

## MERKBLATT

### **für die Beantragung der Erlaubnis zum Betreiben von Filialapotheken**

(Stand: 02.01.2024)

Das Apothekengesetz (ApoG) sieht auch im Falle des Betriebens mehrerer Apotheken durch Filialgründung nur eine Betriebserlaubnis vor. Dementsprechend muss eine neue Betriebserlaubnis, welche die Haupt- und Filialapotheke erfasst, erteilt und die bisherige Betriebserlaubnis für ungültig erklärt werden.

Die nachstehend aufgeführten Unterlagen sind vom Antragstellenden mit einem **formlosen Antrag, vollständigen Namen und Adressen der künftigen Apotheken und Datum der geplanten Eröffnung der Filialapotheke** beim Landesverwaltungsamt, Referat Gesundheitswesen, Pharmazie, Ernst-Kamieth-Str. 2, 06112 Halle (Saale), einzureichen:

1. Erklärungen einschl. eidesstattliche Versicherung des Antragstellers/der Antragstellerin gemäß beiliegendem Vordruck 1 ([§ 2 Abs. 1 Nr. 5 und Nr. 8 ApoG](#)),
2. schriftliche Versicherungen gemäß beiliegendem Vordruck 2 (für Hauptapotheke und Filialapotheke(n) notwendig) ([§ 2 Abs. 1 Nr. 6 ApoG](#)),

Hinweis:

*Gemäß [§ 4 Abs. 2a ApBetrO](#) soll die Offizin der Apotheke barrierefrei erreichbar sein. Diese Vorgabe ist bei einer Neugründung ausnahmslos einzuhalten. Im Falle einer Übernahme bzw. Weiterführung einer bereits bestehenden Apotheke, sind alle Möglichkeiten zur Schaffung eines barrierefreien Zugangs zur Offizin zu prüfen und zumutbare Lösungen umzusetzen.*

3. Verzichtserklärung gemäß beiliegendem Vordruck 3 für Einzelapotheken **oder** Vordruck 4 für Apotheken mit Filialen ([§ 3 Nr. 2 ApoG](#)).

Die Behörde behält sich vor, Nachweise zum ordnungsgemäßen Betrieb der bisher betriebenen Apotheke(n) (z. B. aktueller Stand Mietverträge/Nachträge zu Mietverträgen, Vorhandensein eines QMS, Vorhandensein von vertretungsberechtigtem Personal) abzufordern.

Hinweis:

*Der Inhaber einer Apothekenbetriebserlaubnis für mehrere Apotheken leitet die Hauptapotheke persönlich und darf sich dort nur durch einen Apotheker vertreten lassen. Für die Übernahme einer bereits bestehenden Apotheke als Filialapotheke ist sowohl vom Antragsteller als auch vom Verkäufer eine Verzichtserklärung abzugeben.*

### **für die Filialapotheke**

1. Mietvertrag im Original oder als beglaubigte Kopie (bei Eigentum: Grundbuchauszug) ([§ 2 Abs. 1 Nr. 6 ApoG](#)),

Hinweis:

*Der o. g. Hinweis zur Barrierefreiheit gilt auch für die Filialapotheke(n).*

2. bei Übernahme einer bestehenden Apotheke den Kaufvertrag oder Pachtvertrag oder Erbschein jeweils im Original oder als beglaubigte Kopie ([§ 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG](#)),

3. Grundriss(e) der Apothekenbetriebsräume (Maßstab 1:100 oder 1:50 in dreifacher Ausfertigung), aus dessen Inhalt die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich ist ([§ 2 Abs. 1 Nr. 6 ApoG](#)) sowie bei Neugründung oder Verlagerung eine Kopie der bauaufsichtlichen Genehmigung des Bauplans bzw. der Nutzungsänderung,

Hinweis:

*Bei Übernahme einer Apotheke kann die Einreichung von Grundrissen entfallen, sofern der/die Antragsteller/in schriftlich versichert, dass seit der letzten Bestätigung des Grundrissplans durch das Landesverwaltungsamt bzw. die Vorgängerbehörde (Landesamt für Versorgung und Soziales) keine Änderungen der Lage oder Nutzung der Apothekenbetriebsräume vorgenommen wurden.*

*Bitte beachten Sie bei der Planung Ihrer Apotheke bzw. bei einer geplanten Nutzungsänderung im Zusammenhang mit der Übernahme einer bereits bestehenden Apotheke (z. B. Verlagerung des Labors, Durchführung von Tätigkeiten nach [§§ 34](#) oder [35 ApBetrO](#)) die Bestimmungen der Arbeitsstättenverordnung (Anforderungen an Arbeitsräume, Labor, Fluchtweg etc.). Auskünfte dazu können von den zuständigen Bauordnungsämtern bzw. dem Landesamt für Verbraucherschutz, Fachbereich Arbeitsschutz (ehemalige staatl. Gewerbeaufsichtsämter), eingeholt werden.*

