

Ennepe-Ruhr-Kreis
Der Landrat

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 raumbunden.

Im Zusammenhang mit der Neugründung bzw. Übernahme einer Apotheke wird darauf hingewiesen, dass der 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 gültigen Recht nicht mehr entsprechen.

Zudem besteht auch kein Bestandsschutz bezüglich apotheken- und arzneimittelrechtlich erteilter, personenbezogener Erlaubnisse wie z.B. zum Versandhandel nach § 11 a ApoG oder zum Großhandel mit Arzneimitteln nach § 52 a AMG.

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 **4 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. **Erklärung zur Geschäftsfähigkeit** nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG (**s. Anlage 1/5**).

2. **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.

3. **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“)

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

5. **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 unserer Behörde abzugeben, **s. Anlage 2**)

6. **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**).

7. **Bescheinigung der Apothekerkammer** nach § 6 Abs. 1 HeilBerufsG

als Original.

8. **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.

9. **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 (2-fache Ausfertigung).

Beim Kauf einer Apotheke ist zusätzlich der schriftliche Verzicht des Vorbesitzers auf dessen 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 (2-fache Ausfertigung).

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. Der Grundriss ist mit Bemaßungen zu versehen, 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.





Bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung (bei Neugründung einer Apotheke oder bei Übernahme einer Apotheke, sofern sich Änderungen im Hinblick auf die letzte Erlaubniserteilung ergeben haben).

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 1/5**).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter

 **Telefon** unter **02302 / 92 22 23** und
 **Fax** unter **02336 / 931 30 23** sowie
 **Telefon** unter **02302 / 92 22 53** und
 **Fax** unter **02336 / 931 30 53**

 zur Verfügung.

Anlage 1

Zum Antrag einer Apothekenbetriebslaubnis

für die _____
und die _____

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 Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in 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 getroffen 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)

Anlage 2

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

ENNEPE-RUHR-KREIS

Der Landrat
Im Auftrag

Siegel

(Unterschrift Eidesleistende(r))

(Entgegennehmende(r))

Hinweise:

Dieser Vordruck dient als Textvorlage zur Abnahme der eidesstattlichen Versicherung bei einem Notar oder vor Gericht. Sie kann auch nach Terminabsprache im Gesundheitsamt der Nebenstelle Witten abgeleitet werden (Tel.: 02302- 922253).

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.

Anlage 3

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 des

(Erlaubnisbehörde)

Ort, Datum

Unterschrift

(Vorname u. Name in
Druckbuchstaben)

Zur Benennung als verantwortliche(n) Apotheker(in)

für die Filialapotheke:

Apothekenname _____

in

Strasse, PLZ/Ort _____

gebe ich:

Name/Vorname _____ Berufsbezeichnung _____

wohnhaft:

Straße _____ PLZ/Ort _____

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 Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in Deutschland.
4. Außer den vorgelegten, zwischen mir und dem Apothekenbetreiber abgeschlossenen 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 o. ä).
5. Ich betreibe keine / nachstehend angegebene* Apotheke 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, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und damit eine der Voraussetzungen nach § 2 ApoG nicht vorgelegen hat, ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ferner ist mir bewusst, dass auch, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffene werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, §9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen, meine persönliche Zuverlässigkeit zur Ausübung des Apothekerberufs und der Leitung einer Apotheke tangiert ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Vorname, u. Name d. Benannten) _____

Ich bin damit einverstanden, dass die für die von mir zu leitende Filialapotheke zuständige Erlaubnisbehörde meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Apothekenaufsicht u. Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Vorname, u. Name d. Benannten) _____