Verein Spitalpartnerschaft
PHONSAVAN (LAOS) & KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Erfahrungsbericht Einsatz Phonsavan

Erstellt durch:	Philipp Bänninger
Funktion:	Chefarzt Augenklinik
Einsatz von / bis:	23.2. bis 6.3.2026
Teammitglieder:	Thomas Rieder, Kathrin Sanarica, Peter Brem, Natasha Ulrich, Helene Stucki, Angela Berger
Einsatzschwerpunkt:	Augenheilkunde
Datum:	6.3.2026

Bericht

Aktuelle Situation, Eindruck

Demographisch bedingt scheint v.a. die Fachbereiche Geburtshilfe, Pädiatrie, Infektiologie sowie Notfall stark relevant in der Versorgung dieses Provinzspitals zu sein.
Die Augenversorgung im Provinzspital Phonsavan wirkt im Alltag überraschend strukturiert und pragmatisch: In der ambulanten Sprechstunde werden häufige Probleme (Fremdkörper, Keratitiden, Pterygium, trockene Augen, fortgeschrittene Katarakte) mit den vorhandenen Mitteln geordnet abgearbeitet, und die Grundversorgung funktioniert. Gleichzeitig ist die chirurgische Kapazität und technische Weiterentwicklung limitiert (z. B. wenige Katarakt-OPs pro Woche/Jahr, ECCE statt flächendeckender moderner Phako-Technik), wodurch komplexere Fälle konsequent nach Vientiane überwiesen werden müssen. Die grössten Bremsklötze sind weniger Motivation oder Kompetenz, sondern Systemfaktoren: fehlende Wartung/Know-how für vorhandene Geräte, unzuverlässige Infrastruktur und Patient:innen, die wegen Kosten, Distanz oder traditioneller Behandlungen oft erst sehr spät kommen – gerade bei Infektionen und Trauma mit teils irreversiblen Folgen. Mobile Eye Clinics sind deshalb zentral, werden aber derzeit nur periodisch umgesetzt und entziehen dem Spital in dieser Zeit Personal/Equipment, was die lokale Kontinuität zusätzlich schwächt. Der Eindruck im Teamkontakt ist trotzdem sehr positiv: hohe Offenheit, Lernbereitschaft und ein echtes Interesse an partnerschaftlichem Austausch, besonders dort, wo wir konkret bei Diagnostik, Technikverständnis (Ultraschall/Funduskamera) und OP-Feinheiten unterstützen konnten. Der Bedarf liegt in Dezentralisierung, Ausbildung, Technik-Implementierung und Outreach, damit «Grundversorgung vor Ort» nicht nur ein Konzept der Regierung bleibt.

Aktivitäten und Schwerpunkte

23.2.26: Ankunft und Begrüssung im Rapport um 0800. Anschliessend Einrichten des Swiss Office, Bezug der Fahrräder sowie erste Besichtigung des Gesamtspitalgelände. Der Eye Ward im 6. Stock exisitiert aktuell nicht sondern scheint mit Betten der Pädiatrie gefüllt zu werden.
24.2.26: Es ist nicht selbstverständlich, dass es heute bereits mit unserem ersten Besuch der Augenärzte geklappt hat. Nach dem Rapport werden wir in den Bereich der ambulanten Kliniken (direkt am Haupteingang des Spitals) von Dr. Somvang (Senior Augenarzt), Dr. Letsamai (Basic Training Augenarzt) sowie der Optician-Nurse Mrs Nuantsvhan empfangen. Sie zeigen uns dabei zuerst den Augenoperationsaal. Hier lernen wir, dass im Schnitt 4 Grau Star Operationen pro Woche (jeweils am Dienstag, heute leider keine) sowie 1 Augenverletzung pro Monat versorgt werden. Wir finden im Augenoperationssaal ein bekanntes Gerät aus der Schweiz der Firma Oertli, mit denen wir auch in Winterthur eng zusammenarbeiten. Auch finden sich viele Linsen im Lager, welche für die Operation benutzt werden. Auf der stationären Abteilung finden sich keine Augenpatienten, doch lernen wir hier, dass die Grau Star Operationen stationär durchgeführt werden. Wir hoffen nächste Woche dabei sein zu können. Ebenso gehen die Augenärzte anscheinend auch zum Operieren ist weitere Aussenbezirke.