4. Nachweise, dass in allen Räumen, die der Lagerung von Arzneimitteln dienen (u. a. Generallager, Offizin, Rezeptur, Warenschleuse, Kommissionierautomat, Räume der Heimversorgung), geeignete Lagerbedingungen, insbesondere in Bezug auf die Lagertemperaturen, sichergestellt sind ([§ 4 ApBetrO](#)),
5. sofern die Herstellung von Parenteralia beabsichtigt ist, Nachweise zur Einhaltung der Vorgaben des [§ 35 ApBetrO](#), insbesondere zur Qualifizierung der Räume und Anlagen und, falls erforderlich, zur Validierung des Herstellungsverfahrens, \*

Hinweis:

*Die geplante Tätigkeit ist gegenüber dem zuständigen Landesamt für Verbraucherschutz, Fachbereich Arbeitsschutz (ehemalige staatl. Gewerbeaufsichtsämter) anzuzeigen. Für Zytostatikzubereitungen wird eine Sicherheitswerkbank nach DIN 12980 Typ H) gefordert.*

*Eine Vertretung des Filialleiters ist in diesem Fall nur durch einen Apotheker zulässig. Dies gilt auch, wenn die Herstellung durch einen beauftragten Betrieb erfolgt.*

6. sofern das patientenindividuelle Stellen oder Verblistern von Arzneimitteln beabsichtigt ist, Beschreibung des Umfangs und Konzeptes sowie Nachweise zur Umsetzung der Vorgaben des [§ 34 ApBetrO](#), \*

Hinweis:

*Eine Vertretung des Filialleiters ist in diesem Fall nur durch einen Apotheker zulässig. Dies gilt auch, wenn die Herstellung durch einen beauftragten Betrieb erfolgt.*

7. sofern eine Befreiung der Teilnahme von der Notdienstregelung bis zu 3 Monaten nach der Eröffnung beabsichtigt ist, eine Genehmigung durch die Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, \*
8. eine zum Eröffnungs- oder Übergabestichtag aktuelle Personalliste (Name, Qualifikation, Stundenzahl) zum Nachweis, dass das für den Betrieb der Apotheke notwendige Personal vorgehalten wird ([§ 3 ApBetrO](#)), \*
9. Benennung der verantwortlichen Person für die Filialapotheke ([§ 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG](#)),
10. Unterlagen zu der benannten verantwortlichen Person nach Vordruck 5,
11. sofern bei der Übernahme von bestehenden Apotheken Heim- und Krankenhausversorgungsverträge übernommen werden, eine tabellarische Auflistung dieser.

\* Diese Nachweise sind spätestens zur Abnahmebesichtigung nach [§ 6 ApoG](#) vorzuhalten. Soweit bei Übernahme einer bestehenden Apotheke keine Abnahmebesichtigung erforderlich ist, sind die Nachweise im Rahmen des Antragsverfahrens einzureichen und Voraussetzung für die Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis.

## Vordruck 1 zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb von Filialapotheken

### ERKLÄRUNGEN GEMÄß GESETZ ÜBER DAS APOTHEKENWESEN

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.
3. Ich versichere an Eides statt\*, dass ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen habe, die gegen §§ 8 Satz 2, 9 Abs. 1, 10 oder 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen (z. B. Umsatzbeteiligungen durch stille Teilhaber, unzulässige Verpachtung von Apotheken, bevorzugte Anbietung oder Abgabe bestimmter Arzneimittel, Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten oder Heilpraktikern usw.).
4. Ich verpflichte mich, dem Landesverwaltungsamt, Referat Gesundheitswesen, Pharmazie mitzuteilen, ob und gegebenenfalls an welchem Ort ich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt hat, eine oder mehrere Apotheken betreibe.
5. Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist. Sie muss widerrufen werden, wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

#### \* Hinweis:

*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 Sicherung 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 Geldstrafe bedroht.*

## Vordruck 2 zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb von Filialapotheken

### SCHRIFTLICHE VERSICHERUNGEN

1. Zum Mietvertrag für die .....

gebe ich folgende Versicherung ab:

Es handelt sich bei dem vorgelegten Mietvertrag um einen Hauptmietvertrag und nicht um ein Untermietverhältnis. Ein Untermietverhältnis ist ein Mietvertrag zwischen einem Mieter (Hauptmieter) und einem oder mehreren Untermietern (Mietverhältnis der Stufe 2).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

---

2. Die Offizin der .....

hat Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen und ist barrierefrei erreichbar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

#### Hinweis:

*Eine wahrheitswidrige schriftliche Versicherung verpflichtet die zuständige Behörde, die Erlaubnis zurückzunehmen (§ 4 Abs. 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen).*

*Vereinbarungen, die nach Erteilung der Erlaubnis getroffen werden, können zum Widerruf der Erlaubnis führen (§ 4 Abs. 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen).*

## Vordruck 3 für Einzelapotheken zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb von Filialapotheken

### VERZICHTSERKLÄRUNG

#### auf die bisherige Betriebserlaubnis gemäß § 3 Nr. 2 ApoG

1. Angaben zur Apotheke

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung/Name der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Straße /Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

2. bisheriger Betreiber und/oder Inhaber der Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

3. Datum der bisherigen Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Tag der Ausstellung)

4. Künftiger Betreiber und /oder Inhaber der Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

Ich verzichte vorbehaltlich und zu dem Zeitpunkt der Erteilung der neuen Betriebserlaubnis für die o. g. Apotheke auf meine bisherige Betriebserlaubnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

**Vordruck 4 für Apotheken mit Filialen zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb von Filialapotheken**

**VERZICHTSERKLÄRUNG**

**auf die bisherige Betriebserlaubnis gemäß § 3 Nr. 2 ApoG**

1. Angaben zu den bestehenden Apotheken \*

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung / Name  
der Haupt-Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Straße /Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

1. Filiale

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung / Name der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Straße /Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

2. Filiale

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung / Name der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Straße /Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

3. Filiale

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung / Name der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Straße /Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

\* nichtzutreffendes bitte streichen

2. bisheriger Betreiber und/oder Inhaber der Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

3. Datum der bisherigen Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Tag der Ausstellung)

4. Künftiger Betreiber und /oder Inhaber der Betriebserlaubnis

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

Ich verzichte vorbehaltlich und zu dem Zeitpunkt der Erteilung der neuen Betriebserlaubnis für die o. g. Apotheken auf meine bisherige Betriebserlaubnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

## Vordruck 5 zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb von Filialapotheken

Hiermit zeige ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname zukünftige Leitung

ab dem \_\_\_\_\_  
Datum des Beginns der Leitung

als verantwortliche Person (Apothekenleitung) der  
\_\_\_\_\_  
Name der Apotheke

an.

Folgende Unterlagen füge ich als Inhaberin/Inhaber bei:

- Anstellungsvertrag (von beiden Parteien unterzeichnet), in Kopie

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

---

Hiermit bestätige ich, dass ich ab dem o. g. Datum die Leitung der genannten Apotheke übernehme.

Folgende Unterlagen füge ich als Apothekenleiterin/-leiter bei:

- Personalausweis, Kopie,
- Erklärungen einschl. eidesstattliche Versicherung gemäß beiliegender Anlage 1, im Original,
- deutsche Approbationsurkunde, amtlich beglaubigte Kopie, oder einfache Kopie mit Vermerk des Apothekeninhabers, dass das Original vorlag, und Unterschrift
- ärztliche Bescheinigung gemäß beiliegender Anlage 2, im Original, (nicht älter als 6 Monate, ausgestellt durch einen Arzt oder eine Ärztin, die nicht mit Leiterin/Leiter verwandt, verlobt oder verschwägert ist oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft besitzt)
- tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit.
- bei arbeitsvertraglich geregelter wöchentlicher Stundenzahl unter 38 Stunden persönliche Erklärung unter Angabe von Gründen (mind. 35 Stunden)

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftige/r Apothekenleiterin/-leiter

## Anlage 1 zu Vordruck 5 zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb einer Filialapotheke

### ERKLÄRUNGEN GEMÄß GESETZ ÜBER DAS APOTHEKENWESEN

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.
3. Ich versichere an Eides statt\*, dass ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen habe, die gegen §§ 8 Satz 2, 9 Abs. 1, 10 oder 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen (z. B. Umsatzbeteiligungen durch stille Teilhaber, unzulässige Verpachtung von Apotheken, bevorzugte Anbietung oder Abgabe bestimmter Arzneimittel, Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten oder Heilpraktikern usw.).
4. Ich verpflichte mich, dem Landesverwaltungsamt, Referat Gesundheitswesen, Pharmazie mitzuteilen, ob und gegebenenfalls an welchem Ort ich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt hat, eine oder mehrere Apotheken betreibe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftige/r Apothekenleiterin/-leiter

#### \* Hinweis:

*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 Sicherung 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 Geldstrafe bedroht.*

**Anlage 2 zu Vordruck 5 zum Antrag auf Erlaubnis zum Betrieb einer Filialapotheke**

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Herr/Frau

\_\_\_\_\_,  
(Name, Vorname Apothekenleiterin/-leiter)

geboren am

\_\_\_\_\_ ,

wurde heute von mir ärztlich untersucht.

Sie bzw. er ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt