

Feature

„Vihāra und *rinjū gyōgi* – buddhistische Krankenpflege und Sterbebegleitung“

Wolfgang Herbert

„Was auch Ihr Kulturniveau sein mag, wenn Sie nicht tiefschürfend über den Tod nachdenken, sind Sie nur ein armer Schlucker. Ein großer Gelehrter – der bloß das ist – ist einem Analphabeten weit unterlegen, dem die letzten Fragen keine Ruhe lassen. Meistens stumpft uns die Wissenschaft ab, da sie unser metaphysisches Bewußtsein drosselt.“ (Cioran 1990:72)

1. Hospiz und Vihāra

Vor zwanzig Jahren hat der gegenwärtig an der Iida-Universität lehrende Prof. Tamiya Masashi den Terminus „Vihāra“ als Bezeichnung für „buddhistische Hospize“ vorgeschlagen. Letztere Apostrophierung hielt er für ein Unding, da „Hospiz“ eindeutig christlich konnotiert sei. Man könne hier nicht Wasser mit Öl zu vermischen suchen. Mit der Verwendung der Bezeichnung „Vihāra“ solle die buddhistische Spezifik und Handlungsträgerschaft zum Ausdruck gebracht werden (Tamiya 1993:223-4). Das Wort „Hospiz“ leitet sich ursprünglich vom Lateinischen *hospes* („der Fremde“) ab, dem eine freundliche (*hospitalis*) Aufnahme und Bewirtung zustand. Worte wie *hospitium*, *hospice*, *hospital*, *hostel*, ja sogar *hotel* leiten sich von derselben Wurzel her und hatten einst nahezu die gleiche Bedeutung. Insbesondere die an den Pilger- und Kreuzfahrerrouten nach Jerusalem errichteten Rast-, (Nacht)Ruhe- und Krankenpflegestätten werden als Prototypen eines Hospizes gesehen. Sie wurden häufig von Ordensleuten betrieben (z. B. Phipps 1988, Saunders 1999). Die Termini „Vihāra“ und „Hospiz“ könnten so gesehen von ihren Ursprüngen her einander durchwegs angenähert werden. Vihāra bedeutete „Tempel“, aber auch „Ort der Ruhe“, „Krankenhaus“ und diente respektiven Zwecken: dem religiösen Studium und der Unterweisung, aber auch der Erholung und der

Krankenpflege. Damit entspräche ein Vihāra funktional ganz einem Hospiz/Hospital der katholischen Kirche (vgl. Nagura 1993:29).

1985 wurde von Tamiya „Vihāra“ als konkretes Konzept vorgestellt, womit die japanische Vihāra-Bewegung auch ihr Gründungsdatum erhielt. Es handle sich um eine Institution, die eine terminale Pflege ermöglichen solle, die dem japanischen Ambiente entspreche und lokalen Lebens- und Todesvorstellungen angepaßt sei. Es sei zu hoffen, daß ein Ort (= ideales Vihāra) entstehe, an dem die drei (historischen) Funktionen (Krankenhaus, Tempel, Ort des Studiums) harmonisch und synergetisch zusammenwirkten. Vihāra ist – analog der Hospizbewegung – auch als Institution und soziale Bewegung zu verstehen, als eine buddhistische Aktion, die Schulen/Sekten transzendiert, Wohlfahrt praktiziert und letztlich der ganzen Gesellschaft zu Gute kommt (Tamiya 1993). Der Begriff hat sich damit zunehmend ausgeweitet und heute wird jegliche Tätigkeit von Buddhisten im Bereich der Medizin und sozialen Wohlfahrt unter „Vihāra“ subsumiert. Somit werden die Bezeichnungen *bukkyō kango* = buddhistische Krankenpflege und *bukkyō fukushi* = buddhistische Wohlfahrt alternativ und analog verwendet (Tamiya 2004:42).

Die moderne Hospizbewegung nahm mit dem 1967 von Cicely Saunders in London gegründeten St. Christopher-Hospice ihren Ausgang. 1969 erschien „*On Death and Dying*“ (dt. 1971: *Interviews mit Sterbenden*, jap. 1971: *Shinu shukan*) von Elisabeth Kübler-Ross. Das Interesse an einem Sterben in Würde und unter Beibehaltung von Lebensqualität bis zuletzt stieg. Dies lief parallel mit einer zunehmenden Skepsis gegenüber der Medikalisierung und Abschiebung des Todes in die Hinterzimmer von Institutionen. Kritik wurde laut an einer technokratischen Medizin, die auf maschinelle Weise Leben um jeden Preis zu verlängern trachtete, den Menschen außer in seinen organischen Funktionen und hinter all den Apparaten aber zu vergessen schien. Die Hospiz- und Vihāra-Bewegungen sind auch Bürgerbewegungen, die das Recht auf den je eigenen und einen menschenwürdigen Tod einfordern.

1977 berichtete die Zeitung Asahi über das St. Christopher Hospiz, das in der Folge von japanischen Ärzten besucht wurde. 1981 wurde das erste Hospiz in Hamamatsu gegründet. 1984 folgte eine Palliativabteilung im Christlichen Yodogawa-Spital in Osaka. Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es einen anhaltenden Boom von Hospizgründungen, nachdem palliativpflegerische und institutionelle Richtlinien herausgegeben und staatliche Anerkennungsverfahren und Subventionen eingerichtet worden waren (genauer zur Geschichte der japanischen Hospizbewegung in: Kashiwagi 2001). Die meisten der gegenwärtig über 130 ministeriell approbierten „Hospize“ in Japan sind in bestehende Krankenhäuser integrierte Palliativstationen.¹

¹Ich versuche hier den Fokus auf buddhistische Aktivitäten zu beschränken. Auch um die Literaturliste nicht (noch mehr) ausufernd zu lassen, verweise ich im wesentlichen auf dafür relevante Schriften. Zu den (kulturell-

