiert werden und folgen, unabhängig von den Initiator*innen, dem selben Genehmigungsprozess. Initiativen des Vizerektorats „Lehre und Studienangelegenheiten“ stützen sich nach den von der MUI nachgereichten Übersichten auf die dem Vizerektorat zur Verfügung gestellten Ergebnisse aus unterschiedlichen Evaluierungen im Bereich Studien und Lehre (siehe auch unten). Diese werden durch das Vizerektorat an die CuKo bzw. den Senat übermittelt. Auf Anregung der genannten Akteur*innen wurde seit 2016 eine Reihe von Anpassungen auf curricularer Ebene vorgenommen. Diese betrafen etwa die Aktualisierung und Neustrukturierung von Lerninhalten in einzelnen Curricula, die Reform von Praktika oder die Einführung einer neuen Studienplanvariante im KPJ („Track Allgemeinmedizin“).

Für die Sicherstellung der Studierbarkeit für die bereits im Studium immatrikulierten Studierenden werden bei Änderungen von Curricula Übergangsbestimmungen und Äquivalenzen betreffend die Fortsetzung des Studiums festgelegt, im Senat verabschiedet und im Mitteilungsblatt veröffentlicht.

Im Unterschied zu den anderen ULG der MUI, die in Kooperation mit Schloss Hofen angeboten werden, wird der zuletzt eingerichtete ULG „Genetisches und Genomisches Counselling“ von der MUI selbst durchgeführt. Dieser ULG ist in das QMS der MUI eingebunden. Anlässlich der jüngsten Novelle des UG aus dem Jahr 2021 plant die MUI laut Selbstevaluierungsbericht die Umwandlung einzelner ULG in außerordentliche Master-Studien. Dazu ist eine Überarbeitung der Curricula notwendig, die noch ausständig ist.

Wie im Selbstevaluierungsbericht ausgeführt, betreibt die MUI fünf zugangsbeschränkte Studien mit **Aufnahmeverfahren**: Human- bzw. Zahnmedizin, Bachelor und Master Molekulare Medizin, Master Pharmaceutical Sciences. Diese Aufnahmeverfahren und die dazugehörigen Zulassungsanforderungen sind auf der Homepage der MUI dargestellt (<https://www.i-med.ac.at/studium/zulassung/>) und somit transparent. Das strategische Ziel der Aufnahmeverfahren ist die Identifizierung der Studienwerber*innen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit, das Studium erfolgreich abzuschließen. Von den Bewerber*innen sind Tests

in den Bereichen naturwissenschaftliches Wissen, für Human- und Zahnmedizin auch zu kognitiven Fähigkeiten und sozialer Kompetenz, für Molekulare Medizin (Bachelor und Master) und Pharmaceutical Sciences auch Auswahlgespräche zu absolvieren. Für die Aufnahme in Human- bzw. Zahnmedizin gelten die bundesweiten Verfahren Med.AT-H bzw. Med.AT-Z. Aufnahmeverfahren und Zulassungsverordnungen inkl. Fristen und Daten zu Human- bzw. Zahnmedizin sowie Testinhalt und Testzeitpunkt sind zwischen den vier öffentlichen österreichischen Universitäten für Medizin auf inhaltlich-wissenschaftlicher und technischer Ebene abgestimmt. Konzeption und Durchführung als auch Wirksamkeit wurden rechtlich, finanziell und wissenschaftlich mehrfach extern geprüft. In Bezug auf die Qualitätssicherung, an welcher die MUI sich auch beteiligt, ist insbesondere die online-Nachbefragung von Teilnehmer*innen und angemeldeten Nicht-Teilnehmer*innen an den Aufnahmeverfahren MedAT-H/Z zu erwähnen, für welche die Abteilung „Studierendenservices“ zuständig ist. Für die Aufnahmeverfahren der anderen Studien (Bachelorstudium sowie Masterstudium Molekulare Medizin, Pharmaceutical Sciences) sind keine Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen dokumentiert. Im QM-Handbuch ist festgehalten, dass die Aufnahmeverfahren jährlich weiterentwickelt werden, aber es werden weder dort noch im Selbstevaluierungsbericht Informationen über die Vorgehensweise bzw. den Prozess bereitgestellt.

Nach dem Selbstevaluierungsbericht und den nachgereichten Übersichten erfolgt die **Evaluation von Lehre und Studium** anhand unterschiedlicher Ansätze:

In den ordentlichen Studien:

- Die Lehrveranstaltungsevaluation, die vorwiegend mit online-Fragebögen über Zensus abgewickelt wird (teilweise aber auch papierbasiert) und alle vier Semester stattfindet. Für die operative Durchführung ist die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“ zuständig.
- Die freiwillige Evaluierung der Lehrenden über „MyEval“, die zwecks des Feedbacks bzw. der Erfüllung der Habilitationserfordernisse auf Anfrage durch die Lehrenden stattfindet. Für die operative Durchführung ist auch hier die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“ zuständig.
- Das Projekt „Studienplan Zahnmedizin“, das über evasys durchgeführt wird und zum ersten Mal im Wintersemester 2023/24 zur Anwendung kommen soll. Für die operative Durchführung sind die Serviceeinrichtungen „Lehr- und Studienorganisation“ sowie „IT“ zuständig.
- Die Semester- und Modulbesprechungen, die persönlich oder online am Ende des Semesters bzw. des Moduls stattfinden. Verantwortlich dafür sind die Studiengangsleiter*innen. Während des VOB war deutlich zu erkennen, dass die Semester- und Modulbesprechungen sowohl von den Lehrenden als auch von den Studierenden als sehr wichtiges und zielführendes Instrument angesehen werden, v.a. in den Studien molekulare Medizin und Humanmedizin. Sie werden sowohl von den Studierenden als auch von den Lehrenden entsprechend gut angenommen. Im Rahmen der Semesterbesprechungen haben die Studierenden der Humanmedizin die Möglichkeit, Rückmeldungen zum Workload zu geben und Änderungen der ECTS-Anrechnungspunkte-Verteilung anzuregen. Die Semester- und Modulbesprechungen sind nicht standardisiert.
- Die Absolvent*innen-Befragung erfolgt laufend papierbasiert bei der Bescheidausstellung zum Abschluss des Studiums. Für die operative Durchführung ist auch hier die Serviceeinrichtung „Lehr- und Studienorganisation“ zuständig.

Absolvent*innen des Studiums Humanmedizin haben dadurch unter anderem auch die Möglichkeit, ihre Zukunftsabsichten zu kommunizieren. Rückmeldungen aus der Absolvent*innenbefragung wurden etwa im Zuge der „Reform der Semester 1-4“ (u.a. Neupositionierung des Sezierkurses, Neukonzeption der Biochemiepraktika, Ergänzung bestimmter Lehrinhalte im Bereich Ethik, Überarbeitung des Prüfungssystems bzw. Erstellung stärker anwendungsorientierter Fragen) genutzt.

- Als dezentrale QM-Maßnahme erfolgen z.B. im Studium Zahnmedizin monatliche Besprechungen mit Klinikvertreter*innen und Studierenden. Lehrende haben die Möglichkeit, ihre Lehrveranstaltungen mittels SLIDO und moodle evaluieren zu lassen. Lehrende können zusätzlich je nach Department regelmäßig Rücksprache mit den OEL über die Lehre halten.

Im Selbstevaluierungsbericht wird vermerkt und kritisch angesehen, dass die Rücklaufquote bei online-Evaluierungen bei unter 15% liegt. In den Gesprächen mit den Studierenden und Lehrenden während des VOB konnte eine fehlende Motivation für die Evaluation festgestellt werden. Während des VOB wurde von den Studierenden erwähnt, dass zuletzt technische Probleme („Absturz“ des Programms) die Durchführung der online-Evaluationen gestört und sich negativ auf die Motivation ausgewirkt haben.⁵

In den außerordentlichen Studien:

- Die Modul- und Lehrveranstaltungsevaluation in den ULG, die in Kooperation mit Schloss Hofen angeboten werden. Diese findet online statt und wird von Schloss Hofen durchgeführt. Die Rücklaufquote und Ergebnisse der Evaluation sind laut Rückmeldung durch das Vizerektorat „Lehre und Studienangelegenheiten“ der MUI während des VOB bisher nicht im Detail bekannt und werden daher nicht genutzt.
- Die Modul- und Lehrveranstaltungsevaluation im ULG „Genetisches und Genomisches Counselling“ (der von der MUI selbst angeboten wird), die online von der Studiengangsleitung der MUI zu organisieren ist. Nach Aussagen der Weiterbildungsstudierenden beim VOB haben diese die Möglichkeit, anonym Lehrveranstaltungen, Praktika sowie die Masterarbeitsbetreuung zu evaluieren. Darüber hinaus berichteten sie von einem ständigen Austausch mit der Studiengangsleitung. Studierende bemerken demnach eine laufende Anpassung entsprechend ihren Anregungen. Zudem werden auch Absolvent*innen zur Zufriedenheit und zur empfundenen Qualität des Studiums befragt.

In der Leistungsvereinbarung 2022-2024 ist als Ziel die Etablierung eines „Integralen Evaluations- und Qualitätssicherungssystems im Bereich Lehre und Ausbildung“ festgehalten. Die Umsetzung ist schrittweise für die Jahre 2022 bis 2024 vorgesehen.

Die **PhD-Studien** sind an der MUI in zwei „PhD-Schools“ (Innsbruck PhD School for Biomedical Sciences und Innsbruck PhD School for Clinical Sciences) verankert, die nach den entsprechenden Richtlinien des Rektorats zwecks der Qualitätssicherung der Ausbildung ihre Aktivitäten im Rahmen von Programmen bündeln. Dadurch forschen PhD-Studierende und Wissenschaftler*innen gemeinsam innerhalb eines Programmthemas. Die genannten Richtlinien setzen in beiden „Schools“ Gremien auf verschiedenen Ebenen ein (KoordinatorInnengremium, Programmkomitee, Dissertationskomitee, Scientific Advisory Board) und definieren deren Zusammensetzung sowie Aufgaben. Dem Dissertationskomitee gehören unter anderem die Betreuungsperson und der*die Studierende an. Nach den während des VOB geführten Gesprächen haben PhD-Studierende die Möglichkeit, im Rahmen von wöchentlichen

⁵ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Besprechungen kontinuierliches Feedback an ihre Betreuung zu geben. Durch die enge Zusammenarbeit im Rahmen des Forschungsvorhabens wird die Feedbackschleife zwischen PhD-Studierenden und Betreuer*innen auch gut genützt, hat aber informellen Charakter. Im Falle eines Konfliktes zwischen der Betreuung und dem*der PhD-Studierenden sehen die o.g. Richtlinien nach Befassung der Betreuungsperson und des Dissertationskomitees die Programmsprecher*innen als nächste Instanz vor. Während des VOB wurde ebenfalls erwähnt, dass die vorab abgeschlossenen „Study Agreements“, die die Ziele der Arbeit, Milestones sowie die Zusammensetzung des Dissertationskomitees festhalten und von der Betreuungsperson, der*dem OEL und den Mitgliedern des Komitees unterzeichnet wird, ebenfalls Deeskalationsstufen vorsehen.

Die Qualitätssicherung **im Prüfungswesen** ist zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements im Bereich Studium und Lehre. So bestehen etwa für Semesterprüfungen in den Grundstudien („high-stakes-Prüfungen“) Festlegungen hinsichtlich Erstellung und Auswertung. Diese Prüfungen werden unter Leitung erfahrener Prüfungskoordinator*innen unter Heranziehung von Expert*innengremien erstellt. Die Schulungen für Prüfende und die Weiterentwicklung der Prüfungsqualität wird durch das Vizerektorat für Lehre und Studienangelegenheiten wahrgenommen. Laut Selbstevaluierungsbericht erfolgt die Rückmeldung zur Qualität der Prüfungen durch Monitoring der Kennzahlen auf Ebene von Items, Prüfungen und Studierendenkohorten. Aktuell befinden sich auch neue Formate für high-stakes-Prüfungen (z.B. KPJ-Abschlussprüfung) in der Entwicklung. Darüber hinaus bestehen Überlegungen zur Einführung zusätzlicher mündlicher Prüfungen, die noch stärker auf das Verständnis und die Anwendung von Wissen zielen sollen. Im Rahmen des VOB wurde allerdings berichtet, dass im Studium Humanmedizin keine Evaluierung der Semesterabschlussprüfungen durch die Studierenden durchgeführt wird. Hinsichtlich der abzuprüfenden Lernziele wird für die klinischen Fächer auf den „Klinischen Lernzielkatalog Österreichs“⁶ verwiesen. In der Zahnmedizinausbildung wird der Lernzielkatalog für die Klinischen Fertigkeiten nach einem im Curriculum festgelegten Prozess erstellt.

Im Selbstevaluierungsbericht wird festgehalten, dass die **Weiterentwicklung von Lehr- und Lernprozessen** beim Vizerektorat für Lehre und Studienangelegenheiten liegt. Es sind eine Reihe von Initiativen beschrieben, die per se zur Qualitätsverbesserung beitragen. Hervorzuheben ist die Einrichtung eines Skillslabs durch die MUI, das die Schärfung praktischer Fertigkeiten zum Beispiel im Rahmen von Praktika (im 4. Semester des Humanmedizin-Studiums) oder von tutorierten bzw. nicht-tutorierten Übungen (im 9./10. Semester desselben Studiums) ermöglicht. Das Personal dazu wird von der MUI zur Verfügung gestellt. Wie jedoch der PDCA-Zyklus für die Trainingstationen im Skillslab systematisch geschlossen wird, ist nicht ersichtlich. Das Skillslab wurde erst in den letzten Jahren auf- und ausgebaut. Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Das Institut für Anatomie hat eigene Tutor*innen, die Teil des wissenschaftlichen Personals der MUI sind. Daneben betreibt die ÖH ein eigenes Trainingszentrum, für welches die MUI Räumlichkeiten im Skillslab bereitstellt und in welchen Zusatzkurse (z.B. „Sono4u“) angeboten werden. Dort werden Studierende z.T. von anderen Studierenden (Tutor*innen des ÖH-Trainingszentrums) im Sinne von Peer-Lerngruppen betreut. Die Ausbildung dieser Tutor*innen wird von der ÖH selbst sichergestellt. Diese Kurse werden von der Studierendenschaft sehr positiv aufgenommen, wie aus deren Feedback während des VOB hervorgeht.⁷

⁶ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI korrigiert.

⁷ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Es bestehen darüber hinaus eine Vielzahl von **Beratungsangeboten für die Studierenden** (<https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/index.html>), wobei die ÖH auch hier ein niederschwelliges Eintrittstor darstellt. Diese hat für Studierende ein Beratungsangebot u.a. im Bereich von Anerkennung von Prüfungen und Angelegenheiten für Soziales (Sozialreferat). Zudem bietet die ÖH eine Erstsemestrigenberatung in Abstimmung mit der MUI an. Somit bieten MUI und ÖH den Studierenden Beratungsleistungen an. Die Rückmeldung der Studierenden zu den Beratungsangeboten der ÖH während des VOB war sehr positiv. Sie erhalten immer eine hilfreiche Antwort bei Anfragen und werden bei Bedarf an die zuständige Servicestelle der MUI verwiesen.

Für die **Lehrenden** wird auf freiwilliger Basis das modulare Fortbildungsprogramm „Lehren lernen“ angeboten, das aus Pflicht- und Wahlmodulen besteht. Es bestehen auch weitere Angebote im Bereich der digitalen Lehrformate, der technischen Unterstützung, für die Verwendung von Moodle sowie Kurse zum Problemorientierten Lernen (POL), wobei hier auf die Selbstverantwortung der Lehrenden verwiesen wird. Didaktikkurse sind dabei für Habilitationswerber*innen verpflichtend. Insgesamt fühlen sich die Lehrenden in ihrer Arbeit in Angelegenheiten der Administration, die sie für Studium und Lehre aufbringen, und der Weiterbildung in diesen Themengebieten gut durch die zuständigen Serviceeinrichtungen der MUI unterstützt.

