



## **Benennung einer Filialleitung**

- Nach § 2 Absatz 5 Nr. 2 ApoG hat ein Betreiber mehrerer öffentlicher Apotheken für jede Filialapotheke schriftlich einen Apotheker als Verantwortlichen zu benennen, der die Verpflichtungen zu erfüllen hat, wie sie im Apothekengesetz und in der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind.
- **Soll die Person des Verantwortlichen geändert werden, so ist dies der Behörde von dem Betreiber eine Woche vor der Änderung schriftlich anzuzeigen.**
- Gemäß § 2 Absatz 5 Satz 1 ApBetrO, muss sich der Apothekenleiter, sofern er seine Verpflichtung zur persönlichen Leitung der Apotheke vorübergehend nicht selbst wahrnimmt, durch einen Apotheker vertreten lassen.

Ein Apothekenleiter kann sich nach § 2 Absatz 6 ApBetrO von einem Apothekerassistenten oder Pharmazieingenieur vertreten lassen, wenn er seiner Verpflichtung nach Absatz 5 Satz 1 nicht nachkommen kann, sofern dieser insbesondere hinsichtlich seiner Kenntnisse und Fähigkeiten dafür geeignet ist und im Jahre vor dem Vertretungsbeginn mindestens sechs Monate hauptberuflich in einer öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke beschäftigt war. Der Apothekenleiter darf sich nicht länger als insgesamt vier Wochen im Jahr von Apothekerassistenten oder Pharmazieingenieuren vertreten lassen.

Der Apothekenleiter hat vor Beginn der Vertretung die zuständige Behörde unter Angabe des Vertreters zu unterrichten.

- Es ist darauf hinzuweisen, dass nach § 25 Abs. 1 Nr. 1 ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 2 Abs. 5 Nr. 2 einen Verantwortlichen nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig benennt.

Diese Ordnungswidrigkeit kann gem. § 25 Abs. 3 ApoG mit einer Geldbuße geahndet werden.

Nach § 34 ApBetrO handelt ordnungswidrig im Sinne des § 25 Abs. 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen, wer vorsätzlich oder fahrlässig nach Nr. 2 a) als Apothekenleiter einer Vorschrift des § 2 Abs. 5 oder 6 Satz 1, 2 oder 3 über die Vertretung des Apothekenleiters zuwiderhandelt.

Die nachstehend aufgeführten Unterlagen sind vollständig und zeitnah 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**).

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. **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. **Verpflichtungserklärung** nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG

dass jeder Betrieb und jede Eröffnung einer 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.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne per **Telefon** unter **02302 / 92 22 53** und per **Fax** unter **02336 / 931 30 53** zur Verfügung.

## Anlage 1

### Zur Benennung als verantwortliche(n) Apotheker(in)

für die Filialapotheker: \_\_\_\_\_  
Apothekenname

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

gebe ich: \_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

wohnhaf: \_\_\_\_\_  
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 der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik 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 getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen, meine persönliche Zuverlässigkeit zur Ausübung des Apothekerberufes 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 Filialapotheker 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)



## 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