2. Palliativpflege und spirituelle Betreuung

Palliative Betreuung im „Hospiz-Geist“ (und genauso im „Vihāra-Geist“) adressiert den ganzen Menschen, sie ist eine holistische Pflege. Organisatorisch wird deshalb in der Regel, wie Dr. Kashiwagi konzis darstellt, ein Pflegeteam gebildet, in dem verschiedene Spezialisten zusammen arbeiten: Arzt, Krankenschwester, Priester (verschiedener Konfession) oder spiritueller Betreuer, Sozialarbeiter, Psychotherapeut, Beschäftigungs- oder Musiktherapeut, Pharmazeut, Ernährungswissenschaftler, ehrenamtliche Helfer etc. Hospizpflege ist Teampflege. Darüberhinaus wird die Familie eingebunden und betreut: z. B. Hilfe bei der Trauerarbeit bereitgestellt. Die drei Hauptpunkte der Hospizpflege bestehen in:

- 1.) Symptomkontrolle (vor allem Schmerzlinderung)
- 2.) Kommunikation (offen und umfassend unter allen Beteiligten)
- 3.) Betreuung der und durch die Familie (Kashiwagi 2000:95ff.)

Die Arbeit im Team, in das der Patient und die Angehörigen einbezogen werden, ist für palliative Pflege nicht nur charakteristisch, sondern geradezu konstitutiv (vgl. im Detail z. B. Cummings 1999). Palliative Pflege rückt dann in den Vordergrund, wenn kurative Eingriffe und Maßnahmen nicht mehr greifen, d. h. die Krankheit in die terminale Phase eingetreten ist. In Japan werden im Regelfall nur Krebskranke im Endstadium (in geringer Zahl auch AIDS-Patienten) für die letzten Lebenswochen in ein Hospiz aufgenommen.

Medizinisch steht eine umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle im Mittelpunkt, auf lebensverlängernde Maßnahmen wird verzichtet. Der Patient erlebt in diesem Stadium, was Cicely Saunders „totalen Schmerz“ nennt: physischer Schmerz kann heutzutage gut unter Kontrolle gebracht werden, zuzüglich plagen aber den vom Schatten des Todes gezeichneten Kranken soziale, mentale, existentielle und/oder religiöse/spirituelle „Schmerzen“ (vgl. Saunders, Baines and Dunlop 1995:45-58). Der Sterbende ist mit multiplen Verlusterfahrungen und entsprechender Trauer und Trennungsschmerz konfrontiert: sozial (Beruf, Familie, Angehörige, Freunde ...), mental/psychisch (Verlust jeglicher Zukunft, Angst, Einsamkeit, Isolation, Depressionen ...) und religiös/ spirituell/ existentiell (Lebensbilanzierung und -sinn, Unerledigtes, Fragen nach Transzendenz und Sein oder Nichtsein nach dem Tode, Schuld und Versöhnung, Hoffnung ...).

In der Literatur wird Religion und Spiritualität sehr divers kodiert und es gibt ein Spektrum, das von Gleichsetzung der Begriffe bis zu strikter Trennung und entsprechenden Übergängen reicht (z. B. die Synopse in Kubotera 2004:30). Kubotera, einer der führenden Forscher und Praktiker auf dem Gebiet

organisatorischen) Rahmenbedingungen für Hospize in Japan bieten auf Englisch einen ersten Überblick: Long und Chihara 2000

„spiritueller Begleitung“ (nach dem Englischen: *supirichuaru kea*) in Japan, tritt für eine definitorische Trennung von religiösem Beistand und spirituellem Beistand ein, wobei sich die beiden Gebiete allerdings partiell überlappen (Kubotera 2004:46-7). Das hat Konsequenzen für die Definition von religiösen bzw. spirituellen Schmerzen und für die Frage, wer entsprechenden Beistand leisten könne. Die Tendenz geht dahin, religiöse (auch: pastorale) Begleitung dem religiösen Spezialisten (also Priester, Mönch, geweihtem Klerus ...) zu überlassen. Sie ist an eine bestimmte Konfession gebunden und wird auf Wunsch des Patienten geleistet. Jeder Glaubensform stehen ein Set an Riten und Ritualen für seelsorgerischen Beistand zur Verfügung: Lesung von Schriften, Sakralmusik, Gebet, geistliche Gespräche, Meditation, Sterbesakramente und -zeremonien etc. Deren Einsatz wird dann als religiöses bzw. pastorales Sterbebegleitet angesehen.

Spiritueller Beistand wird dagegen konfessionsunabhängig und über eine bestimmte Religion hinausgreifend als Begleitung in der letzten großen Krise gesehen, in der Fragen nach den letzten Dingen auftauchen und drängend werden wie nach dem Sinn des Daseins und des Leidens, dem Bezug zum Kosmos oder transpersonalen, „höheren“ Dimensionen, zu Schuld und Sühne und Liebe und Nachleben Diese metaphysischen Sorgen können potentiell jeden Menschen befallen, ungeachtet, ob er einem religiösen Bekenntnis oder einer rein säkularen Lebensanschauung anhängt. Spirituelle Begleitung kann prinzipiell jede/r leisten, dem der Sterbende seine Vertrauen schenkt und mit dem er über spirituelle oder „metaphysische“ Fragen sprechen will: das kann ein Geistlicher sein, aber genauso gut ein Mitglied des Palliativteams, ein Verwandter, Freund, Mitpatient, Besucher u. a. (Speck 1999:805).

Aktives Zuhören, menschliche Anteilnahme und Zuneigung, Nahesein und Standhalten angesichts des Endes, Offenheit für eine mit dem Patienten geteilte und letztlich von ihm getragene Suche nach „Lösungen“ und wertungsfreie Unterstützung dabei gelten als grundlegende Fähigkeiten, die vom spirituellen Beistand erwartet werden, um dem Sterbenden zu helfen, seine spirituellen Schmerzen zu ertragen. Gespräche, Musik hören oder Poesie lesen oder einen Lebensrückblick schreiben, können z. B. als hilfreiche Mittel zur Linderung spiritueller Schmerzen dienen.

