



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

02.7245.03

GD/P027245
Basel, 7. November 2007

Regierungsratsbeschluss
vom 6. November 2007

Anzug Andrea Frost-Hirschi und Christian Klemm und Konsorten betreffend Suizidprävention im Kanton Basel-Stadt

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 23. Oktober 2002 den nachstehenden Anzug Andrea Frost-Hirschi und Christian Klemm und Konsorten betreffend Suizidprävention im Kanton Basel-Stadt dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

"In der Schweiz nehmen sich im Durchschnitt jeden Tag vier Menschen das Leben. Besonders erschreckend ist, dass die Selbsttötung unter den 15- bis 25-jährigen in unserem Land die zweithäufigste Todesursache darstellt. Die Schweiz gehört zu den Ländern mit der höchsten Suizidrate. Bekannt, aber bisher wenig erforscht sind einige Zusammenhänge, die die Situation etwas erhellen. So zum Beispiel der Einfluss depressiver Erkrankungen, saisonaler Schwankungen, familiärer Häufungen sowie geschlechts- und altersspezifischer Auffälligkeiten (häufigere Suizide jugendlicher Männer sowie älterer Frauen), usw.

Eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention könnten neben staatlichen Institutionen Eltern, Lehrer/innen und Hausärzt/innen wahrnehmen. Es ist jedoch bekannt, dass z.B. bei jeder/jedem zweiten Depressiven, der den/die Hausarzt/in aufsucht, die Krankheit nicht erkannt wird. Die Depression wird in weiten Kreisen noch immer bagatellisiert, als selbstverschuldet und mit entsprechender Willensanstrengung als überwindbar angesehen. Eine aus medizinischer Sicht krasse Fehleinschätzung mit oft fatalen Folgen.

In Basel-Stadt nehmen sich überdurchschnittlich viele Menschen das Leben (durchschnittlich rund 50 Personen pro Jahr). Das Thema wird jedoch weitgehend tabuisiert. Die Fakten sind nur einem kleinen Kreis von Fachleuten bekannt, die damit meist aus beruflichen Gründen konfrontiert sind. Die breite Bevölkerung ist weitgehend unwissend und im Ernstfall oft hilflos. Das führt unter anderem dazu, dass ein grosser Teil von Menschen nach einem Suizidversuch ohne Therapie bleibt! Wir sind der Meinung, dass in unserem Kanton dringender Handlungsbedarf besteht und bitten den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten

- ob der Kanton Massnahmen zur besseren Information der Bevölkerung über bestehende Kriseninterventionseinrichtungen ergreift, ob die kurzfristige medizinisch/therapeutische Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch gewährleistet ist und ob insbesondere Jugendliche oder ältere Betroffene und ihre Angehörigen wissen, wohin sie sich in Krisensituationen wenden können;
- ob und gegebenenfalls wie die notwendige fachliche Weiterbildung der Ärzt/innen (insbesonde-

- re der Hausärzt/innen) sowie der Lehrer/innen sichergestellt ist;
- ob und gegebenenfalls wie sich unser Kanton in der Ursachenforschung vermehrt engagieren wird;
 - ob die erhobenen statistischen Daten zu Suiziden und Suizidversuchen in unserem Kanton regelmässig ausgewertet und adäquat publiziert werden;
 - ob der Regierungsrat eine Präventionskampagne und eventuelle weitere Schritte plant.

A. Frost-Hirschi, Ch. Klemm, M. G. Ritter, Y. Cadalbert Schmid, Ch. Keller, E. Huber-Hungerbühler, D. Goepfert, Dr. B. Schultheiss, E. Mundwiler, S. Frei, Hp. Gass, D. Stolz, G. Nanni, O. Battegay, Dr. L. Saner, B. Mazzotti, F. Weissenberger, Dr. Th. Egloff, Dr. D. Stückelberger, R. Vögtli, Dr. Ph. P. Machereel, A. von Bidder, S. Schenker, Dr. Ch. Kaufmann, B. Jans, S. Schürch, G. Mächler, H. Hügli, J. Winistörfer, J. Goepfert, S. Signer, Ch. Brutschin, J. Merz, E. Jost, Th. Baerlocher, D. Gysin, S. Banderet-Richner, B. Herzog, V. Herzog, Dr. P. Eichenberger"

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 19. Oktober 2005 vom Schreiben des Regierungsrates Nr. 01.7007.02/02.7245.02 Kenntnis genommen und den Anzug Frost-Hirschi und Klemm und Konsorten stehen gelassen.

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

1. Ausgangslage

Die Schweiz weist – wie die aktuell verfügbaren Zahlen zeigen – im internationalen Vergleich nach Litauen, Russland, Ungarn, Slowenien, Finnland und Kroatien und neben Österreich, Belgien und Frankreich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. Im Jahr 2004 starben in der Schweiz 1'283 Personen (856 Männer und 427 Frauen) durch Suizidhandlungen. Die altersstandardisierte Sterbeziffer nahm allerdings seit einem Höchststand im Jahr 1980 von 24.9 pro 100'000 Einwohner auf 15.0 in den Jahren 2003 und 2004 ab.¹

Die einzelnen Schweizer Kantone unterscheiden sich stark bezüglich Höhe der Suizidrate. Allgemein lässt sich feststellen, dass die vorherrschende Konfession (reformiert geprägte Kantone weisen in der Regel eine höhere Suizidrate auf als katholische), Siedlungsstruktur (je urbaner ein Kanton ist, umso höher ist die Suizidrate) und Altersstruktur (Suizidrisiko nimmt mit steigendem Lebensalter zu) sich in der kantonalen Suizidrate widerspiegeln.² Seit den 1970er-Jahren hat sich das interkantonale Gefälle der Suizidraten jedoch deutlich verringert.

Der Kanton Basel-Stadt weist – in Folge vorgenannter Faktoren – eine der höchsten Suizidraten unter den Kantonen auf. Im Jahr 2003 lag die Suizidrate im Stadtkanton bei 25.4 pro 100'000 Einwohner (Männer: 28.0, Frauen: 23.2), im Jahr 2004 bei 15.9 (Männer: 20.0, Frauen: 12.1). Die vergleichsweise geringen Werte im 2004 deuten nicht auf einen Trend hin, es kann sich auch um eine zufällige Schwankung im Jahresverlauf handeln. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erklärungen, weshalb die Suizidrate in der Schweiz und be-

¹ Todesursachenstatistik, Bundesamt für Statistik, 2007 – die Zahlen für die Jahre 2005 und 2006 sind noch nicht verfügbar.

² Neben den genannten demografischen Faktoren wird das individuelle Suizidrisiko selbstredend durch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren sowie die Lebensgeschichte beeinflusst.

sonders in Basel-Stadt im Vergleich zum benachbarten Ausland höher ist, fehlen weitgehend.

2. Grundsätzliche Überlegungen zur Suizidprävention

Experten sind sich einig, dass Suizidprävention alleine nicht sinnvoll ist. Ein Präventionsprogramm, dessen Ziel einzig und allein die Verhinderung von Suiziden ist, setzt zu einem viel zu späten Zeitpunkt in der psychischen Entwicklung der betroffenen Personen an. Viel sinnvoller und gleichzeitig auch bedeutend effizienter sind Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit. Folgende Ziele müssen im Vordergrund von Präventionsbemühungen stehen:

- Verbesserung der psychischen Gesundheit durch gesundheitsfördernde Massnahmen
- Beeinflussung bekannter Risikofaktoren wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Adäquate Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten sowie Krisenintervention.

Suizidprävention im engeren Sinn beschränkt sich auf:

- Verhinderung der Umsetzung von Suizidideen in Handlungen
- Zeitgewinn für ein nochmaliges Überdenken des Suizidentschlusses
- Verhütung des Wiederauftretens suizidaler Krisen.³

Viele Präventionskampagnen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Früherkennung von psychischen Störungen beinhalten Massnahmen zur Suizidprävention. Primär geht es aber bei den jeweiligen Programmen darum, den Personen der Zielgruppe(n) Möglichkeiten aufzuzeigen, mit psychischen Belastungssituationen besser umzugehen, bzw. psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, bevor es zu Suizidgedanken kommt. Dabei muss mehr als bisher darauf geachtet werden, dass verschiedene Zielgruppen (insbesondere ältere Personen, Schulkinder, Jugendliche etc.) Unterschiede in den Auslösern wie auch in der Art des Umgangs mit psychosozialen Krisen aufweisen, auf die die Massnahmen abgestimmt werden müssen.

Auch der Bericht zum ersten Teil des in der ersten Anzugsbeantwortung von 2005 erwähnten Planungsprojekts „Parallele Überprüfung der Strukturen und Angebote der staatlichen und staatlich subventionierten Psychiatrie im Kanton Basel-Stadt“ kommt zur gleichen Erkenntnis. Übereinstimmend mit dem Grundlagenpapier „Nationale Strategie psychische Gesundheit“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wird festgehalten, dass Präventionsprogramme im Bereich „Public Mental Health“ darauf abzielen müssen, den potentiell betroffenen Personen Möglichkeiten aufzuzeigen, mit psychischen Belastungssituationen besser umzugehen bzw. psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Fokussierung auf (verhältnismässig selten auftretende) Extremsituationen wie z.B. Suizidgedanken ist nicht sinnvoll, da die Präventionsbemühungen so zu einem viel zu späten (d.h. fortgeschrittenen) Stadium der Krisenentwicklung einsetzen.

³ Vgl. auch: Bundesamt für Gesundheit. Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), April 2005. An dieser Studie war auch ein Mitarbeiter der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) beteiligt.

Ein Erfolg versprechender Ansatz für eine Präventionskampagne ist das „Bündnis gegen Depression“. Dieses Aktionsprogramm wurde vom Kompetenznetz Depression der Universität München entwickelt und 2001 unter dem Namen „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ erstmals in Nürnberg umgesetzt. Das „Bündnis gegen Depression“ fokussiert auf die Hauptursache für Suizidalität, die Depression und beinhaltet vier Ebenen für die Früherkennung und die Versorgung einer Depression:

- 1) Fortbildung für die niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte
- 2) Aufbau eines Netzwerks von Mediatoren wie Schule, Kirchen, Polizei, Alterspflege, Apotheken etc.
- 3) Förderung der Selbsthilfe und
- 4) Öffentlichkeitsarbeit.

Die Ergebnisse während der Pilotphase in Nürnberg waren vielversprechend; unter anderem wurde ein Rückgang der Suizidalität erreicht. Auf Grund der positiven Ergebnisse initiierte das Münchner Kompetenznetz Depression mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Ausweitungsprojekt innerhalb und ausserhalb Deutschlands. Das Angebot umfasst Materialien, Wissenstransfer und Vernetzung für die Einführung des Aktionsprogramms. Im Rahmen eines Projektes des Europäischen Public Health Programms haben sich 15 Länder dem Ausweitungsprojekt angeschlossen – unter anderen die Schweiz. Das BAG erteilte der Selbsthilfeorganisation Equilibrium einen Leistungsauftrag, die Verbreitung des Aktionsprogramms „Bündnis gegen Depression“ in der Schweiz zu fördern und die Zusammenarbeit mit dem deutschen Verein „Bündnis gegen Depression“ sicher zustellen. Im Juli 2003 setzte der Kanton Zug als erster Kanton das Pilotprojekt „Zuger Bündnis gegen Depression“ zur Einführung des deutschen Aktionsprogramms um. Mittlerweile haben mehrere Kantone das Präventionsprogramm eingeführt oder sind daran, es einzuführen. Die Koordination und der Erfahrungsaustausch erfolgt über das BAG. Auch der Kanton Basel-Stadt erwägt, dieses Aktionsprogramm zu lancieren. Als erster Schritt findet im November 2007 eine Koordinationssitzung zwischen der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik (PUP) sowie den Bereichen Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements statt.

Das BAG hat aufgrund eines Auftrags des Bundesrates vom 25. Mai 2005 seine Anstrengungen im Bereich der Suizidprävention ausweitete. In Koordination mit den Kantonen und privaten Institutionen wird die Umsetzung folgender Massnahmen geprüft:

- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Kantonen;
- Ergänzung bestehender Monitoringinstrumente im Gesundheitsbereich (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung) durch Fragen zu Suizidversuchen und Suizidgedanken;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in bestehende Gesundheitsförderungs- und Suchtpräventionsprogramme des Bundes im Schul- und Bildungsbe-
reich (z.B. bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, supra-f) sowie in geplante Projekte im Bereich «Altern und Gesundheit»;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen und die Weiterbildung der Psychologen;

- Initiieren der Erarbeitung von Qualitätssicherungsmassnahmen im Bereich Krisenintervention bzw. Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen;
- Erarbeitung eines Vorschlags für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) zur Thematik «Psychische Gesundheit und Suizidalität».

3. Krisenintervention

3.1 Angebote zur Krisenintervention im Kanton Basel-Stadt

Für die Kantonsbevölkerung ist durch die Psychiatrische Universitäts-Poliklinik (PUP) rund um die Uhr und während 365 Tagen im Jahr eine ambulante oder stationäre Krisenintervention gewährleistet. Der Zugang zu diesem Angebot ist jederzeit entweder direkt über die Ambulanz der PUP oder über die Notfallstation des Universitätsspitals Basel (USB) gewährleistet. Dieses Angebot steht sowohl betroffenen Personen (bei drohendem Suizidversuch oder auch nach erfolgtem Suizidversuch) wie auch ihren Angehörigen, Hausärztinnen und Hausärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten offen. Auch eine telefonische Erstberatung ist möglich. Es erfolgt eine sofortige Abklärung der Krisenursache unter Miteinbezug aller interdisziplinärer Möglichkeiten eines Universitätsspitals (Psychiaterin oder Psychiater, Psychologin oder Psychologe, Pflegepersonal, Fachpersonen für Sozialarbeit, Abklärung einer eventuellen somatischen Erkrankung oder somatischer Folgen eines Suizidversuchs etc.). Die weitergehende Betreuung erfolgt dann entweder direkt in der PUP oder die Patientin bzw. der Patient wird in weiterführende Betreuungs- und/oder Beratungsangebote vermittelt. Bei anhaltender ausgeprägter Suizidgefahr ist selten eine Verlegung in eine geschlossene Abteilung der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) notwendig.

In der PUP selbst stehen vor allem für schwerer psychisch Kranke weiterführende Angebote zur Verfügung, entweder stationär auf der Kriseninterventionsstation oder ambulant im Rahmen des vielfältigen Sprechstundenangebots. Menschen mit leichteren psychischen Störungen oder psychosozialen Krisen ohne anhaltende Suizidalität werden an niedergelassene Psychiaterinnen oder Psychiater vermittelt.

Bei Personen, die nach einem erfolgten Suizidversuch auf die Notfallstation des USB eingeliefert werden, wird immer ein Psychiater oder eine Psychiaterin der PUP zur psychiatrischen Abklärung und Krisenintervention beigezogen. Entsprechend der vermuteten Suizidgefährdung wird eine weitere Behandlung – ambulant oder stationär auf einer geschlossenen oder offenen Abteilung – veranlasst.

3.2 Information über das Kriseninterventionsangebot

Die ambulanten und stationären Kriseninterventionsmöglichkeiten am USB sind bei den Hausärzten und Hausärztinnen gut bekannt, wie auch die starke Inanspruchnahme der PUP und ihrer Kriseninterventionsstation zeigt. Informationsmaterial betreffend das Kriseninterventionsangebot wird regelmässig an niedergelassene Psychiaterinnen / Psychiater, Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten, Kliniken und psychosoziale Einrichtungen verschickt.

Das Auflegen von Informationsmaterial allein ist aber kein effizientes Mittel, um die Allgemeinheit ausreichend über Kriseninterventionsangebote zu informieren, da diese Broschüren oft in der allgemeinen Informationsflut unbeachtet bleiben. Als viel wirkungsvoller erweist sich die gezielte Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen, an die sich die Betroffenen im Krisenfall wenden. Dies gilt insbesondere bezüglich der im Anzugstext explizit genannten Bevölkerungsgruppen der Jugendlichen bzw. älteren Menschen, bei denen es weitaus effizienter ist, die entsprechenden Betreuungspersonen hinsichtlich des Erkennens von Anzeichen einer Depression oder einer Lebenskrise zu informieren und ihnen Kenntnisse über die Vorgehensweise und die Anlaufstellen zu vermitteln.

4. Fachliche Weiterbildung

4.1 Ärztinnen und Ärzte

Hausärztinnen und Hausärzten kommt eine sehr wichtige Rolle in der Erkennung von Suizidalität und somit der Suizidprävention im eigentlichen Sinne zu (vgl. auch die Forschungsschwerpunkte im Kapitel Engagement in der Ursachenforschung). Nach allen Untersuchungen sind sie in der Schlüsselposition, Suizidalität zu erkennen und die entsprechenden Gegenmassnahmen einzuleiten. Entsprechende Fortbildungsangebote werden sowohl von der UPK wie der PUP auf regelmässiger Basis angeboten. Diese Möglichkeiten sind in der Ärzteschaft bekannt, setzen allerdings auch eine Eigeninitiative zur Teilnahmebereitschaft voraus.

4.2 Lehrerinnen und Lehrer

An den baselstädtischen Schulen wird keine Suizidprävention im engeren Sinn betrieben. Der Fokus von Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in den Schulen ist die Vermittlung von Methoden zur Bewältigung psychischer Stresssituationen. Im Rahmen dieser Programme werden auch Anlaufstellen genannt, an die sich Jugendliche wenden können, wenn sie oder ihnen nahestehende Personen in einer Belastungssituation überfordert sind oder Hilfe bei der Bewältigung von Krisensituationen benötigen. Die Präventionsprogramme befassen sich schwerpunktmässig mit häufig vorkommenden Situationen aus dem Alltag der Kinder und Jugendlichen und zielen primär – und wie bereits erläutert auch sinnvollerweise – darauf ab, Extremsituationen mit Suizidgedanken gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Das Erkennen von psychischen Krisensituationen und die adäquate Reaktion darauf werden bereits in der Lehrerinnen- und Lehrerausbildung unterrichtet sowie in Weiterbildungskursen vertieft. Der Schulpsychologische Dienst hat eine zentrale Rolle sowohl in Prävention wie auch Krisenintervention: er unterstützt die Schulen nicht nur bei Präventionsmassnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, sondern bietet auch eine Krisenintervention an, die jederzeit in Anspruch genommen werden kann, wenn der Lehrer / die Lehrerin bei einem Kind oder Jugendlichen Anzeichen einer Krise beobachtet. Im Sinne einer umfassenden Präventionsstrategie kommt diese Krisenintervention nicht erst zum Zug, wenn bereits Sui-

zidgedanken vorhanden sind, sondern setzt bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein. Der Schwerpunkt liegt bei einer möglichst frühen Erkennung von psychischen Fehlentwicklungen, d.h. bereits im Kindergarten und der Primarschule.

5. Engagement in der Ursachenforschung

Im Kanton Basel-Stadt engagieren sich mehrere Institutionen in der Ursachenforschung. Zwischen den UPK, der PUP und dem Schweizerischen Tropeninstitut hat sich in den letzten Jahren eine intensive Zusammenarbeit zum Thema Suizidalität etabliert. Ziel dieser Grundlagenforschung ist es, Strategien zur Suizidprävention zu entwickeln und diese sinnvoll und praxistauglich zu gestalten.

Die folgenden Studien bzw. Forschungsschwerpunkte verdienen wegen ihrer Bedeutung bzw. internationalen Vernetzung besondere Erwähnung:

- WHO Euro-Multicenterstudie über Parasuizid: Im Rahmen dieser Studie haben die UPK und die PUP gemeinsam über drei Jahre die Suizidversuche im Kanton Basel-Stadt erfasst und ausgewertet.
- Bei der Nationalfonds-Studie „Social, cultural and clinical dimensions of suicide and deliberate self-harm“ geht es nicht nur um die klinischen Faktoren, die zu einem Selbstmordversuch führen können, sondern auch um die psychosozialen Belastungen und kulturellen Einflussfaktoren auf suizidales Verhalten. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen zur Optimierung von Präventionsprogrammen unter Berücksichtigung kulturell verschiedener Bevölkerungsgruppen. Diese Studie wird von der PUP und dem Schweizerischen Tropeninstitut gemeinsam geleitet. Die UPK beteiligt sich daran.
- Untersuchungen zur Einstellung von Hausärztinnen und Hausärzten zum Umgang mit suizidalen Krisen. Die Resultate der von Frau Prof. Stoppe (UPK) durchgeführten Studie dienen dazu, Möglichkeiten der als sehr wichtig eingeschätzten hausärztlichen Prävention zu erschliessen und wurden kürzlich im Rahmen der Swiss Public Health Conference in Olten vorgestellt.
- Die PUP führte unter der Leitung von Frau Prof. Riecher-Rössler klinische Forschung im Bereich der transkulturellen Aspekte von Suizidversuchen durch. Hier ist besonders auf den Befund hinzuweisen, dass die junge türkisch-stämmige weibliche Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt im Vergleich zum Herkunftsland eine vergleichsweise hohe Suizidrate hat.

6. Zusammenfassung

Die Faktoren, welche Menschen einem erhöhten Suizid- und Suizidversuchsrisiko aussetzen, sind komplex und interagieren miteinander. Experten sind sich angesichts dieser Komplexität darin einig, dass Suizidprävention für sich alleine nicht sinnvoll ist, weil die entsprechenden Präventionsmassnahmen zu einem viel zu späten Zeitpunkt der Entwicklung der psychischen Beeinträchtigung einsetzen. Viel sinnvoller und gleichzeitig auch bedeutend effizienter sind Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und Früherkennung von psychischen Störungen. In diesem Bereich ist sowohl die PUP als auch der Bereich Gesundheitsdienste des Gesundheitsdepartements seit Jahren aktiv. Gegenwärtig wird im Kan-

ton Basel-Stadt die Umsetzung eines Schwerpunktprogramms im Sinne des genannten „Bündnis gegen Depression“ geprüft.

Kriseninterventionsangebote stehen hauptsächlich an der PUP zur Verfügung, die die betroffenen Personen an niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten bzw. in einen weiteren stationären Aufenthalt weitervermittelt. Die fachliche Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte wird v.a. durch die PUP und die UPK organisiert, diejenige der Lehrerinnen und Lehrer fällt in den Zuständigkeitsbereich des Schulpsychologischen Dienstes.

7. Antrag

Auf Grund dieses Berichts beantragen wir Ihnen, den Anzug Andrea Frost-Hirschi und Christian Klemm und Konsorten betreffend Suizidprävention im Kanton Basel-Stadt als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Eva Herzog
Präsidentin



Dr. Robert Heuss
Staatsschreiber