Anschliessend machen wir von 9-11 Uhr in der ambulanten Sprechstunde mit und sehen dabei 15 Patienten. Die Erkrankungen reichen von Fremdkörpern in der Bindehaut sowie Hornhaut über Hornhautentzündungen sowie augeprägten Grau Star bis hin zu Netzhauterkrankungen (Retinopathia centralis serosa). Ich nehme die Sprechstunde als gut organisiert wahr, mit den vorhandenen Mitteln wird eine adäquate Versorgung gewährleistet.

Im Gespräch mit Dr. Letsamai erfahren wir, dass für kompliziertere Erkrankungen wie Netzhautablösung, Hornhauttransplantationen (?), Glaukomoperationen die Patienten jeweils ins Hauptaugenspital in Vientiane reisen. Hier ist also Grundversorgung abgedacht. Ebenso lernen wir, dass man zuerst ein Basic-Augenjahr in der Ausbildung absolviert (und dort bereits Kataraktoperationen lernen könne), bevor man dann Glück haben muss, um in ein Weiterbildungsassistenzärzteprogramm in Vientiane zu kommen. Hier ist es dann Pflicht ein Jahr die Ausbildung in Thailand zu absolvieren. Anschliessend kann man sich dann für ein Fellowship bewerben, was momentan die dritte Augenärztin in Thailand im Bereich der Lidchirurgie absolviert.

25.2.26: Wir starten den Tag wieder mit einem Rapport - je länger die Woche, je weniger und später scheinen die Leute vor Ort zu sein. Da die ambulante Klinik gegen 9 Uhr startet gehe ich mit unserer Crew auf die ICU (Intensive Care Unit) zur Visite. Hier liegen v.a. Patienten nach einem Trauma sowie einer nach Suizidversuch mit Düngermittel. Es entscheidet oftmals die Natur, ob die Patienten schwere Verletzungen überleben - sollte das tendenziell nicht der Fall sein, dann werden die Patienten nach Hause zum Sterben im Familienkreis entlassen.
In der Augenklinik wird ein Patient für eine Atherom Entfernung des Oberlides in den Operationssaal gebracht. Bevor dies möglich ist, muss er das entsprechende Material in der Apotheke besorgen. Nach dem Eingriff nutzen wir die Chance und schauen etwas bei den drei weiteren Operationssälen zu. Das Tagesprogramm besteht aus zwei Kaiserschnitt, einer Gallenblasenentfernung (mit Lapraskopie), erinner Plattenentfernung nach Beinbruch vor einigen Monaten sowie der Versorgung eines Schlüsselbeinbruch. Auch hier wird mit den vorhandenen Mitteln gute Medizin betrieben.

2.3.26: Gemäss Recherchen hat Laos ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem, das wie eine Pyramide aufgebaut ist: Von Gesundheitsposten und Health Centers in den Dörfern geht es über Distrikt- und Provinzspitäler (wie das von Ponsavan) bis zu den grossen Referenz- und Spezialspitälern, die vor allem in Vientiane stehen. Gesteuert wird vieles zentral durch das Gesundheitsministerium, während Provinzen und Distrikte die Versorgung in ihrer Region umsetzen und koordinieren. In den letzten Jahren wurde mit der National Health Insurance (NHI) das Ziel verfolgt, möglichst allen Menschen einen grundlegenden Versicherungsschutz zu ermöglichen, doch im Alltag zahlen viele Patientinnen und Patienten weiterhin einen relevanten Teil der Kosten direkt aus der eigenen Tasche. Genau diese Eigenzahlungen sind eine der grossen Schwachstellen, weil sie Familien finanziell stark belasten können und dazu führen, dass Behandlungen später oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Entsprechend spät kommen Patienten in die Gesundheitszentren, was die Versorgung nicht vereinfacht. Dazu kommt, dass die Versorgung zwischen Stadt und Land deutlich variiert: In entlegenen Gegenden entscheiden Distanz, schlechte Strassen, Transportkosten und manchmal auch Sprache oder Ethnizität darüber, ob medizinische Hilfe rechtzeitig erreichbar ist. Auch die personelle Situation ist angespannt, denn Fachkräfte sind nicht nur insgesamt knapp, sondern oft ungleich verteilt, und in ländlichen Spitälern fehlt es häufiger an spezialisierten Teams. Selbst wenn Gebäude neu sind, wird die Versorgung durch praktische Dinge begrenzt, die man in der Schweiz kaum bedenkt: Wartung von Geräten, verlässliche Lieferketten für Medikamente und Material, Labor- und Diagnostikmöglichkeiten sowie standardisierte Abläufe. Zusätzlich steht Laos unter finanziellem Druck, weil die Gesundheitsfinanzierung begrenzt ist und internationale Unterstützung in

manchen Bereichen weniger wird, während gleichzeitig neue Herausforderungen wie Bluthochdruck, Diabetes und andere nichtübertragbare Krankheiten zunehmen und klassische Themen wie Mutter-Kind-Versorgung und Infektionen weiter hohe Bedeutung haben.

In einem einstündigen Meeting evaluieren wir mit Dr. Somvang (Augenarzt), Dr. Vilaret (Spitaldirektor), Dr. Lorwangsu (Chefarzt Anästhesie und Übersetzer), Thomas und mir die Herausforderungen der lokalen Augenversorgung sowie die Bedürfnisse einer zukünftigen Zusammenarbeit. Herausforderungen liegen bei der Implementierung und Wissen von neuen Techniken (zB. neuste Version von Grau Star Chirurgie (Phakoemulsifikation), was dazu führt, dass Patienten statt in der Provinz in die Hauptstadt für die Operation gehen), der Versorgung von Netzhauterkrankungen (z.B. Diabetes), schweren Infektionen sowie Augenunfällen (ca. 3-5 Patienten werden pro Monat in die Hauptstadt überwiesen). Anscheinend gibt es in ganz Laos z.B. keinen Hornhautchirurgen. Viele Patienten versuchen ihr Augenproblem oft mit traditioneller Medizin zu heilen und kommen erst nach längerer Zeit ins Spital, was dann oft für die Augenerkrankung zu spät ist. Aufgrund der Unterversorgung der entlegenen Regionen scheint das Thema der „Mobile Clinic“ sehr wichtig, es scheint in einem niederländischen Hilfsprojekt (Eye Foundation for Laos) bis 2030 ein erklärtes Verbesserungsziel. Aktuell besucht Dr. Somvang zweimal jährlich die vier entlegenen Regionen, in jener Zeit fehle aber das Equipment im Spital und dann kann dort keine Augenmedizin erfolgen. Wir konnten sehr viel aus diesem Gespräch lernen zur Versorgung und machen uns bis Ende Woche Gedanken, wie wir hier weitergehen. Insbesondere, in dem wir in den kommenden zwei Tagen noch bei Augenoperationen dabei sein werden.

3.3.2026: Heute finden zwei Grau Star Operationen nach der alten Technik (ECCE) statt. Hierbei fällt die Improvisationkunst bei limitierten Hilfsmitteln auf. So wird zum Beispiel die Blutstillung nicht mit einem Instrument, sondern mit einem Alkohol getränkten Tupfer, der angezündet wird, erhitzt und dann für die Blutstillung benutzt. Ebenso sind keine Betadine AT vorhanden, anstelle dessen wird unverdünntes Betadine im Tupfer getränkt, anschliessend BSS auf den Tupfer gespühlt und damit das Auge mit Betadine getränkt. Ich empfinde das operative Vorgehen sehr strukturiert.

In der Sprechstunde am Nachmittag getraut sich nun nach einer Kennenlernenphase Dr. Somvang Fragenzu stellen, einerseits zu Patientenfällen (zB. bilaterale Papillenschwellung bei einem jungen Mann), aber andererseits auch zu diagnostischen Geräten, die ihm zwar zur Verfügung gestellt werden aber die er nicht kennt (Ultraschall Tomey UV 800, Zeiss Funduskamera). Damit entwickelt sich nun ein wirklich bereichernder Austausch.

4.3.2026: Kathrin und ich führten eine Pterygiumentfernung durch und diskutierten technische Finessen mit dem lokalen Ärzteteam. Die Operation kann aber erst verspätet starten, da am Wochenende „70 Jahre Woman’s Day“ gefeiert ist und bereits jetzt Festivitäten stattfinden und darum die Nurses mal nicht da sind - angeblich, die Spontanität in Laos ist erfrischend und für uns eine gute Lehre. Am Abend wurden wir zum Spitaldirektor (Dr Viladet) nach Hause eingeladen und verbrachten einen gemütlichen Abend mit grossartiger laotischer Gastfreundschaft.