Die Serviceeinrichtung **Lehr- und Studienadministration** wird von allen Teilnehmenden an den Gesprächen beim VOB als sehr professionell und unterstützend wahrgenommen und ihre qualitätssichernde Aufgabe wird sehr geschätzt. Diese Serviceeinrichtung wurde in zwei administrative Organisationseinheiten aufgeteilt: Lehr- und Studienorganisation einerseits sowie Studierendenservices andererseits. Dadurch mussten viele Prozesse neu definiert werden und neue IT-Infrastruktur wurde angeschafft. Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung in den OE selbst sind regelmäßige Mitarbeiter*innengespräche (MA-Gespräche), Jour fixe (siehe Standard 5).

Gemäß QM-Handbuch ist auch im Bereich Lehre eine **Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM)** umgesetzt. Laut MUI wurden 2021 und 2022 LOM-Lehre-Mittel für innovative Lehrprojekte bereits vergeben. Dazu kamen im Jahr 2022 Lehrpreise für die am besten umgesetzten Projekte. Beim VOB war dies jedoch den Gesprächsteilnehmer*innen nicht bekannt und wurde daher nicht bestätigt⁸. Nach den Angaben im Selbstevaluierungsbericht und während des VOB entwickelt eine Arbeitsgruppe des Senats, die eigens dafür eingerichtet wurde, seit 2022 zusammen mit dem Rektorat Kriterien für die LOM Lehre.

Beurteilungen der Gutachter*innengruppe

Die **Entwicklung neuer Studienangebote** erfolgt strategisch unter Beteiligung der CuKo. Die **Weiterentwicklung bestehender Studienangebote** stützt sich auf den Input interner und externer Stakeholder*innen und nutzt hierfür grundsätzlich auch die vom QMS bereitgestellten Evidenzen. Gewisse Einschränkungen ergeben sich aus Sicht der Gutachter*innengruppe in diesem Zusammenhang aus den auch beim VOB thematisierten Schwächen der aktuell zum Einsatz kommenden Evaluierungsinstrumente (geringer Rücklauf).

Aus Sicht der Gutachter*innen ist die Qualität der bundesweiten **Aufnahmeverfahren** für das Humanmedizin- bzw. Zahnmedizinstudium (MedAT H/Z) ausreichend gesichert, da dort einerseits auf externe Prüfungen und andererseits auf eine (online) Evaluation durch die

⁸ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Teilnehmer*innen und angemeldeten Nicht-Teilnehmer*innen zurückgegriffen wird. Nach dem Selbstevaluierungsbericht wurden entsprechend seit 2016 inhaltliche Anpassungen des Aufnahmeverfahrens vorgenommen, die zwischen den vier teilnehmenden Universitäten abgestimmt werden mussten. Allerdings sind für die anderen Aufnahmeverfahren (Bachelor und Master Molekulare Medizin, Master Pharmaceutical Sciences) die Prozesse zur (jährlichen) Weiterentwicklung nicht definiert. Daraus schließen die Gutachter*innen, dass nicht geregelt ist, auf welches Monitoring bzw. auf welche Evaluationsergebnisse wann zurückgegriffen wird, um in weiterer Folge bei Bedarf die letztgenannten Aufnahmeverfahren weiterzuentwickeln. Dies sollte aus Sicht der Gutachter*innen zwecks der Qualitätssicherung und der Verankerung eines PDCA-Zyklus nachgeholt werden.

Die Gutachter*innengruppe konnte sich beim VOB mit Universitätsangehörigen auf allen Ebenen über **die Evaluationsverfahren** von Lehrveranstaltungen und Lehrenden austauschen. Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten für die Rückmeldung der Studierenden. Die MUI hat hier allerdings einen Bedarf geortet, diese vielfältigen Maßnahmen zu einem einheitlichen Gesamtkonzept für die Lehrevaluation zu entwickeln und ein entsprechendes Vorhaben in der aktuellen Leistungsvereinbarung verankert. Die Gutachter*innen würdigen und unterstützen dieses Vorhaben.

Die Lehrveranstaltungsevaluation mit online-Fragebögen ist wenig aussagekräftig, da eine Teilnahme von nur unter 15% verzeichnet wird. Aus Sicht der Gutachter*innen wären hier Anreize zur Teilnahme zu schaffen. Für die Studierenden könnte eine Motivation zur Teilnahme darin bestehen, die Lehrenden auch im Rahmen der Lehrveranstaltungsevaluation evaluieren zu können, da nach Aussagen während des VOB die Studierenden sich eine solche Möglichkeit wünschen. Derzeit ist dies nur möglich, wenn die Lehrenden dies selbst initiieren (via MyEval) u.a. für die notwendige Qualifizierung zur Habilitation. Zum geringen Rücklauf kommt hinzu, dass aufgrund von fehlenden Ressourcen die LV-Evaluation drei Semester lang (Sommersemester 2021 bis Sommersemester 2022) sistiert wurde, um die steigende Anzahl an personenbezogenen Evaluationen via My Eval bewältigen zu können. Grenzen in Bezug auf mögliche Auswirkungen aus einer negativen Bewertung der Lehrenden setzt aber hier die bestehende Betriebsvereinbarung. Diese besagt, dass die Bewertung keine dienstrechtlichen Konsequenzen haben darf. In Bezug auf die Semester- und Modulbesprechungen, die als qualitative Erhebungsmöglichkeit von den Gutachter*innen als wertvolles Instrument angesehen werden, ist allerdings hervorzuheben, dass eine standardisierte Dokumentation nicht erfolgt und dadurch eine systematische Auswertung erschwert wird. Aus Sicht der Gutachter*innen ist daher insgesamt nicht ausreichend geregelt, wie der PDCA-Zyklus geschlossen wird. Es ist nicht festgelegt, in welcher Form die Erkenntnisse aus den Besprechungen an das Vizerektorat für Lehre und Studienangelegenheiten rückgemeldet werden und für die Weiterentwicklung der Studien systematisch genutzt werden. Aus Sicht der Gutachter*innengruppe sollte dafür gesorgt werden, dass die eingesetzten Formen der Lehrevaluation (Lehrveranstaltungsevaluation, „MyEval“, Modul- und Semesterbesprechungen) plangemäß stattfinden (Lehrveranstaltungsevaluation). Die Gutachter*innen bestärken daher die MUI in ihrem Vorhaben der Leistungsvereinbarung 2022-2024, ein „Integrales Evaluations- und Qualitätssicherungssystem im Bereich Lehre und Ausbildung“ zu erstellen, in dem die verschiedenen Maßnahmen im Bereich Lehrevaluation und Monitoring zu einem einheitlichen, zeitlich und organisatorisch definierten System zusammengeführt werden.

Betreffend die Qualitätssicherung der ULG ist zwischen jenem, der von der MUI selbst angeboten wird, und jenen, die durch den Kooperationspartner „Schloss Hofen“ umgesetzt werden, zu unterscheiden. Der ULG „Genetisches und Genomisches Counselling“ ist aus Sicht der Gutachter*innen ausreichend in das QMS der MUI eingebunden, da die Lehrgangsleitung

als verantwortliche Stelle für die Lehrveranstaltungs- und Modulevaluation definiert ist und während des VOB die (ehemaligen) Studierenden von Anpassungen berichten konnten, die aufgrund von Rückmeldungen der Studierenden bzw. Absolvent*innen vorgenommen wurden. Anders ist die Situation bei den ULG zu werten, die in Kooperation angeboten werden, da während des VOB eingeräumt wurde, dass die vom „Schloss Hofen“ durchgeführten Evaluierungen nicht genutzt werden. Damit ist der PDCA-Zyklus nicht geschlossen und diese ULG können nicht evidenzbasiert weiterentwickelt werden.

Rückmeldungen im Rahmen von Absolvent*innenbefragungen werden auch für Weiterentwicklung des Studienangebots auf curricularer und didaktischer Ebene genutzt.

Betreffend die in den PhD-Programmen vorhandenen Rückmeldemöglichkeiten ist hervorzuheben, dass diese informellen Charakter haben. Aus Sicht der Gutachter*innen wäre dazu eine Möglichkeit zu schaffen, die Erfahrungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses systematisch zu reflektieren. Die Deeskalationsstufen im Falle eines Konfliktes zwischen der Betreuungsperson und dem*der PhD-Studierenden sind mit Dissertationskomitee und Programmsprecher*in ausreichend definiert.

Für das Prüfungswesen werden - insbesondere im Bereich der „high-stakes-Prüfungen“ - eine Vielzahl von QM-Instrumenten genutzt, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Prüfungsfragen und -formaten sowie den Kompetenzen der Prüfenden sicherstellen. Potenzial besteht aus Sicht der Gutachter*innengruppe noch hinsichtlich der systematischen Einholung studentischer Rückmeldungen zu den Semesterabschlussprüfungen im Humanmedizinstudium.

In Bezug auf die **Weiterentwicklung der Lehr- und Lernformate, die Beratungsangebote für Studierende und Unterstützung für die Lehrenden** erkennt die Gutachter*innengruppe ein sehr effizientes und effektives System, da Lehrende durch Weiterbildung hinsichtlich Didaktik unterstützt werden. Betreffend die Kurse, die von Tutor*innen der ÖH im Rahmen des ÖH-Trainingszentrums⁹ angeboten werden, kann nach Ansicht der Gutachter*innen nicht ausgeschlossen werden, dass die MUI durch die Delegierung dieser Lehraktivitäten dazu verleitet wird, ihre eigene Verantwortung für diese spezifische Ausbildung abzugeben. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass die Qualitätssicherung für diese Kurse im Zuge des ständigen Wechsels der von der ÖH als Tutor*innen eingesetzten Studierenden nicht konstant gewährleistet ist.

Die MUI hat sich als Vorreiterin in der Einführung obligatorischer Kurse in Gender-Medizin positioniert. Diese Initiative wird von der Gutachter*innengruppe als herausragendes Beispiel für das Engagement der MUI hinsichtlich Innovationsförderung in der Lehre gewürdigt. Obwohl es eine Herausforderung sein kann, die direkten Auswirkungen präzise zu messen, wurden den Gutachter*innen überzeugende Beispiele präsentiert, die illustrieren, wie durch diesen Ansatz die medizinische Versorgung für Patient*innen aller Geschlechter verbessert werden konnte.

Betreffend die **Lehr- und Studienorganisation bzw. die weiteren Aufgaben der Administration** sind aus Sicht der Gutachter*innen in den Abteilungen Studierendenservices einerseits und Lehr- und Studienorganisation andererseits umfassende Verfahren implementiert. In regelmäßigen Jour fixes, durch die Einbeziehung von Feedback und in gemeinsamen Projekten werden die Verfahren kontinuierlich weiterentwickelt.

⁹ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI präzisiert.

Erfüllung von Standard 3 und allfällige Auflagen

Die Gutachter*innen beurteilen Standard 3 als **mit Einschränkung erfüllt**.

Zur Erfüllung des Standards schlagen die Gutachter*innen folgende Auflage vor:

- Im Kontext des Qualitätsmanagements der Universitätslehrgänge, die in Kooperation mit außeruniversitären Einrichtungen angeboten werden, legt die MUI an einem konkreten Beispiel dar, wie sie sicherstellt, dass die Ergebnisse der von der Kooperationseinrichtung durchgeführten Evaluierungen Eingang in die Weiterentwicklung der ULG finden.

Empfehlungen

- Da die Rücklaufquote der online-Lehrevaluation sehr gering ist, empfehlen die Gutachter*innen, Anreize zu schaffen, um diese zu erhöhen. Zudem sollte die Stabilität des eingesetzten IT-Programms überprüft werden.¹⁰
- Die Gutachter*innen empfehlen, weiterhin die Absolvent*innen-Befragung über das Studium in seiner Gesamtheit in allen Studien als wichtige Rückmeldeschleife zu nützen.
- Es sollte dafür gesorgt werden, dass die Semester- und Modulbesprechungen so gestaltet werden, dass eine standardisierte Dokumentation und Auswertung erfolgt, damit diese für die Weiterentwicklung der Studien systematisch genutzt werden können.
- Aus Sicht der Gutachter*innen sollten die Studierenden systematisch Rückmeldung zu den Semesterabschlussprüfungen im Humanmedizinstudium geben können.
- Für die Aufnahmeverfahren in der Human- bzw. Zahnmedizin bestehen bundesweit abgestimmte Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die Gutachter*innen empfehlen, für die anderen Aufnahmeverfahren an der MUI einen eigenen Evaluationsprozess zu erarbeiten und geeignete Maßnahmen zu definieren, um das Schließen des PDCA-Zyklus zu ermöglichen.

3.4 Standard 4

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der gesetzten Ziele im Bereich **Forschung** bzw. **Entwicklung und Erschließung der Künste** und der damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen und Ziele der Internationalisierung um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die systematische Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen sind geeignet, die angestrebte Qualität der Forschung bzw. EEK und ihrer damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen und Ziele der Internationalisierung zu sichern und weiterzuentwickeln.

¹⁰ Empfehlung aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Die Maßnahmen umfassen

- die Aktivitäten der Forschenden,
- die Beurteilung von Leistungen in der Forschung bzw. EEK,
- die Nachwuchsförderung,
- den Wissens- und/oder Technologietransfer,
- die Aufgaben der Organisation und Administration im Bereich Forschung bzw. EEK.

Feststellungen der Gutachter*innengruppe

Seit einigen Jahren hat die MUI vier **Forschungsschwerpunkte** festgelegt: (1) Infektion, Immunität und Transplantation, (2) Neurowissenschaften, (3) Onkologie und (4) Genetik – Epigenetik – Genomik. Diese Forschungsschwerpunkte sind im Entwicklungsplan 2019-2024 der MUI verankert. Die Auswahl dieser Themen als Forschungsschwerpunkte wurde aufgrund der erfolgreichen Drittmittelakquise in diesen Bereichen getroffen, die insgesamt etwa 80% der Drittmittel einbringt. Im Entwicklungsplan der MUI 2019-2024 heißt es, dass die „Kriterien, die an diese Schwerpunkte angelegt werden, exzellente wissenschaftliche Leistungen der WissenschaftlerInnen, eine hohe nationale und internationale Sichtbarkeit der Forschungsergebnisse, eine hervorragende Nachwuchsförderung, eine Vielzahl erfolgreicher Drittmittelinwerbungen, insbesondere in internationalen Verbundprojekten, sowie hohe wissenschaftliche bzw. gesellschaftliche Relevanz“ umfassen. Weiterhin heißt es, dass „in einem kontinuierlichen Prozess diese Schwerpunkte wissenschaftsgeleitet und auf Basis der zuvor genannten Kriterien regelmäßig auf ihren Erfolg hin überprüft werden“. Um die Qualität der Forschungsaktivitäten in den Schwerpunkten zu evaluieren, plant die MUI im Herbst 2023 einen Peer-Review-Prozess aller derzeit bestehenden Forschungsschwerpunkte, einschließlich eines VOB, an welchem internationale Expert*innen teilnehmen sollen. Nach der Leistungsvereinbarung 2022-2024 (Vorhaben B.1.2.7) geht es hierbei darum, Maßnahmen zur Stärkung der Forschungsschwerpunkte zu identifizieren. Darüber hinaus plant die MUI, neue Forschungsschwerpunkte zu initiieren, wie zum Beispiel im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, seltener Erkrankungen und psychischer Gesundheit.

Die Serviceeinrichtung „**Forschungsservice und Innovation (FSI)**“ übernimmt vielfältige Aufgaben in der Forschungsservicierung, wie etwa die Bereitstellung von Informationen zu Drittmittelförderungen, Betreuung bei Antragstellung, administrative Betreuung und Monitoring, Förderung von Nachwuchswissenschaftler*innen, Coaching sowie intramurale Forschungsförderung. Das FSI betreibt ein Forschungsleistungsdokumentation (FLD)-System zur Überwachung und Berichterstattung des Outputs von Forschungsgruppen. Die FLD erfasst Publikationen, Bücher, Buchbeiträge und Projekte und dient als Basis für die LOM im Bereich Forschung sowie für die Datensammlung der Wissensbilanz.

Das **Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKS)** bietet Unterstützung für die Durchführung klinischer Studien, die von den am VOB anwesenden Forscher*innen sehr geschätzt wird. So ist das QMS im KKS besonders umfassend und transparent. Diese Einheit verfügt über ein weit entwickeltes, ISO-zertifiziertes QMS (SOP, Evaluierungen, Beratungen, Schulungen), das für Aktivitäten, wie das KKS sie anbietet, intrinsisch ist.

