

Erforderliche Unterlagen für die Antragstellung zur Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis für einen Apothekenverbund

Die Antragsunterlagen sind **spätestens 6 Wochen vollständig** vor dem beabsichtigten Eröffnungs- bzw. Übernahmetermin bei der **Amtsapothekerin des Rheinisch Bergischen Kreises – Gesundheitsamt, Am Rübezahlwald 7, 51469 Bergisch Gladbach**, - einzureichen. Anderenfalls ist mit entsprechender Verzögerung zu rechnen.

I. Betriebsinhaber/Betriebsinhaberin

1. **Formloser, schriftlicher und unterschriebener Antrag** mit Datum der geplanten Übernahme bzw. Eröffnung
2. **Amtliches Führungszeugnis (Belegart O)** und ein **Auszug aus dem Gewerbezentralregister** Beide dürfen bei Erlaubniserteilung nicht älter als 3 Monate sein. Als Verwendungszweck muss angegeben werden:
Gesundheitsamt-Apothekenbetriebserlaubnis
3. **Stellungnahme der Apothekerkammer** zur Zuverlässigkeit für den Betrieb einer Apotheke gemäß §6 Heilberufsgesetz (Original)
4. Nachweis, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller *“nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Leitung einer Apotheke unfähig oder ungeeignet“* ist. Diese **ärztliche Bescheinigung** darf nicht älter als sechs Monate sein. (Original)
5. **Schriftliche Erklärungen des Antragstellers/ der Antragstellerin gemäß §2 Apothekengesetz**
 - a. Anlage III beifügen
 - b. Notariell beglaubigte eidesstattliche Versicherung gem. § 2 Abs. 1 Nr. 5 Apothekengesetz (Anlage IV Muster)
6. **Nachweis der Apothekenbetriebsräume für die Filialapotheke**
 - a) **Miet- oder Pachtvertrag** (2 Exemplare) mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder aktuellen Grundbuchauszuges (in Kopie)
 - b) **Grundrisszeichnung der Apothekenbetriebsräume** im Maßstab **1:50 (1 Exemplar gefaltet)** mit eingezeichneter Einrichtung und Angaben zur Funktion der einzelnen Räume; gern zusätzlich in digitalisierter Form
 - c) **tabellarische Aufstellung aller Räume** mit m²-Angabe, getrennt nach Apothekenbetriebsräumen i. S. der Apothekenbetriebsordnung (Offizin, Labor, Lager, Nachtdienstzimmer) und sonstigen Räumen (2 Tabellen; keine Kopie der Erlaubnisurkunde)
 - d) **pharmazeutische Betriebsbeschreibung für alle Apotheken des Verbundes**
Beschreibung der Räume aus pharmazeutischer Sicht hinsichtlich Einrichtung, Ausstattung und funktionellem Einsatz. Zusätzlich müssen folgende Punkte bestätigt werden:

- Barrierefreiheitskonzept für die Apotheke nach § 55 Landesbauordnung NRW (BauONRW) erforderlich; (Bildnachweis)
- Abzug entspricht DIN 12924 und ist 90 cm breit
- Angabe des Lagerortes der flüssigen Gefahrstoffe
- mind. dreiseitig raumhoch geschlossener Rezepturarbeitsplatz
- Angaben der bestehenden Maßnahmen zur Gewährleistung der **grundsätzlich** vertraulichen Beratung. *Die Vertraulichkeit der Beratung ist an jedem Abgabepplatz für Arzneimittel zu gewährleisten. Dazu ist ein Mindestabstand zwischen den einzelnen Bedienplätzen (gerechnet von Kunde zu Kunde) und zwischen Bedienplätzen und wartenden Kunden von jeweils 2 m einzuhalten.*
- Angaben zur Sicherstellung der Raumklimatisierung (siehe § 4 Abs. 2d ApBetrO)
- Gewährleistung des direkten Wegs zum HV-Tisch
- zertifizierter Wertschutzschrank nach EN 1143-1 und bei einem Eigengewicht unter 1.000 kg entsprechend verankert
- Nachweis über QM-System (Inhaltsverzeichnis)

e) **bauaufsichtlich genehmigte Bauunterlagen**

- **bei Neugründung:**

- Bauantrag, Baubeschreibung, Betriebsbeschreibung, Bauplan, Baugenehmigung mit grünem Genehmigungsstempel im Original
- Lageplan / Flurkarte
- Bescheinigung über das Ergebnis der Bauzustandsbesichtigung

- **bei erstmaliger Nutzung als Apotheke:**

- Nutzungsänderungsgenehmigung mit grünem Genehmigungsstempel im Original
- Lageplan / Flurkarte

7. schriftliche Zustimmung der Apothekerkammer über den neuen **Apothekennamen** (bei Neugründung oder Namensänderung)
8. **Eigentumsnachweis** über die Apothekeneinrichtung / den Geschäftswert und die Arzneimittel durch Kauf- oder sonstige Verträge (2 Exemplare) mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen, im Erbfall durch Erbschein im Original
9. **Finanzierungsunterlagen:** sämtliche Kredit- und Darlehens**verträge** von Banken, Sparkassen, Großhändlern, Einrichtungsfirmen, sonstige Firmen, Privatpersonen, **die beidseitig unterschrieben sein müssen** mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen, incl. sämtlicher Anlagen, Bürgschaftserklärungen, Verpfändungen, Abtretungen, Sicherungsübereignungsverträgen etc. (in Kopie)
10. Angabe der Öffnungszeiten der Filialapotheke und Übersicht über den Personalstand mit Angaben der Wochenarbeitszeitstunden.
11. Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin, dass die Hauptapotheke keine **räumlichen oder vertraglichen Veränderungen** seit der letzten Betriebserlaubniserteilung erfahren hat. Im Fall von Änderungen sind neue Einrichtungspläne oder Verträge einzureichen.
12. ggfs. **Verzichtserklärung** gem. § 3 ApoG auf eine bereits bestehende Betriebserlaubnis für die Filialapotheke zum Zeitpunkt der Neuerteilung gem. Antrag

II. Filialapothekenleiter / Filialapothekenleiterin

1. **Lebenslauf** (tabellarisch)
2. **Approbationsurkunde** in aktueller, amtlich beglaubigter Fotokopie (nicht älter als drei Monate)
3. **Beschäftigungsnachweis** durch den Arbeitgeber über die pharmazeutische Tätigkeit der letzten 12 Monate mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (keine Arbeitsverträge) (Voraussetzung Halbtags­tätigkeit = mind. 20 Wochenstunden)
4. **Arbeitsvertrag** zwischen der Filialapothekenleitung und dem Betriebsinhaber / der Betriebsinhaberin (Antragsteller / Antragstellerin) mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen, mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und unter besonderer Berücksichtigung der Rechte und Pflichten der Filialapothekenleitung.
Die wöchentliche Arbeitszeit der Filialapothekenleitung muss mindestens die Hälfte der wöchentlichen Öffnungszeit der Apotheke betragen, mindestens jedoch 20 Wochenstunden.
5. Amtliches **Führungszeugnis** (Belegart **O**), das bei Genehmigung nicht älter als 3 Monate sein darf.
Als Verwendungszweck soll angegeben werden: Gesundheitsamt-Filialapothekenleitung
6. **Bescheinigung der Apothekerkammer** zur Zuverlässigkeit des Filialapothekenleitung für das Betreiben einer Filialapotheke (Original)
7. Nachweis der Filialapothekenleitung, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller *“nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Leitung einer Apotheke unfähig oder ungeeignet“* ist.
Diese **ärztliche Bescheinigung** darf nicht älter als sechs Monate sein. (im Original)
8. **Schriftliche Erklärungen des Antragstellers/ der Antragstellerin gemäß §2 Apothekengesetz** (Anlage III a)

Bei Neueröffnungen ist der Termin zur Abnahmebesichtigung 14 Tage vorher zu vereinbaren.

