

CROI 2022 – The Quiz!

Seit einigen Jahren (auch schon vor Corona) stellen die CROI-Organisator*innen bei jeder CROI zu Beginn der Veranstaltung und zum Abschluss – als Vorbedingung zum Erhalt des CME-Zertifikats – eine Reihe von „Quiz-Fragen“ im Multiple-Choice-Verfahren. Ziel dieser Versuchsanordnung ist offensichtlich, den Lernerfolg bei allen CROI-Teilnehmer*innen systematisch zu erfassen. Besonders in diesem Jahr fiel mir auf, dass die Inhalte mit aufmerksamer Verfolgung der CROI-Sitzungen beantwortbar waren! Allerdings sind die Fragen sehr schwer und bilden die unterschiedlichen Aspekte und Themenbreite der CROI repräsentativ ab.

Hier folgen die 20 Fragen des Jahres 2022 mit den offiziellen Antworten der Kongressorganisator*innen. Allerdings gilt zu bedenken, dass die Antworten insbesondere für die USA und das aktuelle Jahr zutreffen. Nicht überall auf der Erde würden die Fragen so beantwortet werden, wie sie der Veranstalter beantwortet.



Aufgearbeitet von
Prof. Dr. med. Christoph STEPHAN
HIVCENTER der Uniklinik Frankfurt am Main

© priv.

1. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A. Sowohl die Genome von HIV-1 und SARS-CoV-2 integrieren sich ins Chromatin ihrer Zielzellen
- B. Es gibt zwar neutralisierende Antikörper gegen SARS-CoV-2, aber nicht gegen HIV
- C. COVID-19 mRNA-Impfstoffe enthalten ausschließlich mRNA
- D. HIV führt zu einer anhaltenden Infektion, während SARS-CoV-2 in der Regel nach den ersten Wochen der Infektion nicht durch klinische Tests nachgewiesen wird (Übersetzung des engl. Originaltextes: „HIV establishes persistent infection, whereas SARS-CoV-2 is not typically detected by clinical tests after the first weeks of infection“)

Kommentar: Im Rätsel stand ich zunächst auf dem Schlauch und dachte: „Gar keine Antwort ist richtig!“ - So kann doch der Nachweis der SARS-CoV-2-PCR aus dem Rachen-/Nasenabstrich über Wochen positiv sein und die Serologie über Monate nachweisbar sein. Von der Kongressleitung wird die Antwort D als richtige Antwort publiziert, mit folgendem Kommentar: HIV baut Reservoir auf, die auch während einer antiretroviralen Therapie jahrzehntelang bestehen bleiben. Im Gegensatz dazu wird SARS-CoV-2 typischerweise innerhalb weniger Wochen aus dem Körper ausgeschieden.

2. Welche der folgenden Aussagen trifft auf das HIV-1-Capsid zu?

- A. Es zerfällt unmittelbar nach dem Eindringen des Virus
- B. Es ist durchlässig für Desoxynucleosid-Triphosphate
- C. Es besteht nur aus Pentameren
- D. Es besteht nur aus Hexameren

Kommentar: Korrekt – das HIV-1 Capsid ist durchlässig für Desoxynucleosid-Triphosphate. ausgeschieden.

3. Was ist der empfohlene Zeitpunkt für den Behandlungsbeginn für Hepatitis-C-Virus (HCV), bei akuter/frischer Infektion oder dokumentierter Reinfektion?

