



Kauf / Neubau / Pacht einer Apotheke

Dieses Merkblatt gilt für Antragsteller/innen, die eine Apotheke in Essen, Mülheim/Ruhr oder Oberhausen (MEO-Bereich) erwerben oder errichten möchten und noch keine Apotheke besitzen.

Apotheker/innen, die schon eine Apotheke im MEO-Bereich besitzen, fordern bitte das Merkblatt für Filialgründungen an.

Apotheker/innen, die außerhalb des MEO-Bereiches eine Apotheke besitzen und hier eine Filiale errichten möchten, nehmen bitte mit dem Gesundheitsamt, das die Betriebserlaubnis für die aktuell bestehende Apotheke erteilt hat, Kontakt auf und beantragen dort die Betriebserlaubnis für die Filialapotheke. Bitte informieren Sie auch die Amtsapothekerinnen des MEO-Bereichs zeitnah und fragen nach, welche Unterlagen hier einzureichen sind. Das kann im Einzelfall variieren.

Im Fall von Fragen erreichen Sie das Team der Apothekenaufsicht und Arzneimittelüberwachung wie folgt:

Amtsapothekerinnen

Frau Dr. Horst Tel. 0201/88 53500
Frau Hugo-Hanke Tel. 0201/88 53501

Sachbearbeiterinnen

Frau Bourgon Tel. 0201/88 53144
Frau Kuhnen Tel. 0201/88 53141
Frau Wolf Tel. 0201/88 53140.

Telefax Fax 0201 /88 53455

E-Mail arzneimittel@gesundheitsamt.essen.de

Adresse Gesundheitsamt Essen
Apotheken- und Arzneimittelsachgebiet
Hindenburgstraße 29
45127 Essen



Die nachstehend aufgeführten Erklärungen, Unterlagen und Maßnahmen für die Beantragung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke sind beim Gesundheitsamt der Stadt Essen, Amtsapothekerin, Hindenburgstr.29, 45127 Essen, abzugeben, einzureichen und durchzuführen:

1. Formloser schriftlicher Antrag mit Datum der geplanten Eröffnung / Übernahme und Angabe des vollständigen Apothekennamens (genaue Schreibweise!!) und korrekter Adresse;
2. Tabellarischer Lebenslauf;
3. Deutsche Approbationsurkunde in amtlich beglaubigter Fotokopie;
4. Nachweis über den Ort bezüglich der pharmazeutischen Prüfung;
5. Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere über die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre (schriftliche Bestätigung des ehemaligen Arbeitgebers oder Kopien der Gehaltsabrechnungen);
6. Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0 / beim Bürgeramt des Wohnortes beantragen), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf und bei dem als Verwendungszweck angegeben werden soll:
„Gesundheitsamt Essen“ „Apothekenbetriebslaubnis“ „Name der Apotheke“;
7. Stellungnahme der Apothekerkammer zur Zuverlässigkeit für den Betrieb einer Apotheke;
8. Ärztliches Attest zum 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.“

Es wird empfohlen, den vorgegebenen Text in das Attest zu übernehmen. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein;

9. Gültiger Ausweis mit Lichtbild (Kopie in Verbindung mit dem Original vorlegen bei persönlicher Vorsprache) oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Identitätsnachweises;
10. Schriftliche Versicherung, die nach § 2 Apothekengesetz erforderlich ist (siehe beiliegender Vordruck § 2 ApoG);
11. Nachweis der Apothekenbetriebsräume:
 - a) Mietvertrag über die Räumlichkeiten oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrags oder Grundbuchauszugs,
 - b) Kauf- oder Pachtvertrag für die Apotheke (von allen Vertragsparteien unterzeichnet und mit Datum versehen / Verträge bitte zweifach im Original zum Verbleib in den Akten);
 - c) Aktuelle Grundrisszeichnung der einzelnen Apothekenbetriebsräume mit genauer Funktionsangabe und Angabe der Quadratmetergrößen, sowie Einrichtungsplan im Maßstab 1:50 (falls möglich zusätzlich auch im DIN A4-Format oder als PDF-Dokument);
 - d) Detaillierte Auflistung der Räume mit Quadratmeterangabe;



e) Pharmazeutische Betriebsbeschreibung, die zu folgenden Punkten Erklärungen enthalten muss:

- Raumklimatisierung / wie wird die Lagerungstemperatur für Arzneimittel < 25°C gewährleistet? (erforderlich nach § 4 Abs. 2d S. 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO))
- Barrierefreier Zugang in die Apotheke nach § 55 Landesbauordnung NRW (erforderlich nach § 4 Abs. 2 a S. 1 ApBetrO)
- Angaben zur Gewährleistung der Vertraulichkeit für alle Beratungs- und Arzneimittelabgabepunkte (erforderlich nach § 4 Abs. 2a S. 3 ApBetrO)
- Lage der Rezeptur und des Teearbeitsplatzes (§ 4 Abs. 2 b S. 2 ApBetrO und § 4 Abs. 2 c ApBetrO)
- Ausstattung des Labors mit einem Abzug nach DIN 12924 (§ 4 Abs. 2 ApBetrO)
- Gewährleistung des direkten Wegs zum HV-Tisch
- Umsetzung QMS nach § 2 a ApBetrO