5.3.2026: Im Spital mache ich die Nachkontrolle der Pterygium-Patientin von gestern und wir sind anschliessend mit Helene bei drei weiteren Kararaktoperationen dabei. Hierbei versuche ich mich als Flammenkünstler. Am Nachmittag erzählt ein Patient, dass er heute 5 Stunden für die 150 km aus seinem Dorf gefahren ist, um seine Fremdkörper Verletzung am Auge beurteilen zu lassen. Hier zeigt sich, das Versorgungsproblem und der Fachkräftemangel, in der Schweiz würde wohl niemand soweit fahren müssen.

6.3.2026: Der letzte Tag startet mit einem laotisch-schweizerischen Gruppenbild vor dem Spital. Anschliessend lerne ich in der Sprechstunde weiterhin überraschendes: man kann hier durchaus Abstriche der Augenoberfläche machen (ich dachte das sei nicht möglich) und jeden Tag kommen weitere moderne Untersuchungsmittel zum Vorschein (eine wunderschöne Handspaltlampe).

Verein Spitalpartnerschaft
PHONSAVAN (LAOS) & KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Nach einer doch noch intensiven Sprechstunde heisst es Abschied nehmen. Die Herren freuen sich über die Schweizer Schokolade und hoffen auf weiteren Augenbesuch aus der Schweiz. Dies wird im Gespräch mit Dr. Viladet (Spitaldirektor) auch als sehr wertvoll wahrgenommen, wobei kein konkreter Plan seinerseits besteht. Zum Mittagessen werden wir vom Board of Directors eingeladen und nach einer offiziellen Danksagung werden wir mit Souvenirs beschenkt - die Dankbarkeit hier über unseren Besuch ist sehr hoch.

Zusammenarbeit mit Personen, Personal

Dr. Somvang (Senior Ophthalmologist) sowie Dr. Letsamai (Basic Ophthalmologist) sind äusserst freundlich und höflich. Dr. Somvang spricht kaum Englisch, Dr. Letsamai spricht minimales Englisch. Entsprechend anspruchsvoll ist die kommunikative Interaktion. Meist reicht die Verständigung der Diagnose und Therapie, alles andere ist limitiert. Mit einer entsprechenden Übersetzenden Person kann jedoch ein Austausch (z.B. Kina) gut erfolgen, dies scheint mir aber für eine erfolgreiche Weiterführung des Projektes unentbehrlich.

Vorschläge und Empfehlungen (Zusammenarbeit Partnerspital)

Ausgangslage

Die Augenversorgung am Provinzspital Phonsavan leistet eine solide Grundversorgung mit gut organisierter Ambulatoriumstätigkeit (u. a. Fremdkörper, Keratitis, Pterygium, Katarakt, trockene Augen). Gleichzeitig sind Volumen, Technik und Spektrum begrenzt: komplizierte Fälle (z. B. Netzhaut, Glaukom-OP, schwere Infektionen/Trauma) werden regelmässig nach Vientiane überwiesen. Infektionen und Augenverletzungen sind häufig und kommen wegen Distanz, Kosten und traditioneller Behandlung oft spät. Geräte sind teilweise vorhanden, aber Wissen zur Anwendung/Wartung und Lieferketten sind limitierend. Zusätzlich ist die Englischkompetenz der Augenärzte und Nurses aktuell niedrig, wodurch eine gemeinsame Zusammenarbeit stark erschwert wird.

Vorhandene Technologien

- Spaltlampe inkl. Goldmann Tonometer; Funduslinsen (90er)
- Handspaltlampen x2
- Ultraschall Tomey UV-800 (B-Scan, A-Scan)
- Sehr alter Topograph
- Zeiss Fundus-Handheld Kamera
- Fehlend: Superfield-Lens; Gesichtsfeldmessgerät; kein Biometriegerät
- Oertli CataRhex 3 (Serial Number: 73710162; Ref VC821100)

Mögliches Zielbild in 3–5 Jahren

- Stabile, reproduzierbare Secondary Eye Care vor Ort: mehr Katarakt-OPs mit verlässlicher Qualität und zeitgemässer Technik (Phaco), klare Notfall- und Keratitis-Algorithmen, definierte Überweisungswege nach Vientiane.
- Keratitis-Diagnostik vor Ort: SOP zu cornealen und konjunktivalen Abstrichen mit Kultur (Bakterien/Pilze) zur gezielten Therapie.
- Mobile Clinics als integrierter Service: Outreach mit Standard-Kits, Dokumentation, Behandlungsoptionen, Rücküberweisung und Nachkontrolle im Spital.

