

## Informationsblatt

Amalgam ist ein gefährliches Stoffgemisch, weswegen amalgamhaltiges Abwasser vorzubehandeln und die Einleitung nach der städtischen Entwässerungssatzung immer genehmigungspflichtig ist. Die Einleitung solcher Abwässer von Behandlungsplätzen in Zahnarztpraxen und Zahnkliniken bedarf zudem einer wasserrechtlichen Genehmigung nach dem Wasserhaushaltsgesetz (WHG), da nach Anhang 50 zur Abwasserverordnung (AbwV) Anforderungen an den Ort des Abwasseranfalls gestellt werden (§ 58 Abs. 1 WHG).

Jede Zahnarztpraxis, die einen Amalgamabscheider besitzt, benötigt eine Einleitgenehmigung, diese wird von der Münchner Stadtentwässerung ausgestellt.

Die Durchführung der Generalinspektion des Abscheiders ersetzt keinen Genehmigungsbescheid. Des Weiteren sind die ausgestellten Genehmigungen immer personenbezogen, falls die in der Genehmigung genannte Person nicht mehr in der Praxis tätig ist, muss eine neue Genehmigung ausgestellt werden.

### Für wen gilt Anhang 50 der AbwV?

- Der Anhang gilt für Abwasser aus Behandlungsplätzen in Zahnarztpraxen und -kliniken, bei denen Amalgam anfällt. Als zentrale Anforderung steht am Ort des Abwasseranfalls die Verringerung der Amalgamfracht des Rohabwassers aus den Behandlungsplätzen um mindestens 95 %.

### Ist die Einleitung von amalgambelastetem Abwasser genehmigungspflichtig?

- Ja, die Einleitung von amalgambelastetem Abwasser aus Zahnarztpraxen in die Kanalisation muss von der Münchner Stadtentwässerung genehmigt werden.

### Weitere wichtige Anforderungen und Hinweise

(LFU Merkblatt 4.5/-50, „Hinweise zu Anhang 50 zur Abwasserverordnung (Zahnbehandlung), Punkt 2 Anforderungen)

- In den Abwasserablauf der Behandlungsplätze muss vor Vermischung mit dem sonstigen Sanitärabwasser ein Amalgamabscheider mit allgemein bauaufsichtlicher Zulassung eingebaut und betrieben werden, der einen Abscheidewirkungsgrad von mindestens 95 % aufweist. Die allgemein bauaufsichtlichen Zulassungen werden vom Deutschen Institut für Bautechnik (DIBt) in Berlin vergeben. Informationen zu diesen Anlagen sind beim DIBt erhältlich (<http://www.dibt.de/>).
- Abwasser, das beim Umgang mit Amalgam anfällt, ist über den Amalgamabscheider zu leiten. Umgekehrt heißt das, dass Geräte, die mit Amalgam verunreinigt sind, nicht über dem Handwaschbecken, sondern über dem Speibecken gereinigt werden müssen.
- Für die Absaugung des Abwassers der Behandlungsplätze müssen Verfahren angewendet werden, die den Einsatz von Wasser so geringhalten, dass der Amalgamabscheider seinen vorgeschriebenen Wirkungsgrad einhalten kann. Der Abwasseranfall, der sich aus dem Ablauf des Speibeckens und des Absaugsystems ergibt, darf den zulässigen Abwasserzufluss laut Zulassungsbescheid nicht überschreiten.
- Der Amalgamabscheider muss regelmäßig entsprechend der Zulassung gewartet und entleert werden und es müssen hierüber schriftliche Nachweise (Wartungsbericht, Annahmebescheinigung für Abscheidegut) geführt werden.
- Der Amalgamabscheider ist vor Inbetriebnahme und alle 5 Jahre auf seinen ordnungsgemäßen Zustand, insbesondere auf den Abscheidewirkungsgrad zu überprüfen.

Fragebogen und Antrag auf Genehmigung für das Einleiten von amalgamhaltigem Abwasser aus Zahnarztpraxen und Zahnkliniken.

## **Antragstellung:**

Für das Einleiten amalgamhaltiger Abwässer in die städt. Kanalisation beantrage ich die Genehmigung nach § 58 WHG und § 15 Entwässerungssatzung.

Zum Sachverhalt teile ich Folgendes mit:

Anschrift der Praxis / Klinik:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sollte es sich bei Ihrer Praxis um eine Gemeinschaftspraxis oder eine Praxisgemeinschaft handeln, bitten wir Sie, eine(n) Vertreter\*in zu benennen, dem/der die Genehmigung einschließlich Zahlungsaufforderung zugestellt werden kann.

Gemeinschaftspraxis:

Praxisgemeinschaft:

Vertreten durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

# Fragebogen Behandlungsstühle

## Behandlungsplatz Nr.:

- Hersteller der Behandlungseinheit:
- Typenbezeichnung:
- Baujahr:

Nur auszufüllen, wenn in der Behandlungseinheit ein Amalgamabscheider eingebaut ist

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min.:

## Behandlungsplatz Nr.:

- Hersteller der Behandlungseinheit:
- Typenbezeichnung:
- Baujahr:

Nur auszufüllen, wenn in der Behandlungseinheit ein Amalgamabscheider eingebaut ist

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min:

---

(Unterschrift)

---

(Datum, Ort)

## Weitere Behandlungsstühle (falls zutreffend)

### Behandlungsplatz Nr.:

- Hersteller der Behandlungseinheit:
- Typenbezeichnung:
- Baujahr:

Nur auszufüllen, wenn in der Behandlungseinheit ein Amalgamabscheider eingebaut ist

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min.:

### Behandlungsplatz Nr.:

- Hersteller der Behandlungseinheit:
- Typenbezeichnung:
- Baujahr:

Nur auszufüllen, wenn in der Behandlungseinheit ein Amalgamabscheider eingebaut ist

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min.:

### Behandlungsplatz Nr.:

- Hersteller der Behandlungseinheit:
- Typenbezeichnung:
- Baujahr:

Nur auszufüllen, wenn in der Behandlungseinheit ein Amalgamabscheider eingebaut ist

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min.:

---

(Unterschrift)

---

(Datum, Ort)

## **Anlage 2: Fragebogen Externer Amalgamabscheider (falls zutreffend)**

Das aus den Behandlungsplätzen Nr. .... stammende Abwasser wird vor seiner Vermischung mit sonstigen Sanitärabwasser folgendem Amalgamabscheider zugeleitet:

- Hersteller des Abscheiders:
- Typenbezeichnung:
- Abscheidewirkungsgrad (in %):
- Bauaufsichtliche Zulassung bzw. Prüfzeichen:
- Abwasserzufluss l/min:

**Bitte füllen Sie die Informationen zur Ihren Behandlungsplätzen (Hersteller der Behandlungseinheit, Typenbezeichnung und Baujahr) auch aus, wenn Sie einen externen Amalgamabscheider besitzen.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort)