

Medizinische Universität Wien

Informationen zur PatientInnenversorgung
während der SARS-CoV-2 Pandemie im
Comprehensive Cancer Center der
Medizinischen Universität Wien/AKH (CCC).

In Anlehnung an internationale Fachgesellschaften (z.B. American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society of Medical Oncology (ESMO), European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO), European Association of Nuclear Medicine (EANM), European Society of Radiology und viele andere) hat das Comprehensive Cancer Center der Medizinischen Universität Wien/AKH ("CCC") Informationen zur PatientInnenversorgung für KrebspatientInnen während der SARS-CoV-2 Pandemie erarbeitet. Die Antworten auf die hier veröffentlichten Fragen zu SARS-COV-2 werden vom CCC zur freiwilligen, informativen Nutzung durch Ärztinnen und Ärzte in der Coronavirus-Krise bereitgestellt. Diese Informationen stellen keine medizinische oder rechtliche Beratung dar, sie dienen nicht zur Diagnose oder Behandlung individueller Erkrankungen, befürworten keine Produkte oder Therapien, empfehlen oder fordern keine besondere medizinische Versorgung und stellen keine Aussage über den Behandlungsstandard dar. Die Informationen sind nicht als Ersatz für das unabhängige, professionelle Urteil der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder des Tumorboards im Zusammenhang mit der Behandlung einzelner PatientInnen gedacht.

Haben PatientInnen mit Krebserkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren? Ist der weitere Verlauf der Krankheit nach einer Ansteckung schwerer?

Die Daten entwickeln sich parallel mit unserem Verständnis über die Krankheit und ihre Auswirkungen auf KrebspatientInnen. Die bisher umfassendsten Daten über krebspezifische Todesfallraten sind in einem gemeinsamen Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und China zur Coronavirus-Krankheit enthalten, welcher am 28. Februar 2020 veröffentlicht wurde. Aus diesem Bericht geht hervor, dass die Todesfallrate in China zum Zeitpunkt des Datenschlusses (20. Februar) bei PatientInnen mit SARS-COV-2 Erkrankung und gleichzeitiger Krebserkrankung 7,6 Prozent betrug. Demgegenüber stehen: Gesamttodesfallrate 3,8 Prozent, davon keine komorbide Erkrankung: 1,4 Prozent, Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 13,2 Prozent, Diabetes: 9,2 Prozent, Bluthochdruck: 8,4 Prozent, chronische Atemwegserkrankungen: 8,0 Prozent.

Der derzeit detaillierteste Bericht, der Daten über den Krankheitsverlauf von SARS-COV-2 bei PatientInnen mit Krebserkrankungen im Vergleich zu denjenigen ohne Krebserkrankungen liefert, ist Liang et al, Lancet Oncol (Liang W et al. Lancet Oncol. 2020; 21:335-337). In diesem Artikel wird über eine prospektive Kohorte von 1.571 PatientInnen mit SARS-COV-2 berichtet, von denen 18 eine Krebs-Vorgeschichte hatten. Es wurde festgestellt, dass diese eine höhere Inzidenz schwerwiegender Ereignisse - definiert als der Prozentsatz der PatientInnen, die auf eine Intensivstation eingewiesen wurden und eine invasive Beatmung benötigten oder starben - im Vergleich zu anderen PatientInnen hatten. Es wurde kein definitiver Anstieg der Inzidenz von SARS-COV-2-Infektionen festgestellt. Diese 18 PatientInnen stellen jedoch eine heterogene Gruppe dar und repräsentieren die Gesamtpopulation der KrebspatientInnen nicht optimal.

Bisher ergeben sich keine gesicherten Ursachen für einen schwerwiegenden Verlauf bei PatientInnen mit einer spezifischen Tumorentität (z.B. Mamma-, Lungen-, Prostatakarzinom o.a.), Therapie (z.B. Immuntherapie, Tyrosinkinase-Inhibitoren, Hormontherapie, o.a.) oder Subpopulation von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen (z.B. potentielle Risikogruppen wie pädiatrische oder geriatrische PatientInnen). Sobald weitere Erkenntnisse vorliegen, wird das CCC diese Seite aktualisieren.

