

Regionale Benachteiligung und Daseinsgrundvorsorge am Beispiel des Oberpinzgaus: Ein Widerspruch?

Regional deprivation and services of general interest using the example of Oberpinzgau: A contradiction?

Zusammenfassung

Die Studie, auf der dieser Beitrag basiert, wurde im Kontext der Neuaushandlungen der Finanzgebahrungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden in Auftrag gegeben, um eine potenzielle Benachteiligung der Region Oberpinzgau (Salzburg) quantifizierbar zu machen. Durch die Unschärfen des Kernbegriffs „Benachteiligung“ ergeben sich dabei Probleme der Umlegbarkeit desselben in eine quantitative Maßzahl, welche Relationalitäten und Intensitäten der Benachteiligungen zum Ausdruck bringen kann. Mit der Entwicklung des Multiplen Benachteiligungsindex (MBI), der auf Basis sozioökonomischer und demographischer Indikatoren gebildet wird, ist es möglich, nach thematischen Bereichen Potenziale und Herausforderungen für die Region Oberpinzgau und deren Gemeinden zu identifizieren und für die politischen AkteurInnen greifbar zu machen. In diesem Artikel wird die Methode und ihre Interpretierbarkeit anhand des thematischen Teilbereichs Gesundheit illustriert, welche vertiefend mittels einer durchgeführten Erreichbarkeitsanalyse analysiert wird und mögliche Interpretationsansätze aufgezeigt werden.

Abstract

The research this paper is based on was contracted in the context of the renegotiations of the fiscal equalization scheme between national, province and municipal level, to attempt a quantification of a potential deprivation of the region Oberpinzgau (Salzburg). As the term itself is quite fuzzy as it is important to show relations and intensities, the quantification to a uniting index is quite difficult. With the development of the Multiple Deprivation Index (MBI), which is constructed based on socioeconomic and demographic indicators, it is possible to identify by thematic areas the potentials and challenges for the region Oberpinzgau and its municipalities. In this paper we introduce the method and its interpretability exemplary for the thematic area of Health, which further gets analysed due to a connectivity analysis to illustrate potential interpretative approaches.



Univ.-Prof. Dr. **Martin Heintel**
Institut für Geographie und
Regionalforschung, Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
martin.heintel@univie.ac.at



Mag. **Markus Spinger**
Wittgenstein Centre for Demography
and Global Human Capital
Welthandelsplatz 2
A-1020 Wien
markus.spinger@oeaw.ac.at



Mag. **Judith Schnelzer**
Institut für Geographie und
Regionalforschung, Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
judith.schnelzer@univie.ac.at



Mag. **Ramon Bauer**
Institut für Geographie und
Regionalforschung, Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
ramon.bauer@univie.ac.at

1 Einleitung

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Studie im Auftrag des Regionalverbands Oberpinzgau¹ mit der Zielsetzung, eine etwaige „Benachteiligung“ der Region zu quantifizieren. Im Kontext der im Jahr 2016 stattfindenden Neuausverhandlung der **Finanzausgleichsgebühren zwischen Bund, Land und Gemeinden** soll diese Studie eine Diskussionsbasis für die Verhandlungen darstellen. Dem voran steht die Prämisse, die Begrifflichkeit „Benachteiligung“ spezifisch für die Fragestellung zu präzisieren. Zusätzlich wird dies durch den Umstand erschwert, dass eben jener Begriff **äußerst unscharf definiert** ist und sehr stark durch ein subjektives Empfinden geprägt wird. So verwundert es kaum, dass diese Debatte über eine „gerechte“ Verteilung von Finanzmitteln zwischen den politischen und administrativen Verwaltungseinheiten stets entlang dieser unsichtbaren, aber stets spürbaren Demarkationslinie des Ungleichheitsempfindens von peripheren Regionen gegenüber urbanen Ballungszentren verläuft. Hier steht im Kontext des in der Regionalpolitik verankerten Gleichstellungsgrundsatzes (Republik Österreich 2013) das Argument einer vermeintlichen „*Vernachlässigung*“ der peripheren Regionen durch das Land und den Bund jenem Argument des monetären „*Mehraufwands*“ in Städten bei sozialen und infrastrukturellen Ausgaben gegenüber. **Der Gleichstellungsgrundsatz besagt, dass eine flächendeckende Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten ist.** Hierbei wird auch auf das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung (2013-2018) verwiesen, das als Ziel, „...bei künftigen Entwicklungen ländlicher Räume besonderes Augenmerk darauf zu richten [ist], Arbeit zu den Menschen zu bringen, sowie eine gleichwertige Daseinsvorsorge sicherzustellen“, ausgibt (Republik Österreich 2013, S. 20).

Ob und wie sich diese subjektive Ungleichheit oder – anders gesprochen – Benachteiligung de facto empirisch nachweisen lässt, ist die Fragestellung, mit der sich die Studie zur Quantifizierung der Benachteiligung der Region Oberpinzgau und

dieser Beitrag befasst. Eine solche Umlegung einer subjektiven Wahrnehmungsstruktur auf eine quantifizierbar vergleichbare Ebene zu übertragen, bedurfte einer vorab gestellten deskriptiven Analyse der sozialen, demographischen und ökonomischen Ausgangslage in der Untersuchungsregion sowie deren Gemeinden in Kontrast zu definierten **Vergleichsregionen: Bundesland Salzburg, Stadtregion Salzburg², Gemeinde Saalfelden und Zell am See (siehe Karte 1).**

