

31. BUNDESDROGENKONGRESS AM 28. UND 29. APRIL 2008

KINDER SIND ZUKUNFT. DIE SUCHTHILFE POSITIONIERT SICH.

Vortrag von Prof. Dr. Ruthard Stachowske:

**„Komplex und geheimnisvoll – ein Blick auf Betroffene und aufs System“
(siehe auch PowerPoint-Präsentation)**

Sehr geehrte Frau Bätzing, sehr geehrter Herr Dr. Michels, sehr geehrter FDR-Vorstand, lieber Thomas, lieber Jost, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der 31. Bundesdrogenkongress widmet sich dem Thema „Kinder sind Zukunft. Die Suchthilfe positioniert sich“. – Dies ist wegen der Hervorhebung der Kinder ein besonderer Kongress und ein besonderes Thema – daher bin ich dankbar für die Möglichkeit, an dieser Stelle zu Ihnen sprechen zu können. – Meine Ausführungen repräsentieren gleichsam die fachliche Position der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch¹ und der Jugendhilfe Lüneburg gGmbH sowie die Position der Arbeitsgruppe „Kinder, Familie und Sucht“ des FDR, in der Roswitha Soltau, Helmut Schwelm und ich seit vielen Jahren an diesem Thema arbeiten.

Um dieses Thema angemessen zu erarbeiten, werde ich die klassisch-professionelle Perspektive der Betrachtung auf Betroffene ergänzen – indem ich einerseits die Lebensentwicklung der Kinder aus suchtkranken Familien im Detail betrachte und analysiere – und indem ich andererseits auch das Helfersystem, die Wissenschaften und die Kultur als Wirkfaktor analysiere und hinterfrage.

Denn – suchtkranke Familiensysteme und das Leben der Kinder in diesen entwickeln sich in einer verkannten Interaktion mit dem professionellen System – und das verlangt, dass das professionelle System als Wirkfaktor zu verstehen ist. Grafisch dargestellt sieht das so aus: (→ PowerPoint-Präsentation, Folie 9).

Wie dringend es ist, diese komplexe und geheimnisvolle Interaktion zu dechiffrieren, ist durch die Kinder begründet, die im Kontext suchtkranker Familiensysteme zu Tode gekommen sind oder die schwerst verletzt wurden. Nicht nur das Kind Kevin in Bremen ist im Kontext eines drogenkranken Familiensystems und nach einem Martyrium in seinem Leben ge-

¹ Die Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch, eine Einrichtung der Jugendhilfe Lüneburg gGmbH, ist als drogen- und familientherapeutische Einrichtung konzipiert und arbeitet seit 1993 mit den Zielgruppen drogenabhängige Eltern und deren Kinder, Alleinerziehende, Schwangere und kinderlose Erwachsene. Weitere Informationen s. www.jugendhilfe-lueneburg.de

storben – das Martyrium seines Lebens und seines Sterbens steht „symbolisch“ für sehr viel mehr Kinder, die in der Bundesrepublik in den letzten Wochen, Monaten und Jahren im Kontext suchtkranker Familiensysteme zu Tode gekommen sind oder die schwerste Schädigungen erlitten haben.

Einige der Lebensschicksale dieser Kinder möchte ich Ihnen in Kürze vorstellen (→ Power-Point-Präsentation, Folie 11). Bitte achten Sie ein wenig auf Ihre Seele.

- Ein Fall aus München.
- Anonymus, deutsche Großstadt: In einem rechtsmedizinischen Gutachten über eine Haaranalyse dieses 2 ½-jährigen Kindes wurde eine polytoxikomane Drogenabhängigkeit mit einem mittleren Schweregrad festgestellt, dies gemessen mit vergleichbaren erwachsenen Werten, die seit mehr als einem halben Jahr manifest war. Die Mutter, die in suchtmmedizinischer Behandlung war, hat ihr Kind polytoxikoman pharmakologisch „versorgt“, bis das Kind eine Depression des Atemzentrums erlitt und „in letzter Minute“ mit einem Sauerstoffgehalt von unter 20 % gerettet werden konnte.
- Ein 8 Monate altes Kind aus dem Harz wurde ebenfalls von seiner Mutter mit einem polytoxikomanen Konsummuster mit Methadon und Barbituraten überdosiert und ist gestorben.
- Karolina aus Memmingen, die ähnlich wie das Kind Kevin in Bremen ein unvorstellbares Martyrium erlebt hat; der drogenkranke und komorbide gestörte Partner der Mutter und die vermeintlich drogenstabile Mutter haben dieses Kind getötet; dessen Martyrium bewegt noch heute die Helfer, die dieses Kind in den letzten Stunden begleitet haben.
- Ein Säugling in Norddeutschland, der von seiner drogenkranken Mutter in einer Jugendhilfeeinrichtung so schwer verletzt wurde, dass er an den Folgen der Verletzungen gestorben ist.
- Das Kind Kevin in Bremen, dessen Schicksal Ihnen bekannt ist.
- Das Kind Kevin in München, das im September 2006 von seiner alkoholkranken Mutter mit einem Messer schwer verletzt wurde; dieses Kind hat überlebt.

- Ein Säugling in Berlin, der von seiner drogenkranken und HIV- und Hepatitis-C-infizierten Mutter gestillt wurde; die Mutter hat sich überdosiert, und dieser Säugling ist nach einigen Tagen verhungert.

Die Ereignisse, die mich über die Schicksale dieser Kinder hinaus am meisten bewegt haben, waren die zum Teil schweren sexuellen Missbräuche der Kleinkinder und Kinder bis hin zu einem Benutzen von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in der professionellen Pädophilie (!) **und** in der Internet-Pädophilie – dies, während die Familien durch professionelle Systeme, auch Systeme der Suchthilfe, versorgt wurden.

Dies ist ein erster Blick auf die „Opfer Kinder“.

Bei der Analyse der Hintergründe der Lebensdramen **dieser** Kinder wird jedoch sehr bald deutlich, dass auch Instanzen der suchtmmedizinischen Versorgung, der Suchthilfe, der psychiatrischen Versorgung und der medizinischen Rehabilitation an der Versorgung dieser Familien beteiligt waren – und trotzdem haben Eltern ihren Kindern diese schweren Schädigungen weiter zugefügt.

In diesem Sinne werde ich auch über die schwer fassbaren Ursachen im professionellen System, in der Wissenschaft und in der Kultur an sich sprechen, die nach meinem Verständnis die Entwicklung dieser Lebensdramen mit bedingt haben – dies, um zu verstehen: „Wie konnte das passieren?“

Komplex und geheimnisvoll Nr. 1: „Über die Möglichkeit und Unmöglichkeit einer interdisziplinären Versorgung suchtkranker Familien“ – oder: „Die Legende von einer möglichen Kooperation“

Die Idee einer interdisziplinären Kooperation ist von dem selbstverständlichen Gedanken getragen, dass eine solche Kooperation gelingen kann, „wenn alle nur wollen“ – jedoch ist diese Annahme grundsätzlich zu hinterfragen, denn

- eine angemessene Versorgung suchtkranker Familiensysteme in einer interdisziplinären Kooperation ist aufgrund des bestehenden Rechtssystems nicht uneingeschränkt möglich – bestehende Gesetze verhindern diese vielmehr!

Wie ist diese „Paradoxie“ begründet? Wenn Sie sich ein „gestörtes Familiensystem“ und die dazu gehörigen Rechtsbereiche anschauen, dann wird dies „nach einem Moment“ erkennbar.

Der Begriff Familie oder die Versorgung abhängigkeitskranker Familien ist in keinem dieser Gesetze benannt oder legitimiert.

Kranke Familiensysteme können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden – wie „schwer gestörte Familien und der Schutz ihrer Kinder“ dies bräuchten. Es gibt im bestehenden Rechtssystem keinen Anspruch auf Hilfen für ein krankes Familiensystem im Sinne einer gemeinsamen Therapie usw.

Kurz – suchtkranke Familiensysteme bleiben in unseren Systemen unterversorgt.

Lücken im Gesetz und im System sind nur nicht durch „Appelle“ an eine Kooperationsbereitschaft zu schließen. Diese rechtlichen Inkompatibilitäten sind nach meinem Verständnis die wesentlichen Gründe für die oft immensen Spannungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit im professionellen System. Professionelle Instanzen müssen durch ihr Handeln in der Fallarbeit etwas miteinander verbinden, was qua Gesetz nicht verbunden ist – dies ist die „Quadratur des Kreises“!

Komplex und geheimnisvoll Nr. 2: „Das Wohl des ungeborenen Lebens“ – oder: „Jede Schädigung des ungeborenen Lebens ist möglich – von Eltern ebenso wie von professionell Handelnden“

Der Schutz des Kindes im Sinne des juristischen Kindeswohls beginnt mit dem Moment der Geburt; das Wohl des **ungeborenen** Lebens im Verlaufe der gesamten Schwangerschaft ist rechtlich nicht geschützt. Das bedeutet, jegliche schädigenden Einflüsse auf das ungeborene Leben sind im Alltag möglich – es besteht keine Möglichkeit, das ungeborene Leben zu schützen.

Ein polytoxikomanes Konsummuster mit Substanzen, deren teratogene und toxische, also missbildende und giftige Potenz in der Wissenschaft der Pharmakologie beschrieben ist, ist ein im Alltag übliches Konsummuster – das bedeutet, das ungeborene Leben wird im Alltag mit pharmakologischen Substanzen geschädigt, deren teratogene und toxische pharmakologische Potenz bekannt ist – ohne dass auch nur der Hauch einer Chance besteht, dieses ungeborene Leben zu schützen. Dies gilt auch für polytoxikomane Konsummuster in suchtk-

medizinischer Behandlung! Im Grunde genommen ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, in der das ungeborene Leben durch die teratogene Potenz des Arzneimittels Contergan geschädigt wurde, immer noch Alltag. **Keines** der im Kontext eines abhängigen elterlichen Lebens konsumierten Arzneimittel hat eine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in der Schwangerschaft! Dies gilt erst recht für Drogensubstanzen und die Behandlung der Alkoholembryopathie. Die Schädigungen in der Folge des Konsums dieser Substanzen sind – anders als beim Contergan – nicht **sichtbar** veränderte Gliedmaßen; vielmehr – im ersten Moment unsichtbar – sind das Gehirn, die inneren Organe, die Augen und die Ohren geschädigt – und wir sind Zuschauer dieses Dramas. Mediziner kennen diese Zusammenhänge qua ihrer medizinischen und pharmakologischen Ausbildung.

Komplex und geheimnisvoll Nr. 3: „Was passiert in Schwangerschaften mit polytoxikoman abhängigen Müttern mit und ohne suchtmedizinische Behandlung wirklich?“

Seit 1993 haben wir, wissenschaftlich arbeitende KollegInnen der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch, und seit ca. 2000 die Fachgruppe Eltern, Kind und Drogen des FDR uns mit der Frage beschäftigt, wie sich die Entwicklung des ungeborenen Lebens in Schwangerschaften darstellt, wenn diese Kinder von polytoxikoman abhängigen Müttern (und den Vätern) ausgetragen werden.

Die Frage, welche Bedeutung es hat, wenn polytoxikoman abhängige Väter Kinder zeugen, ist eines der vielen wissenschaftlichen Geheimnisse, die bis heute nicht geklärt sind.

Wie stellen sich Schwangerschaften im Kontext von polytoxikomanen Abhängigkeitserkrankungen dar? Wir haben 100 Schwangerschaften von polytoxikoman abhängigen Frauen analysiert (→ PowerPoint-Präsentation, Tabelle „Konsummuster in der Schwangerschaft“, Folie 23). Im Folgenden möchte ich Ihnen gerne die Details dieser Analyse vorstellen.

Vorweg zwei wichtige Zahlen: Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig **ohne suchtmedizinische Betreuung** – und 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und **wurden suchtmedizinisch betreut**; 8 hatten unterschiedliche Hintergründe.

In der linken Spalte sehen Sie die Konsummuster der 68 polytoxikoman drogenabhängigen Mütter **ohne** suchtmedizinische Versorgung, in der Spalte rechts daneben die der schwangeren Mütter **mit** suchtmedizinischer Versorgung. Bitte beachten Sie im Moment nur diese beiden Spalten. Ich werde Ihnen im Folgenden einige der wichtigen Daten vorstellen.

Eine erste Erkenntnis war die, dass Mütter **in suchtmmedizinischer Behandlung** bei einigen Substanzen signifikant „größere Mengen Drogen“ konsumierten als abhängige Mütter **ohne suchtmmedizinische Behandlung**. Die Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung berichteten wiederholt darüber, dass sie so etwas wie einen „wahren Drogenhunger“ gespürt haben und dass sie in den Schwangerschaften, wie sie es ausdrückten, „ohne Ende Drogen in sich hineingeschauft“ haben; in den Beschreibungen wirkte es manchmal so, dass sie „für zwei“ konsumierten.

Uns sind suchtmmedizinische Behandlungen von Schwangeren bekannt, die sich durch eine hohe Qualität auszeichnen – jedoch sind die Konsummuster, die sich mir bei Schwangeren in suchtmmedizinischer Behandlung zeigten, mit keinem der mir bekannten Gesetze, keiner Leitlinie und keiner Vorgabe durch irgendeine Fachgesellschaft erklärbar oder zu begründen – es zeigten sich schwerste Belastungen des ungeborenen Lebens im Kontext professioneller Versorgung!

Komplex und geheimnisvoll Nr. 4: „Über das Leben der Kinder nach ‚polytoxikomanen Schwangerschaften‘“

Im Anschluss an die Analyse der Schwangerschaftsverläufe haben wir gefragt, wie denn die Störungsbilder der Kinder waren, die **diese** Schwangerschaften und ihre Sozialisation in suchtkranken Elternhäusern erlebt haben. Dies möchte ich Ihnen gerne im Folgenden vorstellen.

Alle Störungsbilder wurden „von zur Diagnose berechtigten Personen“ diagnostiziert, also von Pädiatern verschiedener Fachdisziplinen, Heilpädagogen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten, Kinderkliniken usw. Nun zu den Details dieser Untersuchungen:

Wenn Sie sich die Tabelle „Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich“ anschauen (→ PowerPoint-Präsentation, Folie 48), dann wird deutlich, dass diese Kinder so schwer vorbelastet sind, dass eine altergemäße Entwicklung kaum möglich ist. Die Schulfähigkeit, das Sozialverhalten, die Chance, sozial integriert zu sein, etc. sind aufgrund der schweren Schädigungen und Störungsbilder kaum mehr möglich; diese Kinder sind entweder durch ihre vorgeburtliche Belastung oder durch ihre nachgeburtlichen Sozialisationsbedingungen im Kontext suchtkranker Eltern schwerstbelastet und benachteiligt. Im Sinne des Themas dieses Kongresses ist die Zukunft dieser Kinder hoch belastet – und es bedarf drin-

gend einer Positionierung der Suchthilfe, um hier schnellstmöglich Hilfen anzubieten – und endlich den so dringenden Schutz der Kinder zu erreichen!

Komplex und geheimnisvoll Nr. 5: „Wie ist ein professionelles Handeln in solchen Schwangerschaftsverläufen und nachgeburtlich nach dem ‚State of the Art‘ zu bewerten?“

Nun möchte ich mich gerne noch einmal dem professionellen System zuwenden. Ausgehend von diesen Erkenntnissen habe ich mir „**als Wissenschaftler**“ die Frage gestellt: „Wie ist das professionelle Handeln im Kontext dieser Störungsbilder und dieser Erkenntnisse im Sinne des ‚State of the Art‘ einiger Fachdisziplinen erklärbar? – Um dies zu erklären, habe ich

- die Hersteller der Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex zu den Möglichkeiten des Beikonsums befragt,
- diese Konsummuster schwangerer Frauen der Wissenschaft der Pharmakologie mit der Bitte um Erklärung vorgelegt
- und das BfArM, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zu der Frage des Beikonsums bei schwangeren Müttern im Kontext der suchtmedizinischen Behandlung mit den Arzneimitteln Methadon, L-Polamidon und Subutex befragt.

Die Ergebnisse in Kürze:

Die Hersteller der Arzneimittel/Substitute Hexal, Sanovi Aventis und Essex pharma habe ich gebeten, mir eine Unbedenklichkeitsbescheinigung für die therapeutische Nutzbarkeit ihrer Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex bei einem polytoxikomanen Konsummuster, also substituiert mit Beikonsum, in der Schwangerschaft und in der anschließenden Stillzeit auszustellen.

- Alle drei Hersteller haben keine Unbedenklichkeitsbescheinigung ausgestellt; sie haben auf die enormen Risiken hingewiesen, die ein solches Handeln in sich birgt, und sie haben Ausschlusskriterien benannt.
- Aufgrund der ärztlichen Therapiefreiheit ist zwar die Anwendung zusätzlicher **legaler Arzneimittel** (Anlage III BtMG) möglich, hierfür ist jedoch eine strenge Indikation und

eine positive Nutzen-Risiko-Analyse zwingend erforderlich; und ob dies gleichermaßen für schwangere Frauen gilt, bedarf einer Klärung!

Danach habe ich drei der führenden deutschen Lehrstühle für Pharmakologie Schwangerschaftsanamnesen dieser Konsummuster vorgelegt und sie gebeten, mir nach dem Stand „ihrer“ Wissenschaft diese Konsummuster zu analysieren und zu erklären.

Alle drei Lehrstühle sehen sich außerstande, diese Konsummuster zu definieren; das bedeutet, mit dem Wissensstand der Wissenschaft der Pharmakologie sind diese polytoxikomanen Konsummuster im Jahre 2008 nicht mehr erklärbar.

Daran schließt sich die Feststellung an, dass professionelle Instanzen, z. B. in der suchtmmedizinischen Behandlung, keine positive Nutzen-Risiko-Analyse für eine suchtmmedizinische Behandlung von Schwangeren mit einem hohen Beikonsummuster begründen können, wenn dies mit den Möglichkeiten der Wissenschaft der Pharmakologie nicht erklärbar ist!

Denkbar ist zwar, dass Ärzte im Rahmen ihrer Therapiefreiheit legale Arzneimittel zusätzlich zu den Substituten anwenden, dies kontrollieren, eine positive Nutzen-Risiko-Analyse entwerfen, die Patienten über die Risiken aufklären usw. – Undenkbar, da medizinrechtlich nicht mehr legitimiert, ist jedoch ein andauerndes unkontrolliertes polytoxikomanes Konsummuster in einer ärztlich geleiteten suchtmmedizinischen Therapie – das ist ein strafrechtlich relevantes professionelles Handeln!

Komplex und geheimnisvoll Nr. 6: „Wie ist ein solches professionelles Handeln medizinrechtlich zu bewerten?“

Um diese Realitäten medizinrechtlich erklären zu können, habe ich mich als „**Wissenschaftler**“ entschieden, eine medizinrechtliche Expertise in Auftrag zu geben, um die Frage zu klären,

- wie solche Konsummuster von schwangeren Frauen im Kontext einer suchtmmedizinischen Behandlung medizinrechtlich zu bewerten sind.

Diese Expertise hat ein juristischer Experte im Bereich des sog. „Off-Label-Use“ erarbeitet – dies ist der Bereich in der Medizin, in dem anerkannte fachliche Grenzen aus Gründen der medizinischen Therapie überschritten werden. Ein solches Handeln ist im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit als Teil der ärztlichen Therapieoptionen und als sog. individueller Heil-

versuch nach dem Arzneimittelgesetz möglich; dies fordert jedoch die strikte Einhaltung klarer Grenzen, dies sind

- eine positive Nutzen-Risiko-Analyse, d. h., der Arzt muss eine therapeutische Strategie entwickeln, in der nachweislich ein positiver Nutzen erkennbar ist,
- die einsichtsfähigen Patienten müssen über die Risiken dieses Handelns aufgeklärt werden,
- dieses Handeln und die Konsequenzen, die Aufklärung und die Einwilligung des einsichtsfähigen Patienten müssen dokumentiert werden.

Ein solches Handeln im Rahmen der Therapiefreiheit und eines individuellen Heilversuches ist nur als Handeln „im Einzelfall“ möglich – und zeitlich befristet! Behandlungen mit einem langfristig überwiegenden Anteil eines nachgewiesenen Beikonsums und/oder eines nicht geprüften Beikonsums sind nicht legitimiert. Nicht denkbar ist, dass solche „Heilversuche“ zur „Standardtherapie“ werden, dass z. B. große Teile des Handelns im „Off-Label-Use“-Bereich vollzogen werden.

Das bedeutet, dass eine suchtmmedizinische Behandlung von schwangeren und stillenden Frauen mit einem nachgewiesenen polytoxikomanen Konsummuster und einem regelmäßigen hohen Beikonsum mit sog. legalen und nicht legalen pharmazeutischen Substanzen als Dauerbehandlung medizinrechtlich nicht mehr legitimiert ist.

Das sagt das Medizinrecht. – Wir haben nicht **eine** Schwangerschaft erlebt, in der ein Konsumverhalten praktiziert wurde, das den Leitlinien, den BUB-Richtlinien, dem BtMG oder dem BtMVV, dem Arzneimittelrecht oder der Option des individuellen Heilversuchs entsprach.

Nach meinem Verständnis ist die Zeit gekommen, endlich Expertengremien einzurichten, um Lösungen für die vielen nicht geklärten Fragen zu entwickeln. Ich denke, es ist an der Zeit, die dritte Säule der Versorgung von Suchtkranken zu entwickeln, d. h. Modelle und Systeme zu entwickeln, in denen die schwangeren und stillenden Frauen versorgt werden, die im Rahmen der suchtmmedizinischen Behandlung nicht mehr „legal“ versorgt werden können. Nach meinem Verständnis ist es auch an der Zeit festzulegen, wo die Grenzen eines Beikonsums in suchtmmedizinischen Behandlungen von schwangeren und stillenden Müttern sind. – Es kann nicht sein, dass in der Regel fachlich und rechtlich vorgegebene Grenzen

durch professionelle Instanzen überschritten werden – und dabei das ungeborene Leben irreversibel geschädigt wird.

Meine Ausführungen konnten aufgrund der Kürze der Zeit nur einen Einblick in eine hoch komplexe Thematik geben. In diesen Tagen wird das Buch „Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“ veröffentlicht, in dem ausführlich die Ebenen und Hintergründe beschrieben sind, über die ich heute zu Ihnen gesprochen habe.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und mir einen 31. Bundesdrogenkongress, durch den wir die komplexen Zusammenhänge und die Geheimnisse sowohl im System der suchtkranken Familien und in der Lebensentwicklung der Kinder als auch in dem professionellen Helfersystem und der Kultur dahinter verstehen lernen.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf den Dialog mit Ihnen in den nächsten Tagen.

Prof. Dr. Ruthard Stachowske
Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch
Jugendhilfe Lüneburg gGmbH
Reiherstieg 15
21337 Lüneburg

Tel.: (0 41 31) 74 93-0

Fax: (0 41 31) 74 93-17

E-Mail: wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de

stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de

Internet: www.jugendhilfe-lueneburg.de

www.stachowske.de

Literatur zum Thema

Ruthard Stachowske

„Sucht und Drogen im ICF-Modell“, Heidelberg 2008

Ruthard Stachowske

„Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“, Heidelberg 2008

Arnhold Sobot

„Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung“, Lüneburg 2001

Ruthard Stachowske

„Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe“, Heidelberg 2002

Ruthard Stachowske

„Familienorientierte stationäre Drogentherapie“, Geesthacht 1994