Die Betreuung der Fälle wird, wie immer, weiterhin in den Tumor Boards (virtuell) interdisziplinär besprochen.

TESTEN für SARS-COV-2: Welche Informationen sind zu Tests auf SARS-COV-2 verfügbar?

SARS-COV-2-Tests sollten regelmäßig bei allen PatientInnen mit Krebserkrankungen durchgeführt werden.

CHIRURGIE: Kann/sollte eine Operation abgesagt oder verzögert werden? Wenn sich die Operation verzögert, sollten die PatientInnen früher mit einer neo-adjuvanten Therapie beginnen, falls dies eine therapeutische Option ist?

In Übereinstimmung mit den Richtlinien chirurgischer und onkologischer Gesellschaften werden onkologische Operationen durchgeführt. Patienten müssen allerdings vor dem chirurgischen Eingriff auf eine aktive SARS-CoV-2 Infektion mit Hilfe eines Nasen-Rachen-Abstrichs mittels PCR Diagnostik getestet werden. Sollte der Test positiv sein, muss die Tumorresektion vorschoben werden, außer es besteht eine akute Operationsindikation. Letzters kann zum Beispiel bei Magen-Darmperforationen oder bei Darmverschluss der Fall sein. Da eine begrenzte Operationskapazität vorliegt, werden Frühstadien von Tumorerkrankungen eventuell etwas verzögert operiert.

Wenn die Operation eine postoperative intensivmedizinische Betreuung erfordert, sollte im Vorfeld der Durchführung die Kapazität der verfügbaren Intensivstationen als Teil der Entscheidungsfindung in Betracht gezogen werden.

In einigen Situationen (z.B. lokal fortgeschrittenes Rektumkarzinom, muskelinvasiver Blasenkrebs), in denen eine neo-adjuvante Therapie verfügbar ist, aber nicht immer routinemäßig berücksichtigt wird, kann es sinnvoll sein, eine neo-adjuvante Therapie anstelle einer Operation in Betracht zu ziehen oder die Operation zu verschieben. Die Risiken einer Tumorprogression durch die Verzögerung der definitiven Operation sollten gegen eine potenzielle zusätzliche Belastung der Krankenhausressourcen, der Komplexität der Fälle und das PatientInnenrisiko einer SARS-COV-2-Exposition abgewogen werden. Allerdings ist eine neo-adjuvante Therapie, die Klinikbesuche und einen ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt erfordert oder selbst immunsuppressiv ist, mit Risiken für die PatientInnen verbunden, die ebenfalls in Betracht gezogen werden müssen.

STRAHLENTHERAPIE: Kann/sollte der Beginn der Bestrahlung verzögert werden? Kann die Bestrahlung unterbrochen oder verschoben werden, wenn sie bereits im Gange ist?

Wenn hypofraktionierte Therapiepläne (also weniger häufige Therapiesitzungen) als sinnvoll erachtet werden, sollten sie in Betracht gezogen werden, da sie die Anzahl der Klinikbesuche und somit ein potentielles Infektionsrisiko minimieren. Das CCC ist sich der Risiken einer Verzögerung der Behandlung für PatientInnen mit rasch fortschreitenden, potenziell heilbaren Tumoren, welche die Risiken einer SARS-COV-2-Exposition/Infektion überwiegen können, bewusst. Behandlungen von PatientInnen, die zur Symptomkontrolle bestrahlt werden, oder die aufgrund einer Änderung des Therapieplans ein geringes Schadensrisiko haben, könnten möglicherweise ohne Nachteil verzögert werden. PatientInnen sollten sich mit ihrer Radio-OnkologIn (StrahlentherapeutIn) in Verbindung setzen, um die Vorgehensweise festzulegen, die für ihre Behandlung am besten geeignet ist. (www.radioonkologie.meduniwien.ac.at).

NUKLEARMEDIZINISCHE Tumorthapien: Kann/sollte der Beginn der PSMA/DOTATATE/MIBG/XOFIGO Therapien verzögert werden? Können Therapiezyklen verschoben bzw. die Therapie unterbrochen werden, wenn sie bereits im Gange ist?

Das Verschieben einzelner Therapiezyklen ist prinzipiell möglich, die Durchführung sollte in Reflektion von Patientenalter und potentielltem Risiko im Einzelfall besprochen werden. PatientInnen sollten sich mit ihrer NuklearmedizinerIn in Verbindung setzen, um die Vorgehensweise festzulegen, die am besten für ihre Behandlung geeignete ist.

(<https://radnuk.meduniwien.ac.at/nuklearmedizin/patientinneninformationen/anmeldung-fuer-eine-nuklearmedizinische-therapie/>).

IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPIE: Kann/sollte eine potenziell immunsuppressive Therapie (mit Ausnahme der allogenen Stammzelltransplantation) gestoppt, verzögert oder unterbrochen werden?

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es keine direkten Hinweise, die eine Änderung oder Zurückhaltung einer Chemotherapie oder Immuntherapie bei onkologischen PatientInnen unterstützen würden. Daher wird das routinemäßige Zurückhalten einer kritischen zytostatischen oder immunsuppressiven Therapie nicht empfohlen. Es ist derzeit unklar, in welcher Relation potenzielle Schäden, die sich aus einer Verzögerung oder Unterbrechung der Behandlung ergeben können, zu dem potenziellen Nutzen einer möglichen Verhinderung oder Verzögerung der SARS-COV-2-Infektion stehen.

Klinische Entscheidungen sollten individuell getroffen werden. Hier sind Faktoren wie das Risiko eines Wiederauftretens der Krebserkrankung bei verzögerter, modifizierter oder unterbrochener Therapie, die Anzahl der bereits abgeschlossenen Therapiezyklen, sowie die Verträglichkeit der Behandlung durch die PatientInnen zu berücksichtigen.

Die folgenden Praxispunkte sollten jedoch berücksichtigt werden:

- Für PatientInnen in kompletter Remission, die eine Erhaltungstherapie erhalten, kann ein Abbruch oder eine Unterbrechung der Therapie eine Option sein.
- Einige PatientInnen können möglicherweise die Chemotherapie von einer intravenösen auf eine orale Therapie umstellen. Dies würde einerseits die Häufigkeit der Klinikbesuche verringern, aber andererseits eine verstärkte Überwachung durch das Gesundheitsteam erfordern, um sicher zu stellen, dass die PatientInnen ihre Medikamente korrekt einnehmen.
- Bei Entscheidungen über die Änderung oder das Zurückhalten einer onkologischen Therapie sollten die Indikation für die Therapie, die Ziele der Behandlung, die Verträglichkeit, sowie der Aufenthaltsort der PatientInnen berücksichtigt werden.
- Das AKH ist zurzeit kein SARS-COV-2-Schwerpunktskrankenhaus. Daher ist das Risiko einer lokalen Übertragung im AKH klein. Sollte sich jedoch dieser Zustand ändern und das AKH ein Covid-Schwerpunktskrankenhaus werden, kann es sinnvoll sein, eine kurze Therapiepause zu machen, deren Länge von der Indikation abhängig ist.
- In einigen Fällen kann eine Verzögerung oder eine modifizierte adjuvante Behandlung die Überwachung des Krankheitsverlaufes beeinträchtigen, oder die Überlebenschancen der PatientInnen mindern.
- Prophylaktische Wachstumsfaktoren, wie sie in Hochrisiko-Chemotherapie-Schemata verwendet werden, sowie prophylaktische Antibiotika können potenziell wertvoll sein, um die allgemeine Gesundheit der PatientInnen zu erhalten und ihn weniger anfällig für potenzielle SARS-COV-2-Komplikationen zu machen.
- In Fällen, in denen der absolute Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie gering sein kann und in denen nicht-immunsuppressive Optionen zur Verfügung stehen, muss einem das Risiko einer Infektion mit SARS-COV-2 bewusst sein. Dieses ist ein wichtiger Faktor bei der Abwägung

der verschiedenen Optionen, die den PatientInnen zur Verfügung steht. (z.B. Androgen Rezeptor-targeting agents beim metastasierten Prostatakarzinom anstatt Docetaxel/Cabazitaxel)

IMMUN-CHECKPOINT-INHIBITOREN - Kann/sollte die Behandlung mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren verzögert oder unterbrochen werden? Sind besondere Vorkehrungen oder Maßnahmen im Hinblick auf ihre Anwendung erforderlich?

Dem CCC sind keine Daten bekannt, die spezifisch PatientInnen unter Therapien mit Immuncheckpoint-Inhibitoren und SARS-COV-2-Infektionen untersucht haben (die oben genannte Studie von Liang et al enthielt keine PatientInnen unter laufender Immuncheckpoint-Therapie). Es kann sinnvoll sein, sich auf weniger häufige Dosierungsintervalle einzustellen, vor allem, wenn verschiedene Zeitpläne als vernünftige Optionen angesehen werden und für die Indikation der PatientInnen zugelassen sind.

Da diese Mittel jedoch immunbedingte schwerwiegende, unerwünschte Ereignisse verursachen können, ist eine Immunsuppression als Behandlung für diese Ereignisse möglicherweise nicht ratsam. Hier sollten die potenziellen Schäden und Vorteile der Therapie für jede PatientInn gegeneinander abgewogen werden. Besonders besorgniserregend ist die behandlungsbedingte Pneumonitis, die das Risiko ernsthafter Komplikationen erhöhen kann, falls der Patient SARS-COV-2 entwickelt.

PROPHYLAKTISCHE ANTIVIRALE THERAPIE: Sollte eine prophylaktische antivirale Therapie in Betracht gezogen werden?

Zurzeit gibt es keine Belege oder veröffentlichten Leitlinien für den Einsatz einer prophylaktischen antiviralen Therapie für SARS-COV-2 bei immunsupprimierten PatientInnen. Dies ist ein aktives Forschungsgebiet, somit können hier jederzeit neue Erkenntnisse veröffentlicht werden. Eine prophylaktische antivirale Therapie, die gegen andere Virusinfektionen gerichtet ist, sollte gemäß den klinischen Standardrichtlinien und der institutionellen Praxis fortgesetzt werden. Es ist nicht bekannt, dass Tamiflu bei der Behandlung von SARS-COV-2 wirksam ist. Dem CCC ist bekannt, dass klinische Studien über den Einsatz potenzieller antiviraler Medikamente (z.B. Chloroquin, Remdesivir, Lopinavir) laufen oder kurzzeitig veröffentlicht wurden, bisher war aber keine dieser Studien spezifisch auf PatientInnen mit Krebserkrankungen fokussiert.

SONSTIGE THERAPIE: Gibt es andere Therapien, die verzögert, unterbrochen oder gestoppt werden sollten?

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann das CCC keine spezifische Anleitung für andere Formen der Krebstherapie geben. Sobald mehr Daten verfügbar sind, werden diese Informationen aktualisiert. Im Allgemeinen sollten jedoch bei allen Entscheidungen zur Verschiebung, zum Abbruch oder zur Änderung einer notwendigen systemischen Krebstherapie die allgemeinen Ziele der Behandlung, die Risiken eines Fortschreitens der Krebserkrankung bei Verschiebung oder Unterbrechung, die Verträglichkeit der Behandlung und der allgemeine medizinische Zustand des PatientInnen berücksichtigt werden. Jede Entscheidung erfordert eine individuelle Risiko-/Nutzenbewertung.

DIAGNOSE UND STAGING: Wie können/sollten Diagnose und Staging-Maßnahmen (z.B. Besuche von Bildgebungseinrichtungen, Biopsie) durch die laufende SARS-COV-2-Pandemie modifiziert werden? Gibt es Hinweise darauf, dass eine SARS-COV-2-Infektion die Fähigkeit zur Diagnose oder zur Inszenierung der Krankheit beeinflusst?

Generell sollten alle Klinikbesuche, die ohne Risiko für den PatientInnen postponed werden können, verschoben werden. Dazu können potenziell auch PatientInnen gehören, bei denen ein klinischer Verdacht auf eine Krankheit mit geringem Risiko eines raschen Fortschreitens besteht (z.B. PSA und/oder PIRADS 3 Läsionen im multiparametrischen MRT der Prostata, BIRADS 4a und 4b).

Dem CCC sind keine Daten bekannt, dass eine SARS-COV-2-Infektion die Diagnose und das Staging von Krebs beeinträchtigt oder sich auf diese auswirkt. Bei einer neu diagnostizierten PatientIn mit einer Krebserkrankung ist es vernünftig, das Staging nur auf diejenigen Verfahren zu beschränken, die für die Entwicklung des Erstversorgungsplans am notwendigsten sind. Die bildgebenden Untersuchungen wie CT, MRT sollten vor allem im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden. Für die Versorgung von sensiblen Patientengruppen stehen die AKH- internen Ressourcen unverändert zur Verfügung.

Sollten neue Daten hierzu verfügbar werden, wird diese Aussage aktualisiert.

NACHSORGE: Kann/soll bei PatientInnen die laufende Überwachung durch medizinische Bildgebung (z.B.: CT; MRT) zur Erkennung eines Rückfalls oder einer aktiven Überwachung bei bestehender Krankheit, verzögert/unterbrochen werden?

Im Allgemeinen sollten alle Klinikbesuche, die ohne Risiko für die PatientInnen verschoben werden können, auch verschoben werden. Dazu gehört teilweise auch die Nachsorgekontrolle bei PatientInnen, die ein relativ geringes Rezidivrisiko aufweisen, sowie bei PatientInnen, die während der Nachbeobachtungszeit asymptomatisch sind. In Situationen, in denen bestehende Empfehlungen Nachsorgekontrollen vorsehen (z.B. alle 3-6 Monate), ist es vernünftig, geplante Nachsorgekontrollen auf das längste, empfohlene Intervall zu verschieben. Die bildgebenden Untersuchungen wie CT, MRT sollten vor allem im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden. Für die Versorgung von sensiblen Patientengruppen stehen die AKH- internen Ressourcen unverändert zur Verfügung.

NEUTROPENISCHES FIEBER und NEUTROPENIE - Wie kann/sollte die Versorgung von PatientInnen mit potenzieller febriler Neutropenie sowie Neutropenie durch die laufende SARS-COV-2-Pandemie beeinträchtigt werden?

Das CCC weist auf zwei Aspekte der Versorgung von PatientInnen mit potentiell neutropenischem Fieber im Zusammenhang mit SARS-COV-2 hin: Prophylaxe und Akutversorgung.

- Prophylaxe: es kann sinnvoll sein, PatientInnen mit einem Risiko für febrile Neutropenie einen Wachstumsfaktor für Therapieschemata mit einem geringeren erwarteten Risiko (z.B. <10 Prozent Risiko) zu verschreiben. Somit wird das Risiko von febriler Neutropenie und einer damit einhergehenden potenziellen Notwendigkeit einer Notfallversorgung minimiert. Wichtig ist hier die Anweisung für die Überwachung der Neutrophilenzahl und ein regelmäßiger Kontakt mit der ÄrztIn.
- Akutversorgung: In der gegenwärtigen Situation kann es sinnvoll sein, empirisch Antibiotika bei PatientInnen zu verschreiben, die neutropenisch, aber klinisch stabil sind. Dies sollte durch Tele-Evaluation oder per Telefon festgestellt wurde. Wo dies möglich ist, soll die weitere Betreuung am besten außerhalb der Notaufnahme durchgeführt werden.

KREBSBEZOGENE ANÄMIE - Wie kann/soll die Versorgung von PatientInnen, die ein Risiko für eine krebsbedingte Anämie haben oder an einer solchen leiden, unter der laufenden SARS-COV-2-Pandemie durchgeführt werden?

- Prophylaxe: Eisenmangel und Anämie sind häufige Komorbiditäten, die bei Krebspatienten beobachtet werden, insbesondere bei Patienten mit Chemotherapie. Sowohl die Transfusions- als auch die Dosisanforderungen von Erythropoese-stimulierenden Mitteln (ESA) bei Krebspatienten können mit intravenösem Eisen reduziert werden. Die orale Eisengabe ist weniger wirksam, insbesondere bei ESA-behandelten Krebspatienten, und wird mit einer GI-Intoleranz und schlechter Compliance in Verbindung gebracht. In einem Review empfahl ein internationales Expertengremium eine Einzeldosis von 1000 mg Eisen (falls möglich mit verfügbaren i.v. Eisenformulierungen) bei Patienten mit funktionellem Eisenmangel. Laut den neuen ESMO Leitlinien für die klinische Praxis konnte keine Studie eine Induktion oder ein erhöhtes Fortschreiten der von Tumoren aufzeigen, in denen die intravenöse Eisenbehandlung zusammen mit ESAs untersucht wurde. Darüber hinaus zeigte eine Cochrane-Analyse, dass die Zugabe von intravenösem Eisen zur ESA-Therapie zu einer überlegenen hämatopoetischen Reaktion führt, das Risiko von Erythrozyten-Transfusionen reduziert, den Hb-Wert verbessert und bei Patienten mit Krebs-induzierter Anämie gut verträglich ist. Falls ESA bereits verabreicht werden, so sollte die minimal mögliche Dosierung verabreicht werden. Prophylaktische Transfusionen bei asymptomatischen PatientInnen auf der Grundlage von Laborwerten sollten nach Möglichkeit vermieden werden.
- Akutversorgung: Transfusionen sollten bei schweren und/oder symptomatischen krebs-/behandlungsbedingten Anämien nach Möglichkeit in Übereinstimmung mit der üblichen Praxis durchgeführt werden. Hierbei sollte - außer bei der Massenblutung mit hämodynamischer Instabilität - eine single-unit-policy gefahren werden, d.h. die Transfusion eines Erythrozytenkonzentrates mit nachfolgender Prüfung des Effekts (Ziel-Hämoglobin > 7 g/dl bei hämodynamischer Stabilität). Bei Bedarf kann dieses Prozedere wiederholt werden. Bei der Erwägung einer Transfusion sollten die besonderen Umstände der PatientInnen (z.B. ältere Menschen, PatientInnen mit Herzinsuffizienz) berücksichtigt werden und können eine höhere Hämoglobinschwelle rechtfertigen. Da die Blutspende von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens beeinflusst werden kann, muss die lokale Blutversorgung als Teil der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. Es sollte in Betracht gezogen werden, gleichzeitig intravenöses Eisen oder wenn indiziert auch ESA einzusetzen.

ZENTRALE VENÖSKATHETER/PORTS - Wie können/sollten die zentralen Venenkatheter/Ports beibehalten werden? Kann die Spülung verzögert werden?

Es gibt Hinweise darauf, dass Spülungen bis zu 12 Wochen lang ohne nennenswerte Zunahme von unerwünschten Ereignissen oder Schäden aufgeschoben werden können. Wenn die PatientInnen in der Lage sind, ihre eigenen Katheter/Port zu spülen, sollte dies in Betracht gezogen werden. Hier muss jedoch bedacht werden, dass der Trainingsprozess selbst eine Quelle der Exposition sein kann und der Zugang zu sterilen Vorräten zu Hause eingeschränkt sein kann.

Haftungsausschluss

Die Antworten auf die hier veröffentlichten Fragen zu SARS-COV-2 werden vom Comprehensive Cancer Center der Medizinischen Universität Wien („CCC“) zur freiwilligen, informativen Nutzung durch ÄrztInnen in der sich rasch entwickelnden neuartigen Coronavirus-Krise bereitgestellt. Diese Informationen stellen keine medizinische oder rechtliche Beratung dar, sind nicht zur Verwendung bei der Diagnose oder Behandlung einzelner Erkrankungen gedacht, befürworten keine Produkte oder Therapien, empfehlen oder fordern keine bestimmte medizinische Behandlung und stellen keine Aussage über den Behandlungsstandard dar. Zwischen dem Zeitpunkt der Erhebung von Informationen

und ihrer Veröffentlichung oder Lektüre können neue Erkenntnisse gewonnen werden. Die Informationen sind nicht umfassend und werden nicht ständig aktualisiert. Diese Informationen sind nicht als Ersatz für das unabhängige professionelle Urteil der behandelnden ÄrztInnen im Zusammenhang mit der Behandlung der einzelnen PatientInnen gedacht. Das CCC stellt diese Informationen ohne Mängelgewähr zur Verfügung und übernimmt keine Garantie, weder ausdrücklich noch stillschweigend, bezüglich der Informationen. Das CCC übernimmt keine Verantwortung für Verletzungen oder Schäden an Personen oder Eigentum, die sich aus der Verwendung dieser Informationen ergeben oder damit in Zusammenhang stehen, oder für Fehler oder Auslassungen.