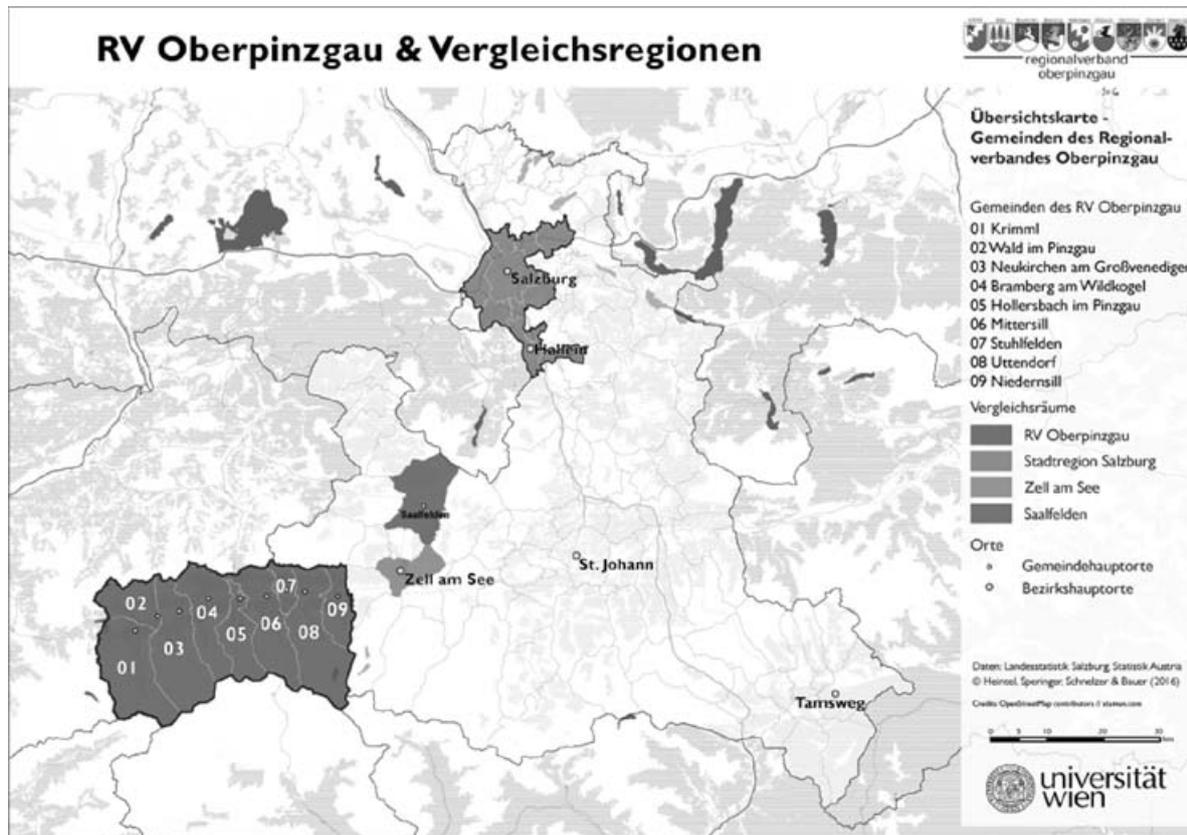
2 Ausgangslage

Die naturräumlichen Charakteristika der Region Oberpinzgau sind stark von ihrer **peripheren Tallage** im Südwesten Salzburgs entlang der nördlichen Ausläufer der Hohen Tauern geprägt, was sich gleichsam in der Komprimierung der Siedlungs-, Agrar-, Nutz- und Verkehrsflächen entlang der Haupt- und Nebentalsohlen abzeichnet. Diesem Umstand ist es auch geschuldet, dass sich trotz der teilweise großen Flächenausdehnung der Gemeinden (siehe Karte 2) im Untersuchungsgebiet (z.B. in Krimml [169,3 km² | 2,9 % davon Dauersiedlungsraum], Uttendorf [167,9 km² | 11,8 %], und Neukirchen [166,1 km² | 7,4 %]) der Dauersiedlungsraum deutlich reduzierter darstellt. So entfallen im Oberpinzgau nur rund 10,7 Prozent der Gesamtfläche auf den Dauersiedlungsraum (Stuhlfelden [29,6 km² | 27,4 %] und Niedernsill [57,5 km² | 18,5 %]), der durch die umliegenden Gebirgshänge und durch ausgewiesene Schutz-zonen (z.B. Natura 2000 Gebiete) in ihrer Ausdehnung beschränkt wird.

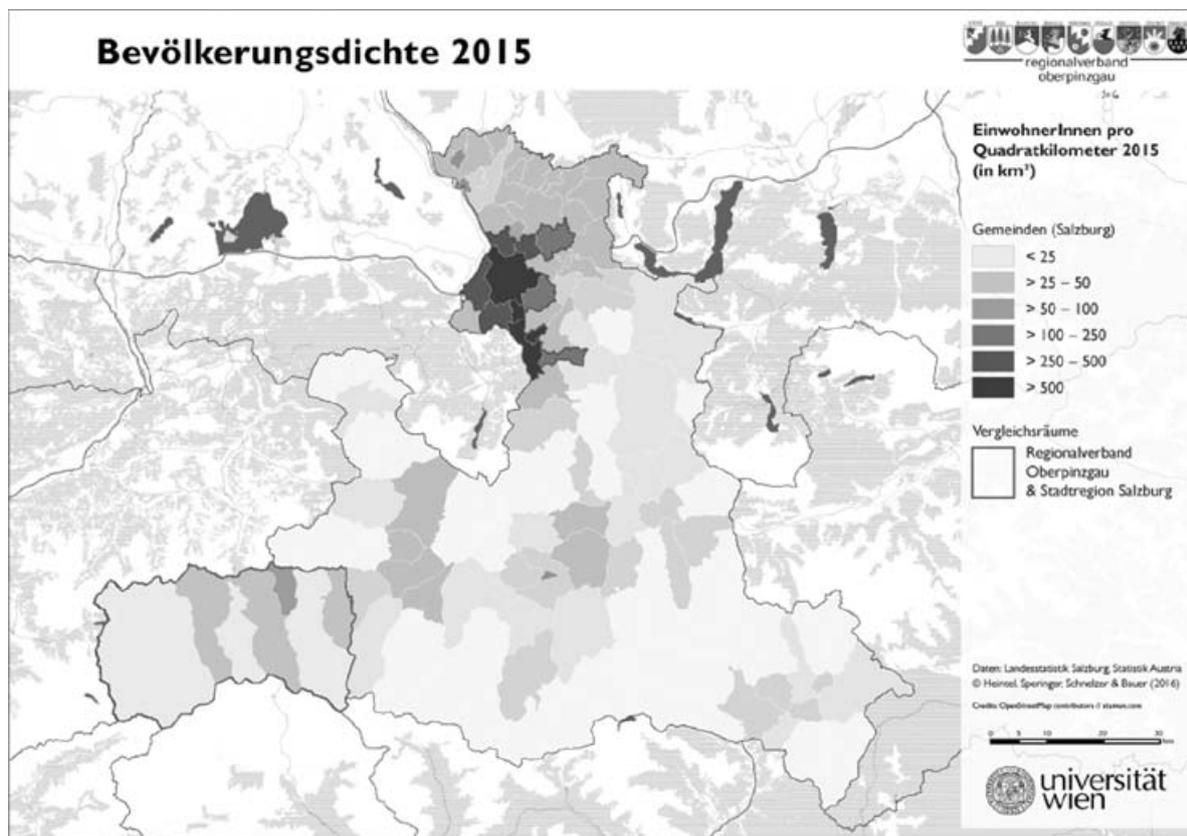
Dementsprechend sind die örtlichen Siedlungen nur entlang der Täler verkehrstechnisch erschlossen, wobei die B168 die Hauptverkehrsachse für den individualisierten Personennahverkehr von Zell am See bis Mittersill bildet und weiter westwärts bis nach Krimml und Wald in die B165 übergeht, die in das Nachbarbundesland Tirol führt. Vom Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) gibt es nebst den Regionalbuslinien 670, 672, 673, 4094 und 4410 eine entlang der Salzach verlaufende eingleisige Bahnstrecke, welche die Pinzgauer Lokalbahn (230) führt und touristisch sowie

¹ vgl.: Heintel, Martin/ Springer, Markus/ Schnelzer, Judith/ Bauer, Ramon (2016): Quantifizierung der Benachteiligung der Region Oberpinzgau. Projektendbericht im Auftrag des Regionalverbandes Oberpinzgau, 118 S. Die Studie wurde vom Regionalverband Oberpinzgau beauftragt und durch Bund (LE 14-20), Land (Salzburg) und Europäische Union (LEADER) finanziert. Auftragnehmer: Institut für Geographie und Regionalforschung der Universität Wien; Projektleitung: Martin Heintel.

² Die Stadtregion Salzburg (SR041) wird, laut Statistik Austria (2013), durch die Pendelbeziehungen in die umliegenden Gemeinden festgelegt. Das urbane Ballungsgebiet umfasst somit elf Gemeinden: Bergheim, Hallwang, Eugendorf, Stadt Salzburg, Wals-Siezenheim, Grödig, Anif, Elsbethen, Hallein, Oberalm und Bad Vigaun.



Karte 1: Übersichtskarte – Gemeinden der RV-Region Oberpinzgau
 Quelle: Landesstatistik Salzburg, Statistik Austria, Universität Wien



Karte 2: Bevölkerungsdichte 2015 – EinwohnerInnen pro Quadratkilometer 2015 (in km²)
 Quelle: Landesstatistik Salzburg, Statistik Austria – Bevölkerung zu Jahresbeginn

für die knapp 21.984 lokale Bevölkerung (Stand: 01.01.2015)³ nutzbar ist.

Entsprechend der topographisch-peripheren Lage haben sich **in diesen Siedlungsräumen standortspezifische Infrastrukturen und Services of General Interest (SGIs)⁴ angesiedelt und etabliert, welche der lokalen Nachfrage gerecht werden.** Solche Dienste wie die einstigen Dorflehrer oder -ärzte entwickelten sich mit der Zeit je nach Bedarf in Kindergärten, Schulen, Berufsbildungseinrichtungen oder medizinische Einrichtungen, wie Facharztordinationen, Rettungsstellen oder Spitäler, die je nach kritischer Größe der Bevölkerungszahl die notwendigen Auslastungskapazitäten aufweisen konnten. Eben jene Kapazitäten braucht es, um Rentabilität für die Instandhaltungs- und Betriebskosten zu gewährleisten und zu argumentieren. Dies ist der Grund, warum es unter anderem wenig Sinn machen würde, in dörflich-peripheren Regionen sogenannte hochrangige SGIs wie Spitäler oder höhere Bildungseinrichtungen wie Universitäten oder Fachhochschulen zu errichten.

Dies wiederum bedeutet, dass Gemeinden oder Regionen nicht in jeder Gemeinde alle etwaigen Services anbieten können, und diese in bevölkerungsstärkeren oder höherrangigen Gemeinden gebündelt werden müssen, was gleichzeitig die Frage der Erreichbarkeit solcher Einrichtungen für die benachbarten Orte niedriger administrativer Hierarchiestufe aufwirft. In der Regel erzeugt dies aufgrund eines Mangels an einem öffentlichen Angebot einen erhöhten Bedarf für die Anschaffung und den Betrieb von Fahrzeugen im individuellen Personenverkehr (IPV) oder speziell im Bereich Bildung die Taktung von (Schul-)Bussen oder generell die Schaffung eines Öffentlichen Personenverkehrs (ÖPNV).

Für diese Studie stellt sich die grundlegende Frage, wie sich Benachteiligung im räumlichen Kontext quantifizieren und vergleichend darstellen lässt. Hierbei stellt sich auch die Frage nach der begrifflichen Abgrenzung des Terms „Benachteiligung“, welcher per se von Unschärfen geprägt ist,

³ Quelle: Bevölkerung zu Jahresbeginn, Statistik Austria

⁴ SGIs, Services of General Interest, sind frei übersetzt Leistungen der Daseinsvorsorge und somit Dienstleistungen, die gemäß öffentlicher Verwaltung von generellem Interesse sind. Der Begriff umfasst beides, ökonomische und nicht-ökonomische Aktivitäten. Darunter fallen unter anderem Dienstleistungen im Bereich Gesundheitsversorgung, Kinderbetreuung und Versorgung älterer oder behinderter Personen, sozialer Wohnbau, Training- und Arbeitsmarktservices, Schulen, Universitäten etc.

die implizit eine subjektive Relationalität ausdrücken. Menschen oder Regionen können somit nur in Relation zu anderen Menschen oder Regionen benachteiligt oder bevorteilt sein. Dieser Umstand muss sowohl methodisch als auch bei der Auswahl der zu verwendenden inhaltlichen Dimensionen berücksichtigt werden.

Zu diesem Zweck wurde der Indexentwicklung eine demographische und sozio-ökonomisch Analyse vorangestellt, welche die Untersuchungsregion Oberpinzgau (inklusive Gemeindeanalyse) in Kontrast zu den definierten Vergleichsräumen untersucht. Über diesen Weg wurden potenzielle thematische Bereiche und Indikatoren für die Einbindung in die Entwicklung des *Multiplen Benachteiligungsindex (MBI)* identifiziert. Nebst einer kurzen methodischen Ausführung zur Indexentwicklung werden im Folgenden vor allem exemplarisch Teilbereichsergebnisse sowie weiterführende Analysen erläutert.

3 Multipler Benachteiligungsindex (MBI)

3.1 Methodische Herangehensweise

Um Benachteiligung, wie es in der vorangegangenen Fragestellung formuliert wird, quantifizierbar zu machen, um eine vergleichende räumliche Darstellung zu ermöglichen, bedarf es der **methodischen Entwicklung einer zusammenführenden Maßzahl, die es vermag, verschiedene thematische Bereiche und Indikatoren zu bündeln.** Teilweise methodisch, aber vor allem vom Prozessablauf an einem in Großbritannien entwickelten *Index of Multiple Deprivation (IMD)* fand die Orientierung zur Entwicklung eines eigenen Index zur Erfassung von Benachteiligung statt (vgl. DCLG 2011a, DCLG 2015a, DCLG 2015b, DCLG 2015c, Payne & Abel 2012).

Im Konkreten betrifft diese Orientierung vor allem die Herangehensweise bei der Abgrenzung der thematischen Dimensionen sowie die **Indikatorauswahl** zur bestmöglichen Repräsentation der Benachteiligungsbereiche, wobei für diese konkrete Fragestellung sechs Bereiche mit 24 Indikatoren für die Bildung des *Multiplen Benachteiligungsindex (MBI)* identifiziert wurden:

- *Benachteiligung im Bereich Einkommen & Wohnen*
- *Benachteiligung im Bereich Beschäftigung*

- Benachteiligung im Bereich **Gesundheit**
- Benachteiligung im Bereich **Bildung**
- Benachteiligung im Bereich **Soziales & Versorgung**
- Benachteiligung im Bereich **Finanzen**

Methodisch war es allerdings notwendig, andere Wege als das britische Vorbild zu gehen, da neben dem ausdrücklichen Fokus auf eine relationale Maßzahl auch eine Standardisierung der Indikatoren-spezifischen Skalenniveaus angestrebt werden. Die Kalkulation dieser z-Werte produziert **standardisierte Werte, die positive und negative (Standard-)Abweichungen vom Bundesland-durchschnitt ausdrücken** (vgl. Magnello & Van Loon 2014, Urdan 2011). Weiters wurde eine z-Transformation der einzelnen Indikatoren durchgeführt, um sie in Folge über die Definition von Bereichsgewichtungen und Wertungsrichtungen in sechs Bereich-MBIs und einen Gesamt-MBI zusammenzuführen (vgl. Heintel et al. 2016).

3.2 Ergebnisse und Interpretation

Die Analyse des MBI lässt somit eine Interpretation sowohl über den Gesamtindex als auch die einzelnen Teilbereiche zu. Dies erlaubt es, ein tieferes Verständnis für die Entstehung und Interpretation des Gesamt-Index zu entwickeln. Dieser Vergleich der Bereichs-MBI für die Region Oberpinzgau (dunkle Fläche) und der Stadtregion Salzburg (helle Fläche) zeigt, dass die Stadtregion nicht

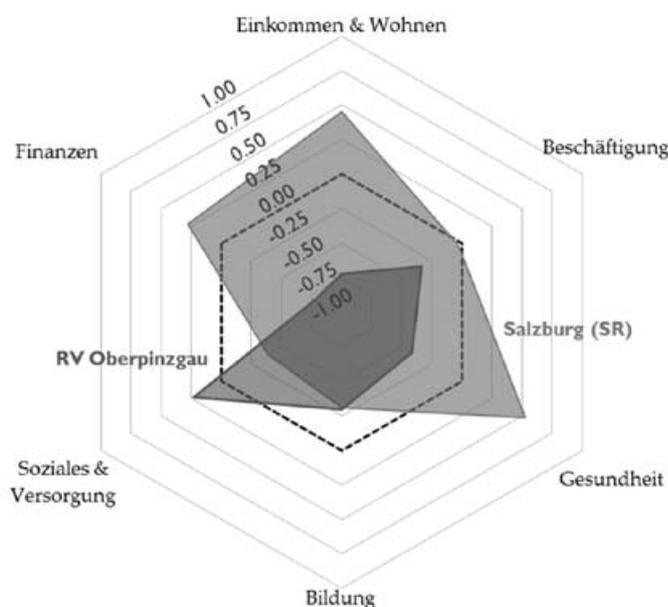


Abb. 1: Multipler Benachteiligungsindex nach Bereichen in der Region Oberpinzgau und Stadtregion Salzburg

Quelle: Berechnung der AutorInnen, vgl. Heintel et al. 2016

notwendigerweise in allen Bereichen über eine positive Streuung gegenüber dem Bundeslandwert (schwarz strichlierte Linie, entspricht Wert 0,00) oder der Untersuchungsregion verfügt, sondern auch markante Defizite aufweisen kann, welche den Gesamt-MBI drücken (siehe Abbildung 1).

Während der Gesamt-MBI, welcher den durchschnittlichen MBI über alle Bereiche hin repräsentiert, für die Stadtregion Salzburg mit 0,06 leicht positiv vom Bundesland abweicht, kann man bei der Bereichsinterpretation erkennen, dass stark positiv abweichende Bereichswerte in den Bereichen *Finanzen* (+0,28), *Einkommen & Wohnen* (+0,45) sowie *Gesundheit* (+0,351) durch (stark) negative Wertausprägungen in den Bereichen *Bildung* (-0,31), *Soziales & Versorgung* (-0,39), sowie *Beschäftigung* (-0,03) teilweise kompensiert werden und die potenziell positive Abweichung vom Bundeslandwert drosselt. In der Untersuchungsregion **Oberpinzgau** gibt es einen solchen Kompensationseffekt lediglich beim Bereich *Soziales & Versorgung* (-0,23), welcher als einziger Bereich eine positive Wertausprägung gegenüber dem Bundesland aufweist. In den Bereichen *Finanzen* (-0,80), *Beschäftigung* (-0,34) und *Gesundheit* (-0,28) lassen sich für den Oberpinzgau die am stärksten negativen z-Werte finden, **welche aufsummiert einen Gesamt-MBI von -0,37 ergeben.**

Diese Bereichsaufschlüsselung der Ergebnisse ermöglicht es einerseits, den Index inhaltlich vertiefend interpretierbar zu machen beziehungsweise **Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Regionen genauer analysieren zu können.**

3.2.1 Gesundheit

Der Bereich **Gesundheit** repräsentiert so ein Gegensatzpaar, in welchem die Stadtregion Salzburg deutlich positiv und die Region Oberpinzgau deutlich negativ vom Bundeslandwert abweicht. Bei einer genaueren Betrachtung dieses Bereichs kann man feststellen, dass sich dieser aus den drei Indikatoren *Anzahl der Apotheken*, *ÄrztInnen (Allgemeinmedizin)* sowie *ÄrztInnen (FachärztInnen) pro 1000 EinwohnerInnen (2015)* zusammensetzt, welche allesamt den Zugang zu einer medizinischen Basisversorgung beschreiben.

Die Indikatorauswahl ergab sich in erster Linie durch die Verfügbarkeit und Robustheit dieser Indikatoren, wobei speziell die AllgemeinmedizinerInnen und Apotheken eine Aussage über die grundlegende medizinische Versorgung, welche die alltägliche medizinische Basisversorgung der ansässigen Bevölkerung bildet, zulassen. Bei den FachärztInnen kann man von einer vertiefenden oder höherrangigen medizinischen Versorgung sprechen, die, so besagt die Hypothese, sich stärker in urbanen als in ländlichen Gebieten vorfinden lässt.

Bei genauerer Betrachtung der z-Werte nach den drei Bereichsindikatoren für die vier definierten Untersuchungsregionen kann man leicht feststellen, dass die Untersuchungsregion Oberpinzgau bei allen drei Indikatoren eine negative Werteausprägung gegenüber dem Bundesland (Nulllinie) und den drei urbanen Vergleichsregionen aufweist. Diese weisen fast durchgehend, abgesehen von der Dichte der AllgemeinärztInnen in der Gemeinde Saalfelden, eine positivere Werteausprägung als der Oberpinzgau auf. Die mit $-0,28$ negative Bereichsgewichtung im Oberpinzgau hat mit $-0,43$ die stärkste negative z-Werteausprägung bei eben jenen FachärztInnen, noch vor den Apotheken ($-0,24$) und AllgemeinmedizinerInnen ($-0,17$) (siehe Abbildung 2).

Der Kontrast zwischen dem ländlichen Oberpinzgau und der Stadtregion Salzburg ist am stärksten bei den FachärztInnen ausgeprägt, welche wie erwartet eine sehr hohe Versorgungsdichte in der Stadtregion aufweisen. Dies lässt sich auch in den Rohdaten vor der z-Transformation erkennen, welche für die Stadtregion Salzburg eine Versorgungsdichte an FachärztInnen von 2,5 pro 1.000

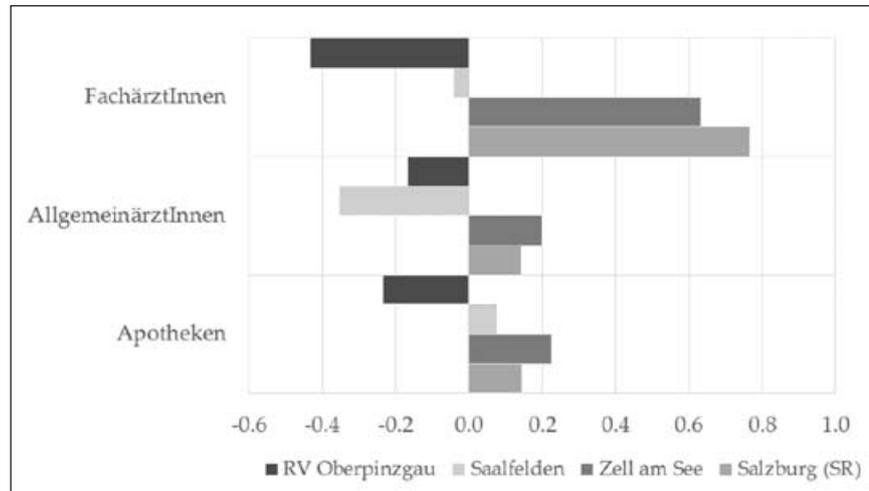


Abb. 2: Bereichsindikatoren – Bereich Gesundheit

Quelle: Berechnung der Autoren, vgl. Heintel et al. 2016

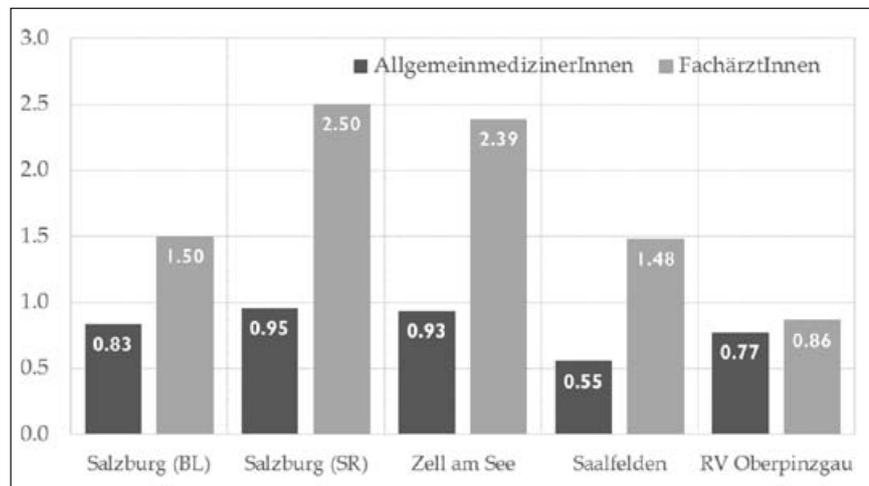


Abb. 3: Ärztedichte (AllgemeinmedizinerInnen & FachärztInnen) pro 1.000 EinwohnerInnen 2016 Quelle: Ärztekammer, vgl. Heintel et al. 2016

EinwohnerInnen aufweist, während es im Oberpinzgau lediglich 0,86 sind. Damit liegt man auch deutlich unter dem Durchschnitt von 1,5 im ganzen Bundesland Salzburg. Bei der Versorgung mit AllgemeinmedizinerInnen ist der Kontrast zwar auch gegeben, aber deutlich geringer ausgeprägt (siehe Abbildung 3).

Das Ergebnis des Bereichs-MBI lässt sich nebst der Gegenüberstellung von Vergleichsräumen auch auf Gemeindelevel anwenden, um so die Aggregationsräume Oberpinzgau und die Stadtregion räumlich explizit analysieren zu können. Hier lässt sich erkennen, dass die Stadtregion, vor allem die Kernstadt Salzburg im Kontrast zum Bundesland, eine erhöhte Versorgungsdichte im Bereich Gesundheit aufweist. Bei den Umlandgemeinden zeigt sich hingegen ein umgedrehtes Bild mit teilweise stark negativen z-Werten. Dies

ist ein durchaus plausibles Bild, da man von einer Konzentration der berücksichtigten medizinischen Infrastrukturen in der Landeshauptstadt ausgehen kann (siehe Karte 3).

Im Oberpinzgau lassen sich in sieben von neun Gemeinden teilweise stark negative z-Werte für diesen Bereich vorfinden, mit Ausnahme von Wald im Pinzgau und Mittersill. Letztere stellt mit 5.430 EinwohnerInnen im Jahr 2015 die bevölkerungsreichste Gemeinde im Oberpinzgau dar, welche als Stadt auch merkbar höherrangige Services of General Interest, wie Schulen der *Primär-* (Volksschule), *unteren* und *oberen Sekundarstufe* (BORG, Hauptschule/Neue Mittelschule, Polytechnikum) aufweist, wie auch ein eigenes 105 Betten fassendes *Krankenhaus* (Allgemein öffentliches Tauernklinikum Mittersill).

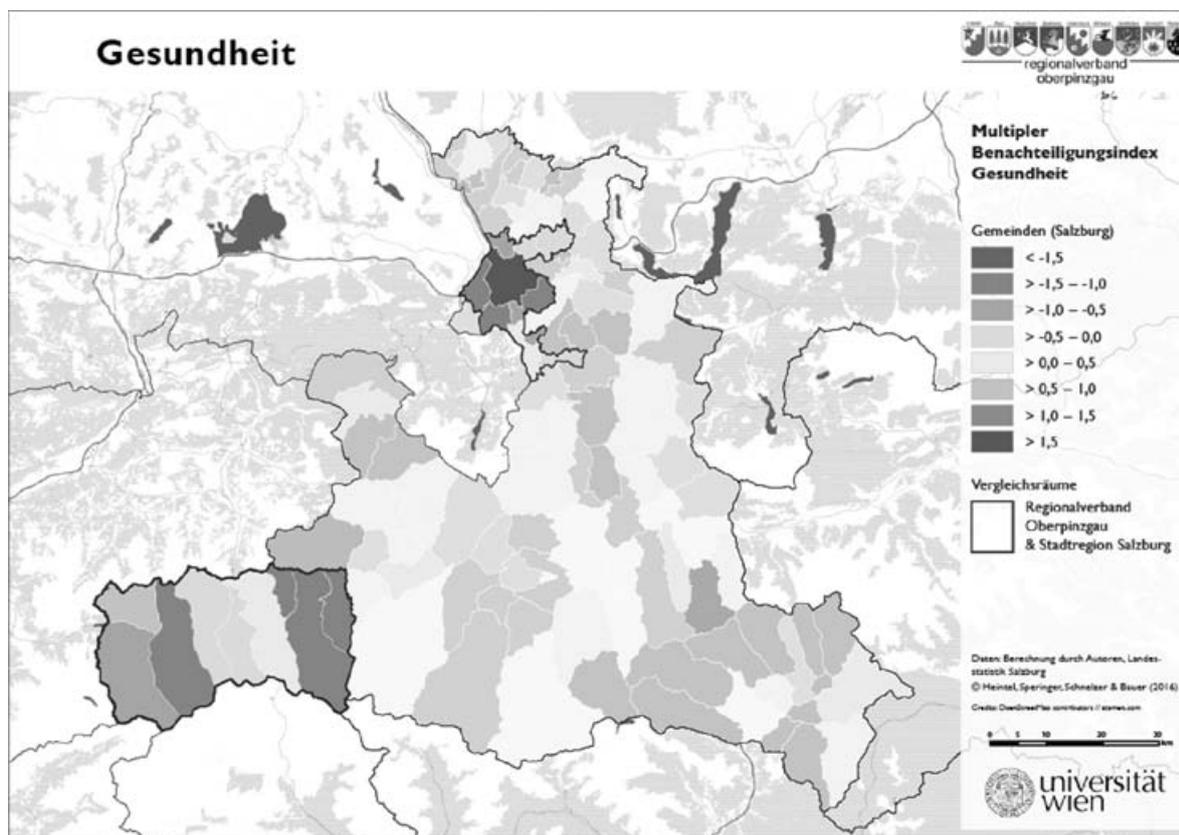
Diese und andere höherrangige Einrichtungen in zentralen Orten bilden Anlaufpunkte für EinwohnerInnen anderer Umlandgemeinden, die ihre Kinder z.B. in die Hauptschule schicken möchten oder sich im Krankenhaus untersuchen lassen müssen. Hier spielt in weiterer Folge die Erreichbarkeit eine Rolle, die eine Aussage über die Versorgungsdichte spezieller SGIs für die Bevölkerung liefern könnte. Zu diesem Zweck wurde der Indexgene-

rierung eine Erreichbarkeitsanalyse nachgestellt, um Teilresultate des MBI vertiefend analysieren zu können.

3.2.2 Erreichbarkeit – Bereich Gesundheit

Eine Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt die räumliche Verortung verschiedener SGIs als Punktdaten und deren verkehrstechnische Anbindung über das hierarchische Straßennetz, welche Bundesstraßen bis hin zu Waldwegen umfasst. Entsprechend der Hierarchie erlauben unterschiedliche Straßen per Gesetz verschiedene Fortbewegungsgeschwindigkeiten, wobei in der Analyse sogenannte Pufferfaktoren angewandt werden, **um durchschnittliche siedlungsbedingte Fahrzeiten zu erhalten**, die gleichzeitig auch Stehzeiten berücksichtigen. „*Siedlungsbedingt*“ heißt in diesem Kontext, dass in dichteren Siedlungsräumen höhere Stehzeiten zu erwarten sind als in eher ländlich geprägten Räumen. Es ist nicht davon auszugehen, dass eine durchgehende Fortbewegung mit Maximalgeschwindigkeit möglich ist.

Das **Resultat einer solchen Analyse sind Erreichbarkeitszonen** rund um die SGIs, welche sich entlang der Straßen ausdehnen, da diese die Fortbewe-