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

Wenden Sie sich bitte vorab bezüglich des vorbeugenden Brandschutzes an das jeweilig zuständige Bauamt (in Essen, Mülheim oder Oberhausen) und bezüglich des Arbeitsschutzes an die Bezirksregierung in Düsseldorf;

12. Finanzierungsunterlagen (Finanzierungs- oder Kaufkredite, durch Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.);
13. Einverständniserklärung für die Prüfung der Verträge gemäß Nr. 11 a) und b) dieses Merkblattes (siehe beiliegenden Vordruck) durch die Apothekenkammer Nordrhein;
14. Personelle Ausstattung der Apotheke (bitte Personalbogen ausfüllen, siehe Anlage);
15. Gewerbeanmeldung (umgehend nach Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis das Gewerbe bei zuständiger Behörde anzeigen und Nachweis hier vorlegen);
16. Weiterhin ist eine persönliche Vorsprache notwendig zwecks Abgabe einer Eidesstattlichen Versicherung (nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG) vor der Amtsapothekerin (Terminvereinbarung, Vorlage des Personalausweises bei Vorsprache ist notwendig).



Bitte beachten Sie Folgendes:

Zu Pkt. 11 a) Mietvertrag „Betretungsrechte des Vermieters“:

Bitte den entsprechenden Hinweis, soweit noch nicht im Mietvertrag vorhanden, ergänzen:

„Soweit der Vermieter und/oder sein Beauftragter die Mieträume ohne Beisein des Mieters/Apothekers betritt, verpflichtet er sich, für die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit Sorge zu tragen.“

Zu Großhandel gemäß § 52 a AMG / Versandhandel gemäß § 11 a ApoG

Die Erlaubnisse zum Ausüben dieser Tätigkeiten sind personengebunden. Sollte der Vorbesitzer der Apotheke eine dieser Erlaubnisse besitzen, geht die Erlaubnis nicht automatisch auf den neuen Betriebserlaubnisinhaber über, sondern muss beantragt werden.

Versorgungsverträgen nach §§ 12a und 14 ApoG

Sollten Versorgungsverträge nach §§ 12 a bzw. 14 ApoG übernommen werden, ist dies hier schriftlich nachzuweisen (Übernahmeverträge bzw. Änderungsvereinbarungen bitte in 3-facher Ausfertigung vorlegen) und die behördliche Genehmigung zu beantragen.

Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr

Bitte stellen Sie die Anzeige für die Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte -Bundesopiumstelle-, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn (<http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/faq/faqapotheker-node.html>).

Filialapotheken und OHGs

Bitte fordern Sie im Bedarfsfall die entsprechenden Merkblätter an.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens 6 Wochen vor dem beabsichtigten Eröffnungs- bzw. Übernahmetermin vollständig vorliegen. Anderenfalls ist mit entsprechender Verzögerung zu rechnen.



Einverständniserklärung

(für die Beantragung einer Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Apothekenname

Adresse der Apotheke

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Verträge gemäß Nr. 11a) und 11b) des Merkblattes für die Antragstellung zur Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis und eventuelle Versorgungsverträge nach § 12 a ApoG oder § 14 ApoG der Apothekerkammer zur gutachtlichen Stellungnahme zugeleitet werden.

Datum, Unterschrift



Erklärung nach § 2 ApoG zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis

für die _____

Apothekename

in _____

Straße, Postleitzahl

gebe ich

Name, Vorname, Geburtsdatum

folgende Versicherungen gemäß § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15.10.1980 (BGBl. I. S. 1993) in der derzeit gültigen Fassung 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 Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig (§ 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 Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken.
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. Derzeit betreibe ich keine Apotheke in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Jede diesbezügliche Änderung werde ich – unter Angabe des Ortes und des Staates – der unteren Gesundheitsbehörde mitteilen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG).

Ort, Datum

Unterschrift



Datenblatt der Apotheke und Personalbogen

Stempel der Apotheke

Homepage:.....
 E-Mail:.....

Öffnungszeiten der Apotheke:

Montag	bis	Uhr	<input type="checkbox"/> Hauptapotheke
Dienstag	bis	Uhr	
Mittwoch	bis	Uhr	<input type="checkbox"/> Filialapotheke der _____
Donnerstag	bis	Uhr	(Name und Anschrift der Hauptapotheke)
Freitag	bis	Uhr	
Samstag	bis	Uhr	

**Qualifizierung der Apotheke /
 Besondere Aufgabenwahrnehmung**

- QM-System zertifiziert
- Zulassung als Weiterbildungsstätte
- Methadonherstellung
- Verblistern
- Stellen von Arzneimitteln

Externe Serviceverträge

- sicherheitstechnische Betreuung
- betriebsärztliche Betreuung
- Wartungsdienste z.B. WEPA / Hauselektronik

1. Apothekenleiter und Personal

Name, Vorname	Qualifikation	Datum der Urkunde	Stunden pro Woche	Anwesend Ja/nein

1 = Apotheker/in, 2 = Pharmazeut/in im Praktikum, 3 = Apothekerassistent/in, 4 = Pharmazieingenieur/in,
 5 = PTA, 6 = PTA-Praktikant/in, 7 = Apothekenassistent/in 9 = Apothekenhelfer/in PKA, 10 = PKA-Azubi

2. Sonstiges Personal (z. B. Boten, Reinigungskraft)

Funktion:.....
 Tätigkeit in Std./Woche:.....
 Funktion:.....
 Tätigkeit in Std./Woche:.....