Die **LOM** ist im Bereich der Forschung gut etabliert und erfolgt in den drei Dimensionen LOM-Publikationen, LOM-Exzellenz und LOM-Drittmittel. Dieses Instrument wurde von den OEL beim VOB als zusätzlicher Finanzierungsbaustein aus den Mitteln der MUI gewürdigt.

Eine große Heterogenität bei den OEL hinsichtlich der **Wahrnehmung des QM** wurde beobachtet (siehe Standard 1). Es war ersichtlich, dass in OE mit ISO-zertifizierten Bereichen ein formalisiertes QMS existiert, welches von den jeweiligen OEL positiv bewertet wurde. Insbesondere wurde aus den Gesprächen vor Ort deutlich, dass auch andere Bereiche der OE, die nicht zertifiziert bzw. akkreditiert sind, von den QM-Aspekten der zertifizierten bzw. akkreditierten Bereiche (diagnostische oder klinische Aktivitäten) profitieren. In anderen OE empfinden Forscher*innen das QM als eher lästig und einschränkend, da die Auffassung besteht, dass QM die für Grundlagenforschung notwendige Kreativität beeinträchtigen könnte. Klar geregelte Zuständigkeiten, Verfahren sowie Unterstützungsleistungen von zentraler Seite (z.B. FSI, KKS, Abteilung Personal) werden seitens der Forscher*innen durchaus genutzt, jedoch oft nicht als zentrale QM-Maßnahmen wahrgenommen.

Im Bereich des **Wissens- und Technologietransfers** ist zu erwähnen, dass 2021 (siehe Mitteilungsblatt vom 03.03.2021) die Richtlinie für akademische Ausgründungen der Medizinischen Universität Innsbruck aus dem Jahr 2015 (siehe Mitteilungsblatt vom 06.10.2015) mit dem Ziel geändert wurde, die Ausgründungen der MUI zu fördern. Demnach bietet die MUI über die Gründungszentrum Start Up Tirol GmbH unterschiedliche Unterstützungsleistungen an, darunter vielfältige Beratungsleistungen sowie Schulung bzw. Weiterbildung z.B. im Projektmanagement. Nach dem Selbstevaluierungsbericht erfolgt der Aufbau einer eigenen Expertise im Bereich des Technologietransfers unter anderem durch die Beteiligung an Wissenstransferzentren, die z.B. Vernetzungstreffen, Veranstaltungen mit der Wirtschaft und Weiterbildung ermöglichen und daher wichtige Elemente der Professionalisierung im Bereich des Wissens- und Technologietransfers darstellen. Ein erheblicher Teil der Aufgaben im Bereich des Technologie- und Wissenstransfers wurde an eine externe Partnerin, die ASCENION GmbH, delegiert. Allerdings war für die Gutachter*innengruppe auf Basis des Selbstevaluierungsberichts und der während des VOB geführten Gespräche ein PDCA-Zyklus für diesen Bereich nicht erkennbar.

Beurteilungen der Gutachter*innengruppe

In Bezug auf die **Initiierung neuer Schwerpunkte** ist aus Sicht der Gutachter*innengruppe hervorzuheben, dass, obwohl es als Ziel im Entwicklungsplan verankert ist, die weitere Forschungsschwerpunkte zu entwickeln, die Prozesse dazu bisher nicht definiert sind. Insbesondere ist nicht festgelegt, wie über die Einrichtung eines neuen Forschungsschwerpunkts entschieden wird bzw. wer die Entscheidungskompetenz besitzt.

Während des VOB erhielten die Gutachter*innen einen Einblick in die hervorragende **Arbeit des FSI der MUI**, das durch die Erstellung von Auswertungsdaten (übliche bibliografische Metriken) Transparenz schafft und über die LOM mit der Ebene der jeweiligen OE verknüpft ist. Die LOM bietet Anreize und Anerkennung, wobei die Kennzahlen von den Forscher*innen gut verstanden und akzeptiert werden. So bezeichneten verschiedene OEL und Forscher*innen den verwendeten Ansatz als transparent. Zudem wurde betont, dass das FSI umfangreiche Unterstützung anbietet und die Leitungspersonen engagiert sind. Insbesondere lobten die Forscher*innen die hohe Qualität der Unterstützung durch das FSI bei der Einreichung von Projektanträgen. Diese Unterstützung wird von den OEL nicht als Teil des Qualitätsmanagements wahrgenommen, während für die Gutachter*innengruppe beim VOB klar wurde, dass der FSI-Leitung bewusst ist, dass sie Teil des QMS der MUI ist (siehe auch Standard 2). Im Bereich der klinischen Forschung kann hervorgehoben werden, dass, obwohl viele Forscher*innen die **Dienstleistungen des KKS** nutzen, dies jedoch von ihnen nicht als Teil des QM wahrgenommen wurde. Bzgl. Weiterentwicklung des QMS und dessen interner Kommunikation wird auf die Empfehlungen in Standard 2 hingewiesen. Die Tatsache, dass

Studienkoordinator*innen direkt und langfristig am KKS angestellt sind, ist aus Sicht der Gutachter*innengruppe grundsätzlich für die Qualität der klinischen Forschungsleistungen förderlich.

Der **Umgang mit Forschungsdaten** wird immer mehr zu einem zentralen Aspekt der guten wissenschaftlichen Praxis. Die MUI hat dies erkannt und im Dezember 2021 die Richtlinie „Forschungsdatenpolitik der Medizinischen Universität Innsbruck“ veröffentlicht. Sie umfasst insbesondere das wichtige Konzept der systematischen Umsetzung aktueller Standards, wie die Erstellung von Datenmanagementplänen (DMP) für Forschungsprojekte und die Bereitstellung von FAIR (Findable, Accessible, Interoperable and Reusable)-Datensätzen. Die o.g. Forschungsdatenrichtlinie (siehe § 5) sieht hierzu Unterstützungsangebote wie z.B. die „Bereitstellung von Richt- und Leitlinien für den einheitlichen Umgang mit Forschungsdaten“ oder „Aus- und Weiterbildungsangebote im Bereich von Forschungsdatenmanagement“ vor. Die Arbeitsgemeinschaft „Research Data“ (bestehend aus dem FSI und der IT-Abteilung) fungiert als Anlaufstelle für Forscher*innen. Sie stellt wertvolle Unterstützungsangebote (wie z.B. Vorlagen zu DMP) und Informationen allen OE zur Verfügung. Es ist eine Tatsache, dass Förderorganisationen und Zeitschriftenherausgeber*innen zunehmend DMP und die Einhaltung der FAIR-Datengrundsätze fordern. Die Erstellung und Nutzung von DMP und die Verankerung von FAIR-Datengrundsätzen sowie die dazu gehörigen Unterstützungsmaßnahmen sind klare Beispiele für QM-Maßnahmen, die dazu beitragen, Forschungsprozesse zu optimieren und die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit von Ergebnissen sicherzustellen. Die konsequente Anwendung dieser QM-Maßnahmen wird dazu beitragen, die Qualität der Forschung zu steigern und die Zusammenarbeit innerhalb der gesamten MUI und der OE zu fördern. Dies wird insbesondere den OE ohne zertifizierten bzw. akkreditierten Bereich zugutekommen.¹¹

In Bezug auf die heterogenen Wahrnehmungen der QM-Maßnahmen unter den OE heben die Gutachter*innen hervor, dass die OE ohne zertifizierten bzw. akkreditierten Bereich auch von den OE mit zertifiziertem bzw. akkreditiertem Bereich profitieren könnten, wenn zu diesem Zweck ausreichende Austauschmöglichkeiten vorgesehen wären.

In den meisten Fällen war deutlich, dass die Rolle des QM-Handbuchs als wenig nützlich empfunden wird. Seitens der Gutachter*innen ist dies ein klares Indiz, dass es in der gegenwärtigen Form nicht jene Information bietet, die für die Forscher*innen in Sachen QM-Maßnahmen von Relevanz sind, und dahingehend einer Überarbeitung bedarf (siehe auch Standard 2).

Obwohl der Einsatz von **Metriken** wie Impact-Faktoren, Zitationsindizes und der Umfang an Drittmitteln zur Bewertung der Forschung allgemein akzeptiert und als transparent sowie objektiv angesehen wird, wurden die Gutachter*innen während der VOB darüber informiert, dass Diskussionen in Arbeitsgruppen darüber geführt werden, Evaluierungskriterien einzuführen, die - wie es die „Declaration on Research Assessment“ (DORA-Deklaration) und die neu veröffentlichte „Coalition for Advancing Research Assessment“ (CoARA)-Initiative vorschlagen - nicht ausschließlich auf diesen Metriken basieren. Die Gutachter*innengruppe empfiehlt hier, diese wichtige Diskussion fortzusetzen. Ein umfassenderes Evaluierungskonzept könnte qualitative Aspekte wie die gesellschaftliche Relevanz der Forschung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Open Science und den Beitrag zur Nachhaltigkeit des Forschungsausgangs stärker gewichten.

¹¹ Textstelle aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

Im Zusammenhang mit der **Nachwuchsförderung** wurde beobachtet, dass die Bewertung der **Kandidat*innen für Laufbahnstellen** (Qualifizierungsvereinbarung) auf klassischen akademischen Leistungen wie Forschung und Lehre basiert, während die „Dienstleistungsexpertise“, in diesem Fall die klinischen Fähigkeiten (Exzellenz), nicht Teil der Bewertung ist. Dieser Aspekt könnte berücksichtigt werden, wenn eine an DORA orientierte Bewertungsmethode eingeführt werden sollte. Durch eine ausgewogenere Bewertung von Forschungsleistungen könnte die MUI ihre Position als zukunftsorientierte und attraktive Universität weiter stärken (siehe auch Standard 5). Die Gutachter*innen haben während des VOB mehrere Assistenzprofessor*innen getroffen, die eine Laufbahnstelle innehaben. Diese Personen sind in der Forschung und Drittmittelinwerbung sehr aktiv. Alle hatten sich intern für diese Stelle beworben und waren sich über die Evaluationskriterien am Ende der vierjährigen Periode zur Erfüllung der Qualifizierungsvereinbarung im Klaren. Um im internationalen Kontext Jungwissenschaftler*innen anziehen zu können, sollten die Regelungen im Zusammenhang mit den Laufbahnstellen und insbesondere die Rolle der Phase vor dem Abschluss der Qualifizierungsvereinbarung (18-monatiger „Beobachtungszeitraum“) evaluiert werden (siehe Standard 5). Im Zusammenhang mit dem QM im Bereich der Nachwuchsförderung wird hier auf die Ausführungen zu den PhD-Schools in Standard 3 verwiesen.

Erfüllung von Standard 4

Die Gutachter*innen beurteilen Standard 4 als **erfüllt**.

Empfehlungen

- Es wird empfohlen, dass die MUI sowohl bei Evaluierung bestehender Forschungsschwerpunkte als auch bei der Entwicklung neuer Forschungsschwerpunkte einen entsprechenden Prozess definiert.
- Die Gutachter*innen empfehlen der MUI, die Diskussionen in Arbeitsgruppen über die Einführung von Evaluierungskriterien für Forschungsleistungen, die nicht ausschließlich auf Metriken wie Impact-Faktoren, Zitationsindizes und dem Umfang an Drittmitteln basieren, weiter voranzutreiben. Hierbei sollte die Universität die Prinzipien der DORA-Deklaration und der neu gestarteten CoARA-Initiative berücksichtigen.
- Die Gutachter*innen empfehlen, dass das zentrale QM der MUI durch die Arbeitsgemeinschaft „Research Data“ den Ausbau von DMP für Forschungsprojekte und die Erstellung von FAIR-Datensätzen insbesondere in den OE ohne zertifizierte bzw. akkreditierte Bereiche weiter vorantreibt und unterstützt¹².
- Die Gutachter*innen empfehlen, das KKS prominent in die Kommunikation über das QMS einzubinden, damit dessen Rolle nicht nur als Dienstleister, sondern auch als Garant für die Qualitätssicherung von klinischen Studien wahrgenommen wird.

¹² Empfehlung aufgrund der Stellungnahme der MUI geändert.

3.5 Standard 5

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der gesetzten Ziele im Bereich **Personal** um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen stellen sicher, dass die Universität über das für das Erreichen der angestrebten Ziele geeignete Personal verfügt.

Die Maßnahmen umfassen

- das Qualitätsmanagement der Auswahl und Aufnahme von Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK,
- das Qualitätsmanagement der Auswahl und Aufnahme von nicht-wissenschaftlichem Personal,
- die Personalentwicklung für das Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK sowie das nicht-wissenschaftliche Personal,
- die gesellschaftlichen Zielsetzungen in Bezug auf das Personal,
- die Internationalisierung und Mobilität des Personals.

Feststellungen der Gutachter*innengruppe

In ihrer **Qualitätsstrategie** setzt sich die Universität unter anderem das Ziel, die Attraktivität der MUI als Arbeitgeberin zu steigern. In der SWOT-Analyse, die Teil des Selbstevaluierungsberichts ist, wird die Problematik des Haltens und der Gewinnung hervorragender Mitarbeiter*innen in den Kern-, Querschnitts- und Supportbereichen ebenfalls thematisiert. Die MUI sieht sich einer zukunftsweisenden bzw. nachhaltigen Personalstrategie verpflichtet, um ihre Aufgaben in höchster Ergebnisqualität erfüllen zu können. Im Rahmen ihres QM setzt die Universität eine Reihe von Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Zielvereinbarungs- bzw. Mitarbeiter*innengespräche (MA-Gespräche) sind in diesem Zusammenhang zentrale Instrumente des QMS. Der Universitätsrat schließt jährlich Zielvereinbarungen mit den Rektoratsmitgliedern ab. Das Rektorat schließt seinerseits mit den OEL mit Aufgaben in Forschung und Lehre Zielvereinbarungen ab. Die OELs schließen wiederum Zielvereinbarungen mit den Mitarbeiter*innen ihrer OE ab und sind angehalten, einmal jährlich MA-Gespräche zu führen. Es sind jedoch noch keine konkreten Konsequenzen und Maßnahmen definiert, welche bei Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Ziele der OEL bzw. der Mitarbeiter*innen Anwendung finden. Die Führung der MA-Gespräche ist über eine Betriebsvereinbarung (siehe Mitteilungsblatt vom 22. Februar 2017) geregelt, die zwischen Rektorat und Betriebsrat geschlossen wurde. Demnach sind auch für die Vorgesetzten ein Leitfaden für die Vorbereitung und Durchführung dieser Gespräche sowie Weiterbildungsveranstaltungen vorgesehen. In diesen MA-Gesprächen werden unter anderem Ziele und Zielerreichung, Aufgaben, Ressourcenbedarf, Arbeitssituation, Problembereiche und Lösungsansätze sowie Personalentwicklungsmaßnahmen besprochen und schriftlich festgehalten. Diese Gespräche sollen auch zur Entwicklung der Qualitätskultur sowie zur Qualitäts- und Organisationsentwicklung beitragen. Im klinischen Bereich wurde beim VOB berichtet, dass die MA-Gespräche z.T. auf die Oberarztebene delegiert werden. Zudem wurde bekräftigt, dass in

den Kliniken, die beim VOB vertreten waren, kein Unterschied zwischen ärztlichem Personal, das von der MUI angestellt ist, und jenem der Tirol Kliniken gemacht wird. Auch bezüglich des PhD-Studiums wird in einzelnen Kliniken kein Unterschied gemacht und alle PhD-Studierenden müssen die gleiche Qualifizierung erbringen. Die Dualität der Anstellungsverhältnisse wird als erhöhter administrativer Aufwand für die OEL wahrgenommen. Die Serviceeinrichtung „Personal“ wird über die geführten Gespräche informiert (und verfügt über Listen der geführten Gespräche), erhält aber keine weiteren Informationen (z.B. über Weiterbildungswünsche), die für eine zentrale Personalentwicklung nutzbar wären.

Herausragende Leistungen im Forschungs- und Lehrbereich werden im Sinne eines Anreizsystems durch die **LOM** in Form zusätzlicher Sachmittel honoriert (siehe Standard 3 und 4). Die LOM ist im Forschungsbereich bereits etabliert, im Lehrbereich wurde die LOM bisher nur in einzelnen Pilotprojekten eingesetzt. Der Budgetanteil, der über die LOM vergeben wird, ist jedoch anteilmäßig sehr gering, wird aber nach deren Äußerungen während des VOB von den OEL dennoch geschätzt und als zusätzliche Unterstützung bzw. Anerkennung wahrgenommen.

Wie im Selbstevaluierungsbericht ausgeführt, sind die Prozesse im Bereich der **Personaladministration** und der Auswahl sowie Aufnahme von wissenschaftlichem Personal für Forschungs- und Lehre sowie von allgemeinem Universitätspersonal im Detail geregelt und bereichsübergreifend für die Mitarbeiter*innen der Serviceeinrichtung Personal zugänglich. Bei der Auswahl und der Aufnahme wissenschaftlichen Personals sind die Besetzung von Laufbahnstellen mit dem Abschluss von Qualifizierungsvereinbarungen und die Berufung von Professuren von besonderer Bedeutung. Für beide Verfahren liegen klar definierte Abläufe vor.

Die Besetzung von und die Anforderungen an **Laufbahnstellen** und die Modalitäten der **Qualifizierungsvereinbarungen** sind über den Kollektivvertrag für Universitäten hinaus in der „Betriebsvereinbarung über Inhalte und Modalitäten von Qualifizierungsvereinbarungen“ (siehe Mitteilungsblatt vom 12. Juni 2019) geregelt. Die Betriebsvereinbarung für Laufbahnstellen bzw. Qualifizierungsvereinbarung sieht vor, dass die Qualifizierungsvereinbarung vom Rektor bzw. von der Rektor*in erst angeboten wird, wenn von dem*der Stelleninhaber*in und der*dem Mentor*in ein positiver Statusbericht betreffend Integration in die Einheit und Vorhandensein der nötigen Infrastruktur vorgelegt wird. Der*die Rektor*in kann die Qualifizierungsvereinbarung spätestens nach 18 Monaten „Beobachtungszeitraum an der MUI“ anbieten. Grundsätzlich wird diese Vorgehensweise von den Betroffenen, wie sich beim VOB gezeigt hat, als positiv wahrgenommen, weil dann erst die vierjährige Frist zur Erfüllung der Qualifizierungsvereinbarung zu laufen beginnt. Die Gesprächspartner*innen beim VOB waren aber alle interne Kandidat*innen, die bereits nach wesentlich kürzerer Zeit (3 bis 6 Monate nach Antritt ihrer Stelle) eine Qualifizierungsvereinbarung erhalten haben. Nach Aussage der Betroffenen beim VOB sind die Rahmenbedingungen zum Zustandekommen der Qualifizierungsvereinbarung sowie die Kriterien zu deren Erfüllung sehr klar.

Die **Berufungsverfahren** sind in den Grundzügen durch das Universitätsgesetz festgelegt und deren Umsetzung in der Satzung (zuletzt im Juni 2022 verabschiedet) sowie im „Organisationshandbuch Berufungsverfahren“ genauer geregelt. Diese Dokumente sind intern gut kommuniziert und bekannt. Nach Aussage von Mitgliedern bzw. Vorsitzenden von Berufungskommissionen stellen diese Unterlagen eine gute und qualitätssichernde Handlungsanleitung dar. Administrativ wird der gesamte Berufungsprozess durch die Servicestelle Berufungen, die im Rektorat angesiedelt ist, unterstützt. Ein Mitglied des

Arbeitskreises für Gleichstellungsfragen (AKG) ist in jeder Berufungskommission vertreten und stellt so auch die Einhaltung des Horizon Europe - Gender Equality Plans sicher.

Für die **Personalentwicklung** wurde in der Abteilung Personal ein eigenes Team eingerichtet, das erst vor kurzem mit neuen Mitarbeiter*innen besetzt wurde. Das Personalentwicklungsteam beschränkt sich vorerst auf das Anbieten von Weiterbildungsmaßnahmen für das allgemeine Universitätspersonal. Weiterbildungsmaßnahmen werden zusätzlich auch vom FSI, KKS, der Koordinierungsstelle Gleichstellung und Diversität und der Serviceeinrichtung „Internationale Beziehungen - International Relations“ angeboten. Es gibt jedoch wenig Abstimmung zwischen diesen verschiedenen internen Anbietern.

Hinsichtlich der **gesellschaftlichen Zielsetzungen** im Personalbereich stehen Frauenförderung, Kinderbetreuung und Diversität im Vordergrund. Die Agenden werden von der o.g. Koordinierungsstelle und dem AKG wahrgenommen. Seitens der Mitarbeiter*innen mit Betreuungspflichten wird das Angebot als äußerst hilfreich und unterstützend wahrgenommen. Im Büro des Rektors bzw. der Rektor*in bietet die Behindertenbeauftragte Beratung und Information sowie individuelle Unterstützung für behinderte und chronisch-krank Studierende und Mitarbeiter*innen. Sie ist außerdem gewählte Behindertenvertrauensperson der Universität für die Beschäftigten der MUI.

Die Serviceeinrichtung für Internationale Beziehungen bietet Unterstützung bei internationalen Aktivitäten sowie bei der Förderung der internationalen Vernetzung der MUI für alle Universitätsangehörigen - Studierende, Mitarbeiter*innen in der Verwaltung sowie in Lehre und Forschung. Strategische Ziele im Bereich der **Internationalisierung** sind im Entwicklungsplan 2019-2024 (u.a. stärkere Internationalisierung und Mobilität des Personals) festgeschrieben. Die stärkere Internationalisierung des Personals soll etwa über gezielte Ausschreibungen auf internationalen Plattformen (EURAXESS), die Steigerung der Mobilität durch Pflege und Ausbau der Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen im Ausland vorangetrieben werden. Im Zeitraum seit 2016 wurden neue Kooperationen abgeschlossen und auch eine Fulbright-Gastprofessur eingerichtet. Schlecht funktionierende Kooperationen ziehen die Beendigung der Beziehungen zur jeweiligen Einrichtung nach sich.

Beurteilungen der Gutachter*innengruppe

Die **Betreuung der Mitarbeiter*innen** der MUI durch die Serviceeinrichtung „Personal“ bzw. das „Amt der Universität“ (für beamtetes Personal) ist umfassend und bietet aus Sicht der Gutachter*innen ausreichend Information und Verfahrensbeschreibungen, beginnend mit der Beantragung und Ausschreibung von Stellen für das wissenschaftliche und das allgemeine Universitätspersonal bis zum Austritt von Mitarbeiter*innen. Die Serviceeinrichtung „Personal“ mit den drei Teilbereichen Personalplanung, Personalrekrutierung und Personalentwicklung bietet zahlreiche Informationen zu rechtlichen Themen, Karrieremöglichkeiten und Weiterbildungsmöglichkeiten, die für die Mitarbeiter*innen gut zugänglich sind. Es erfolgt jedoch wenig Abstimmung mit den weiteren internen Anbietern von Weiterbildungsmaßnahmen. In Bezug auf die Berufungsverfahren ist aus Sicht der Gutachter*innen hervorzuheben, dass durch die Koordination der Verfahren durch eine spezialisierte Stelle im Rektorat die hohe Qualität des Prozesses flächendeckend gewährleistet wird.

Beim VOB wurde erkennbar, dass von manchen OEL die **MA-Gespräche** sehr engagiert und regelmäßig geführt werden. Es zeigte sich aber auch, dass die MA-Gespräche noch nicht in allen OE flächendeckend geführt werden. Die jährlich stattfindenden MA-Gespräche sind

entsprechend den Angaben im Selbstevaluierungsbericht eine wichtige Maßnahme zur Zielerreichung und Qualitätssicherung. Auf eine flächendeckende und qualitätsvolle Durchführung sollte daher besonders geachtet werden. Aus Sicht der Gutachter*innen sollte daher sichergestellt werden, dass die geführten MA-Gespräche sorgfältig dokumentiert werden und dass die dabei unterstützenden Unterlagen und Instrumente kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Die **Personalentwicklung** in der Serviceeinrichtung „Personal“ fokussiert derzeit das Anbieten von Weiterbildungen für das allgemeine Personal, während die Weiterbildung des wissenschaftlichen Personals in den OE erfolgt. Diese Trennung ist nur für die fachspezifische Weiterbildung nachvollziehbar, da auch das wissenschaftliche Personal Weiterbildungsangebote im Bereich der außerfachlichen Kompetenzen bzw. Softskills (z.B. Umgang mit Konflikten, Zeitmanagement, Computer Skills u.v.m) braucht. Solche Angebote, die ebenso von Bedeutung sind, sollten aus Sicht der Gutachter*innen für das wissenschaftliche Personal ebenfalls zugänglich sein.

Internationalisierung des Personals hat einen hohen Stellenwert an der MUI und wird durch zielgerichteten Aufbau und Pflege des Netzwerks internationaler Partnereinrichtungen unterstützt. Gewisse Einschränkungen hinsichtlich der Gewinnung internationaler Nachwuchsforscher*innen könnten sich aufgrund der derzeitigen Ausgestaltung von Laufbahnstellen ergeben. Konkret befürchten die Gutachter*innen, dass **Laufbahnstelleninhaber*innen** durch die 18-monatige Frist bis zum tatsächlichen Abschluss der Qualifizierungsvereinbarung Unsicherheiten im Karrierefortschritt und Verzögerungen ausgesetzt sind. Insbesondere für qualifizierte Forschende aus dem Ausland kann dies als Hindernis angesehen werden, sich zu bewerben. Dies kann für die Erreichung des in der Qualitätsstrategie verankerten Qualitätsziels betreffend die Positionierung der MUI als attraktive Arbeitgeberin (auch für aus dem Ausland kommende Forscher*innen) einen Hinderungsgrund darstellen. Um diese Frage zu klären, ist es aus Sicht der Gutachter*innen ratsam, das Laufbahnmodell einer externen Evaluierung zu unterziehen.

Erfüllung von Standard 5

Die Gutachter*innen beurteilen Standard 5 als **mit Einschränkung erfüllt**.

Empfehlungen

- Die Unterstützungsleistungen für das erfolgreiche Führen von MA-Gesprächen (Leitfäden, Einschulungen, Weiterentwicklung des Tools) seitens der Serviceeinrichtung „Personal“ sollten regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt werden. Die Dokumentation der MA-Gespräche sollte noch nachvollziehbarer gemacht werden, indem beispielsweise von beiden Seiten Unterschriften auf der Mitteilung der geführten Gespräche verlangt werden. Wenn MA-Gespräche nicht geführt wurden, sollte dem durch die Serviceeinrichtung „Personal“ und das dafür zuständige Rektoratsmitglied konsequenter nachgegangen werden.
- Für die Weiterbildung der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen in allgemeinen Themenbereichen und Soft Skills sollten seitens der Personalentwicklung ebenso Angebote gemacht werden.
- Es wird empfohlen, das gelebte Laufbahnstellen-Modell inkl. aller Regelungen einer externen Evaluierung zu unterziehen, um hier belastbare Daten hinsichtlich des Erfolges und möglicher Verbesserungspotenziale des Modells (innerhalb der geltenden Vorschriften) zu erhalten.

4 Anlagen

4.1 Anlage 1: Agenda des Vor-Ort-Besuchs

Vorbereitungsworkshop der Gutachter*innengruppe mit der AQ Austria am 02.05.2023

Uhrzeit	Thema	Teilnehmer*innen
13.00 – 18.00	Kennenlernen, Informationen zum österreichischen Hochschulsystem und zum Audit, Vorbereitung der Gespräche	Gutachter*innen & AQ Austria
19.00	Gemeinsames Abendessen der Gutachter*innen	Gutachter*innen & AQ Austria

Vor-Ort-Besuch an der MUI am 03.-04.05.2023

Ort: Medizinische Universität Innsbruck

Tag 1 des Vor-Ort-Besuchs der Gutachter*innen an der Universität (mit Begleitung der AQ Austria): 03.05.2022

Uhrzeit	Thema	Teilnehmer*innen der Universität
08.30 – 09.00	<u>Runde 1:</u> Begrüßung, Meet & Greet: Besichtigung des Skillslabs	Rektorat Vertreter*in des Senats Vertreter*in des Skillslabs Vertreter*in der ÖH Team zur Steuerung und Organisation des Audits des QMS
09.00 – 09.15	Raumwechsel	
09.15 – 10.45	<u>Runde 2:</u> Vorstellung der MUI (Präsentation) Strategie, Zielentwicklung und Steuerung für alle Kern- und Querschnitts- und unterstützende Aufgaben der Universität	Rektorat Vertreter*in des Senats Vertreter*in des Teams zur Steuerung und Organisation des Audits des QMS
10.45 – 11.00	Pause / Reflexion / Abstimmung	

11.00 – 11.40	<u>Runde 3:</u> Konzept & Struktur des QMS Besonderheiten, Entwicklungen, Chancen und Herausforderungen	Vetreter*in der Abteilung „Lehr- und Studienorganisation“ Vertreter*innen der Abteilung „Forschungsservice und Innovation“ Dezentrale*r Qualitätsmanager*in Vertreter*in des Teams zur Steuerung und Organisation des Audits des QMS
11.40 – 11.45	Gruppenwechsel	
11.45 – 12.45	<u>Runde 4:</u> QM im Bereich Studium und Lehre, inkl. Weiterbildung v.a. Entwicklung, Umsetzung und Organisation von Studien und Lehrgängen, Personalauswahl und –entwicklung Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen	Perspektive des wissenschaftlichen Personals mit Entscheidungsfunktion und des allgemeinen Personals: Lehrpersonal mit Leitungsfunktion Vertreter*in der Curricularkommission Vertreter*in der Abteilung „Studierendenservices“ Vertreter*in der Abteilung „Lehr- und Studienorganisation“
12.45 – 13.30	Mittagessen / Reflexion / Abstimmung	
13.30 – 14.25	<u>Runde 5:</u> QM im Bereich Studium und Lehre, inkl. Weiterbildung v.a. Leistungsbeurteilung, Unterstützung, Umsetzung und Organisation von Studien und Lehrgängen Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen Weiterbildung des Lehrpersonals	Perspektive der Lehrenden ohne Leitungsfunktion: Vertreter*innen des Lehrpersonals ohne Leitungsfunktion, sowohl haupt- als auch nebenberuflich
14.25 – 14.30	Gruppenwechsel	
14.30 – 15.15	<u>Runde 6:</u> QM im Bereich Studium und Lehre v.a. Leistungsbeurteilung, Unterstützung, Umsetzung und	Perspektive der organisierten Studierenden: Studierende aus Gremien und/oder ÖH

	Organisation von Studien und Lehrgängen Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen	
15.15 – 15.45	Pause / Reflexion / Abstimmung	
15.45 – 16.25	<u>Runde 7:</u> QM im Bereich Studium und Lehre v.a. Leistungsbeurteilung, Unterstützung, Umsetzung und Organisation von Studien und Lehrgängen Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen	Perspektive der nicht-organisierten Studierenden und der Alumni Studierende und Absolvent*innen aus verschiedenen Studienrichtungen und verschiedenen Jahrgängen, die nicht in Gremien beteiligt sind oder waren.
16.25 – 18.30	Nachbesprechung Tag 1, Vorbereitung Tag 2	

Tag 2 des Vor-Ort-Besuchs der Gutachter*innen an der Universität (mit Begleitung der AQ Austria): 04.05.2022

Uhrzeit	Thema	Teilnehmer*innen
08.30 – 9.40	<u>Runde 9¹³:</u> QM im Bereich Forschung v.a. Unterstützung von Forschenden, Beurteilung von Leistungen, Wissenstransfer, Nachwuchsförderung Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen Personalentwicklung	Perspektive des wissenschaftlichen Personals mit Leitungsfunktion und des allgemeinen Personals Forschende mit Leitungsfunktion (Klinik- und Institutsleitungen) Vertreter*innen der Abteilung „Forschungsservice und Innovation“ Vertreter*in des „Kompetenzzentrums für Klinische Studien“ Vertrauensperson zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis
9.40 – 9.45	Gruppenwechsel	

¹³ Runde 8 ist am 03.05.2023 ausgefallen und wurde am 11.05.2023 nachgeholt (siehe unten).