- A. Nach einer Wartezeit von 3 bis 6 Monaten, um zu prüfen, ob das Virus spontan eliminiert
- B. Unverzüglich, oder: so schnell wie machbar
- C. Erst nach Etablierung einer „chronischen Infektion“ (>6 Monate)
- D. Nach 1 Monat, um sicherzustellen, dass kein Leberversagen auftritt
- E. Sobald der Resistenztestbefund aus dem Labor zurück ist

Kommentar: Probleme mit der Indikation haben lange Zeit zum Nachteil der Patient*innen den therapeutisch wichtigen HCV-Therapiebeginn hinausgezögert, das ist erfreulicherweise Geschichte. Korrekte Antwort ist B. Die wichtigsten Leitlinien und Leitfäden empfehlen eine beschleunigte oder sofortige Therapie einer akuten HCV-Infektion, ohne auf spontane Clearance zu warten. Dies gilt auch für den Fall einer dokumentierten HCV-Reinfektion. Diese Empfehlung wurzelt im Nutzen für die öffentliche Gesundheit mit Verhinderung der Weiterübertragung sowie im Nutzen für das Individuum. Resistenztests vor Therapiebeginn werden nicht routinemäßig empfohlen.

4. Teilnehmer*innen an einer Test-Negativ-Studie zu COVID-19-Impfstoffen erfüllen folgende Voraussetzungen:

- A. Alle Personen, die aus irgendeinem Grund auf virale RNA oder Antigene getestet wurden
- B. Alle Personen, die wegen Symptomen auf virale RNA oder Antigene getestet wurden
- C. Nur Personen, die geimpft wurden und Symptome aufweisen
- D. Nur Personen mit einem vorher negativem Test, die jetzt Symptome aufweisen

Kommentar: Testnegativ-Studiendesigns sollten Personen einschließen, die wegen Krankheitssymptome getestet werden. Personen, die aus anderen Gründen getestet wurden, z.B. für die Arbeit, Reisen oder Forschung, können die Ergebnisse verfälschen. Der Impfstatus ist die interessierende Ergebnisvariable, und ein vorheriger negativer Test ist irrelevant. Korrekte Antwort ist B.

5. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Kinder zu, die im Uterus zwar HIV-exponiert, aber nicht HIV-infiziert waren (HEU)?

- A. Weltweit leben schätzungsweise 10.000.000 HEU-Kinder, die meisten davon in Subsahara-Afrika
- B. Bevor antiretrovirale Behandlung (ART) in der Schwangerschaft verfügbar war, war die Säuglingssterblichkeit bei HEU-Säuglingen im Alter von 2 Jahren mindestens doppelt so hoch wie bei nicht HIV-exponierten Säuglingen
- C. Seit ART in der Schwangerschaft verfügbar ist, haben HEU-Säuglinge jetzt im einkommensstarken Umfeld die gleichen gesundheitlichen Ergebnisse, wie nicht-HIV-Exponierte
- D. Ausschließliches Stillen schützt HEU-Säuglinge vollständig vor schlimmeren Infektionskonsequenzen, als nicht-HIV-exponierte Säuglinge
- E. HEU-Kinder haben höhere transplazentare Antikörper-Spiegel als nicht-HIV-exponierte Kinder

Kommentar: Das war für mich eine neue Erkenntnis auf der CROI. Weltweit leben ca. 16.000.000 HEU-Kinder, die meisten davon in Subsahara-Afrika. Sie haben ein höheres Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko, v.a. wenn die Mütter an fortgeschrittenem HIV leiden und keine ART erhalten. Obwohl etwa 80% der Frauen jetzt während Schwangerschaft und Stillzeit ART erhalten, haben diese Säuglinge immer noch schlechtere Karten – in Bezug auf Überleben, Infektionen, Wachstum und Entwicklung. Zu den Faktoren, die die Anfälligkeit von HEU-Säuglingen erhöhen, gehören die Aktivierung und Dysfunktion des mütterlichen Immunsystems, niedrigere transplazentare Antikörperspiegel in der frühen Lebensphase, Cytomegalovirus (CMV)-Koinfektion und Armut, Ernährungsunsicherheit und widrige soziale Verhältnisse. Interventionen zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Kinder starten mit der HIV-Infektionsprävention für junge Frauen, dem ART-Zugang im Fall von Schwangerschaft für infizierte und Unterstützungsprogramme für Ernährung und Pflege. Die korrekte Antwort ist B.