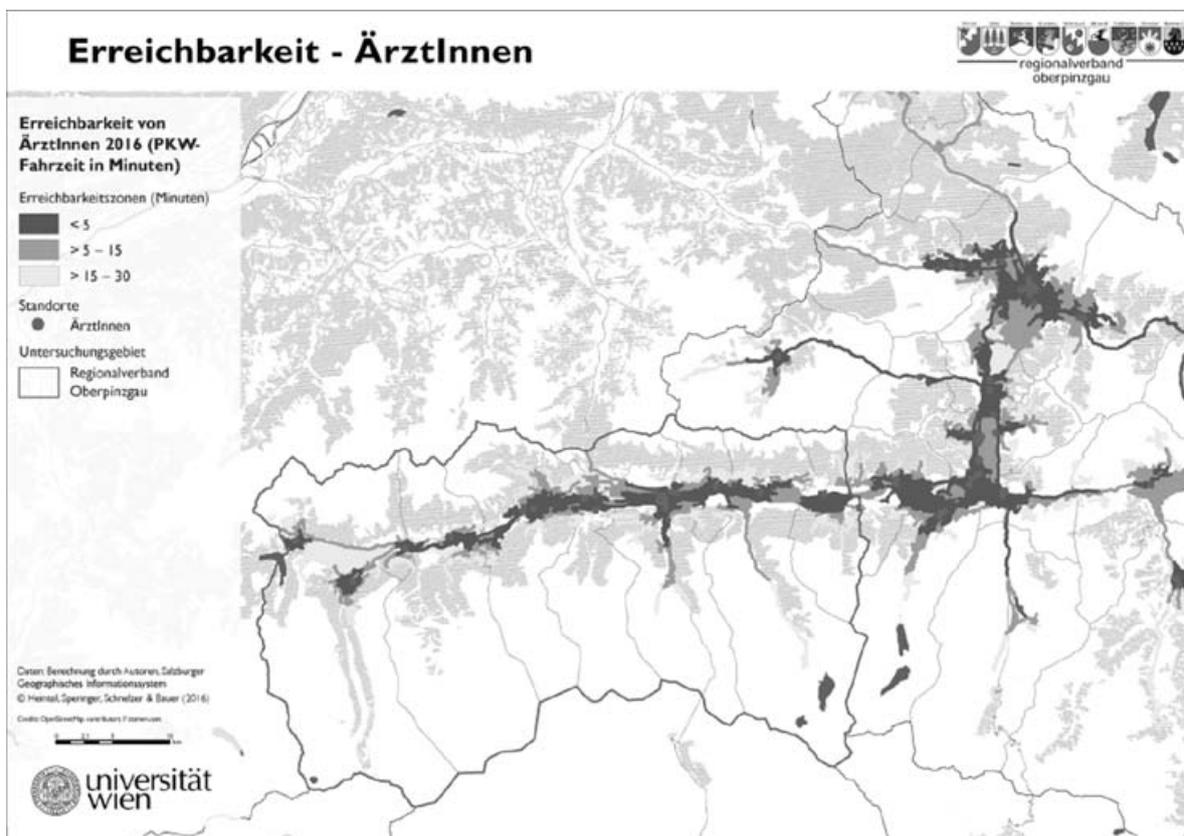
Karte 3: Multipler Benachteiligungsindex – Gesundheit Quelle: Berechnung der Autoren, vgl. Heintel et al. 2016

gungsachsen innerhalb des Netzwerkes darstellen. Die Zonen sind in drei Entfernungskategorien in Minuten Fahrzeit unterteilt: **5, 15 und 30 Minuten**.

Bei der Anwendung dieser Methodik auf die ÄrztInnen (Allgemein- und Fachmedizin) im Oberpinzgau lässt sich für die Region generell eine gute Versorgung mit ÄrztInnen feststellen, welche eine sehr gute Erreichbarkeit von weniger als 5 Minuten oder 5 bis maximal 15 Minuten per Fahrzeug fast im gesamten Untersuchungsgebiet skizziert, wobei hier die räumliche Clusterbildung in Mittersill offensichtlich wird (siehe Karte 4). Bei einer Unterscheidung nach AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen würde sich hier durchaus ein differenzierteres Bild ergeben. Die Versorgung und

weiten Teilen des Untersuchungsgebiets innerhalb von einer halben Stunde erreichbar, wobei man aus Gemeindeteilen in Wald und Krimml über 30 Minuten Fahrtzeit benötigen würde (siehe Karte 5).

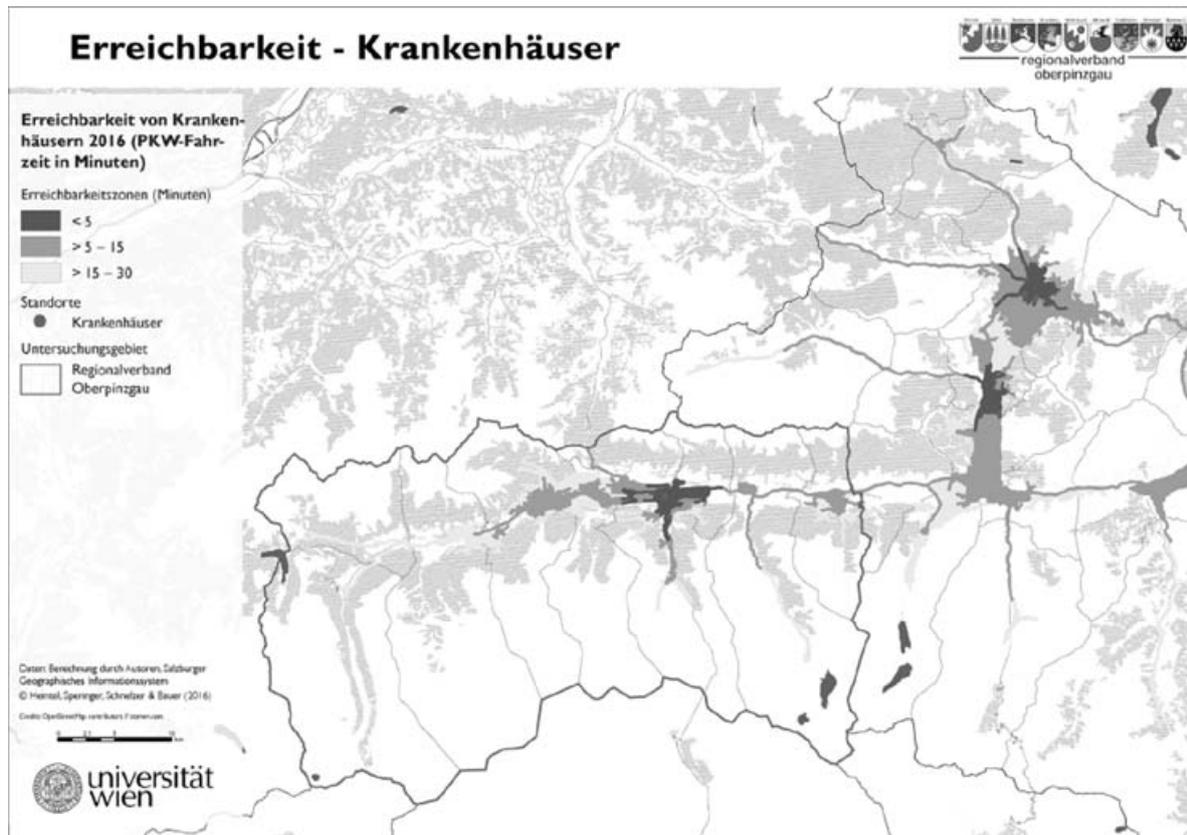
In weiten Teilen des Oberpinzgaus mit Ausnahme von Krimml, Wald und Neukirchen ergibt sich sogar eine Fahrtzeit von unter 15 Minuten. Bei der theoretischen Auflösung dieser Einrichtung wäre das nächstgelegene Krankenhaus jenes in Zell am See, welches speziell für die westlichen Gemeinden im Oberpinzgau deutlich höhere Fahrtzeiten bedeuten würde. So betrüge die Fahrtzeit lediglich in Niedersill weniger als 15 Minuten und würde auf der Höhe Hollersbach auf über 30 Minuten ansteigen (siehe Karte 6).



