

**Departement des Innern**

Gesundheitsamt  
Ambassadorenhof  
Riedholzplatz 3  
4509 Solothurn  
gesundheit.bab@ddi.so.ch

Version: 1.1  
Datum: 09.01.2026  
Autorinnen: RAM/ELE/ARZ

**Gesuch**

**um Erteilung der Betriebsbewilligung für eine Heimapotheke  
(§ 56 Gesundheitsgesetz [GesG; BGS 811.11] bzw. § 16 Abs. 1 Bst. c  
Verordnung über die Heilmittel und die Betäubungsmittel [Heilmittel- und Betäu-  
bungsmittelverordnung, HBV; BGS 813.14])**

**Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen des Gesuchsformulars Folgendes:**

- Wenn ein Heim / eine Institution ausschliesslich für bestimmte Patientinnen / Patienten resp. Heimbewohnerinnen / Heimbewohner Arzneimittel beschafft und verwaltet, welche von einer Pflegefachperson ausschliesslich der Bestimmungsperson abgegeben werden, wird gemäss § 56 Abs. 2 GesG keine Heimapothenbewilligung benötigt.
- Für das Führen einer kleinen Hausapotheke mit ausschliesslich rezeptfreien Arzneimitteln der Abgabekategorien D und E (z.B. Paracetamol, abschwellende Nasensprays, Desinfektionsmittel etc.), die nicht patientenspezifisch beschafft und verwaltet werden, wird ebenfalls keine Heimapothenbewilligung benötigt. Für die Abgabe von Arzneimitteln der Abgabekategorie D aus der Hausapotheke muss jedoch eine vorhergehende Fachberatung durch eine zur Abgabe von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln befugte Person<sup>1</sup> stattgefunden haben oder das Arzneimittel muss auf dem Medikationsplan des Patienten / der Patientin resp. des Heimbewohners / der Heimbewohnerin als Reservearzneimittel von einem Arzt / einer Ärztin verordnet worden sein.
- Wenn ein Heim / eine Institution auch Arzneimittel bevorratet, welche nicht für eine bestimmte Patientin / einen bestimmten Patienten resp. eine bestimmte Heimbewohnerin / einen bestimmten Heimbewohner beschafft und verwaltet werden und die von einer Pflegefachperson an verschiedene Personen abgegeben werden, wird eine Heimapothenbewilligung benötigt.

**1. Grund des Gesuchs:**

- Erstbewilligung  
 Wechsel fachverantwortliche Person  
 Wechsel Rechtsform  
 Wechsel Trägerschaft  
 Wechsel Namen  
 Wechsel Adresse  
 Anderes: .....

<sup>1</sup> Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Apothekerin/Apotheker, Drogistin/Drogist; ausgebildete Fachpersonen unter der Kontrolle dieser Personen; Fachleute der Komplementärmedizin für gewisse, von der Swissmedic bezeichnete nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (Art. 25 Heilmittelgesetz [HMG; SR 812.21], Art. 49 Arzneimittelverordnung [VAM; SR 812.212.21]).

**2. Angaben zur fachverantwortlichen Person (Apotheker/in):**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....  
(bei Ausländern: Heimatland)

Wohnadresse: ..... PLZ/Ort: .....

Pensum Berufsausübung im Betrieb: .....

Berufsausübungsbewilligung Kanton Solothurn:  vorhanden  beantragt

**3. Angaben zur aktuellen Stellvertretung der fachverantwortlichen Person (Apotheker/in):**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Wohnadresse: ..... PLZ/Ort: .....

Pensum Berufsausübung im Betrieb: .....

Berufsausübungsbewilligung Kanton Solothurn:  vorhanden  beantragt

**4. Angaben zum gesuchstellenden Betrieb:**

Betriebsbezeichnung: .....

Rechtsform:  AG  GmbH  andere: .....

Betriebsart / Fachgebiet: .....

Trägerschaft/Geschäftsführer/in: .....

Hauptsitz  Zweigfiliale  anderes: .....

Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Tätigkeitsaufnahme:  ab sofort (ab Bewilligungsdatum)

ab späterem Datum: .....

**5. Rechnungsadresse (falls abweichend):**

Bitte beachten Sie, dass die Bewilligung zur Führung einer Heimapotheke erst erteilt wird, wenn die erforderlichen fachlichen und betrieblichen Voraussetzungen erfüllt sind und ein Qualitätssicherungssystem, das der Art und dem Umfang des Betriebs entspricht, vorhanden ist (§ 16 Abs. 2 HBV; vgl. auch «Merkblatt Heimapotheke» auf der Homepage des Gesundheitsamtes unter [gesundheitsamt/aufsicht-und-bewilligungen/betriebe/spital- und heimapothen/](#)).

**Die folgende Checkliste ist als Grundlage für die Bewilligungserteilung auszufüllen:**

| <b>6. Verwaltung von Arzneimitteln:</b>   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Nur eingeschränktes Sortiment (z.B. Notfallsortiment)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, nähere Angaben: .....   |                          |                          |
| Kühlschrankpflichtige Arzneimittel (2°C - 8°C)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis a  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis b  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen für substitutionsgestützte                                       |                          |                          |
| Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja: kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis d (z.B. Heroin)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausländische Arzneimittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere, nicht von Swissmedic zugelassene Arzneimittel                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, nähere Angaben: .....   |                          |                          |
| <b>7. Bereitstellung/Richten von Arzneimitteln<sup>2</sup>:</b>                           | Ja                       | Nein                     |
| Bereitstellung weniger als 24 Stunden im Voraus?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bereitstellung für den Bedarf von mehr als einem Tag?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, nähere Angaben: .....  |                          |                          |
| Ausblistern aus der Primärverpackung (Umkonfektionierung/Herstellung) <sup>3</sup> ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Separater Bereich/Raum für Bereitstellen/Zubereiten von Arzneimitteln?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ungestörtes Arbeiten möglich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls Wasserzugang/Abfluss (z.B. Lavabo), durch Spritzschutz abgetrennt?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit potenziell gesundheitsschädigenden Arzneimitteln<br>(z.B. Zytostatika)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, Umgang schriftlich geregelt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorschriften für Arzneimittel mit erhöhten Anforderungen<br>an die Zubereitung vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, Umgang schriftlich geregelt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>2</sup> Im Anhang 5 der [Regeln der Guten Abgabepräaxis für Heilmittel](#), Version 2 vom 04. Dezember 2023, werden die Anforderungen je nach Variante der Bereitstellung festgelegt.

<sup>3</sup> Eine Umkonfektionierung ist eine Herstellung und die Vorgaben an Hygiene und an einen separaten Herstellbereich nach Pharmacopoeia Helvetica (Schweizerische Pharmakopöe, Ph.H.) Kapitel 20 und 21 müssen eingehalten werden. Die Lagerung von geteilten Tabletten ist zu vermeiden.

| <b>8. Aufbereitung von Medizinprodukten<sup>4</sup>:</b>         | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Es sind nur Medizinprodukte zur einmaligen Anwendung vorhanden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufbereitung von Medizinprodukten findet vor Ort statt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufbereitung von Medizinprodukten wird durch Dritte durchgeführt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9. Lagerung der Arzneimittel im Heim</b>                      | Ja                       | Nein                     |
| In einem separaten/zentralen Raum                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Abteilungsapothen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, Anzahl Abteilungen: .....                              |                          |                          |
| In dafür bestimmten Schränken/Schubladen                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In einem Arzneimittelkühlschrank (Temperatur, Umluft, Alarm)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In einem qualifizierten Haushaltskühlschrank                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Tresor oder andere diebstahlsichere Lagerung                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Lagerorte: .....  |                          |                          |
| Lagerung getrennt von anderen Waren?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schutz vor unbefugtem Zugriff (Schliesskonzept)?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einhaltung und Dokumentation der Lagertemperatur gewährleistet?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. Qualitätssicherungssystem (QSS) für die Heimapotheke</b>  | Ja                       | Nein                     |
| Ist ein ganzheitliches, gelenktes QSS <sup>5</sup> vorhanden?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist das QSS formell in Kraft gesetzt <sup>6</sup> ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind alle Prozesse in Arbeitsanweisungen definiert?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11. Arbeitsanweisungen und Nachweisdokumente vorhanden?</b>   | Ja                       | Nein                     |
| Personalschulungen zum Umgang mit Arzneimitteln                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingangskontrolle von Arzneimitteln                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einfuhr aus dem Ausland  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temperaturüberwachung an allen Lagerorten                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungsvorschriften (z.B. Putzplan Räume und Geräte)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bereitstellung/Richten von Arzneimitteln                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verfalldatenkontrolle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betäubungsmittelbuchführung (inkl. Inventar)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bearbeitung von Beanstandungen/Rückrufen                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchführung von Selbstinspektionen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>4</sup> Reinigung/Desinfektion und Sterilisation (in einem Autoklaven) von Instrumenten vor der Wiederverwendung.

<sup>5</sup> Die Dokumente des QSS müssen gelenkt sein, d.h. es muss festgelegt werden, auf welche Art und Weise Dokumente erstellt, bearbeitet, geprüft, freigegeben, verteilt und aufbewahrt werden. Das QSS muss regelmäßig den aktuellen Verfahrensweisen und Gegebenheiten der Praxis angepasst werden und es muss sicher gestellt werden, dass das Personal über die geltenden Bestimmungen in Kenntnis gesetzt wurde.

<sup>6</sup> Sämtliche Dokumente des QSS müssen mit Datum und Visum der fachverantwortlichen Person in Kraft gesetzt werden. Überarbeitete Dokumente werden so abgelegt, dass die aktuell gültige Version ersichtlich ist. Veraltete Dokumente werden als solche gekennzeichnet und archiviert.

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>12. Organigramm</b>  | Ja                       | Nein                     |
| Ist ein aktuelles Organigramm mit Kennzeichnung der fachverantwortlichen Person für die Heimapotheke und deren Stellvertretung vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertrag zwischen Heim und fachverantwortlicher Person vorhanden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. Ausgelagerte Tätigkeiten</b>   | Ja                       | Nein                     |
| Lohnherstellung (z.B. Verblisterung)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verantwortlichkeiten im Lohnherstellungsvertrag geregelt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere ausgelagerte Tätigkeit (nähere Anhaben): .....   |                          |                          |

Allfällige ergänzende Bemerkungen zu den oben gemachten Angaben:

#### **Einzureichende Unterlagen**

- Inhaltsverzeichnis des Qualitätssicherungssystems (QSS)
- Aktuelles Organigramm (Kopie)
- Berufshaftpflichtversicherung fachverantwortliche Person (Zusatz Heimbetreuung)

#### **14. Gebühren**

Die Gebühr für die Erteilung einer Heimapothekenbewilligung richtet sich nach dem Gebührentarif § 41 Abs. 1 Bst. c<sup>bis</sup> ([GT; BGS 615.11](#)) und beträgt Fr. 500.00.

Die Gebühr für die Anpassung einer Heimapothekenbewilligung richtet sich nach dem Gebührentarif § 41<sup>bis</sup> Abs. 1 ([GT; BGS 615.11](#)) und beträgt nach Aufwand ab Fr. 100.00.

**15. Bestätigung und Unterschrift**

Die Unterzeichnenden bestätigen hiermit, dass die obigen Angaben vollständig und korrekt sind.

**Ort, Datum**

**Unterschrift Institutionsleitung**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift fachverantwortliche Person (Apotheke/-in)**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift Stellvertreter/-in der fachverantwortlichen Person (Apotheker/-in)**

**Bitte vollständig ausgefülltes und unterzeichnetes Gesuch mindestens 3 Monate vor gewünschtem Bewilligungsdatum einsenden an [gesundheit.bab@ddi.so.ch](mailto:gesundheit.bab@ddi.so.ch).**