



## Merkblatt

### **für die Beantragung einer Apothekenbetriebserlaubnis**

- Gemäß § 1 Abs. 2 ApoG bedarf, wer eine Apotheke und bis zu drei Filialapotheken betreiben will, der Erlaubnis der zuständigen Behörde.

Die Zuständigkeit für die Erteilung der Erlaubnis liegt bei der Behörde, in deren Bereich die Einzel- oder Hauptapotheke betrieben werden soll bzw. betrieben wird. Sofern für die Haupt- und Filialapotheke(n) aufgrund der Lage verschiedene örtliche Zuständigkeiten gegeben sind, ist im Erlaubnisverfahren die für die jeweilige Filialapotheke zuständige Behörde zu beteiligen.

- Nach § 1 Abs. 3 ApoG gilt die Erlaubnis nur für den Apotheker, dem sie erteilt ist und für die in der Erlaubnisurkunde bezeichneten Räume. Die Apothekenbetriebserlaubnis ist damit personen- und raumgebunden.
- Im Zusammenhang mit der Neugründung bzw. Übernahme Ihrer Apotheke weisen wir Sie darauf hin, dass Ihr Apothekenbetrieb den heutigen apotheken-, bau-, arbeits- und umweltschutzrechtlichen Anforderungen zu entsprechen hat. Diese müssen auch bei den Grundrissplänen mit der Einrichtungsplanung und der Baugenehmigung ersichtlich sein. Insoweit besteht kein Bestandsschutz, d.h., dass bestehende Gebäude, die nach früher gültigem Recht rechtmäßig errichtet wurden, nicht weiter genutzt werden können, wenn sie dem heute gültigem Recht nicht mehr entsprechen.
- Zudem besteht auch kein Bestandsschutz bezüglich apotheken- und arzneimittelrechtlich erteilten, personenbezogenen Erlaubnissen wie z.B. zum Versandhandel nach § 11 a ApoG, zum Großhandel mit Arzneimitteln nach § 52 a AMG oder auch die Genehmigung zur Arzneimittelversorgung von Heimen nach § 12 a ApoG, die dem Betriebsvorgänger ggf. erteilt wurden.
- Mit Abschaffung des Mehrbesitzverbotes vom 01.01.2004 können Apotheker kleine, lokale Apothekenketten betreiben. (Große oder räumlich weit auseinanderliegende Apothekenketten sind nach wie vor unzulässig.) Nach § 1 Abs. 2 ApoG und § 2 Abs. 4, 5 ApoG kann einem Apotheker die Genehmigung zum Betrieb einer Apotheke und bis zu drei Filialapotheken erteilt werden, sofern die Apotheke innerhalb desselben Kreises oder kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.  
Eine der Apotheken hat der Betreiber als sog. Hauptapotheke persönlich zu leiten, für die anderen Apotheken (Filialapotheken) muss der Betreiber einen Apotheker als Verantwortlichen benennen, der die Anforderungen, die Apothekengesetz (ApoG) und Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für Apothekenleiter festlegen, erfüllt. Bzgl. des für die Filialapotheke benannten Apothekers sind ebenfalls die nachstehend angeführten Unterlagen zuzüglich (**Anlage 5**) beizubringen. Gleiches gilt gem. § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG für den zwischen dem Betreiber und dem Verantwortlichen abgeschlossene Vertrag.

Die nachstehend aufgeführten Unterlagen sind vollständig mit einem formlosen Antrag spätestens **6 Wochen** vor einer beabsichtigten Betriebseröffnung bzw. –übernahme beim

#### **Ennepe-Ruhr-Kreis**

Fachbereich Soziales und Gesundheit  
Apotheken-, Arzneimittel- und Gefahrstoffaufsicht  
Schwanenmarkt 5-7  
58452 Witten

einzureichen:

## Persönliche Voraussetzungen

- 1. Staatsangehörigkeitsnachweis** nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 ApoG  
Es ist der Nachweis zu erbringen, dass Sie Deutscher i.S.d. Art 116 GG, Angehöriger eines der übrigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatloser Ausländer i.S.d. Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer sind.  
Der Nachweis der deutschen Staatsangehörigkeit ist durch einen Staatsangehörigkeitsausweis bzw. eine Einbürgerungsurkunde oder eine amtlich beglaubigte Kopie des Bundespersonalausweises bzw. des deutschen Reisepasses (vollständige Ablichtung, ohne Sichtvermerk) zu erbringen.

---
- 2. Erklärung zur Geschäftsfähigkeit** nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG  
**(s. Anlage 1)**

---
- 3. Deutsche Approbationsurkunde** nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 ApoG  
als amtlich beglaubigte Kopie  
*oder*  
Pharmazeutisches Diplom, Prüfungszeugnis oder sonstiger Befähigungsnachweis nach § 2 Abs. 2 ApoG als amtlich beglaubigte Kopie, ggf. mit Übersetzung in die deutsche Sprache.

---
- 4. Amtliches Führungszeugnis** nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG  
das nicht älter als einen Monat sein darf ist beim Einwohnermeldeamt zu beantragen. (Belegart „O“, Verwendungszweck „Gesundheitsamt – Apothekenbetriebserlaubnis“)

---
- 5. Erklärung zur persönlichen Zuverlässigkeit** nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG  
**(s. Anlage 1)**

---
- 6. Eidesstattliche Versicherung** nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG  
dass Sie keine Vereinbarungen getroffen haben, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz verstoßen (notarielle Beurkundung erforderlich oder vor meiner Behörde abzugeben)  
**(s. Anlage 2)**

---
- 7. Nachweis der gesundheitlichen Eignung** nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 ApoG  
ist als Original in Form einer ärztlichen Bescheinigung vorzulegen, welche nicht älter als einen Monat ist und aus der hervorgeht, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Sie wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche Ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Apothekerberufes unfähig oder ungeeignet sind.  
**(s. Anlage 3)**

---
- 8. Bescheinigung der Apothekerkammer** nach § 6 Abs. 1 HeilBerufsG  
als Original

---
- 9. Lebenslauf** nach § 2 Abs. 3 ApoG  
tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ihre Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit; insbesondere ein Nachweis der pharmazeutischen Tätigkeit der letzten zwei Jahre vor Antragstellung ist zu erbringen.

---
- 10. ggf. Verzichtserklärung**  
Zum Betreiben mehrerer Apotheken wird nur eine Erlaubnis erteilt. Demnach ist dem Antrag eine Verzichtserklärung bei Erteilung einer neuen Betriebserlaubnis beizufügen.  
**(s. Anlage 4)**

## Sachliche Voraussetzungen

**1. Nachweis der Verfügungsgewalt über die Apotheke (als Gewerbe- und Handelsbetrieb)** nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG

durch z.B. Kaufvertrag, Pachtvertrag, Erbschein; bei Krankenhausapotheken durch den Arbeitsvertrag des Apothekenleiters und seines Stellvertreters (Apotheker) als Original oder amtlich beglaubigte Kopie.

Beim Kauf einer Apotheke ist zusätzlich der schriftliche Verzicht des Vorbesitzers auf seine Betriebserlaubnis nach § 3 Nr. 2 ApoG notwendig.

-----

**2. Nachweis der erforderlichen Räumlichkeiten** nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 ApoG  
durch Grundbuchauszug oder Mietvertrag als Original oder amtlich beglaubigte Kopie.

-----

**3. Grundrisse der Apothekenbetriebsräume** nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 ApoG  
(Maßstab 1:50) in zweifacher Ausfertigung, aus denen die Größe, Lage, Einrichtung sowie Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich sind. Die Größe der Räume ist jeweils in qm anzugeben.



Beim Kauf oder sonstiger Übernahme einer Apotheke kann die Einreichung von Grundrissen entfallen, sofern vom Betriebsvorgänger ein bestätigter Plan vorliegt und keine Änderungen durchgeführt wurden. In diesem Fall ist zu bestätigen, dass der Grundrissplan dem aktuellen Stand entspricht.

-----

**4. Amtlicher Lageplan der Apotheke**

-----

**5. Verpflichtungserklärung** nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG  
dass jeder Betrieb und jede Eröffnung einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Landrat des Ennepe-Ruhr-Kreises, Fachbereich Soziales und Gesundheit, Apotheken-, Arzneimittel- und Gefahrstoffaufsicht angezeigt wird.  
**(s. Anlage 1)**

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne per  **Telefon** unter **02302 / 92 22 24** und  
per  **Fax** unter **02336 / 931 30 24**  
zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

M. Hintzmann

## Zum Antrag einer Apothekenbetriebslaubnis

für die Hauptapotheke: \_\_\_\_\_

und die Filialapotheke(n): \_\_\_\_\_

gebe ich folgende **E r k l ä r u n g** gemäß § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Es sind keine straf- und berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. An der/den Apotheke/n, für die ich die Betriebslaubnis beantrage, sind keine Dritten in Form einer stillen Gesellschaft beteiligt.
5. Außer den vorgelegten Verträgen bestehen keine anderen Verträge, mündliche oder schriftliche Absprachen, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen (z.B.: Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge).
6. Ich betreibe keine / nachstehend angegebene Apotheke(n) \* in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und verpflichte mich, jede Eröffnung, den Kauf, die Pacht, den sonstigen Erwerb oder die Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum der für die Erteilung der hier beantragte Erlaubnis zuständigen Behörde anzuzeigen. (\* Unzutreffendes durchstreichen)  
Es handelt sich um folgende Apotheke (Betriebsbezeichnung und Sitz der betreffenden Apotheke(n) - ggf. auf besonderem Blatt aufführen):  
\_\_\_\_\_

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebslaubnis von der Behörde zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und damit bei Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 2 ApoG nicht vorgelegen hat (§ 4 Abs. 1 ApoG), bzw. zu widerrufen ist, wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ferner ist mir bewusst, dass eine erteilte Betriebslaubnis auch dann widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffene werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vorname, u. Name)

Ich bin damit einverstanden, dass die Erlaubnisbehörde meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Apothekenaufsicht u. Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vorname u. Name)

## Eidesstattliche Versicherung

nach § 2 Abs 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Geburtsort

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
ausgewiesen durch Personalausweis / Reisepass      Nr.

\_\_\_\_\_  
ausgestellt am      durch

Ich versichere zu meinem Antrag vom \_\_\_\_\_ auf eine Apothekenbetriebserlaubnis eidesstattlich, dass ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen habe, die

- gegen § 8 Satz 2 ApoG (Beteiligung von Apotheken in Form einer Stillen Gesellschaft, Vereinbarung zur Vergütung von gewährten Darlehen oder anderen Vermögenswerten am Umsatz oder Gewinn ausgerichtet, am Umsatz oder Gewinn ausgerichtete Mietverträge),
- gegen § 9 Abs. 1 ApoG (Verpachtung der Apotheke),
- gegen § 10 ApoG (Bevorzugung von Herstellern und Händlern) oder
- gegen § 11 ApoG (Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten) verstoßen

und werde ggf. den Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheke sowie auf Verlangen der zuständigen Behörde auch andere Verträge . die mit der Einrichtung und dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen, vorlegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vorname u. Name)

### **Hinweis:**

Die Eidesleistung hat in Verfahren vor den Gerichten einen hohen Rang. Der Schwur mit oder ohne religiöse Beteuerung dient dort als letztes Mittel zur Wahrheitsfindung.

Dem entspricht die gegenüber Behörden abgegebene eidesstattliche Versicherung. Sie dient zur Sicherstellung der Beweisführung, wenn andere Mittel zur Erforschung der Wahrheit nicht vorhanden sind, zu keinem Ergebnis geführt haben oder einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern. Deshalb ist die falsche Abgabe einer Versicherung an Eides Statt gegenüber einer zuständigen Behörde nach § 156 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldbuße bedroht.

## Ärztliche Bescheinigung

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

wurde heute von mir ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sie / er wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Apothekerberufes unfähig oder ungeeignet ist.

Sie / er ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Arztstempel

**Zu meinem Antrag vom \_\_\_\_\_  
auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis**

für die Hauptapotheke:

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ/Ort

und die Filialapotheke(n):

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ/Ort

gebe ich folgende **E r k l ä r u n g** ab:

Im Falle der Erteilung einer neuen Betriebserlaubnis - wie beantragt - verzichte ich auf die mir durch  
Bescheid und Urkunde vom \_\_\_\_\_ erteilte Betriebserlaubnis der

\_\_\_\_\_  
(Erlaubnisbehörde)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Vorname u. Name in  
Druckbuchstaben)