9.45 – 10.45	<u>Runde 10:</u> QM im Bereich Forschung v.a. Unterstützung von Forschenden, Beurteilung von Leistungen, Wissenstransfer, Nachwuchsförderung Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen Personalentwicklung	Perspektive des wissenschaftlichen Personals ohne Klinik- oder Institutsdirektor*innenfunktion Forschende ohne Leitungsfunktion an Forschungsprojekten beteiligte Doktoratstudierende
10.45 – 11.00	Pause / Reflexion / Abstimmung	
11.00 – 12.00	<u>Runde 11:</u> QM im Bereich Personal v.a. Personalmanagement und -entwicklung Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen	Vertreter*innen der Abteilung Personal Vertreter*innen des Büros des Rektorats Mitglieder von Berufungskommissionen Vertreter*in des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen
12.00 – 12.45	Mittagessen / Reflexion / Abstimmung	
12.45 – 13.45	<u>Runde 12:</u> QM in den Querschnittsbereichen Internationalisierung und gesellschaftliche Zielsetzungen	Vertreter*in der Abteilung „Internationale Beziehungen“, Vertreter*in des Büros des Rektorates (Behindertenbeauftragte*r) Vertreter*in der Abteilung „Forschungsservice und Innovation“ (zum Thema Wissenstransfer) Ansprechpartner*in zum Thema „Nachhaltigkeit“ Ansprechpartner*in zum Thema „große Kooperationsprojekte“ Vertreter*in des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen
13.45 – 14.30	Pause und Vorbereitung des letzten Gesprächs	
14.30 – 15.15	<u>Runde 13:</u> Klärung möglicher Rückfragen und Verabschiedung	Rektorat Vertreter*in des Teams zur Steuerung und Organisation des Audits des QMS

		Vetreter*in der Abteilung „Lehr- und Studienorganisation“ Vertreter*innen der Abteilung „Forschungsservice und Innovation“
15.00 – 15.15	Pause	
15.15 – 17.30	Vorbereitung Gutachten	

Nachholung von während des Vor-Ort-Besuchs ausgefallenen Gesprächen - Donnerstag, 11.05.2023 (online)

Uhrzeit	Thema	Teilnehmer*innen
18.00 – 18.30	<u>Runde 8:</u> QM im Bereich Studium und Lehre in der Weiterbildung v.a. Leistungsbeurteilung, Unterstützung, Umsetzung und Organisation von Studien und Lehrgängen Querschnitt zu Internationalisierung und gesellschaftlichen Zielsetzungen	Perspektive der Weiterbildungsstudierenden Weiterbildungsstudierende Absolvent*in eines Universitätslehrgangs
18.35 – 19.00	QM im Querschnittsbereich Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität	Vertreter*in des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen und der Koordinationsstelle Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität

4.2 Anlage 2: Auditrichtlinie für Universitäten (10.02.2021)



Agentur für
Qualitätssicherung
und Akkreditierung
Austria

Audit des internen Qualitätsmanagement- systems

Richtlinie für Universitäten

beschlossen in der 65. Sitzung des Boards der
AQ Austria am 10.02.2021

2021

Herausgeberin:

Board der AQ Austria - Agentur für Qualitätssicherung und
Akkreditierung Austria

Franz-Klein-Gasse 5, 1190 Wien

office@aq.ac.at

www.aq.ac.at

Wien, beschlossen in der 65. Sitzung des Boards der AQ Austria am 10.02.2021, VI.2

Inhalt

Präambel	2
I. Verfahrensregeln	3
A. Ziele des Audits	3
B. Standards	3
C. Verfahren	5
D. Freiwillige Vertiefung des Audits	8
E. Inkrafttreten	9
II. Ergänzende Informationen zur Durchführung des Verfahrens	10
1 Vorbereitung des Audits	10
2 Selbstevaluierungsbericht	10
2.1 Vorstellung der Universität	11
2.2 Darstellung und Analyse des Qualitätsmanagementsystems der Universität unter Berücksichtigung der Auditstandards	11
2.3 Verweise und Nachweise	12
3 Gutachter*innen	12
3.1 Anforderungen der AQ Austria zur Auswahl der Gutachter*innengruppe	12
3.2 Grundsätze für die Tätigkeit der Gutachter*innen	13
3.3 Aufgaben der Gutachter*innen	13
3.4 Vorbereitung der Gutachter*innen	14
4 Vor-Ort-Besuch	14
5 Gutachten	15
6 Stellungnahme der Universität	17
7 Zertifizierung	17
7.1 Zertifizierungsentscheidung	17
7.2 Erfüllung von Auflagen	17
8 Veröffentlichung	18
9 Follow-up	18
10 Beschwerde	18
11 Re-Audit	19
12 Glossar	19

Präambel

Autonomen Universitäten obliegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement, das die Qualitätssicherung und -entwicklung von Studien, Lehre, Forschung bzw. Entwicklung und Erschließung der Künste (EEK), der Querschnittsaufgaben Internationalisierung und gesellschaftliche Zielsetzungen sowie der unterstützenden Aufgaben der Verwaltung umfasst. Sie entwickeln und gestalten ihr internes Qualitätsmanagementsystem in Übereinstimmung mit ihren individuellen Profilen und mit Bedacht auf europäische Standards. Im Zentrum der externen Qualitätssicherung nach dem Hochschul-Qualitätssicherungsgesetz (HS-QSG) steht die Zertifizierung dieses internen Qualitätsmanagementsystems in einem Audit.

Die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung (AQ Austria) unterstützt diese Verantwortung der Universitäten und möchte mit ihrem Audit ihre Qualitätsentwicklung fördern. Bei der Ausgestaltung des Audits berücksichtigt die AQ Austria internationale Erfahrungen und Beispiele guter Praxis aus verschiedenen Systemen der externen Qualitätssicherung von Universitäten und Hochschulen im Europäischen Hochschulraum.

Das Audit der AQ Austria ist ein partnerschaftlicher Prozess, an dem die Universität, die Gutachter*innen und die AQ Austria beteiligt sind.

Das Audit der AQ Austria entspricht den Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG) und integriert durch die Durchführung als Peer-Review unter Beteiligung ausländischer Gutachter*innen auch internationale Perspektiven und Expertise.

Die vorliegende Richtlinie konkretisiert mit den Verfahrensregeln (Teil I) die Bestimmungen des HS-QSG 2011, BGBl. I Nr. 74/2011, zuletzt geändert durch das BGBl. I Nr. 20/2021, zur Durchführung von Audits an Universitäten. In den ergänzenden Informationen zur Durchführung des Verfahrens (Teil II) wird der Ablauf des Auditverfahrens näher beschrieben.

Diese Richtlinie unterscheidet sich von jener für Fachhochschulen und zukünftig auch für Pädagogische Hochschulen ausschließlich in der Terminologie, die auf den jeweiligen Sektor abgestimmt ist. Die geltenden Standards und Verfahrensregeln bleiben davon unberührt.

I. Verfahrensregeln

A. Ziele des Audits

Ziel des Audits ist es, mit einer Zertifizierung zu bestätigen, dass die Universität ein Qualitätsmanagementsystem entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen eingerichtet hat. Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Universität dabei, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Zudem soll das Audit dazu beitragen, Anstöße für die Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagementsystems zu geben.

B. Standards

Die Beurteilung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt anhand von fünf Standards. Diese beschreiben die Anforderungen an ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem und konkretisieren die Prüfbereiche gemäß § 22 Abs. 2 HS-QSG.

Standard 1

Die Universität verfügt über ein **Qualitätsverständnis** und eine **Strategie für das Qualitätsmanagement**, die Teil der Universitätssteuerung ist. Die Qualitätsmanagementstrategie umfasst die Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie die sie unterstützenden Aufgaben der Verwaltung.

Erläuterung: Die Universität schafft ein Einvernehmen unter ihren Universitätsangehörigen darüber, was Qualität in ihren Aufgabenbereichen bedeutet und über die Verantwortung aller Universitätsangehörigen für das Qualitätsmanagement. Zu den Universitätsangehörigen zählen Studierende, Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK sowie nicht-wissenschaftliches Personal.

Die Qualitätsmanagementstrategie ist auf das Erreichen der Ziele der Universität und auf ihre Qualitätsentwicklung ausgerichtet. Die Kernaufgaben der Universität umfassen die Leistungsbereiche Studien und Lehre sowie Forschung bzw. EEK. Die Querschnittsaufgaben umfassen Internationalisierung und gesellschaftliche Zielsetzungen. Die unterstützenden Aufgaben umfassen die Bereiche Organisation, Administration und Personal.

Standard 2

Die Universität hat ein aus ihrer Qualitätsmanagementstrategie abgeleitetes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet, indem sie **Strukturen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten** für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems festgelegt hat. Das Qualitätsmanagementsystem umfasst die Kernaufgaben, Querschnittsaufgaben sowie die sie unterstützenden Aufgaben der Verwaltung.

Erläuterung: Das Qualitätsmanagementsystem fördert die Erreichung der Ziele der Universität und ihre Qualitätsentwicklung. Durch das Qualitätsmanagementsystem erfasst die Universität regelmäßig und systematisch Informationen zu ihren Kern- und Querschnittsaufgaben sowie unterstützenden Aufgaben und nutzt diese Informationen für die Sicherung und Weiterentwicklung ihrer Qualität. Die Informationen werden ebenso für Entscheidungen des Universitätsmanagements herangezogen.

Die Verantwortlichkeiten für das Qualitätsmanagementsystem auf Leitungsebene sind eindeutig festgelegt und ihr Zusammenspiel ist geregelt. Die Zuständigkeiten für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems sind den Universitätsangehörigen bekannt. Die externen Interessensgruppen der Universität sind an geeigneten Stellen in das Qualitätsmanagementsystem eingebunden.

Standard 3

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der angestrebten Ziele im Bereich **Studien und Lehre** und der damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen sowie Ziele der Internationalisierung um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die systematische Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen sind geeignet, die angestrebte Qualität der Studien und der Lehre der Universität und ihrer damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen sowie Ziele der Internationalisierung zu sichern und weiterzuentwickeln.

Zu den Studien zählen die ordentlichen und die außerordentlichen Studien der Universität.

Die Maßnahmen umfassen

- die Neuentwicklung und Weiterentwicklung von Studien,
- die Kompetenz- und Leistungsüberprüfung und -beurteilung von Studierenden in allen Studienphasen (einschließlich Zulassungs- und allfälliger Aufnahmeverfahren),
- die Weiterentwicklung von Lehr- und Lernprozessen,
- die Unterstützung und Beratung der Studierenden in allen Studienphasen,
- die Unterstützung der Studierenden in den Lernprozessen,
- die Unterstützung der Lehrenden in den Lehrprozessen,
- die Aufgaben der Organisation und Administration im Bereich Studien und Lehre.

Standard 4

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der angestrebten Ziele im Bereich **Forschung** bzw. **Entwicklung und Erschließung der Künste (EEK)** und der damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen und Ziele der Internationalisierung um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die systematische Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen sind geeignet, die angestrebte Qualität der Forschung bzw. EEK und ihrer damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen und Ziele der Internationalisierung zu sichern und weiterzuentwickeln.

Die Maßnahmen umfassen

- die Aktivitäten der Forschenden,
- die Beurteilung von Leistungen in der Forschung bzw. EEK,
- die Nachwuchsförderung,
- den Wissens- und/oder Technologietransfer,
- die Aufgaben der Organisation und Administration im Bereich der Forschung bzw. EEK.

Standard 5

Die Universität setzt Qualitätsmanagementmaßnahmen entlang der angestrebten Ziele im Bereich **Personal** um. Sie überprüft den Beitrag der Maßnahmen zur Zielerreichung und zur Entwicklung ihrer Qualität. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die Adaptierung der gesetzten Maßnahmen ein.

Erläuterung: Die Maßnahmen stellen sicher, dass die Universität über das für das Erreichen der angestrebten Ziele geeignete Personal verfügt.

Die Maßnahmen umfassen

- das Qualitätsmanagement der Auswahl und Aufnahme von Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK,
- das Qualitätsmanagement der Auswahl und Aufnahme von nicht-wissenschaftlichem Personal,
- die Personalentwicklung für das Personal für Lehre und Forschung bzw. EEK sowie das nicht-wissenschaftliche Personal,
- die gesellschaftlichen Zielsetzungen in Bezug auf das Personal,
- die Internationalisierung und Mobilität des Personals.

C. Verfahren

Das Audit wird als Peer-Review durchgeführt. Eine Gruppe von externen und unabhängigen Gutachter*innen nimmt auf der Grundlage eines Selbstevaluierungsberichts der Universität und von Gesprächen vor Ort eine Beurteilung des internen Qualitätsmanagementsystems anhand der fünf Auditstandards vor und verfasst ein Gutachten. Dieses Gutachten enthält bewertende und empfehlende Aussagen zum Qualitätsmanagementsystem der Universität. Das Gutachten und eine Stellungnahme der Universität bilden die Grundlage für die Zertifizierungsentscheidung des Boards der AQ Austria.

Vereinbarung

Die Universität und die AQ Austria schließen eine Vereinbarung über die Durchführung eines Audits, in welcher u.a. die Leistungen der AQ Austria, der Zeitplan des Audits, die

Vertraulichkeit und der Datenschutz sowie die Kosten des Verfahrens festgehalten sind.

Gutachter*innen

Die Gutachter*innengruppe besteht aus mindestens vier Gutachter*innen, davon eine Person, die aktiv studiert. Die Gruppe verfügt über nachgewiesene Erfahrungen in der Leitung und Organisation einer Universität bzw. Hochschule sowie im universitären bzw. hochschulischen Qualitätsmanagement und über Kenntnis des österreichischen Hochschulsystems. Die Gutachter*innengruppe ist international zusammengesetzt

Das Board der AQ Austria bestellt die Gutachter*innen. Die Universität hat das Recht, gegen einzelne Personen aus diesem Vorschlag begründete Einwände wegen Befangenheit vorzubringen.

Die Gutachter*innen erklären schriftlich ihre Unbefangenheit und verpflichten sich zur Verschwiegenheit über alle im Zuge der Begutachtung erhaltenen Informationen und gewonnenen Erkenntnisse. Die Gutachter*innen werden durch die AQ Austria auf das Verfahren vorbereitet und in ihrer Gutachter*innentätigkeit unterstützt.

Selbstevaluierungsbericht

Die Universität verfasst einen Selbstevaluierungsbericht, in dem sie ihr internes Qualitätsmanagementsystem und dessen tatsächliche Umsetzung darstellt und reflektiert. Sie entscheidet unter Berücksichtigung der Standards dieser Richtlinie selbst über Struktur und Gestaltung des Berichtes.

Vor-Ort-Besuch

Es gibt einen zwei- bis dreitägigen Vor-Ort-Besuch an der Universität, bei dem die Gutachter*innen mit Universitätsangehörigen Gespräche führen. Zur Vorbereitung erhalten sie den Selbstevaluierungsbericht der Universität sowie Informationen der AQ Austria zum Verfahren und zum österreichischen Hochschulsystem. Ziel des Vor-Ort-Besuchs ist es, den Gutachter*innen über den Selbstevaluierungsbericht hinaus ein Verständnis für die Organisation des internen Qualitätsmanagementsystems der Universität und dessen Umsetzung zu vermitteln, damit sie über ausreichend evidenzbasiertes Wissen für die Beurteilung der Auditstandards verfügen.

Die AQ Austria begleitet den Vor-Ort-Besuch und bereitet die Gutachter*innen darauf vor.

Gutachten

Die Gutachter*innen erstellen auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Selbstevaluierungsbericht und dem Vor-Ort-Besuch mit redaktioneller Begleitung der AQ Austria ein vorläufiges Gutachten mit Feststellungen zum Qualitätsmanagementsystem der Universität anhand der Auditstandards und Beurteilungen der Erfüllung der Auditstandards anhand der drei Kategorien „erfüllt“, „mit Einschränkung erfüllt“ und „nicht erfüllt“.

Stellungnahme der Universität

Die Universität erhält das vorläufige Gutachten und kann in einer Stellungnahme auf mögliche sachliche Fehler hinweisen und auf die Feststellungen und Beurteilungen der Gutachter*innen replizieren. Die Gutachter*innen prüfen die Stellungnahme und entscheiden über Änderungen des Gutachtens.

Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems

Das Board entscheidet über die Zertifizierung auf Grundlage der endgültigen Fassung des Gutachtens sowie der Stellungnahme der Universität. Der Selbstevaluierungsbericht der Universität sowie eventuell nachgereichte Unterlagen liegen dem Board zur Einsichtnahme vor.

Wenn alle Standards erfüllt oder mit Einschränkung erfüllt sind, beschließt das Board die Zertifizierung.

Wenn ein oder mehrere Standards mit Einschränkung erfüllt sind, kann das Board Auflagen erteilen. Ein Standard ist dann mit Einschränkung erfüllt, wenn ein Mangel im Qualitätsmanagementsystem vorliegt, der nach Auffassung des Boards voraussichtlich innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten behebbar ist.

Wenn zumindest ein Standard nicht erfüllt ist, versagt das Board die Zertifizierung. Ein Standard ist dann nicht erfüllt, wenn ein Mangel vorliegt, der nach Auffassung des Boards nicht innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten behebbar ist.

Die Zertifizierung ist auf sieben Jahre befristet.

Versagt das Board die Zertifizierung, ist gemäß § 22 Abs. 6 HS-QSG ein Re-Audit durchzuführen.

Veröffentlichung

Nach der Zertifizierungsentscheidung veröffentlicht die AQ Austria auf ihrer Website einen Ergebnisbericht. Dieser enthält die Zertifizierungsentscheidung des Boards, das gesamte Gutachten sowie die Stellungnahme der Universität (letztere nach deren Zustimmung). Die Universität veröffentlicht den Ergebnisbericht in leicht zugänglicher Weise, jedenfalls auf ihrer Website, für die Gültigkeitsdauer der Zertifizierung.

Follow-up

Die AQ Austria bietet der Universität einen optionalen Follow-up-Workshop an, in dem Themen aus dem Auditverfahren diskutiert werden.

Erfüllung von Auflagen

Im Falle einer Zertifizierung mit Auflage(n) muss die Universität deren Erfüllung innerhalb von 18 Monaten nachweisen. Das Board entscheidet bei der Zertifizierung, ob mit der

Überprüfung der Auflagenerfüllung ein Vor-Ort-Besuch verbunden wird, oder eine schriftliche Dokumentation, in der die Universität ihre zur Erfüllung der jeweiligen Auflage(n) gesetzten Maßnahmen erläutert, ausreichend ist.

Die Geschäftsstelle der AQ Austria prüft die Auflagenerfüllung und zieht dafür bei Bedarf ein oder mehrere Mitglieder der Gutachter*innengruppe hinzu. Diese Person legt bzw. diese Personen legen eine begründete schriftliche Beurteilung zur Erfüllung der Auflage(n) auf Grundlage der Dokumentation der Universität und gegebenenfalls des Vor-Ort-Besuchs vor.

Das Board der AQ Austria trifft die Entscheidung über die Erfüllung der erteilten Auflage(n) aufgrund der Dokumentation der Universität und – sofern eingeholt – der Beurteilung des Mitglieds bzw. der Mitglieder der Gutachter*innengruppe.

Im Falle einer nicht nachweisbaren Erfüllung der Auflage(n) und der damit einhergehenden negativen Entscheidung durch das Board der AQ Austria wird das Qualitätsmanagementsystem als nicht zertifiziert eingestuft. Wird das Qualitätsmanagementsystem einer Universität nicht zertifiziert, so ist gemäß § 22 Abs. 6 HS-QSG nach zwei Jahren ein Re-Audit durch die AQ Austria durchzuführen.

Kosten

Die Universität trägt die vom Board der AQ Austria festgelegte Verfahrenspauschale sowie die Kosten für die Gutachter*innen, die sich aus Aufwandsentschädigung, Reise- und Nächtigungskosten zusammensetzen.

Ist für die Überprüfung von der oder den Auflage(n) der Einsatz von Gutachter*innen vorgesehen, so wird deren Aufwandsentschädigung gesondert verrechnet.

Beschwerde

Die Universität hat die Möglichkeit, gegen den Verfahrensablauf, gegen die Zertifizierungsentscheidung und wegen wahrgenommener Unrichtigkeit des Ergebnisberichts Einspruch bei der Beschwerdekommision der AQ Austria zu erheben. Die Beschwerde muss innerhalb von drei Monaten nach der Zertifizierungsentscheidung des Boards eingebracht werden.

D. Freiwillige Vertiefung des Audits

Die Universität kann mit der AQ Austria eine Vertiefung des Audits vereinbaren, die als Ergänzung zur Zertifizierung ausschließlich qualitätsentwickelnden Charakter hat und daher nicht Teil der Zertifizierungsentscheidung ist. Die Vertiefung des Audits stellt eine kostenfreie Zusatzleistung der AQ Austria dar und wird von der Universität freiwillig in Anspruch genommen.

Bei der Vertiefung handelt es sich in der Regel um einen abgrenzbaren, eigenständigen Teilaspekt eines Prüfbereiches bzw. eines Standards, zu dem die Universität eine

Weiterentwicklung anstrebt und externes Feedback im Rahmen des Audits erhalten möchte.

Für die Vertiefung werden entsprechend § 22 Abs. 5 zweiter Satz keine Auflagen erteilt. Daher kann die Vertiefung keinen gesamten Prüfbereich nach § 22 Abs. 2 Z 1-6 HS-QSG bzw. keinen gesamten Standard nach der vorliegenden Auditrichtlinie umfassen. Der abgrenzbare Teilaspekt wird so gewählt, dass die Erfüllung der Prüfbereiche bzw. der Standards der Auditrichtlinie unabhängig von der Vertiefung vollständig beurteilt werden kann.

Die AQ Austria und die Universität vereinbaren, welcher Teilaspekt für die Vertiefung gewählt wird. Die Universität beschreibt die Vertiefung in einem eigenen Abschnitt ihres Selbstevaluierungsberichts. Dabei stellt sie den Status-Quo sowie mögliche Stärken, Schwächen und Entwicklungspotentiale in Bezug auf dieses Thema an der Universität dar und erläutert, zu welchen Punkten sie den Austausch mit den Gutachter*innen im Rahmen des Vor-Ort-Besuchs wünscht.

Im Gutachten, das als Grundlage für die Zertifizierungsentscheidung des Boards der AQ Austria dient, wird die Vertiefung lediglich benannt. Es erfolgt jedoch keine Darstellung einer möglichen Problemlage oder der Empfehlungen der Gutachter*innen. Das Feedback der Gutachter*innen wird ausschließlich der Universität zur Verfügung gestellt.

E. Inkrafttreten

Die Richtlinie für das Audit des internen Qualitätsmanagementsystems für Universitäten tritt am 10. Februar 2021 in Kraft. Für zu diesem Zeitpunkt bereits anhängige Audits gilt die Richtlinie vom 11. September 2018.

II. Ergänzende Informationen zur Durchführung des Verfahrens

1 Vorbereitung des Audits

Auf Anfrage der Universität übermittelt die AQ Austria ein Angebot zur Durchführung des Auditverfahrens. Mit dem Angebot bietet die AQ Austria eine Präsentation des Audits und ein Erstgespräch an der Universität an. Im Rahmen dieses Gesprächs werden die wesentlichen Punkte des Audits von Seiten der AQ Austria erläutert und dessen Ablauf wird im Detail vorgestellt. Außerdem bekommt die Universität die Möglichkeit, ihr eigenes Qualitätsmanagementsystem vorzustellen. Gemeinsam wird ein erster grober Zeitplan entworfen, der genügend Zeit für eine universitätsinterne Vorbereitung und die Erstellung des Selbstevaluierungsberichts ebenso wie die Auswahl und Vorbereitung der Gutachter*innen durch die AQ Austria beinhaltet.

Zur Durchführung des Audits schließen die Universität und die AQ Austria eine schriftliche Vereinbarung, die Rechte und Pflichten beider Vertragspartnerinnen umfasst.

Die Universität und die AQ Austria benennen jeweils eine Person, die für die Verfahrenskoordination zuständig ist. Die*Der Verfahrenskordinator*in der AQ Austria ist dafür verantwortlich, dass die Formalerfordernisse des Verfahrens eingehalten werden und nimmt an keiner Stelle des Verfahrens die Rolle von Gutachter*innen ein, sondern achtet auf den geregelten und fairen Ablauf des Verfahrens.

2 Selbstevaluierungsbericht

Der Selbstevaluierungsbericht ist das zentrale Dokument für das Auditverfahren. Mit diesem Dokument sollen die Gutachter*innen einen möglichst umfassenden Einblick in die Strukturen, Bereiche und Instrumente des Qualitätsmanagementsystems der Universität und dessen Umsetzung erhalten.

Der Aufbau des Selbstevaluierungsberichts liegt in der Eigenverantwortung der Universität. Es ist ratsam, dass die Universität für jeden Auditstandard explizit demonstriert, wie sie in Bezug auf die dort jeweils genannten Themen agiert. Die*Der Verfahrenskordinator*in der AQ Austria kann auf Wunsch der Universität mit Feedback zu Aufbau, Verständlichkeit und Vollständigkeit des Berichts zur Seite stehen, ohne eine Bewertung des Qualitätsmanagementsystems vorzunehmen.

Neben der Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems soll das Audit möglichst auch dessen kontinuierliche Weiterentwicklung fördern und unterstützen. Dies beginnt mit der Vorbereitung der Universität und der Erstellung des Selbstevaluierungsberichts. Die Er-

stellung des Berichts soll unter Einbeziehung der Universitätsangehörigen erfolgen. Die damit einhergehende Selbstreflexion hilft, die Stärken und Schwächen des eigenen Qualitätsmanagementsystems besser zu definieren. Die interne Vorbereitung an der Universität kann positive Anstöße zur Weiterentwicklung geben und trägt zur nachhaltigen Wirkung des Audits bei.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen sich letztendlich auch in der schriftlichen Darstellung widerspiegeln.

Die AQ Austria empfiehlt, für die Erstellung des Selbstevaluierungsberichts folgende drei Punkte zu berücksichtigen:

2.1 Vorstellung der Universität

Eine kurze Vorstellung der Universität zu Beginn des Selbstevaluierungsberichts ist hilfreich, um den Gutachter*innen ein Bild der Universität zu vermitteln. Die Gutachter*innen sollen einen Überblick über das Profil, Schlüsselkennzahlen und wesentliche Entwicklungen der Institution erhalten und erfahren, welche Ziele die Universität verfolgt.

Die Vorstellung der Universität soll eine Länge von fünf Seiten nicht übersteigen.

2.2 Darstellung und Analyse des Qualitätsmanagementsystems der Universität unter Berücksichtigung der Auditstandards

Nach dem Überblick zur Universität folgt die Darstellung des Qualitätsmanagementsystems. Sie hängt von der Art oder dem Modell des von der Universität entwickelten oder gewählten Systems ab. Eine grafische Darstellung des Qualitätsmanagementsystems ist für einen Gesamtüberblick nützlich. Mit Blick auf die Orientierung des Qualitätsmanagementsystems an den Zielen der Universität soll für externe Leser*innen des Selbstevaluierungsberichts erkennbar sein, um welche Ziele es sich handelt. Dies trifft auch auf die Querschnittsaufgaben (gesellschaftliche Zielsetzungen und Internationalisierung) zu.

Alle Auditstandards sollen behandelt werden. Nachdem das Audit die Leistungsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems beurteilt, soll in einer Selbstreflexion zusätzlich auch eine eigene Einschätzung der Funktionsfähigkeit des Systems in der Praxis vorgenommen werden. Es hat sich bewährt, dafür anhand von konkreten Beispielen die Umsetzung von Maßnahmen im Qualitätskreislauf zu zeigen.

Die Universität soll beschreiben, welche Entwicklungen des Qualitätsmanagementsystems sie seit dem letzten Audit vorangetrieben hat und wie sie mögliche Empfehlungen bearbeitet hat.

Der Umfang der Darstellung und Selbstanalyse des Qualitätsmanagementsystems soll eine Länge von 50 Seiten nicht übersteigen. Dabei soll die Universität auf die Nachvollziehbarkeit, Konsistenz und Widerspruchsfreiheit ihrer Darlegungen achten.

2.3 Verweise und Nachweise

Auf Informationen, die bereits in bestehenden Dokumenten ausreichend beschrieben sind, kann die Universität entsprechend verweisen. Diese Unterlagen (beispielsweise Jahresbericht, Geschäftsbericht, QM-Handbuch, Mustercurricula etc.) stellt die Universität zur Verfügung. Hilfreich ist es, bereits vorhandene schematische Darstellungen aufzugreifen, um beispielsweise Ablaufschemen oder Organisationspläne zu veranschaulichen. Verlinkungen auf die Website der Universität im Selbstevaluierungsbericht sollen hingegen vermieden werden.

Die Nutzung von vorhandenen Dokumenten soll den Arbeitsaufwand für die Universität reduzieren. In Anlagen können Nachweise für umgesetzte Maßnahmen übermittelt werden. Der Selbstevaluierungsbericht selbst soll die wesentlichen Informationen sowie nachvollziehbare Erläuterungen zum Qualitätsmanagementsystem der Universität enthalten.

3 Gutachter*innen

3.1 Anforderungen der AQ Austria zur Auswahl der Gutachter*innengruppe

Die Gutachter*innengruppe besteht aus mindestens vier Personen, davon eine Person, die studiert. Die AQ Austria empfiehlt, fünf Gutachter*innen einzusetzen, um einen möglichst differenzierten Blick auf das Qualitätsmanagementsystem zu erhalten.

Maßgeblich für die Auswahl der Gutachter*innen sind das Profil der Universität (v.a. Größe, Disziplinspektrum, Schwerpunkte in der Lehre, Forschung bzw. EEK, strategische Ausrichtung der Universität) und die Beschaffenheit ihres Qualitätsmanagementsystems (z.B. zentrales oder dezentrales Qualitätsmanagementsystem, EFQM-Modell). Die Gutachter*innen müssen die Verfahrenssprache (Deutsch oder Englisch) sowohl schriftlich als auch mündlich in angemessener Weise beherrschen.

In der Gesamtheit der Gutachter*innengruppe verfügen die Personen über Erfahrungen in der Leitung und Organisation einer Universität bzw. Hochschule sowie im universitären bzw. hochschulischen Qualitätsmanagement und über Kenntnis des österreichischen Hochschulsystems. Alle Gutachter*innen sind unabhängig von ihrer Funktion an ihrer Universität bzw. Hochschule gleichwertige Mitglieder der Gutachter*innengruppe.

Die Gutachter*innengruppe soll international zusammengesetzt sein, wobei Internationalität sowohl durch Herkunft als auch durch berufliche Erfahrung aufgrund einer Tätigkeit im Ausland zum Ausdruck kommen kann. Die Universität kann selbst entscheiden, ob der Gutachter*innengruppe ausschließlich außerhalb von Österreich tätige Personen angehören sollen. Die Zusammensetzung der Gutachter*innengruppe soll eine breite Perspektive erfahrener Personen aus dem Europäischen Hochschulraum auf das Qualitätsmanagementsystem der Universität ermöglichen.

Die AQ Austria achtet auf besondere Erfordernisse des Einzelfalls und strebt Diversität in der Gutachter*innengruppe an. Des Weiteren intendiert die AQ Austria die Einbeziehung eines Mitglieds der Gutachter*innengruppe aus dem vorhergegangenen Audit.

Bei der Auswahl der Gutachter*innen prüft die AQ Austria, dass keine Umstände vorliegen, die eine Unbefangenheit in Zweifel ziehen oder eine Unvereinbarkeit mit der Tätigkeit als Gutachter*innen an der Universität begründen. Gründe können beispielsweise die Folgenden sein:

- Arbeits- oder sonstiges Vertragsverhältnis mit der Universität in den letzten fünf Jahren;
- Bewerbung an der Universität in den letzten fünf Jahren;
- Mitwirkung oder Mitarbeit an der Universität selbst oder deren Gremien in den letzten fünf Jahren;
- Persönliche Forschungszusammenarbeit oder Kooperation mit Personen der Universität in den letzten fünf Jahren;
- Absolvierung einer Prüfung oder Erlangung eines Abschlusses an der Universität in den letzten fünf Jahren;
- Private Naheverhältnisse zu Angehörigen der Universität.

Aufgrund der oben beschriebenen Anforderungen erstellt die AQ Austria einen Vorschlag potentieller Gutachter*innen und legt diesen der Universität vor. Sie hat das Recht, gegen einzelne Personen aus diesem Vorschlag schriftlich begründete Einwände vorzubringen und/oder Unvereinbarkeiten oder Befangenheiten aufzuzeigen.

Die AQ Austria schließt mit den Gutachter*innen eine schriftliche Vereinbarung über ihre Mitwirkung am Auditverfahren, wobei sie auch ihre Unbefangenheit bestätigen und sich zur Verschwiegenheit über alle im Zuge des Verfahrens über die Universität erhaltenen Informationen und Erkenntnisse verpflichten. Ein Code of Conduct bietet den Gutachter*innen praktische Hinweise für ihre Tätigkeit und legt die Verhaltensregeln fest.

3.2 Grundsätze für die Tätigkeit der Gutachter*innen

Die Gutachter*innen verstehen sich im Sinne einer Peer-Review als „critical friends“. Sie sind fachlich kompetente, externe Personen, die gegenüber der Universität eine zugleich wohlwollende und kritische Haltung einnehmen und durch ihre Mitwirkung am Auditverfahren zur Erreichung der Ziele des Audits beitragen. In dieser Rolle begegnen die Gutachter*innen den Angehörigen der Universität in kollegialer Weise.

3.3 Aufgaben der Gutachter*innen

Die Gutachter*innen sind verpflichtet, aktiv am Verfahren teilzunehmen. Das beinhaltet die eigene Vorbereitung anhand der von der AQ Austria zur Verfügung gestellten Materialien und des Selbstevaluierungsberichts der Universität ebenso wie die Teilnahme an den von der AQ Austria organisierten internen Vorbereitungstreffen und am Vor-Ort-Besuch sowie die Erstellung des Gutachtens. Benötigen die Gutachter*innen weitere Informationen

oder Dokumente für ihre Tätigkeit, teilen sie dies der*dem Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria unverzüglich mit.

Innerhalb der Gutachter*innengruppe übernimmt eine Person den Vorsitz. Diese Person moderiert üblicherweise die Gespräche während des Vor-Ort-Besuchs und koordiniert die Erstellung des Gutachtens auf Seite der Gutachter*innen.

3.4 Vorbereitung der Gutachter*innen

Die Vorbereitung der Gutachter*innen durch die AQ Austria erfolgt in mehreren Phasen. Sie zielt darauf ab, dass diese nach den von der Agentur definierten Grundsätzen am Audit mitwirken und die Ziele, die Standards und den Ablauf des Verfahrens sowie die für das Audit relevanten gesetzlichen Bestimmungen und das österreichische Hochschulsystem kennen. Von den Gutachter*innen wird darüber hinaus erwartet, dass sie sich vor dem Vor-Ort-Besuch auf Basis des Selbstevaluierungsberichts bereits eingehend mit der Universität und deren Qualitätsmanagementsystem vertraut gemacht haben.

In einer von der*dem Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria moderierten Videokonferenz etwa drei Wochen vor dem Vor-Ort-Besuch tauschen die Gutachter*innen ihre Eindrücke zum Selbstevaluierungsbericht und zum bestehenden Qualitätsmanagementsystem der Universität aus und können um Nachreichung von Informationen (z.B. Dokumente oder Kennzahlen zur Orientierung) bitten. Außerdem wird die von der AQ Austria gemeinsam mit der Universität vorbereitete Agenda für den Ablauf des Vor-Ort-Besuchs besprochen und allenfalls angepasst.

Die*Der Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria kontaktiert die Universität im Falle von nachzureichenden Informationen und bespricht eventuelle Änderungen in der vorgeschlagenen Agenda.

Unmittelbar vor dem Vor-Ort-Besuch bereiten die*der Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria und die Gutachter*innen in einem internen Vorbereitungsworkshop die Gespräche an der Universität vor. Dabei werden die Abläufe und Inhalte der Gespräche im Detail besprochen und Zuständigkeiten innerhalb der Gruppe falls erforderlich nochmals geklärt.

4 Vor-Ort-Besuch

Im Auditverfahren der AQ Austria ist ein Vor-Ort-Besuch an der auditierten Universität vorgesehen, der mit dem oben genannten internen Vorbereitungsworkshop der Gutachter*innen beginnt. Für den Vor-Ort-Besuch selbst ist, je nach Größe der Universität, ein Zeitrahmen von zwei bis drei Tagen anberaumt.

Ziel des Vor-Ort-Besuchs ist es, dass die Gutachter*innen aufbauend auf den Erkenntnissen aus dem Selbstevaluierungsbericht der Universität ein ausreichendes Verständnis für das Konzept des Qualitätsmanagementsystems und seine Struktur entwickeln und die tatsächliche Umsetzung des Qualitätsmanagements in den verschiedenen Leistungsbereichen

unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven begutachten, um eine Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards vornehmen zu können.

Der Ablauf des Vor-Ort-Besuchs wird den spezifischen Erfordernissen des Verfahrens angepasst und anhand einer Musteragenda zwischen der AQ Austria und der Universität abgestimmt, so dass eine rechtzeitige Einladung der Gesprächspartner*innen durch die Verfahrenskoordination der Universität erfolgen kann. Die Nominierung der Studierenden zu dem Gespräch soll durch die Studierendenvertretung erfolgen. Nach der vorbereitenden Videokonferenz mit den Gutachter*innen wird die Agenda fertiggestellt.

Gesprächspartner*innen der Gutachter*innen beim Vor-Ort-Besuch sollen seitens der Universität jedenfalls Vertreter*innen der Universitätsleitung, Verantwortliche des Qualitätsmanagements, Mitarbeiter*innen der Lehre, der Forschung bzw. der EEK, Leiter*innen von bzw. Mitarbeiter*innen aus relevanten Organisationseinheiten und Studierende sein. Die einzelnen Personen stellen ihre Positionen in den Gesprächen mit den Gutachter*innen frei und unbeeinflusst dar.

Am Ende des Vor-Ort-Besuchs findet ein Abschlussgespräch der Gutachter*innen mit der Universitätsleitung statt, bei dem die Gutachter*innen letzte Informationen einholen und ein erstes Feedback zu ihren Eindrücken geben. Es erfolgt jedoch weder eine detaillierte Beurteilung noch eine Vorwegnahme der Zertifizierungsempfehlung, da die letztgültige Entscheidung über die Zertifizierung beim Board der AQ Austria liegt.

Die*Der Verfahrenskordinator*in der AQ Austria nimmt am Vor-Ort-Besuch teil, bereitet die Gutachter*innen darauf vor, achtet auf einen korrekten Ablauf des Verfahrens und darauf, dass die Standards gleichermaßen berücksichtigt sowie alle erforderlichen Informationen eingeholt werden. Die*Der Verfahrenskordinator*in steht während des gesamten Vor-Ort-Besuchs sowohl der Universität als auch den Gutachter*innen für die Klärung offener Fragen zum österreichischen Hochschulsystem und zum Auditverfahren zur Verfügung und ist Bindeglied zwischen der Universität und den Gutachter*innen.

5 Gutachten

Die Feststellungen zu den Auditstandards und die Beurteilung des Erfüllungsgrads der einzelnen Auditstandards durch die Gutachter*innen werden in einem schriftlichen Gutachten dokumentiert.

Das Gutachten basiert auf den Erkenntnissen, die die Gutachter*innen aus dem Selbstevaluierungsbericht der Universität und den Gesprächen im Rahmen des Vor-Ort-Besuchs gewinnen konnten. Alle Gutachter*innen tragen gleichermaßen zum Gutachten bei und verpflichten sich zur Klarstellung bzw. Präzisierung von Feststellungen, Kritikpunkten und Empfehlungen, sofern es erforderlich ist.

Die Adressat*innen des Gutachtens sind die auditierte Universität, das Board der AQ Austria sowie die Öffentlichkeit, die durch die Veröffentlichung des Gutachtens informiert wird.

Die Feststellungen und Beurteilungen des Gutachtens müssen vollständig, nachvollziehbar, aussagekräftig, klar und verständlich formuliert, faktisch korrekt, fair und objektiv sowie mit dem Bewusstsein für die verschiedenen Adressat*innengruppen geschrieben sein.

Inhaltliche Gestaltung des Gutachtens

Das Gutachten ist entlang der fünf Auditstandards aufgebaut. Für das Gutachten stellt die AQ Austria eine Vorlage zur Verfügung, die folgendermaßen aufgebaut ist:

Kapitel 1: Allgemeine Informationen zum Verfahren

- Ziele und Standards des Audits
- Informationen zur Universität
- Methode und Ablauf des Audits
- Gutachter*innengruppe

Dieses Kapitel wird durch die AQ Austria verfasst.

Kapitel 2: Zusammenfassung

Die Zusammenfassung gibt einen Überblick zu den wichtigsten Feststellungen und Beurteilungen der Gutachter*innen und enthält gegebenenfalls Aussagen zu folgenden Elementen:

- wichtigste Merkmale des Qualitätsmanagementsystems der Universität
- Beispiele guter Praxis des Qualitätsmanagementsystems

Kapitel 3: Beurteilung der Erfüllung der Auditstandards

Jedem Standard ist ein eigener Abschnitt gewidmet, welcher Feststellungen und Beurteilungen enthält.

In ihrem Gutachten benennen die Gutachter*innen gegebenenfalls Elemente guter Praxis des Qualitätsmanagementsystems der Universität.

Sie sprechen unabhängig vom Ergebnis ihrer Beurteilung Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems aus, deren Umsetzung durch die Universität fakultativ erfolgt.

Abschließend beurteilen die Gutachter*innen den Erfüllungsgrad des jeweiligen Auditstandards anhand der drei Kategorien „erfüllt“, „mit Einschränkung erfüllt“ und „nicht erfüllt“. Die Beurteilung muss begründet und nachvollziehbar sein.

Sollten die Gutachter*innen zum Schluss gelangen, einen Standard als „mit Einschränkung erfüllt“ zu beurteilen, schlagen sie eine Empfehlung oder eine Auflage vor, aus der hervorgeht, was erforderlich ist, um den Standard als „erfüllt“ beurteilen zu können. Schlagen sie eine Auflage vor, so muss diese so gestaltet sein, dass eine Erfüllung durch die Universität innerhalb der Frist von 18 Monaten möglich ist. Dieser Umstand entsteht, wenn eine

Anforderung eines Standards nicht gegeben ist.

Kapitel 4: Anlagen

Der Anhang enthält die anonymisierte Agenda des Vor-Ort-Besuchs und die vorliegende Richtlinie.

Die Erstellung des Gutachtens geschieht unter Wahrung der Meinungsvielfalt der Gutachter*innen mit dem Ziel des Konsenses. Soweit Unterschiede in den Auffassungen der Gutachter*innen bestehen, legen sie diese im Gutachten dar. Die*Der Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria unterstützt die Erstellung des Gutachtens.

6 Stellungnahme der Universität

Die*Der Verfahrenskoordinator*in der AQ Austria übermittelt der Universität das vorläufige Gutachten. Die Universität hat die Möglichkeit, schriftlich ihre Sicht und allenfalls abweichende Meinung zu den Feststellungen und Beurteilungen der Gutachter*innen sowie mögliche sachliche Fehler darzulegen. Diese prüfen die Stellungnahme und entscheiden über Änderungen des Gutachtens. Die gesamte Gutachter*innengruppe stimmt dem endgültigen Gutachten zu, bevor die AQ Austria es als endgültiges Gutachten an die Universität übermittelt.

7 Zertifizierung

7.1 Zertifizierungsentscheidung

Das Board der AQ Austria entscheidet über die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems auf Grundlage der endgültigen Fassung des Gutachtens sowie der Stellungnahme der Universität. Der Selbstevaluierungsbericht sowie eventuell nachgereichte Unterlagen liegt dem Board ebenfalls vor.

Die AQ Austria informiert die Universität nach der Entscheidung des Boards umgehend über dessen Beschluss. Ebenso erfolgt eine Verständigung der Gutachter*innen.

7.2 Erfüllung von Auflagen

Die achtzehnmonatige Frist zur Erfüllung der Auflagen beginnt am Tag der Zertifizierungsentscheidung durch das Board. Wird zur Überprüfung der Auflagenerfüllung ein oder mehrere Mitglieder der Gutachter*innengruppe herangezogen, so trägt die Universität die dabei anfallenden Kosten (Abgeltung, mögliche Reise- und Nächtigungskosten). Für die AQ Austria sind keine Kosten durch die Universität zu tragen.

8 Veröffentlichung

Die AQ Austria veröffentlicht den Ergebnisbericht auf ihrer Website.

Gemäß § 21 HS-QSG ist auch die Universität verpflichtet, die Ergebnisse des Auditverfahrens in leicht zugänglicher Weise zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt in Form des Ergebnisberichts jedenfalls auf der Website der Universität.

Ausgenommen von der Veröffentlichung sind jedenfalls personenbezogene Daten und Berichtsteile, die sich auf Finanzierungsquellen sowie Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse beziehen.

9 Follow-up

Die Themen eines optionalen Follow-up-Workshops können sich auf Empfehlungen aus dem Gutachten oder auf Begründungen für eventuell ausgesprochene Auflagen beziehen. Der Workshop soll konkrete Ergebnisse des Audits aufgreifen und zur Nachhaltigkeit des Verfahrens beitragen.

Auf Wunsch der Universität wird ein Mitglied der Gutachter*innengruppe des Audits zum Workshop eingeladen, wobei die dafür entstehenden Kosten von der Universität getragen werden. Für die Teilnahme der Verfahrenskoordination der AQ Austria fallen keine weiteren Kosten für die Universität an.

10 Beschwerde

Im Falle eines Einspruchs gegen den Verfahrensablauf, die Zertifizierungsentscheidung oder wahrgenommener Unrichtigkeit des Ergebnisberichts, bringt die Universität eine begründete formlose schriftliche Beschwerde bei der Geschäftsstelle der AQ Austria ein. Die Beschwerde wird durch die Beschwerdekommision¹ behandelt, die dem Board der AQ Austria und der Universität über die Ergebnisse ihrer Ermittlungen berichtet und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zur Problemlösung empfiehlt.

Die abschließende Entscheidung obliegt dem Board der AQ Austria. Die Einschätzung der Beschwerdekommision ist für das Board der AQ Austria nicht bindend. Es hat bei einer eventuellen gegenteiligen Einschätzung zu begründen, warum es den Empfehlungen der Beschwerdekommision nicht folgt.

¹ Mitglieder der Beschwerdekommision und Geschäftsordnung, abgerufen am 21.12.2020: <https://www.aq.ac.at/de/ueber-uns/gremien-organe/beschwerdekommision.php>

11 Re-Audit

Wird das Qualitätsmanagementsystem einer Universität nicht zertifiziert, so ist gemäß § 22 Abs. 6 HS-QSG nach zwei Jahren ein Re-Audit durch die AQ Austria durchzuführen. Eine Nicht-Zertifizierung kann entweder infolge einer negativen Zertifizierungsentscheidung oder der Nicht-Erfüllung von Auflagen eintreten. Im Fall der Nicht-Erfüllung der Auflagen erfolgt das Re-Audit zwei Jahre nach der negativen Entscheidung der Auflagenerfüllung.

Das Re-Audit wird nach denselben Verfahrensregeln durchgeführt wie ein mit der AQ Austria durchgeführtes Audit. Die Universität weist nach, dass sie ein Qualitätsmanagementsystem nach den gesetzlichen Bestimmungen eingerichtet hat und dass die im vorangegangenen Audit festgestellten Mängel behoben wurden. Hierzu kann sie sich auf den Ergebnisbericht des ursprünglichen Audits und die damals verwendeten Dokumente beziehen.

12 Glossar

Auditstandards

Auditstandards konkretisieren die Prüfbereiche gemäß § 22 Abs. 2 HS-QSG und beschreiben die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Die fünf Auditstandards sind die Grundlage für die Universität zur Selbsteinschätzung des internen Qualitätsmanagementsystems und für die Gutachter*innen zur externen Beurteilung.