6. Welche der folgenden Interventionen wird derzeit zur Behandlung oder Prävention in Gebieten empfohlen, in denen Omikron die dominante SARS-CoV-2-Variante ist?

- A. Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit Nirmatrelvir/Ritonavir (Pavloxiid®)
- B. Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit Molnupiravir (Lagevrio®)
- C. PEP mit Bamlanivimab/Etesivimab
- D. Behandlung mit Casirivimab/Imdevimab
- E. Behandlung mit Sotrovimab
- F. Behandlung mit Tixagivimab/Cilgavimabdu

Kommentar: Das einzige in den Vereinigten Staaten für PrEP zugelassene Medikament ist Tixagivimab/Cilgavimab, jedoch ist es derzeit nicht zur COVID-19-Behandlung zugelassen. Nirmatrelvir/Ritonavir und Molnupiravir werden für PEP untersucht, sind aber derzeit nur für die Behandlung zugelassen. Basierend auf Laborstudien wird erwartet, dass Sotrovimab zur Behandlung von Omikron wirksam ist, Casirivimab/Imdevimab jedoch nicht. Omikron hat auch eine deutlich reduzierte Empfindlichkeit gegenüber Bamlanivimab/Etesivimab, so dass dieses Antikörperprodukt voraussichtlich nicht für die Behandlung oder PEP wirksam sein wird. Die korrekte Antwort ist E.

7. Wie hoch war die Rate an vollständig durchgeführter PEP in einer Pilotstudie in 5 ländlichen Gemeinschaften Kenias und Ugandas (12/2018 bis 5/2019)?

- A. 23%
- B. 49%
- C. 62%
- D. 88%

Kommentar: Es spricht sich herum, dass PEP und PrEP wirksam sind – auch in sogenannten „hard to reach“-Communities! Korrekte Antwort ist D. Diese bemerkenswert hohe Komplettierungsrate wurde in einem PEP-Pilotprojekt beobachtet.

8. Long Acting (LA) ART-Behandlung mit Cabotegravir und Rilpivirin (CAB/RPV) als Switch-Therapie für behandelte Erwachsene mit supprimiertem HIV, wurde in 3 großen randomisiert-kontrollierten Studien untersucht. Welches der folgenden ist ein gemeinsames Ergebnis dieser 3 Studien?

- A. LA CAB/RPV war einer fortgeführten Tablettentherapie hinsichtlich der Virussuppression überlegen
- B. Virologisches Therapieversagen trat bei <3% der mit LA CAB/RPV behandelten Studien-Teilnehmer*innen pro Studie auf
- C. Im Falle eines virologischen Therapieversagens wurden ausschließlich Resistenzmutationen gegen nicht-nukleosidische Reverse-Transkriptase-Hemmer (NNRTI) beobachtet
- D. der LA CAB/RPV-intramuskulär verabreichten Therapie ging immer eine orale Lead-in-Therapie voraus
- E. Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (ISR) nahmen im Laufe der Zeit an Schwere zu

Kommentar: In den Studien FLAIR und ATLAS war LA CAB-RPV bezogen auf die Vergleichsgruppe der fortgeführten oralen ART „nicht unterlegen“ gut, insbesondere für die klinischen Endpunkte „virologischen Therapieversagen“ und HI-Viruslast >50 Kopien/ml, die je nach Studie und Dauer in 1% bis 3% der Fälle auftraten. Wenn Resistenz auftrat, dann typischerweise sowohl gegen NNRTI als auch gegen Integrase-Inhibitoren (INSTI). Beim Therapiewechsel in der FLAIR-Crossover-Studie, wurden die Teilnehmer randomisiert von der oralen Therapie zu Woche 96 auf entweder direkte LA CAB/RPV intramuskuläre Injektionen oder orale CAB/RPV-Aufsättigungstherapie initial. In allen Studien nahm der Schweregrad der Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (ISR) über die Zeit ab. Antwort B ist richtig.