Wenn ein Geistlicher im Hospiz- bzw. -Team eingegliedert ist, dann wird ihm meist sowohl die religiöse als auch die spirituelle Betreuung (etwa im Falle von erklärten Atheisten oder Agnostikern oder A[nti]religiösen) übertragen. In der Praxis ergibt sich oft ein weites Übergangsfeld von der religiösen zur spirituellen Betreuung ohne scharfe Trennung und unter individuell zugeschnittener Mischung beider Praktiken. Auch kann sich herausstellen, dass ein zunächst konfessionelle Elemente ablehnender Patient im Laufe der Gespräche klare religiöse Bedürfnisse zeigt und sich auf eine religiöse Praxis (hier:

Sutrenrezitation) einläßt. Dabei gilt aber als oberstes Prinzip, daß der Begleiter in keiner Weise „missionarisch“ oder sonst „aufdrängerisch“ aktiv ist (Fallbeispiel in: Taniyama 2004:22-26 u. 40). In der christlich geprägten Hospizbewegung waren von Anfang an Pastoren und Priester in der seelsorgerischen Begleitung Sterbender tätig. Das war auch in Japan nicht anders. Hier sah sich der buddhistische Klerus herausgefordert, analoge Dienste anzubieten. In einer Art „buddhistischen Reaktion“ kam es daher seit Mitte der 1980er Jahre zu vermehrten Aufrufen und Aktivitäten von seiten buddhistischer Kreise in dieser Richtung.

3. (Ausgewählte) buddhistische Initiativen

In der Literatur wird wiederholt darauf verwiesen, dass der Buddhismus und die Heilkunde von jeher (beginnend mit Shakyamuni selbst: Nagura 1995:29, Ōshita 2005:78ff.) miteinander verknüpft waren. Buddhistische Mönche fungierten in Japan seit dem 6. Jahrhundert n. Chr. auch als Kulturvermittler und Überbringer einer Fusion von ayurvedischem und chinesischem medizinischem Wissen, das sie auch als eines ihrer fünf Studienfächer (*gomyō*) pflegten (Shinmura 1996:192-3), Klöster engagierten sich „in pragmatischer Ausrichtung“ seit dem 8. Jahrhundert in der Kranken- und Altenpflege (Pörtner und Heise 1995:172). Leiden, Krankheit und Tod gehören für den Buddhismus zur *conditio humana* (Fujihara 2002:42), mit letzterem habe er sich seit altersher befaßt, wenngleich sich das heute leider in Begräbnis- und Totengedenkriten erschöpfe (Tamiya 1993:216).

Es klingt hier immer wieder durch, daß Krankheit und Tod quasi angestammte Domänen des Buddhismus seien, der daher auch dazu aufgerufen ist, hier das Mitleidsideal in die Praxis umzusetzen. Die Pioniere der Hospizbewegung waren (auch in Japan) Christen (Alfons Deeken, Kashiwagi Tetsuo, Hinohara Shigeaki, Murata Hisayuki, Kubotera Toshiyuki u.a.). Obschon für die terminale Pflege oder Aufnahme in ein Hospiz die Konfessionszugehörigkeit keine Rolle spielt, so wurden doch diesbezügliche Ideale und Praktiken aus dem Westen eingeführt, „unter Absehung der lokalen Geschichte der Krankenpflege“, wie Tamiya moniert, der auch von „Import per Transplantation“ spricht (Tamiya 1993:214). Der Aufruf des Chefarztes und Kaplans des christlichen und ersten japanischen (Seirei-)Hospizes, der angab, bald zwei Drittel seiner Patienten seien Buddhisten, um die sich die buddhistische Geistlichkeit kümmern möge (Tamiya 1993:235), hatte eine Art Wachrütteleffekt, wie Ōshita Daien mir gegenüber erwähnte. Ab Mitte der 1980er Jahre wurden dann etliche Initiativen

gestartet, von denen ich hier nur einige wenige schlaglichtartig auflisten kann². Auffallend ist, daß gerade die historisch in der Betreuung Moribunder und entsprechender Manualisierung („Totenbettetikette“: *rinjū gyōgi*, s. u.) profiliertesten Schulen auch heute die engagiertesten sind: Jōdō-shin-Schule (in den beiden Großzweigen: Nishi und Higashi/ Ōtani), Nichiren-Sekte und Shingon-Schule.

Mit der Gründung der Kyōto bukkyō seinenkai („Buddhistischer Jugendverein Kyoto“) im Jahre 1984 erstanden Dutzende Organisationen, die *bukkyō to iryō* („Buddhismus und medizinische Betreuung“) in ihrem Titel führten. Die 1988 etablierte dachverbandartige Kontaktstelle „Bukkyō to iryō o kangaeru zenkoku renraku kyōgikai“ (kurz: *Butsuizenkyō*) hatte Anfang der 90er Jahre über 150 Mitglieder (Personen, Körperschaften öffentlichen Rechts, Organisationen). Im Anhang einer von ihr herausgegebenen Anthologie werden weit über hundert Forschungsgemeinschaften und Organisationen mit Kontaktadresse aufgelistet (*Butsuizenkyō* 1995:294-312), die auf eine landesweite und rege Tätigkeit auf dem Gebiet „buddhistischer Krankenpflege und Sterbebegleitung“ schließen lassen darf.

1987 wurde eine „Forschungsgesellschaft für praktische Aktivitäten (im Geiste) des Vihāra“ (*Bihāra no jissen katsudō kenkyūkai*) gegründet.³ Bis 1997 haben 649 Personen (Mönche wie Laien) ein von der Jōdō-shin-Schule (Nishi-Honganji-Zweig) angebotenes Schulungsprogramm für seelische Betreuung von Schwerkranken absolviert. 1987 wurden in Fukui und in Osaka ein Vihāra gegründet, ab da haben in allen Landesgemeinden Vihāra-Aktivitäten Wurzel gefaßt. Mehr als 3000 Gemeindemitglieder sind permanent im Sinne des Vihāra aktiv.

In der Präfektur Niigata wurde in der Stadt Nagaoka 1992 eine Vihāra-Palliativstation eröffnet, die im April 1993 offiziell vom Gesundheitsministerium als Palliativstation Nr. 9 anerkannt wurde. Sie hat 22 Betten und in ihr steht eine Buddhastatue aus Birma aus dem 17. Jahrhundert (Tamiya 1993:228). 2001 wurden fünf weitere Betten hinzugefügt. Das Vihāra hat einen hauptberuflichen Vihāra-Mönch und rund 15 ehrenamtlich visitierende Vihāra-Mönche angestellt (Taniyama 2004:44). Es geht auf die Initiative der Gebrüder Tamiya zurück. Tamiya Shūei, Priester am Jōganji (Higashi/ Ōtani Zweig der Jōdō-shin-Schule), Prof. Tamiya Masashi und Dr. Tamiya Takashi (Nervenheilkundler). Sie hatten 1988 in Nagaoka/ Niigata einen Ausschuß mit dem Ziel, ein Vihāra zu errichten,

² Der japanische Buddhismus ist in Sekten und Schulen aufgesplittert, wobei die Angehörigen (auch Mönche) einer Schule oft nicht wissen, was die anderen tun. Ein Gesamtüberblick fehlt mir. Durch meinen persönlichen Kontakt zu Ōshita Daien beschränke ich mich hier bei Beispielen aus der Praxis auf Aktivitäten der Shingon-Schule (gehört zum tantrischen Mantrayāna, in Japan als *mikkyō* bezeichnet, weshalb sie in der Regel bei Übersetzungen mit dem Epitheton „esoterisch“ versehen wird). Eine schöne deutsche Beschreibung der Praxis eines Vihāra-Mönches bietet Taniyama 2002/3.

³ Eine Zehnjahresbilanz ihrer Aktivitäten kann von der Homepage des Honganji abgerufen werden (<http://www2.hongwanji.or.jp/social/>).

gegründet. Die meisten erfolgsgekrönten Vihāra-Aktionen verdanken sich der Initiative und dem beherzten Einsatz von Einzelpersonen oder Graswurzelgruppen, weniger der Trägerschaft oder Organisation durch eine buddhistische Denomination (persönliche Mitteilung von Taniyama Yōzō, 8. März 2005; er spricht den einzelnen buddhistischen Schulen sogar den Willen zu großangelegten Vihāra-Einsätzen ab: Taniyama 2004: 35).

1987 wurde die „Kyōto Bihāra no kai“ gegründet. Vihāra versteht sich für sie auch als Sozialaktion, um den eigentlichen Auftrag des Buddhismus zu erfüllen. Eines ihrer Ziele ist, eine „buddhistische Pflege“ zu entwickeln. Seit 1994 gibt es an der Bukkyō-Universität eigene Kurse zu buddhistischer Krankenpflege (Tamiya 1993:230 u. 240). Fujihara Akiko hält gleichfalls an der Frauenkurzuniversität Iida Vorlesungen über buddhistische Krankenpflege und Theorie der Vihāra-Care (*bihāra kea*). Die Heranbildung von geeignetem Personal wird als wichtige Aufgabe gesehen: in alten Zeiten gab es Arztmönche (*isō*) und Krankenpflege-Mönche und -Nonnen (*kanbyō biku* bzw. *bikuni*). Analog zu den christlichen Geistlichen brauche es als moderne Variante Vihāra-Mönche, die Krankenpflege und spirituelle Betreuung anbieten (Tamiya 1993:234 u. 237). Im Jahre 2004 gründeten Tamiya Masashi und Fujihara Akiko die Forschungsgruppe Bukkyō kango – Bihāra gakkai (Japan Association for Buddhist Nursing and Vihāra Studies, siehe: <http://jabnvs.gr.jp/>).

Eine weitere in der Lehre einflussreiche Persönlichkeit ist Nabeshima Naoki, der an der Ryūkoku-Universität über „Buddhismus und Bioethik“ liest und eine dazugehörige Forschungsgruppe zu Vihāra und spiritueller Betreuung Moribunder leitet (<http://buddhism-orc.ryukoku.ac.jp/japanese/unit2.html>).

1990 konstituierte sich eine Forschungsgesellschaft zu medizinischen Fragen innerhalb der Nichiren-Sekte, deren erste interne Umfragen ein hohes Interesse am Thema Vihāra belegten. Fast zwei Dritteln war die Vihāra-Bewegung bekannt und hundertprozentige positive Unterstützung erhielt die Frage hinsichtlich der Notwendigkeit eines diesbezüglichen Engagements. Auch waren fast alle Befragten persönlich bereit, an Vihāra-Aktivitäten und Schulungen teilzunehmen (NIMK 1997:15).

Seit dem Jahre 2002 bietet die Universität Kōya-san (Shingon-Schule) ein Curriculum zur Ausbildung von Personal für spirituelle Pflege und Begleitung an (Ōshita 2003a, dessen langjähriger Vor- und Zuarbeit dies zu verdanken ist: über ihn berichte ich am Ende des Artikels ausführlich). Seit kurzem gibt es auch Kurse für die Heranbildung und Schulung von Vihāra-Mönchen, die von der hauptsächlich von (Jōdō-)Shin-Buddhisten getragenen Forschungsgesellschaft „Vihāra 21“ angeboten werden (siehe <http://www.oct.zaq.ne.jp/vows/bihara/index.html>). So weit zu den wichtigsten mir bekannten Vihāra-Initiativen.

Im folgenden möchte ich einen kleinen Rückblick in die historisch überlieferten und jetzt gewissermaßen wiederentdeckten Formen einer buddhistischen Sterbebegleitung bieten.