Karte 4: Erreichbarkeit von ÄrztInnen 2016 Quelle: Landesstatistik Salzburg, vgl. Heintel et al. 2016

Anbindung an derartige SGIs drückt implizit eine **Benachteiligung von Regionen aus, die größere Distanzen und Fahrzeiten zur Erreichung derartiger Dienste** auf sich nehmen müssen. Je höher-rangig die Serviceeinrichtung ist, desto markanter zeigt sich dieser Kontrast. Betrachtet man auf diese Art die Erreichbarkeit des einzigen Krankenhauses im Oberpinzgau, das über eine Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Labor und Physiotherapie verfügt, wird schnell dessen zentrale Lage in der Region deutlich. So ist das Spital, laut Analyse, aus

Dieses Beispiel einer hochrangigen Serviceeinrichtung ließe sich auch auf niederrangige Einrichtungen umlegen, wie eben die besagten ÄrztInnen. Waren es im Mai 2016 noch rund 36 ÄrztInnen (davon 17 AllgemeinmedizinerInnen und 19 FachärztInnen mit verschiedensten Spezialgebieten), würde sich bei 9 Gemeinden und knapp 21.984 EinwohnerInnen der **Wegfall einzelner Ordinationen deutlich auf die Versorgungssicherheit und Erreichbarkeit auswirken**. Dies wäre vor allem für die westlichen Gemeinden, wo z.B. in Wald laut



Karte 5: Erreichbarkeit von Krankenhäuser 2016 Quelle: Landesstatistik Salzburg, vgl. Heintel et al. 2016



Karte 6: Erreichbarkeit von Krankenhäuser (ohne Mittersill) 2016
Datenquelle: Landesstatistik Salzburg (Heintel et al. 2016)

Ärzttekammer nur ein Allgemeinmediziner ansässig ist, von Relevanz. Dies lässt sich auf viele andere Services wie Schulen oder Nahversorger umlegen, die für eine Gemeinde oder Region wichtige (Nah)Versorgungsfunktionen einnehmen.

4 Fazit

Mit dieser Studie und ihren methodischen Facetten wird die Möglichkeit, eine potenzielle relative sozioökonomische und demographische Benachteiligung für die Gemeinden des Oberpinzgaus aufzuzeigen, geboten, welche es erlaubt, die Ergebnisse nach thematischen Bereichen und Indikatoren aufzusplitten und dementsprechend gut interpretierbar zu sein. Dabei wurde der Fokus in diesem Beitrag bei der Ergebnisdarstellung und -interpretationsfähigkeit auf den Bereich Gesundheit beschränkt.

Einerseits illustriert dieser die in den Köpfen der AkteurInnen allgegenwärtige **Kluft zwischen Stadt und Land**, was sehr gut die der Methode implizite Relationalität zum Ausdruck bringen kann. Hier zeigt sich, dass im Bereich der Gesundheitsversorgung deutliche Vorteile bei der urban geprägten Stadtregion Salzburg vorherrschen, wobei sich die benannten medizinischen Einrichtungen verstärkt in der Zentralstadt Salzburg bündeln und ein Gefälle zu den Umlandgemeinden innerhalb der Stadtregion aufzeigen. Auch innerhalb des Oberpinzgaus gibt es leichte positive Wertausprägungen in der Stadtgemeinde Mittersill, während die Versorgung in den Nachbargemeinden teils deutliche Defizite aufweist. Zur Untermauerung dieser Konstellation erwies sich die **Erstellung einer Erreichbarkeitsanalyse als geeignete Methodik**, um derartige Zusammenhänge weiter zu analysieren und zu differenzieren. Dabei verdeutlichte sich die zentrale und hochrangige Position von Mittersill im Oberpinzgau gegenüber den Nachbargemeinden, speziell im Kontrast zu den bevölkerungsschwächeren westlichen Gemeinden.

Abschließend sei nochmals auf die **Gesamtstudie (vgl. Heintel et al 2016)** verwiesen, um die Detailergebnisse bzw. auch einzelnen Indikatoren sowie die methodische Herangehensweise im Rahmen der Entwicklung eines MBI nachlesen zu können.

LITERATUR

- DCLG – Department for Communities and Local Government (Hg) (2011a) The English Indices of Deprivation 2010. Neighbourhoods Statistical Release. London.
- DCLG – Department for Communities and Local Government (Hg) (2015a) Official Statistics, English indices of deprivation 2015, verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/statistics/english-indices-of-deprivation-2015>, 25.7.2016.
- DCLG – Department for Communities and Local Government (Hg) (2015b) The English Indices of Deprivation 2015. Technical Report. London.
- DCLG – Department for Communities and Local Government (Hg) (2015c) The English Indices of Deprivation 2015. Research Report. London.
- Heintel, Martin/ Speringer, Markus/ Schnelzer, Judith/ Bauer, Ramon (2016) Quantifizierung der Benachteiligung der Region Oberpinzgau. Projektendbericht im Auftrag des Regionalverbandes Oberpinzgau. Wien. 118 S.
- Magnello, Eileen/ Van Loon, Boris (2014) Statistik. Ein Sachcomic. London.
- Payne, Rupert A./ Abel, Gary A. (2012) UK indices of multiple deprivation – a way to make comparisons across constituent countries easier. In: ONS – Office for National Statistics (Hg) Health Statistics Quarterly 53. London.
- Republik Österreich (Hg) (2013) Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018. Wien.
- Statistik Austria (Hg) (2013) Stadtregionen Abgrenzung 2001 – Zuordnung der Gemeinden Stand 01.01.2013. Wien.
- Urduan, Timothy (2011) Statistics in Plain English. New York, Santa Clara.

AUTORENINFORMATION

im Auftrag des Regionalverbandes Oberpinzgau
Stadtplatz 1, 5730 Mittersill
www.nationalparkregion.at

MIT UNTERSTÜTZUNG VON