Bitte beachten Sie, dass bestehende Heimversorgungsverträge, Versand- und Großhandelserlaubnisse vom Antragsteller / von der Antragstellerin neu beantragt werden müssen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an apothekenaufsicht@rbk-online.de

Die Antragsunterlagen sind **spätestens 6 Wochen vollständig** vor dem beabsichtigten Eröffnungs- bzw. Übernahmetermin bei der **Amtsapothekerin des Rheinisch Bergischen Kreises – Gesundheitsamt, Am Rübezahlwald 7, 51469 Bergisch Gladbach**, - einzureichen.

Erklärung Betriebsinhaber/Betriebsinhaberin

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

Apothekenname und -adresse

gebe ich

Name und Vorname (in Druckbuchstaben)

folgende Erklärungen gemäß § 2 Apothekengesetz ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt (§ 2 Abs.1 Nr. 4 ApoG).
3. An der Apotheke, für die die Betriebserlaubnis beantragt ist, sind keine Dritten in Form einer stillen Gesellschaft beteiligt. Es bestehen meinerseits keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland, außer der/den Filialapotheke/n

1. _____

2. _____

3. _____

4. Außer den vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheke sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume), bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen.

5. Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:

6. Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises –Gesundheitsamt – anzuzeigen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG).

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung der Apotheken als unzuverlässig erwiesen habe.

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

Ich bin damit einverstanden, dass der Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises – Gesundheitsamt – meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich des Amtsapothekers liegenden Aufgaben benutzt.

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsinhaber/Betriebsinhaberin
(Vor- und Nachname)

Erklärung Filialapotheker/Filialapothekerin

Als benannte verantwortliche Leiterin / als benannter verantwortlicher Leiter der

Apothekenname und -adresse

gebe ich

Name und Vorname Filialleitung
(in Druckbuchstaben)

folgende Erklärungen gemäß § 2 Apothekengesetz ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt (§ 2 Abs.1 Nr. 4 ApoG).
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. Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
 Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:

-
5. Außer dem vorgelegten Arbeitsvertrag bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Filialapotheke in Zusammenhang stehen (z.B. Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge).
 6. Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises –Gesundheitsamt – anzuzeigen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG).

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Genehmigung zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung der Filialapotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

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

Ich bin damit einverstanden, dass der Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises – Gesundheitsamt– meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich des Amtsapothekers liegenden Aufgaben benutzt.

Ort, Datum

Unterschrift Filialapotheker/Filialapotheker
(Vor- und Nachname)

Für den Antrag zur Betriebserlaubnis für den Betreiber

UR.Nr.....

Verhandelt zu.....am.....

Vor erschien:
Notar/in

Herr/Frau.....geborene.....
Apotheker/in, geboren am.....wohnhaft.....

Herr/Frau.....wies sich aus durch Vorlage des
Bundespersonalausweises.

Der/Die Erschienene erklärte:

Zur Vorlage beim Gesundheitsamt des Rheinisch-Bergischen Kreises benötige ich gemäß
§ 2 Abs. 1 Ziffer 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)
für die von mir beantragte Erlaubnis zum Betrieb der

.....-Apotheke in.....

eine Versicherung an Eides statt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder
Absprachen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, §§ 10 oder 11 des Gesetzes
über das Apothekenwesen verstoßen. Wortlaut und Bedeutung dieser Vorschriften sind
mir bekannt.

Vom Notar über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die
strafrechtlichen Folgen einer vorsätzlich oder fahrlässig falsch abgegebenen Versicherung
an Eides statt belehrt, versichere ich an Eides statt, dass mir nichts
bekannt ist, was die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben entgegensteht.

Ich beantrage die Erteilung einer Ausfertigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt des
Rheinisch-Bergischen Kreises als untere Gesundheitsbehörde.

Diese Niederschrift wurde dem/r Erschienenen von dem/r Notar/in vorgelesen, von
ihm/ihr genehmigt und sodann von ihm/ihr und dem Notar/in eigenhändig wie folgt
unterschrieben.

-----, den-----