4. Geschichte der buddhistischen *ars moriendi*

In diversen buddhistischen Schriften werden Anleitungen zur Krankenpflege und zum rechten Verhalten in den letzten Stunden (*rinjū gyōgi*) gegeben. Andere Bezeichnungen für buddhistischen Sterbebeistand und die rechte Geisteshaltung zur und in der Todesstunde sind *rinjū yōjin*, *rinjū shinan* oder *rinjū nensō*. Letztlich bedeuteten diese Begriffe „japanische“ Krankenpflege im weitesten Sinne (Kamii 1993: 42). Tamiya meint, daß in dieser Tradition der Ursprung und die grundlegende Art und Weise einer „japanischen“ Form der terminalen Pflege zu finden sei, weshalb eine Re-Evaluierung der *rinjū gyōgi* wünschenswert erscheine (Tamiya 1993: 38). Entsprechende Schriften stammen vornehmlich aus den vier Schulen: Shingon, Jōdō, Nichiren und Zen (dort auf Krankenpflegeratgeber beschränkt). Ich möchte die in Japan relevanten Texte und deren Autoren, auf die in der Literatur immer wieder verwiesen werden, kurz nennen⁴:

- Zendō (Shan-tao; 613-681). Seine Schriften „Kannen hōmon“, „Ōjō raisan“ und „Rinjū shōnenketsu“ gelten als die Ausgangsquellen und Pragemuster für analoge *rinjū gyōgi*-Texte in Japan (Fujiwara 2003:131). Auch Genshin hat stark auf Zendō zurückgegriffen (Shinmura 1989:235). Andere Tang-zeitliche chinesische Quellen, die zuweilen herangezogen werden, gehen auf Texte von Dōsen (596-667) und Gijō (635-713) zurück (Kamii 1993:44).

- [Eshin Sōzū] Genshin (942-1017). Sein „Ōjō yōshū“ setzte den Standard als Manual zur Betreuung Kranker im terminalen Stadium für viele Nachfolgeschriften (Shinmura 1996:197, Kamii 1993:45). Er hatte eine *nembutsu*⁵-Gesellschaft gegründet und für deren Mitglieder für den Ernstfall die sterbebegleitenden Riten kodifiziert, die sie sicher ins „Reine Land“ geleiten sollen (Nakamura 2000:250).

⁴ Die maßgebliche, hervorragend annotierte und kommentarflankierte Primärquellensammlung ist Kamii u. a. 1993, in der die nachfolgend genannten Texte von Zendō, Genshin, Kakuban, Ryōchū und Nichion zu finden sind. Sie sind jeweils auch in gegenwärtiges Japanisch transponiert. Darüberhinaus sind in diesem Werk noch obsukurere, hier nicht angeführte Quellentexte abgedruckt.

⁵ „Nembutsu“ hat zwei Bedeutungen: I. Buddhānusrīti. Meditation über den Buddha. Das ist das so genannte *kannen-nembutsu*. II. Den Namen des Buddha anrufen. Das ist das so genannte *shōmyō-nembutsu*. Seit der Zeit von T’an-luan (Donran) bezog sich der Ausdruck auf letzteres, und in der Mehrzahl der Fälle bezog es sich auf die Invokation des Namens von Amida mit der Formel „*namu amida butsu*“, um im seinem Reinen Land wiedergeboren zu werden.“ (Iwano 1999:236) T’an-luan lebte von 476-542 und verfaßte etliche Schriften zur Lehre vom Reinen Land.

• Jippan (?-1144) schreibt mit dem „Byōchū shugyōki“ den ersten Text für das Sterbebett der Shingon-Sekte (Kamii 1993:53). Kakuban (1095-1143) erstellte nach ihm das „Ikki daiyō himitsushū“, das gerne als Sterbebegleitfaden herangezogen wird - besonders in der Shingon-Schule, als deren Reformier er gilt (Satō 2002: 101-2, Fujiwara 1999 und Fujiwara 2003:131-6).

• Ryōchū (1199-1287): er ist nach Genshin mit seiner Schrift „Kanbyō yōjinshō“ repräsentativ für die Jōdō-Schule (Shinmura 1989:236-240). Sie wird als praktischer Leitfaden hoch geschätzt und ist nahezu identisch mit einem zweiten Vademekum aus seinem Pinsel, dem „Kanbyō goyōjin“. Er verfaßte daneben unter Betonung der Wichtigkeit des *nembutsu* detaillierte Kommentare zu den *rinjū gyōgi* in allen Phasen von der Krankheit über die Agonie bis zum Tod und der Zeitspanne danach (Kamii 1993:61-2).

• Nichiren (1222-1282) betonte die Bedeutung der Sterbestunde und empfahl in ihr die für seine Lehre zentrale Praxis der Rezitation des Titels (*daimoku*) des von ihm als wesentlich angesehenen Lotussutra. Nikkō (1246-1333) kodifizierte im „Indō hiketsu“ die Art des Sterbegeleits und die Begräbnisbräuche für die Nichiren-Sekte (Kamii 1993:62-3). Nichion (1572-1642) legte in dem Faszikel „Chiyomigusa“ die Sterbebegleittradition der Nichiren-Sekte in detailreicher Form nieder und trat nachhaltig für ihre Ausbreitung in der angebrochenen „Moderne“ ein (Kamii 1993:64).

• Hōjū (1765-1839): für die Neuzeit sind seine Texte „Rinjū yōjin kōsetsu“ und „Rinjū yōjin tsuika kōsetsu“ maßgeblich. Sie sind inhaltlich allerdings den Kamakura-Texten bis in kleine Details verblüffend ähnlich (Shinmura 1996:12-18). Seine Rezeption zeigt, daß die von altersher gepflegten Anleitungen zur rechten Geisteshaltung in der Sterbestunde (*rinjū shōnen*) als buddhistische *ars moriendi* bis in moderne Zeiten weit verbreitet waren (Shinmura 1996:19). Auch das „Kanbyō yōjinshō“ soll bis in populäre Lebenshilfebücher der späten Edo-Zeit Spuren hinterlassen haben (Shinmura 1989:241-2).

Die Fülle an Anweisungen und Schriften in Bezug auf die Sterbestunde illustriert auch, welche große Bedeutung ihr im Buddhismus beigemessen wird – als Chance zu spiritueller Reifung, zur Erlangung einer besseren Wiedergeburt oder zur endgültigen Befreiung. Die letzten Gedanken sind daher entscheidend, weshalb eine gute Atmosphäre geschaffen werden soll, in der der Sterbende seinen Geist auf die Transzendenz (Buddha, Paradies etc.) richten kann. Shinmura gibt den wichtigen Hinweis, daß obig aufgelistete Texte gleichzeitig eine *ars vivendi* darstellen, obschon ein Einüben in das Sterben, so sind sie zugleich auch Anleitung für eine rechte Lebensführung (Shinmura 1989:240).

Im folgenden möchte ich synoptisch die wichtigsten Punkte der *rinjū gyōgi* – solche, die in allen angeführt werden – zusammenstellen. Ich destilliere diese

aus den oben angeführten Quellen ohne Einzelverweis. Ungeachtet der Reihenfolge in den Originalen, teile ich sie ein in a) krankenpflegerische und b) spirituelle Anleitungen (kleine Überschneidungen in Kauf nehmend):

a) Krankenpflegerische Anweisungen:

- Der Kranke möge - wenn möglich - in ein eigenes Zimmer gebracht werden, seine Habe und Dinge, an denen sein Herz hängen mag, sollen auf alle Fälle entfernt werden. Eine ruhige Umgebung zu schaffen, ist wesentlich. Sie ist sauber und rein zu halten.

- Um nicht zuviel Unruhe zu erzeugen, sollen nur drei bis fünf Personen beim Sterbenden anwesend sein und ihn pflegen. Sie sollen sich abwechseln, den Patienten aber nie allein und aus den Augen lassen. Unter ihnen möge sich mindestens ein Priester befinden. Verwandte sollen in den letzten Stunden eher ferngehalten werden, da sie Anhaftungen und emotionale Aufgewühltheit wecken, aus demselben Grunde mögen keine „weltlichen“ Gespräche geführt werden.

- Personen, die wegen Alkoholkonsum oder Genuß streng riechender Speisen (z.B. Knoblauch, Zwiebeln, Schnittlauch) ein übles Odeur verbreiten, dürfen nicht zum Kranken vorgelassen werden.

- Da in den letzten Stunden die Kehle häufig austrocknet, ist dem Patienten periodisch der Mund zu befeuchten.

- Vor und besonders längere Zeit nach dem Ableben ist der Körper des Verscheidenden/Verschiedenen nicht (grob) zu bewegen.

b) Spirituelle Hilfeleistungen:

- Um eine friedvolle Atmosphäre zu schaffen, möge Räucherwerk abgebrannt werden, auch Klangschalen kann man anstimmen.

- Eine Buddhastatue oder ein Rollbild mit einer Buddhadarstellung wird ins Gesichtsfeld des Kranken gerückt, dessen Haupt Richtung Norden, Antlitz Richtung Westen gebettet sein soll, so daß er dem Buddha ins Angesicht blicken kann. Bänder in fünf Farben sollen dem Patienten in die Hand gegeben werden. Sie verbinden ihn mit der Buddhafigur und lenken so seine letzten Gedanken auf dessen Entgegenkommen.⁶ „Eine Art der Seelsorge, die buddhistische Priester schon in der Heian-Zeit entwickelt haben, bestand in einer leid- und angstlindernden Umkehrung agonalen Delirien: die Phantasien der Sterbenden wurden auf die lichtstrahlende Rettergestalt des Amida-Buddha gelenkt, der gleichsam als Psychopompos an fünf Fäden ... [s. o. W. H.] die Seelen ins westliche Paradies führte.“ (Pörtner und Heise 1995:199)

⁶ Der Brauch der fünffarbigen Kordel ist in China nicht als praktisch ausgeführt dokumentiert, wiewohl er in Japan dann sehr populär geworden ist (Kamii 1993:44).

• Das Wichtigste ist das *nembutsu*: Die Anrufung des Buddha, das Beten von Sutras oder Rezitieren von Mantras oder heiligen Silben (*darani*) wird in allen Schriften zentral und nachdrücklich anempfohlen. Die Rezitationen mögen von den Pflegenden mit dem Sterbenden gemeinsam ausgeführt werden. Wenn der Patient zu schwach wird, sollen die ihn Umgebenden ihren Atem mit dem seinen synchronisieren und beim jeweiligen Ausatmen den Namen Buddhas (in Silben geteilt) oder eine heilige Silbe sprechen. Nach dem Aushauchen des Lebens soll das *nembutsu* eine geraume Weile fortgesetzt werden.

Kleinere Unterschiede finden sich in den *rinjū gyōgi*, was die oben vage gehaltenen Zeitangaben betrifft, vor allem aber bezüglich der Wahl der Buddhadarstellung, der Sutren und der Anrufungsformeln. Das hängt jeweils ab von der Schule und dem Glauben bzw. den Vorlieben, denen der Sterbende anhängt. Fujiwara Kazunori beschreibt eingehend ein jüngst (am 29. Januar 2003) für einen 92-jährigen Patienten strikt nach Kakuban abgehaltenes *rinjū gyōgi*, bei dem ein Yakushi-nyorai (Skt. Bhaishajya-guru, vulgo „Medizin-Buddha“) als zentrale Buddhafigur diente (Fujiwara 2003). Für Anhänger der Lehre vom Reinen Land (Jōdō) ist meist Amida und dessen Anrufung erste Wahl, für Shingon-Gläubige Dainichi Nyorai (Skt. Mahavairocana, vulgo „Sonnenbuddha“) oder dessen Manifestation Fudō Myōō (auf Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen).

5. Als Exempel: spirituelle Hilfe für Sterbende im („esoterischen“) Shingon-Buddhismus

Ōshita Daien ist der Hauptpriester des Senkōji in Hida Takayama in der Präfektur Gifu. Er gehört der auf Kūkai (774-835) zurückgehenden Kōya-san Shingon-Schule an. Zugleich ist er ein Pionier, was den spirituellen Beistand von chronisch Kranken und Sterbenden anbelangt. Ōshita ist als „spiritueller Betreuer“ in der Takakuwa-Klinik für innere Medizin angestellt. Seine Arbeit begann er als ehrenamtlicher Helfer. Die Klinik ist auf Dialyse-Patienten spezialisiert, die aus der ganzen Umgebung regelmäßig zur Blutwäsche kommen. Unter ihnen treten immer wieder Fälle von Krebs oder andere (teils altersbedingte) zum Tode hinführende Krankheiten auf. Seit 1999 hat Ōshita einen regulären Arbeitsvertrag als spiritueller Pflegebeistand. Daneben wird er in seiner Region zu Patienten mit Krebs im Endstadium oder zu Sterbenden gerufen, um ihnen seelischen Beistand zu leisten⁷.