9. Ein 27-jähriger Mann mit perinatal erworbenem HIV wird seit Mitte der 1990er Jahre mit verschiedenen ART-Kombinationen behandelt und hatte immer Probleme mit der Adhärenz. Er ist aktuell fit und wohlauf mit 2x täglich Darunavir/Ritonavir (DRV/r), 1x täglich Dolutegravir (DTG) und Emtricitabin/Tenofovir Alafenamid (FTC/TAF). Derzeit hat er leider einen Virus-Rebound mit einer HIV-Viruslast von 13.700 Kopien/ml und einer CD4+ T-Zellzahl von 430 Zellen/µl. Der Resistenztest zeigt folgende Mutationen:

- Reverse Transkriptase (RT) Mutationen: M41L, E44D, D67N, L210W, T215F, V90I, K101E, Y181C, G190A
- Protease Inhibitor (PI) Mutationen: L10I, K20R, V32I, L33F, M46V, I47V, I54L, I62V, L63P, V82F, L90M
- Integrase-Inhibitor (InI) Mutationen: T97A, E138T, G140S, Q148H

Welcher Wechsel in seinem ART-Regime sollte erfolgen?

- A. Einsatz von Maraviroc als Teil einer neuen Kombinationstherapie
- B. Beginn von Long-Acting CAB/RPV um eine bessere Adhärenz zu erreichen
- C. Wechsel auf Fostemsavir mit optimiertem Backbone-Regime
- D. Wechsel auf Doravirine mit optimiertem Backbone-Regime
- E. Auf dem aktuellen Regime bleiben, bis neue Kombinationen anderer Therapieklassen verfügbar sind

Kommentar: Wow – eine Frage zu hochresistenter HIV-Infektion wie wir sie von Patient*innen kennen, die eine erfolgreiche Transition aus der Pädiatrie in die HIV-Erwachsenenmedizin vollzogen haben. „Das ist mein Thema“, dachte ich – und lag falsch, obwohl die Frage aus dem Land der unbegrenzten Möglichkeiten kommt! Diese Dilemmasituation ist aus dem wirklichen Leben bekannt und es gibt einfach keine richtige Antwort. – Das Beispiel verdeutlicht die Folgen früherer sequentieller ART-Strategien mit älteren Arzneimitteln, bei niedriger Resistenzbarriere und eingeschränkter Therapietreue über Jahre. Der Virustropismus sollte vor Maraviroc-Beginn überprüft werden, und wahrscheinlich liegt hier ein dual-tropes oder X4-Virus vor. Aktuell ist keine M184V/I-Mutation nachgewiesen, also kann Lamivudin/Emtricitabin eine gewisse antivirale Aktivität aufweisen, aber alle nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (nRTIs), NNRTI, PI oder INSTI erscheinen „verbrannt“. Neue Substanzen und Klassen antiretroviraler Medikamente (z.B. Lenacapvir) befinden sich in klinischen Studien und könnten bald verfügbar sein, was eine Kombination dann mit Fostemsavir virologisch sinnvoll erscheinen lässt. Da seine CD4+-T-Zahl 430 Zellen/µl beträgt, erscheint es für ihn am besten, sein aktuelles Regime oder eine vereinfachte Version davon zu belassen, bis neue Optionen zur Verfügung stehen und die Zeit für eine Adhärenzoptimierung zu nutzen. Die CROI meint E ist die richtige Antwort.

10. Welche pädiatrische Altersgruppe weist die höchste Rate an COVID-19-assoziierten Krankenhauseinweisungen während der aktuellen Omikron-Variantenwelle in den USA auf?

- A. 0 bis 4 Jahre
- B. 5 bis 8 Jahre
- C. 9 bis 11 Jahre
- D. 12 bis 17 Jahre

Kommentar: Richtig ist A. In dieser Gruppe lag die Rate der COVID-19-assoziierten Krankenhauseinweisungen im Januar 2022 bei fast 15/100.000 gegenüber <5/100.000 in anderen Altersgruppen, am ehesten ein Effekt der fehlenden Impfung für diese Altersgruppe.

11. Wann oder wo spaltet die virale Protease hauptsächlich die Polyproteine Gag & GagPol?

- A. Im Zytoplasma der HIV-Produzentenzelle
- B. Während der Ausknospung der Virione
- C. Nachdem das Virion aus der Zelle freigesetzt wurde
- D. Sobald das Virion in die neue Zielzelle eintritt

Kommentar: Virologen wissen das – richtig ist Cäsar. Das Enzym Protease wird am Ende des Ausknospungsvorgangs aktiviert, wobei der Großteil der Prozessierung stattfindet, nachdem die Ausknospung des Virions aus der Zielzelle fast abgeschlossen ist. Diese Verarbeitung führt zu charakteristischen morphologischen Veränderungen in reifen Virionen.

12. Dolutegravir ist stark proteingebunden und kann Bilirubin von Albumin verdrängen.

- A. Richtig
- B. Falsch

Kommentar: Abfrage von pharmakologischem Wissen, das für älter werdende Patient*innen und damit auch für Behandler*innen relevant werden kann. Ein wahres Statement, die erste Antwort ist richtig.

13. Welche der folgenden Aussagen zur HIV-Immunologie ist richtig?

- A. CD4+-T-Zellen, die intakte Proviren beherbergen, nehmen mit der Zeit unter ART nicht ab
- B. Defekte Proviren können RNA und Proteine produzieren
- C. Alle CD4+-T-Zell-Untergruppen enthalten ungefähr gleich viele intakte HIV-Genome
- D. Therapeutisches Ansprechen (Targeting) von PD-1 und IL -10 kann die Immunfunktionen wiederherstellen, hat aber keinen Einfluss auf Virusrebounds

Kommentar: Diese Frage prüft Wissen zur lebenslangen HIV-Immunologie. Hier gilt: Kaputt ist kaputt, wieder auferstehen kann nur Christus, daher – korrekte Antwort ist B. Einige defekte Proviren (die keine replikationsfähigen Viruspartikel erzeugen können) sind allerdings in der Lage, HIV-Transkripte und -Proteine zu produzieren.

14. PrEP und PEP mit antiretroviralen Medikamenten kann eine HIV-Infektion verhindern. Einige Forschergruppen haben PrEP und PEP für andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs) untersucht. Welches Antibiotikum wurde am häufigsten zur STI-Prävention untersucht?

- A. Penicillin B. Doxycyclin
 C. Amoxicillin-Clavulansäure D. Imipenem E. Ceftriaxon

Kommentar: Insbesondere die Gruppe um Jean-Michel Molina aus Paris hat dies zuerst im Rahmen der Ipergay-Studie als eigene Substudie untersucht (Molina JM, et al. Lancet-ID 2018 Mar;18(3):308-317). Doxycyclin wird ja auch therapeutisch eingesetzt für die Therapie bei insbesondere Chlamydia trachomatis- und Treponema pallidum-Infektionen und ist folglich natürlich auch in der Prävention wirksam. Allerdings existieren Vorbehalte für den Einsatz in der STI-PEP oder -PrEP, weil es das Mikrobiom verändert und vor allem im Langzeitgebrauch eine Gewichtszunahme induzieren könnte – schließlich werden Tetracyclin-Antibiotika (zu denen Doxy gehört) auch in der Tiermast eingesetzt. Korrekte Antwort: B. Es laufen derzeit mehrere Studien oder wurden kürzlich abgeschlossen, die die Verwendung von Doxycyclin als PEP und PrEP für STI untersuchen.

15. Bei Personen, die Drogen injizieren (PWID), liegt ein PrEP-Gebrauch im Bereich von

- A. 0%-3% B. 5%-10% C. 10%-15% D. 20%-25%

Kommentar: Schluck – das ist niedrig und für mich schockierend. Da habe ich falsch getippt! Trotz hoher Sensibilisierung und Bereitschaft, war die PrEP-Inanspruchnahme bei PWID extrem niedrig (0-3%). Ein Rückgang des Engagements wurde im PrEP-Betreuungskontinuum während der Pandemie beobachtet und es gibt außerdem nur wenige Daten zu Männern aus sexuellen Minderheiten, die Drogen injizieren.