Wo wir als KSW den grössten Mehrwert bringen

A) Zusammenarbeit trotz niedriger Englischkompetenz (entscheidend)

- 1–2 interne Mitarbeitende als medizinische Übersetzungsbrücke (mit kleinem Ophthalmologie-Glossar).

Verein Spitalpartnerschaft
PHONSAVAN (LAOS) & KANTONSSPITAL WINTERTHUR

- English for Eye Care (6–12 Monate): Aufbau der Englischkompetenz im Fachbereich Ophthalmologie sowie bei den Fachpersonen der Ophthalmologie
- Die Verbesserung der Englishkentnisse ist aus meiner Sicht ein zentraler und wesentlicher Erfolgsfaktor

B) Keratitis-Projekt: Abstriche und Kultur (Bakterien/Pilze) – „gezielte Therapie statt Blindflug“

- Aufbau eines pragmatischen Workflows: Probenentnahme (Abstrich), Kultur auf Basis-Medien, definierte Befundmitteilung und Therapieanpassung.

C) Katarakt (Technik, Volumen)

- ECCE als Standard ist gut etabliert, entspricht aber nicht mehr dem State-of-the-Art. Einführung von modernen Verfahren ist abhängig von Investitionen in Mehrfach sowie Einwegmaterialien und der chirurgischen Ausbildung (wenige Fälle erschweren eine vor Ort Entwicklung der Kompetenz, Zusammenarbeit mit Vientiane? Aufgabe von uns?
- Ein vollständiges **Standard-OP-Set** und Verbrauchsmaterial-Management (siehe oben)
- „Audit light“: wenige Kennzahlen (OP-Zahl, Komplikationen, Visus bei Kontrolle, Endophthalmitis-Verdacht, Follow-up-Rate).

D) Mobile Clinics/School Screening integrieren (nicht parallelisieren)

- Aufbau einer dezentralisierten Versorgung
- Standardisiertes Mobile-Kit und klare Triage-Kriterien.
- Allfällige konzentrierte vor Ort Behandlungen (zB. Phaco)

E) Betriebssicherheit: Wartung, Supply, Rollen

- Top-10-Geräteinventar, einfache Wartungspläne, „Superuser“-Training pro Gerät.

Kernbotschaft: Der grösste nachhaltige Effekt entsteht durch Standardisierung + Training + Keratitis-Diagnostikaufbau + verlässliche OP-Qualität, umgesetzt sprachrobust und stufenweise, mit messbaren Outcomes.

Empfehlungen Freizeitaktivitäten

https://findpenguins.com/0ndjbibioqnk3/trip/69997b77bf7eb7-43989489

Am KSW umsetzbare Erfahrungen durch den Aufenthalt / Nutzen des Aufenthalts für das KSW

Für das KSW bringt der Aufenthalt einen wertvollen Einblick in ein anderes Gesundheitswesen und zeigt, wie Medizin mit deutlich einfacheren Mitteln pragmatisch und wirksam umgesetzt wird – das schärft unseren Blick auf das Wesentliche und auf Prozesse, die wir in Winterthur oft als selbstverständlich nehmen. Gleichzeitig prägt uns die aussergewöhnliche Höflichkeit und Gastfreundschaft der laotischen Kolleg:innen und erinnert daran, wie stark Beziehung, Respekt und Vertrauen die Zusammenarbeit tragen. Und nicht zuletzt stärkt der interprofessionelle Austausch in unserer Gruppe durch gemeinsame Erfahrungen und Reflexionen die Bindungen im KSW und wirkt positiv in den Alltag zurück.

Sonstiges

Einverständnis Veröffentlichung Bericht:

Intranet: JA ☒ Nein☐

Internet: JA ☒ Nein☐