

## **Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende nach § 11 AT-BPO sowie § 11 AT-MPO der Hochschule Bremen**

Stand: 21.08.2023 – Beratungsstelle Inklusiv Studieren

### **1. Anspruch auf Nachteilsausgleich**

Der Nachteilsausgleich dient als Unterstützungs- und Hilfsangebot allein zur Form der Prüfungserbringung, er darf nicht zum Verzicht auf die Erbringung des Nachweises von Modulkenntnissen führen. Bei der Anwendung des Nachteilsausgleichs bleibt die Fach- und Leistungsanforderung der jeweiligen Modulkompetenz unangetastet.

Behinderte und chronisch kranke Studierende im Sinne von § 4 des Bremischen Behindertengleichstellungsgesetzes haben einen Anspruch auf Nachteilsausgleich, sofern und soweit sie beim Ablegen von Prüfungen dadurch gegenüber ihren Mitstudierenden benachteiligt sind. Dies kann nach §§ 11 ATBPO/ATMPO durch eine Variation von Prüfungsmodifikationen ausgeglichen werden, z.B. entsprechende Verlängerung der Bearbeitungszeit oder eine andere Gestaltung des Prüfungsverfahrens. Eine Entscheidung kann nur im Einzelfall erfolgen.

Weitere Infos finden Sie auch im [Amtsblatt Nr. 153, § 11 der Freien Hansestadt Bremen vom 24. Juli 2023.](#)

### **2. Antrag**

Studierende haben den Nachteilsausgleich **unverzüglich, spätestens bis zum Ende der Modulanmeldefrist** beim Prüfungsausschuss zu beantragen.

Bitte reichen Sie Ihren Antrag im Immatrikulations- und Prüfungsamt ein. Ihr Antrag wird von dort aus an den jeweiligen Prüfungsausschuss weitergeleitet. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Beratungsstelle Inklusiv Studieren an der HSB.

Wird der Antrag abgelehnt, ergeht ein begründeter Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung.

#### **Der Antrag muss enthalten:**

- Name, Matrikelnummer, Studiengang und Kontaktdaten (S. 3)
- Bezeichnung der konkreten Modulprüfung(en), für die ein Nachteilsausgleich beantragt wird (S. 4-6)
- Benennung des beeinträchtigungsbedingten Prüfungsnachteils, der einen Ausgleich in dem konkreten Fall der spezifischen Prüfung erfordert (S. 7, 8)

Die anspruchsbegründenden Umstände müssen durch geeignete Nachweise glaubhaft gemacht werden. Im Regelfall erfolgt dies durch ein fachärztliches Attest oder andere Nachweise, in dem der durch die Beeinträchtigung entstehende Nachteil für die konkrete Prüfungsform beschrieben wird. Medizinische Angaben zur Diagnose sind nicht zwingend erforderlich. Die dargelegten Einschränkungen sind die Grundlage für die durch den Prüfungsausschuss zu erfolgende Beurteilung, ob ein Anspruch auf Nachteilsausgleich besteht.

### **3. Unterstützung**

Für weitere Informationen können Sie sich gerne an den oder die Vorsitzende des für Ihren Studiengang zuständigen Prüfungsausschusses wenden.

Beratungs- und Unterstützungsangebote bietet zudem die Beratungsstelle Inklusiv Studieren der HSB. [Link zu weiteren Infos auf der Website der Beratungsstelle Inklusiv Studieren.](#)

#### **Kontakt**

[inklusivestudieren@hs-bremen.de](mailto:inklusivestudieren@hs-bremen.de)

+49 421 5905-2059

0176-15140137

## Antragsformular nach § 11 ATBPO/ § 11 ATMPO

Datum

An den Prüfungsausschuss des Studiengangs

der Hochschule Bremen

### Angaben zu meiner Person

Name, Vorname:

Studiengang/Semester:

Anschrift:

Telefon:

Emailadresse:

Matrikelnummer:

**Der Antrag auf Nachteilsausgleich bezieht sich auf folgende Module:**

**1. Modul**

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

**2. Modul**

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

**3. Modul**

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

#### **4. Modul**

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

#### **5. Modul**

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

## 6. Modul

SS/WS:

Modultitel und Modulkürzel:

Kontaktdaten der Lehrenden:

Prüfungsleistung:

## Fachärztliches Attest für die Beantragung eines Nachteilsausgleichs im Studium

Angaben zur/zum Studierenden

Name, Vorname:

Geboren am:

In Behandlung seit:

Beschreibung der Behinderung und/oder chronischen Erkrankung:

---

Datum, Unterschrift/Stempel der/s behandelnden Fachärztin/Facharztes

**Ergänzende Beschreibung der Behinderung und/oder chronischen Erkrankung aus Ihrer Sicht:**

---

Datum, Unterschrift der/des Studierenden