Auditverfahren

Periodisch wiederkehrendes Peer-Review-Verfahren, in dem Organisation und Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems einer Universität durch externe Gutachter*innen beurteilt werden, um es zu zertifizieren. Es unterstützt die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems und ermöglicht kollegiales Feedback zu dessen Entwicklungspotentialen.

Auflagen

Auflagen werden nur ausgesprochen, wenn Mängel in der tatsächlichen Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems festgestellt werden, die nach Auffassung des Boards innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten behoben werden können. Auflagen sind bindend und müssen innerhalb der Frist von 18 Monaten erfüllt werden, um die Zertifizierung zu behalten.

EEK

Die „Entwicklung und Erschließung der Kunst“ ist eine der Aufgaben von Universitäten gemäß § 3 Z 1 UG 2002. Die „Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung [...] der Entwicklung und Erschließung der Künste“ gehören zu den Prüfbereichen für das Audit gemäß § 22 Abs. 2 Z 2 HS-QSG.

Empfehlungen

Empfehlungen der Gutachter*innen sind nicht bindend und sollen die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems unterstützen.

ESG

Die Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (Standards und Leitlinien für die Qualitätssicherung im Europäischen Hochschulraum, ESG) gehören zum Orientierungsrahmen für die Gestaltung des Audits durch die AQ Austria.

Externe Interessensgruppen

Gesellschaftliche Gruppen, die am Wirken einer Universität teilhaben. Die Interessensgruppen sind durch Profil und Ziele der Universität bestimmt. Sie setzen sich beispielsweise aus Vertreter*innen der Gesellschaft, der Wissenschaft und dem Arbeitsmarkt zusammen.

Kernaufgaben

Die Kernaufgaben der Universität umfassen die Leistungsbereiche Studien und Lehre, Forschung oder EEK.

Prüfbereiche

Jene Bereiche, die in einem Audit gemäß § 22 Abs. 2 HS-QSG jedenfalls zu prüfen sind. Die gesetzlichen Prüfbereiche enthalten unterschiedliche Dimensionen eines Qualitätsmanagementsystems, die miteinander in engem Zusammenhang stehen. Die AQ Austria konkretisiert die Prüfbereiche durch die fünf Standards.

Qualitätskreislauf

Beschreibung eines Prozesses der kontinuierlichen Sicherung und gegebenenfalls Verbesserung der Qualität durch die Abfolge von Planen – Durchführen – Prüfen – Handeln. Der Kreislauf wird geschlossen, wenn Verbesserungsmaßnahmen in die Planung einfließen.

Qualitätsmanagementsystem

Gesamtheit von aufeinander abgestimmten bzw. zusammenwirkenden Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung universitätsinterner Organisations- und Steuerungsprozesse, welche die Universität beim Erreichen ihrer Ziele unterstützen. Die Universität gestaltet diese Maßnahmen autonom.

Querschnittsaufgaben

Die Querschnittsaufgaben umfassen die gesellschaftlichen Zielsetzungen, die von der Universität entsprechend ihres Profils und ihrer Strategie selbst festgelegt werden, sowie die Internationalisierung

Universitätsangehörige

Dazu zählen Studierende, Mitarbeiter*innen der Verwaltung, Mitarbeiter*innen der Lehre, Forschung bzw. Entwicklung und Erschließung der Kunst (EEK).

Unterstützende Aufgaben

Die unterstützenden Aufgaben umfassen die Bereiche Organisation, Administration und Personal der Universität.

Zertifikat

Mit einem Zertifikat erhält die Universität den Nachweis darüber, dass sie ihren gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der Qualität in ihren Kern- und Querschnittsaufgaben wahrnimmt und das Qualitätsmanagementsystem geeignet ist, die Universität in der Erfüllung ihrer Ziele zu unterstützen.



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

[REDACTED]

Innsbruck, 4. Juli 2023

Stellungnahme der Universität zum vorläufigen QM-Audit-Gutachten per 2. Juli dJ

[REDACTED]

Eingangs bedanken wir uns bei allen Beteiligten für die mannigfaltige Mühewaltung, die zur Publikation des (vorläufigen) QM-Audit-Gutachtens geführt hat. Namens der Redaktion des Selbstevaluierungsberichtes beehre ich mich, nachfolgend unsere Stellungnahmen zu übermitteln. Diese bestehen aus a) inhaltlichen Präzisierungen, b) Kommentaren zur Nomenklatur und c) Typoskript-Korrekturfahnen.

Ad 1 – Bereich Studium und Lehre)

Standard 3, Lehre:

Die Kommentare unsererseits beziehen sich auf sprachlich uneindeutige Formulierungen bzw. auf zwei unserer Meinung nach nicht die Situation wiedergebende Beschreibungen bezüglich der Organisation des „Skillslabs“ und der technischen Performance eines Evaluationsprogramms.

- S. 19: letzter Absatz:Studien mit Aufnahmeverfahren
 - soll lauten „Human- bzw. Zahnmedizin“ („bzw.“ statt „und“)
- S. 21: dritter Absatz – ... verhindern auch technische Probleme durch „Absturz“ des Programms... die flächendeckende Evaluation:
 - Tatsächlich wurden Beschwerden technischer Art von Studierenden bisher nicht an uns herangetragen, mit einer Ausnahme (im April 2023). Im Pilotprojekt „personenbezogene Evaluation mit QR-Code“ überschritten alle

Studierenden einer Kleingruppe (N=7) in Unkenntnis des „time-outs“ die Zeit, sodass eine Evaluation nicht mehr möglich war. Dies wurde uns bei einem „ÖH jour fixe“ im Mai dJ berichtet und konnte aufgeklärt werden. Der QR-Code-Pilot lief (auf Nachfrage) in den anderen Gruppen im Pilot-Semester technisch problemlos.

- S. 22, dritter Absatz – Beschreibung des „Skillslabs“:
 - Aus unserer Sicht ist die Trennung von studentischen Kursen des ÖH-Trainingszentrums (mit studentischen (ÖH-)Tutor:innen) gegenüber dem MUI-Skillslab, das mit Lehrenden und studentischen (von MUI angestellten) Tutor:innen Praktika, Übungsmöglichkeiten, OSCE-Prüfungen und Wahlfächern anbietet, unklar. Das „Skillslab“ ist eine Einrichtung der MUI, nicht der ÖH, und wird von einem ärztlichen Leiter (Kliniker) in Nebentätigkeit geleitet, mit Personal der Abteilung Lehr- und Studienorganisation. Im „Skillslab“ werden
 - (1) im 4. Semester Pflicht-Praktika zu Grundfertigkeiten durch Lehrende mit Unterstützung von stud. (MUI-)Tutor:innen unterrichtet, es gibt im Anschluss dort die Möglichkeit für Studierende mit stud. Tutorinnen oder auch alleine zu üben und sich so auf den abschließenden OSCEs (welcher auch im „Skillslab“ stattfindet) vorzubereiten.
 - (2) im 9./10. Semester tutorierte und nicht-tutorierte Übungsmöglichkeiten für fachspezifische Skills angeboten, die auf die in den Kliniken von Ärzt:innen gelehrt Praktikumsinhalte folgen bzw. abgestimmt sind und Inhalte des nachfolgenden 10. Semester OSCEs darstellen (der auch im Skillslab stattfindet).
 - (3) die genannten studentischen MUI-Tutor:innen für Praktika und Übungen für den Einsatz von Lehrenden ausgebildet.
 - (4) Wahlfächer von Lehrenden mit praktischem Inhalt (Notfallmedizin-Training am Simulator, SIM-Baby, Lumbalpunktion...) abgehalten.
 - (5) die genannten OSCEs von Lehrenden durchgeführt und auch evaluiert (PDCA Zyklus: Praktikum- (Üben mit Tutor) – (Üben ohne Tutor) – OSCE – Evaluation des PR, Üben, OSCEs – Feedback an Praktikumsleiter:innen und Skillslab).
 - Das ÖH-Trainingszentrum ist kein Teil des „Skillslabs“ der MUI im organisatorischen Sinn, es werden ihm vier Räume vonseiten der MUI im Skillslabbereich zur Verfügung gestellt, zB für „Sono4u“ und andere freiwillige Kurse. Die Tutor:innen dafür bilden die ÖH bzw. von der ÖH eingeladene, renommierte Lehrende aus. Die MUI unterstützt das Trainingszentrum bewusst, weil es niederschwellige Übungsmöglichkeiten anbieten will und respektiert seine Eigenständigkeit. Der Terminus „Tutor:in“ für stud. Kräfte wird ebenso in den Kursen des ÖH-Trainingszentrums benutzt.

- Die genannten Anatomie-Tutor:innen sind – wie die MUI-Skillslab-Tutor:innen und anderen Praktika zugeordnete Tutor:innen – als solche Teil des wissenschaftlichen Personals der MUI im Lehrbetrieb und werden nach Auswahl durch die Anatomie (die auf Vorleistungen beruht, zB Note im Sezierkurs) von der Abteilung Lehr- und Studienorganisation in Abstimmung mit den Lehrveranstaltungsleiter:innen eingestellt.
- S. 23, zweiter Absatz: Serviceeinrichtung Lehr- und Studienadministration...
 - “Studienservice“ ist missverständlich, unser Vorschlag wäre, es bei der Bezeichnung „Lehr- und Studienadministration“ zu belassen. Diese ist in zwei Organisationseinheiten unterteilt: Lehr- und Studienorganisation sowie Studierendenservices
- S. 23, dritter Absatz: LOM Lehre von VOB-Teilnehmer:innen nicht bestätigt.
 - LOM-Lehre-Mittel wurden 2021 und 2022 für innovative Lehrprojekte vergeben, darüber hinaus Lehrpreise für die am besten umgesetzten Projekte im Jahr 2022. Dies ist im SEB angegeben, möglicherweise aber nicht von allen VOB-Teilnehmer:innen rezipiert worden. Wir nehmen dies als wichtige Information für künftige Kommunikationsmaßnahmen zur Kenntnis.
- S. 25, dritter Absatz: ... Kurse, die von der ÖH angeboten werden ... Delegation dieser Lernaktivitäten ... Qualitätssicherung und ständiger Wechsel von Tutor:innen.
 - Aufgrund der Schilderung auf S. 22, 3. Absatz (vgl. o.) sind wir unsicher, ob hier Tutor:innen des Skillslab-Angebots (MUI-Mitarbeiter:innen) und Tutor:innen des Trainingszentrums (ÖH-Mitarbeiter:innen) vermengt werden. Wir stimmen jedoch zu, dass die Knappheit an ärztlichem Personal für Lehre den Versuch des Kompensierens mit Tutor:innen nahelegt. Dies kann je nach Niveau und Komplexität gelingen, ist eine Motivation für späteren Einsatz in der Lehre, aber kein Ersatz von fehlendem Lehrpersonal a priori. In jedem Fall können die zahlreichen und motivierten Studierenden ihre Kolleg:innen bei vielen Lernprozessen fördern, was mit ärztlichem Personal nicht derart zeitintensiv möglich wäre. Die Ausbildung und Eignung von Tutor:innen und die Zusammenstellung der Lerninhalte ist der entscheidende Faktor und wird idR von Lehrenden, im besten Fall noch von jahrelang einschlägig aktiven Studierenden gemeinsam mit Lehrenden getroffen. Wir beobachten, dass sich inzwischen solche Lehrende aus früheren Tutor:innen-Reihen rekrutieren und dann beide Seiten kennen – was der Idealfall ist.

Ad 2 – Bereich Forschung)

Wir haben es offensichtlich nicht geschafft, unsere Aktivitäten im Bereich Unterstützung bei Datenmanagement-Plänen und FAIR-Data in ausreichendem Maße darzustellen (S. 28, unterer Absatz):

- Das Rektorat hat am 14. Dezember 2021 eine Forschungsdatenrichtlinie verabschiedet: <https://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2021/11.pdf>.

In § 5 werden die Unterstützungsangebote der MUI angesprochen. Für die Forschenden sind als Anlaufstellen die Arbeitsgemeinschaft "Research Data" (FSI, IT)

- siehe hier:

<https://www.i-med.ac.at/forschung/Forschungsdatenmanagement/Forschungsdatenmanagement.html>

- und die Data Clearing Stelle (DatenschutzjuristInnen, VR Forschung, FSI)

https://www.i-med.ac.at/forschung/Forschungsdatenmanagement/20221206_Data-Clearing-Webseite.pdf

eingerrichtet worden.

Ein Leitfaden, ein Antragsformular sowie eine schematische Prozessdarstellung für die Data-Clearing-Stelle sind im Intranet hinterlegt. Eine Selbstevaluierung der Data-Clearing-Stelle als QM-Maßnahme steht im Jahr 2023 an. Weiterführende Dokumentationen, etwa zu den FAIR-Kriterien sowie Vorlagen zu Datenmanagementplänen, finden sich im Wiki "Forschungsdatenmanagement"

<https://wiki.i-med.ac.at/display/RDM/Forschungsdatenmanagement>.

Darüber hinaus nimmt die MUI an den nationalen follow-up-Projekten "Shared RDM services and infrastructure" und "ARI&Snet" sowie „AT2OA“ (https://www.at2oa.at/at2oa2_home.html) teil.

Zusammenfassend würden wir im unteren Absatz auf Seite 28 sinngemäß von "weiter ausbauen" sprechen.

Ad 3 – allgemeine Nomenklatur und Typoskript-Korrekturfahren)

Seite	Kommentar
4	3. Absatz nach CCB – runde Klammern
4	Aufzählung der Studien: ULG CMM – runde Klammern



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

7	Zeitplan – Zertifizierungsentscheid am 20.9.2023
8	3. Absatz, vorletzter Satz: Auf dezentraler Ebene sollen eigene QMS entwickelt werden – präziser ist „ können eigene QMS entwickelt werden“. Es besteht keine generelle Verpflichtung der OEL, subsidiäre QMS zu etablieren, die über das zentral angebotene QM hinausreichen.
8	Letzter Satz: während 3 Semestern
10	Erläuterung: „nicht-wissenschaftliches Personal“ – korrekte Bezeichnungen nach Universitätsgesetz 2002 sind „Wissenschaftliches Personal“ und „ Allgemeines Universitätspersonal “
11	Absatz 2: nach Klammerausdruck „an den gängigen QM-Modellen“
12	2. Satz: medizinisch-theoretischer Bereich ist mit ISO-Anforderungen „nicht vertraut“ – ist zu pauschalisierend formuliert (weil Gerichtsmedizin ist zertifiziert, Hygiene und Virologie usw. auch) – Vorschlag: ist mit ISO-Anforderungen „nicht flächendeckend vertraut“
13	Ad Empfehlung 1: Die Ziele der QM-Strategie wurden in die rezente Version des Entwicklungsplans eingearbeitet (steht kurz vor der Veröffentlichung). In der nächsten Leistungsvereinbarung werden die strategischen QM-Ziele auf Jahresziele, Vorhaben, Maßnahmen, Milestones und Kennzahlen heruntergebrochen.
15	Abteilungen, die an den Rektoratssitzungen teilnehmen: bitte durch IT- Abteilung ergänzen
20	Absatz 1, Mitte: In Bezug auf QS ist (statt sind) insbesondere die online Nachbefragung von TeilnehmerInnen zu erwähnen
22	Absatz 1: sollte heißen der/dem OEL Absatz 2: soll heißen „Klinischer Lernzielkatalog Österreichs“
30	Eingerahmter Bereich, Maßnahmen 2 und 3: statt „nicht-wissenschaftlichem Personal“ ersetzen durch „ Allgemeines Universitätspersonal “
30	Letzter Absatz, Zeile 1: ... Attraktivität der MUI als Arbeitgeberin zu steigern - Beistrich nach MUI löschen
31	Vorletzter Absatz: statt „nicht-wissenschaftliches Personal“ ersetzen durch „ Allgemeines Universitätspersonal “
32	Absatz Personalentwicklung: statt „allgemeines Personal“ ersetzen durch „ Allgemeines Universitätspersonal “ (gilt für das gesamte Dokument)
33	Absatz 1: ändern in „ Allgemeines Universitätspersonal “

Ich hoffe, Ihnen mit dieser Stellungnahme gedient zu haben und bedanke mich für die Unterstützung bei der Administration dieses Verfahrens!

[REDACTED]

[REDACTED]