⁷ Am 24./25. März und 25./26. Juli 2003 habe ich ihn in seinem Tempel besucht und ausführliche Gespräche mit ihm geführt.

Ōshita versucht mit mehreren Methoden seinen Patienten die seelischen Schmerzen zu erleichtern. Er kennt die Tradition der *rinjū gyōgi* gut und sieht deren Mittel, die er restrukturiert und der Gegenwart anpaßt, als für Weiterentwicklung offene Angebote, die er patientenorientiert einsetzt (oder nicht). Dazu gehören: Aromatherapie, Mantra-Rezitation, Sutren-Singen, Atem- und Entspannungstechniken, Meditations- und Visualisationsübungen sowie „Musiktherapie“ (letztere auch kombiniert in GIM = Guided Imagery and Music; vgl. Ōshita 2003b). Die Patientenorientierung gilt in radikaler Weise, sagt Ōshita, er versuche „nach Aikidō-Prinzip“ die Energien des Kranken aufzunehmen und ihnen entsprechend und der Augenblicksintuition folgend zu handeln. Bei der Auswahl von Musik z. B. berücksichtige er eingehend die Biographie, Vorlieben und Stimmungen des Patienten. Das Repertoire ist demgemäß variationsreich und geht von Volksmusik über klassische Musik bis hin zu buddhistischen hymnischen Gesängen (*shōmyō*). Letztere singt Ōshita eigenstimmlich vor: allerdings nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und wenn dieser einen persönlichen Bezug dazu (oder zur Religion) hat. Hier gelte es besonders sensibel vorzugehen und nichts aufzudrängen (beispielhaft beschreibt er das im Falle eines an Lungenkrebs Erkrankten: Ōshita 2003b).

Ein an Darmkrebs erkrankter 50-jähriger Mann hatte im Rahmen von Lebensrückblicken und dem Hochkommen von Kindheitserinnerungen gemerkt, daß er immer gerne in Tempel gegangen war und Sutren gesungen eine beruhigende Wirkung auf ihn ausübten. Hier konnte Ōshita neben über den Atem gelenkten Entspannungsübungen und angeleiteten Visualisierungen auch buddhistische Instrumente (Glocken, Klangschalen, Gong, Trommel, Tschinellen) einsetzen und *shōmyō* vorsingen. Der Patient berichtete, daß er sich erleichtert und wohl gefühlt habe dabei, so als würde er schweben. Diese „musiktherapeutische“ Betreuung konnte Ōshita bis zwei Tage vor dem Ableben des Kranken leisten und weiterführend in der Trauerarbeit mit den Angehörigen einsetzen (Ōshita 2001). Ōshita bedient sich also - neben dem Wichtigsten: einfach präsent zu sein und zuzuhören - mehrerer „Techniken“ und Mittel, um dem schwer Erkrankten bis ans Lebensende bei der Linderung seiner existentiellen Schmerzen zu assistieren. Ein historisch getreues, orthodoxes *rinjū gyōgi* hält er nur bei streng Gläubigen, die dies wünschen, für sinnvoll. Ōshita sieht seine Methoden aber durchaus als adaptierte, gegenwartsgerichtete, kreativ weiterentwickelbare *rinjū gyōgi*, die teils genuin buddhistisch, teils religiös neutral gestaltet werden können.

6. Ausblick

Palliativmedizinische Versorgung im Hospizgeist wird sich in Japan sicherlich noch vielfältig entwickeln. Es ist zu hoffen, daß ihre Prinzipien, der Intention

der Hospizbewegung folgend, in die Allgemeinmedizin und alle Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens diffundieren. Aber nicht nur institutionelle/r Ausbau und Verankerung, sondern auch die vermehrte Ermöglichung des Sterbens zu Hause zählt zu den dazugehörigen Visionen.

Die Anerkennung und Therapie von Schmerzen spiritueller Natur gehören zum Hospizideal. In Japan haben buddhistische Aktivisten unter der Bezeichnung „Vihāra“ eine Bewegung gestartet, die neben buddhistisch inspirierten Palliativstationen auch den seelischen Beistand zu institutionalisieren sucht. Die Ausbildung von respektivem Fachpersonal wird in ein, zwei Dekaden Frucht tragen und darf für den japanischen Buddhismus füglich als „epochemachend“ gelten (Ōshita 2003a:18). Es mag zu einer stärkeren Vernetzung von Medizin, Wohlfahrt und buddhistischer Religion führen und zu einer echten Reform letzterer, da sie damit weg vom Ritualismus und aus den Tempeln heraus und an die Stätten des Leidens geht (in diesem Sinne äußerte sich Ōshita mir gegenüber mehrfach). Dabei besinnt sie sich ihres gesellschaftlichen Auftrages und historischer Vorbilder in Theorie und Praxis. Zugleich geschieht eine Inkulturation der Hospizidee, die lokale Traditionen neu (er)findet und einbindet. Dies läßt noch interessante Entwicklungen erwarten, die idealiter Ausstrahlungskraft in viele gesellschaftliche Bereiche zeigen mögen.

Dank schulde ich den Mönchen Ōshita Daien, Sera Nobukatsu und Taniyama Yōzō für persönliche Gespräche und wertvolle Hinweise.