16. Welche der folgenden Aussagen bezüglich HIV- und COVID-19-Impfstoffe ist korrekt?

- A. Die Wirksamkeit mRNA-basierter COVID-19-Impfstoffe hält mindestens mehrere Jahre
 B. HIV-Impfstoffe können nicht präklinisch in Affenmodellen getestet werden
 C. COVID-19-Impfstoffe sind hochwirksam in der Vorbeugung schwerer Erkrankungen nach durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion
 D. HIV-Impfungen, die auf Adenoviralen (Ad) Vektoren basieren, haben sich in Phase III-Klinischen Studien als sehr effektiv erwiesen
 E. COVID-19 Impfungen sind kontraindiziert für Menschen >80 Jahre Lebensalter

Kommentar: Ja, gilt auch immer noch in Zeiten von Omikron. Zur Antwortmöglichkeit D gab es auf der CROI keine wirklich neuen Daten, nur (hervorragende) Übersichten (s. Abb.), allerdings ist die MOSAICO-Studie noch nicht publiziert und kann diese Antwort noch drehen, aber bis dahin gilt: Korrekt ist Antwort C. Mehrere klinische Phase-III-Studien und Beobachtungsstudien nach Zulassung haben gezeigt, dass die wichtigsten Plattformen für COVID-19-Impfstoffe (mRNA, Adeno-Vektoren, Proteinuntereinheit & inaktiviertes Vollvirus) verwendet wurden, die alle von der entsprechenden US-

HIV-1 Impfstoffentwicklung: Überblick
von der humoralen über die zelluläre zur kombinierten Immunität

Company	Target	Immunität	Name	Phase	Ort	Wirksamkeit?
Vax Gen	Env gp120	humoral	VAX003/4	3	USA/Thailand	Keine (2003)
Merck	Ad5.Gag/ Pol/Nef	zellulär	HVTN 502 (Step) / 503 (Phambili)	2b	N/S-Amerika / Afrika	Keine (2007)
Sanofi	Prime (Alvac) Boost (AIDS-vax/Novartis gp120)	humoral +zellulär	RV144 (thai-trial)	3	Thailand	31% Schutz (2009)
			HVTN702 (Uhambo)	2b/3	Afrika	Keine (2020)
NIH / VRC	Prime (DNA) Boost (Ad5)	humoral +zellulär	HVTN505	2b	N-Amerika	Keine (2013)
Janssen	Prime Ad26 mosaic + Boost gp140	humoral +zellulär	HVTN705 (Imbokodo)	2b	Afrika	Keine (2021)
			HVTN706 (Mosaico)	3	N/S-Amerika / Afrika	Ongoing (3/2022)

Abb. zur Antwortmöglichkeit D: insbesondere die Janssen-basierten Impfstoffe sind Adenovektor-Plattform-basiert (modifiziert nach: Dan Barouch, plenary session/Sunday)

Behörde (FDA) für den Notfallgebrauch zugelassen wurden, allesamt innerhalb etwa eines Jahres nach Pandemiebeginn. Diese Impfungen verleihen allen Altersgruppen >12 Jahren signifikanten Schutz vor schwerer COVID-19-Erkrankung. Insbesondere in den klinischen Studien der Phase III zeigte der Pfizer-Impfstoff (2x Regime) einen 95% Schutz, Moderna (2x) 94%, Johnson & Johnson 72% (Einzelimpfung), bzw. 94% (2x*). Der Schutz unterscheidet sich je nach Impfstoff für bestimmte Virus-Varianten und lässt mit der Zeit nach, war aber mittels einer Auffrischungsdosis wieder herzustellen. *nicht in Deutschland zugelassen/praktiziert

17. Im 19. Jahrhundert verwendete eine Gegenbewegung gegen die Zwangsimpfung eine Metapher für körperliche Übergriffe. Was war das für eine Metapher?

- A. Ein Drachen
 B. Eine zusammengerollte Schlange, die eine Frau und ein Kind angreift
 C. Ein Vampir
 D. Chirurgische Instrumente

Kommentar: Tja, wissen oder nicht wissen oder besser: schon mal gesehen? In Europa eher unwahrscheinlich. Korrekte Antwort ist B. In einer Anti-Impf-Werbung sollte die zusammengerollte Schlange zeigen, dass ihre Reißzähne wie chirurgische Instrumente anmuten, die Frau und Kind „angreifen“.

18. Welche Anreizformen erscheinen angemessen, um auf Ebene des Nationalstaats die COVID-19-Impfpflicht zu etablieren? (zu bedenken gilt: USA! 2022!)

- A. Krankenversicherung für alle
 B. Krankentagegeld
 C. Ausgabenvorbehalte für Bundesstaaten, die den Erhalt von Bundesmitteln an die COVID-19-Impf-Vorgaben binden
 D. Bonus-Programme
 E. Lotterien

Kommentar: Typisch USA – zentrale Steuern erhalten die Bundesstaaten erst, wenn Vorgaben erfüllt werden. Auch typisch: es gibt bereits Studien dazu. Richtig ist Antwort C. In Dr. Gostin's JAMA-Journalartikel schreibt er: „US-Präsident Biden behalt allen Gesundheitseinrichtungen, COVID-19-Impfungen als Bedingung für den Erhalt bestimmter Medicaid- oder Medicare-Mittel zu verlangen. Der Oberste Gerichtshof hat entschieden, dass die Bundesregierung angemessene Bedingungen für den Erhalt von Bundesmitteln festlegen kann. In der Rechtssache South Dakota gegen Dole (1987) bestätigte der Oberste Gerichtshof ein Gesetz, das die Bundesstaaten verpflichtete, ein Mindestalter für den Alkoholkonsum von 21 Jahren als Bedingung für den Erhalt bestimmter staatlicher Autobahngelder einzuführen. Sogenannte bedingte Ausgaben müssen angemessen sein. Zum Beispiel hat der Oberste Gerichtshof im „Affordable Care Act“ die Anforderungen für Bundesstaaten, Medicaid als Bedingung für den Erhalt der gesamten Medicaid-Finanzierung auszuweiten, niedergeschlagen und entschieden, dass die Höhe der Finanzierung, um die es geht, die Eventualität unangemessen erzwingt“.

19. Welche der folgenden Aussagen bezüglich Barrieren auf Behandler-Ebene für eine größere Auswahl an HIV-Präventionsmethoden ist richtig?

- A. HIV-Behandler*innen ... sind immer unvoreingenommen in Bezug auf HIV-Präventionsentscheidungen
 B. ... erkundigen sich immer nach dem sexuellen Risiko aller ihrer Klient*innen
 C. ... sind eventuell voreingenommen gegenüber Sex ohne Kondom, was ihre persönliche Perspektive widerspiegelt
 D. Alle neuen Präventionsmethoden sind für Behandlungszentren schnell und kostengünstig verfügbar

Kommentar: Richtig ist C, denn HIV-Behandler*innen sind auch nur Menschen! Und sie können selbstverständlich eine Voreingenommenheit gegen Sex ohne Kondom haben, insbesondere wenn dies ihre persönliche Perspektive widerspiegelt. Die Beziehung zwischen Patient/Klient*in und Ärzt*in ist für den Zugang zur PrEP von zentraler Bedeutung und den Behandler*innen kann es an Methodenkenntnissen mangeln. In der Folge können aufgrund von ggf. tiefsitzenden persönlichen Vorbehalten gegenüber Klient*innen, die sich gegen Kondome entscheiden, aufgrund ärztlich-beeinflussster Beratung vermeidbare HIV-Infektionen auftreten.