

Erforderliche Unterlagen für die Antragstellung zur Erteilung einer Apothekenbetriebs Erlaubnis 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-Apothekenbetriebs Erlaubnis
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 Abgabeplatz 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 Darlehensverträge** 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 Halbtätigkeit = 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 _____ folgende Erklärungen ab:
(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

Ich bin voll geschäftsfähig. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.

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, außer der

(Apothekennamen und -adressen)

.....

Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.

Außer den vorgelegten Verträgen bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen (z.B. Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge)

Ich verpflichte mich, jede Eröffnung einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft dem Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises –Gesundheitsamt – anzuzeigen.

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

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

(Apothekenname und -adresse)

.....

und Bestätigung der Filialleitung gebe ich _____
(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

folgende Erklärungen ab:

Ich bin voll geschäftsfähig. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.

Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.

An der oben genannten Filialapotheke bin ich nicht in Form einer stillen Gesellschaft beteiligt. Es bestehen meinerseits keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse an anderen Apotheken.

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)

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/Filialapothekerin (Vor- und Nachname)

Für den Antrag zur Betriebserlaubnis für den Betreiber

UR.Nr.....

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

Vor

Notar/in

erschien:

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

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

Der/Die Erschienene erklärte:

Gegenstand meiner Erklärung ist das Verfahren betreffend der Erteilung der
Erlaubnis zum Betrieb der

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

auf der Grundlage des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) in der Fassung
der Bekanntmachung vom 15.10.1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel
1 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2420) ist folgende eidesstattliche
Versicherung abzugeben, die notariell zu beurkunden ist:

Nach Belehrung über die Bedeutung einer Versicherung an Eides Statt und nach
Hinweis auf die strafrechtlichen Folgen einer wissentlich oder fahrlässig unrichtig
oder unvollständig abgegebenen Versicherung an Eides Statt versichere ich hiermit
an Eides Statt, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2,
§ 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen.

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-----