Literatur:

- Bukkyō to iryō o kangaeru zenkoku renraku kyōgikai (BUTSUIZENKYO) (Hg.), *Inochi to Nihonjin*, Kyoto, Hakubasha, 1993
- CIORAN, Emil M., *Von Tränen und Heiligen*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1990
- CUMMINGS, Ina, *The interdisciplinary team*, Doyle, Hanks und MacDonald, 1990, S. 19 - 30
- DOYLE, Derek, HANKS, Geoffrey W.C., und MACDONALD, Neil (Hg.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford, Oxford UP, 1999
- FUJIHARA, Akiko, „Ningen to shi to bukkyō kango no kakawari“, S. 40-45 in: *kea to zaitaku kea* 24, Vol. 10/1 (2002)
- FUJIWARA, Kazunori, „Iryō ni busshin o“, S. 34 – 38 in: *Muyūju* 31, 1999
- FUJIWARA, Kazunori, „Gurūpu hōmu to bukkyōteki iyashi. Rinjū gyōgi o chūshin ni“, S. 117-139 in: *Mikkyō fukushi - Sōkoku o koete Vol.3*, Kyoto, Gohō intānashonarū 2003
- IWANO, Shinya (Hg.), *Japanese-English Buddhist Dictionary*, Rev. ed. Tokyo, Daito Shuppansha, 1999
- KAMII, Monshō, 'Rinjū gyōgi' no keifu to honsho shūroku shiryō no kaidai, 1993, S. 41 - 76
- KAMII Monshō, *Rinjū gyōgi. Nihonteki tāmīnaru kea no genten*, Tokyo: Hokushindō, 1993
- KASHIWAGI Tetsuo, *Shi o manabu. Saigo no hibi o kagayaite*, Tokyo, Yūhikaku, 2000
- KASHIWAGI Tetsuo, *Tāmīnaru kea to hosupisu*, Osaka, Osaka daigaku shuppankai, 2001
- KUBOTERA, Toshiyuki, *Spiritual Care. Supichiruaru keagaku josetsu*, Tokyo, Miwa shoten, 2004
- LONG, Susan Orpett und CHIHARA Satoshi, „Difficult choices“, S. 146-171 in: *Policy and meaning in Japanese hospice practice*, London & New York, Routledge 2000
- NAGURA, Michitaka, *Iryō to bukkyō to no kakawari - Kirisutokyō to bukkyō ni okeru iryō*, Butsuizenkyō 1993, S. 12-33
- NAKAMURA Takako, „Kanja no kokoro o sasaeru tame ni - Hosupisu to bihāra ni okeru shūkyōteki enjō“ in: Carl Becker (Hg.): *Sei to shi no kea o kangaeru*. Kyoto, Hōzōkan, 2000, S. 247-271
- Nichirenshū iryō mondai kenkyūkai (= NIMK), „Bihāra kōza ni kansuru ankēto chōsa hōkoku“, S. 13-21 in: *Gendai shūkyō kenkyū* 30 (1997)

ŌSHITA Daien, „Shōmyō o katsuyō shita makki kanja no mikkyōteki kea ni kansuru kenkyū“, S. 189-206 in: *Mikkyō fukushi kenkyūkai* (Hg.): *Mikkyō fukushi - Seiki o koete*. Vol. 1. Kyōto, Gohō intānashonaru, 2001

ŌSHITA Daien, Ronsetsu: „Ugokidashita bukkyō ni yoru supirichuaru kea senmonin yōsei“, S. 16-18 in: *Hosupisu kea to zaitaku kea* vol. 11/1 (2003a)

ŌSHITA Daien, „Makki kanja no supirichuaru kea ni bukkyōteki meisō o heiyō shita jirei“, S. 190 in: *Hosupisu kea to zaitaku kea* vol. 11/2 (Dai 11kai Nihon hosupisu kea - zaitaku kea kenkyūkai Kōbe taikai shōrokushū 2003b)

ŌSHITA Daien, Iyashi iyasareru supirichuaru kea. Iryō, fukushi, kyōiku ni ikasu bukkyō no kokoro, Tokyo, Igaku shoin 2005

PHIPPS, William E.: „The Origin of Hospices/Hospitals“, S. 91-99 in: *Death Studies* 12 (1988)

PÖRTNER, Peter und HEISE, Jens, *Die Philosophie Japans. Von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Stuttgart, Kröner, d5 (= Kröners Taschenausgabe 431)

SATŌ Masanobu, „Tāminaru kea to ajikan. Shingon-shū ni okeru shi to mitori“, S. 99-120 in: *Mikkyō fukushi kenkyūkai* (Hg.) *Mikkyō fukushi - Jikū o koete*. Vol. 2. Kyōto, Gohō intānashonaru, 2002

SAUNDERS, Cicely, BAINES, Mary and DUNLOP, Robert, *Living with Dying. A Guide to Palliative Care*. 3rd ed. Oxford, New York & Tokyo, Oxford UP, 1995

SAUNDERS, Cicely, *Foreword*, Doyle, Hanks und MacDonald 1999, iii-ix

SHINMURA, Taku, *Shi to byō to kango no shakaishi*, Tokyo, Hōsei daigaku shuppanyoku, 1989

SHINMURA, Taku, *Hosupisu to rōjin kaigo no rekishi*, Tokyo, Hōsei daigaku shuppanyoku, 1996

SPECK, Peter, *Spiritual issues in palliative care*, Doyle, Hanks und MacDonald, 1999, S. 805-814

TAMIYA, Masashi, *Bihāra' ni takusu koto, Tāminaru kea to bukkyō fukushi o megutte*, Butsuizenkyō, 1993, S. 210-249

TAMIYA, Masashi, *Bukkyō to tāminaru kea*, Kamii u. a., 1993, S. 1 - 38

TANIYAMA, Yōzō, „Bukkyō ni okeru shi - Bihāra no taiken kara“, S. 5-46 in: Kansai gakuin daigaku kirisutokyō to bunka kenkyū sentā (Hg.): *Supirichuaru kea o kataru - Hosupisu, bihāra no rinshō kara*, Nishinomiya, Kwansai Gakuin UP 2004

TANIYAMA, Yōzō, „Der Beruf des Vihāra-Mönches“, S. 11-16 in: *Eko-Blätter. Mitteilungen des EKO-Hauses der japanischen Kultur Düsseldorf*, H. 16/17 (Herbst 2002/ Frühjahr 2003)