



DePreS-G – deutsche Version der Prädiktionsskala Depression nach Schlaganfall (DePreS): Übersetzung und „cognitive debriefing“

Julian Hirt^{1,2} · Lianne van Meijeren³ · Janneke M. de Man-van Ginkel³ · Susanne Saal¹

Eingegangen: 19. November 2018 / Angenommen: 14. Februar 2019
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Zusammenfassung

Hintergrund Die „Post-stroke depression“ (PSD) ist ein verbreitetes Krankheitsbild. In den Niederlanden wurde die Prädiktionsskala Depression nach Schlaganfall (DePreS) entwickelt, um bei Schlaganfallbetroffenen in der ersten Woche nach dem Krankheitsereignis das Risiko für eine PSD einzuschätzen. Eine deutsche Version des Instruments existiert bisher nicht.

Ziel Das Ziel war es, die DePreS vom Niederländischen ins Deutsche zu übersetzen.

Methode Die Übersetzung des Instruments erfolgte entsprechend den ISPOR-Empfehlungen durch jeweils 2 unabhängig angefertigte Vorwärts- und Rückwärtsübersetzungen mit zwischen- und nachgeschalteten Abstimmungs- und Harmonisierungsphasen. In einem anschließenden Cognitive debriefing mit potenziellen Anwendenden des Instruments wurden die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der übersetzten Items sowie die Anwendbarkeit des Instruments überprüft.

Ergebnisse Zwischen September 2016 und Januar 2017 wurde die DePreS aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt. Die Abgleiche der Rückwärtsübersetzungen mit der abgestimmten deutschsprachigen Version sowie der Originalversion deckten regionale sprachliche Unterschiede in den Niederlanden auf. Hierdurch kam es zu Anpassungen der Formulierungen in der deutschsprachigen Version bei 2 Items. Das Cognitive debriefing wurde mit 18 potenziellen Anwendenden durchgeführt. Die Items des Instruments waren für alle Teilnehmenden verständlich. Es wurde deutlich, dass Anwendende für die Benutzung des Instruments zusätzliche Informationen benötigen, welche dem Instrument als Anleitungshinweis hinzugefügt wurden.

Schlussfolgerung Bevor die DePreS-G als deutschsprachiges Instrument zur Risikoeinschätzung einer PSD in der Akutbehandlung eingesetzt werden kann, wird das Instrument in einem nachfolgenden Projekt validiert.

Schlüsselwörter Übersetzung · Prädiktionsskala · „Post-stroke depression“ · Depression · Schlaganfall

DePreS-G Die DePreS-G ist als Online-Anhang dem Manuskript beigelegt oder kann via E-Mail angefordert werden (jdhirt@hotmail.com).

Zusatzmaterial online Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s16024-019-0323-0>) enthalten.

✉ Julian Hirt
julian.hirt@fhsg.ch

¹ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

² Institut für Angewandte Pflegewissenschaft, Fachbereich Gesundheit, FHS St. Gallen, St. Gallen, Schweiz

³ Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Nursing Science, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Niederlande

DePreS-G—German version of the prediction scale depression after stroke (DePreS): translation and cognitive debriefing

Abstract

Background Post-stroke depression (PSD) is a common disease. In the Netherlands the prediction scale depression after stroke (DePreS) was developed to assess the risk of PSD in stroke patients in the first week after the stroke event. A German version of the instrument does not yet exist.

Aim The aim was to translate the DePreS from Dutch into German.

Method The instrument was translated in accordance with ISPOR recommendations by two independently prepared forward and two backward translations with intermediate and subsequent review and harmonization phases. In a subsequent cognitive debriefing with potential users of the instrument, the comprehensibility and clarity of the translated items and the applicability of the instrument were examined.

Results Between September 2016 and January 2017 the DePreS was translated from Dutch into German. The comparison of the backward translations with the harmonized German version as well as the original version revealed regional linguistic differences in the Netherlands. This resulted in adaptations of the wording in the German language version of two items. Cognitive debriefing was conducted with 18 potential users. The items of the instrument were understandable for all participants. It became clear that users needed additional information to use the instrument, which was added to the instrument as an instruction guide.

Conclusion Before the DePreS-G can be used as a German language instrument to assess the risk of PSD in acute treatment, the instrument will be validated in a subsequent project.

Keywords Translation · Prediction scale · Post-stroke depression · Depression · Stroke

Hintergrund

Ein Schlaganfall ist eine häufige kardiovaskuläre Erkrankung mit z. T. schwerwiegenden physischen, psychischen und kognitiven Folgeeinschränkungen. Durch den zunehmenden Anteil älterer Personen in der Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten von einer deutlichen Zunahme von Schlaganfallbetroffenen ausgegangen (Peters et al. 2010). Eine mögliche Folgeerkrankung eines Schlaganfalls ist die „post-stroke depression“ (PSD). Die Schätzungen aus Übersichtsarbeiten deuten darauf hin, dass ca. jeder dritte Schlaganfallbetroffene von einer PSD betroffen ist (Robinson und Jorge 2016; Hackett und Pickles 2014; Ayerbe et al. 2013). Eine PSD geht mit gravierenden gesundheitlichen und ökonomischen Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft einher (Wittchen et al. 2011; Wittchen und Jacobi 2005). Individuelle Folgen für Betroffene wie die Verzögerung der Rehabilitation und die Einschränkung der Lebensqualität, der Aktivität sowie der Partizipation gelten dabei als besonders bedeutsam (Mödden und Hildebrandt 2008; Huff et al. 2003). Zudem gibt es Hinweise, dass eine PSD mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert ist (House et al. 2001; Williams et al. 2004). Die PSD geht folglich mit erheblichen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen einher (Man-van Ginkel et al. 2012).

Die frühe Erkennung und Behandlung einer PSD verbessern die funktionalen Outcomes von betroffenen Patienten (Robinson und Jorge 2016). Durch die intensive und kontinuierliche Arbeit mit Betroffenen in den ersten Tagen

nach dem Schlaganfall befinden sich insbesondere Pflegenden in einer Schlüsselrolle für die Erkennung der Anzeichen für eine PSD. Vonseiten dieser wird es jedoch als herausfordernd beschrieben, diese Anzeichen zu erkennen (Man-van Ginkel et al. 2010). Ein geeignetes Instrument kann dabei helfen, das pflegerische Assessment zu unterstützen, um frühzeitig strukturierte Maßnahmen zur Behandlung der PSD zu initiieren (van Dijk et al. 2018).

Für die Diagnose einer Depression müssen mehrere Symptome wie anhaltend gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebslosigkeit über die Dauer von mindestens 2 Wochen erkennbar sein. Die Diagnostik einer Depression im Akutbereich ist kaum möglich, da die mittlere Verweildauer von Schlaganfallbetroffenen mit 11 Tagen die Dauer von 2 Wochen unterschreitet, welche die Symptome zur Feststellung einer Depression vorliegen müssen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2015; Nimptsch und Mansky 2012; Wittchen und Pfister 1997).

In den Niederlanden wurde die Prädiktionsskala Depression nach Schlaganfall (DePreS) entwickelt, um bei Schlaganfallbetroffenen in der ersten Woche nach einem Schlaganfall das Risiko für eine PSD einzuschätzen. Die DePreS wurde mittels multivariater logistischer Regressionsanalyse im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie durch die konsekutive Rekrutierung von 382 Patienten in 3 Stroke-Units entwickelt. In die Studie eingeschlossen wurden Personen mit einem ischämischen Insult oder einer

intrazerebralen Blutung, mit einem Mindestalter ≥ 18 Jahre, keinen schwerwiegenden kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen, keiner schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung; wenn die Person zum Zeitpunkt des Schlaganfallereignisses keine Antidepressiva einnahm sowie deutsch sprach und verstand. Dagegen wurden Schlaganfallbetroffene von der Studienteilnahme ausgeschlossen, die zu krank für die Studienteilnahme waren. Das Instrument besteht aus 4 Items, deren kategoriale Antwortausprägungen zu einem Score summiert werden. Die Gewichtung der Ergebnisse der einzelnen Items entspricht der Relevanz des entsprechenden Regressors als Ergebnis der logistischen Regressionsanalyse. Der Score variiert zwischen -14 und 23 . Je höher das Ergebnis, desto höher ist das Risiko für eine PSD. Die interne Validierung der DePreS ergab, dass bei einem Schwellenwert ≥ 2 Schlaganfallbetroffene ohne Risiko für eine PSD am zuverlässigsten erkannt werden können (Sensitivität $0,71$, 95% -KI $0,60$ – $0,83$; Spezifität $0,75$, 95% -KI $0,70$ – $0,80$; positiver prädiktiver Wert $0,33$, 95% -KI $0,25$ – $0,42$; negativer prädiktiver Wert $0,94$, 95% -KI $0,91$ – $0,97$; „area under the receiver operating characteristic curve“ $0,78$, 95% -KI $0,72$ – $0,85$). Bei einer eher moderaten Sensitivität weist das Instrument eine etwas höhere Spezifität und einen hohen negativen prädiktiven Wert in der internen Validierung auf. Aus diesem Grund könnte die DePreS dazu geeignet sein, Schlaganfallbetroffene ohne Risiko für eine PSD zuverlässig zu identifizieren und diese vor weiteren belastenden diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung einer PSD zu bewahren. Um das Vertrauen in die Performanz der DePreS zu erhöhen, sollte das Instrument anhand einer weiteren Stichprobe überprüft werden (Man-van Ginkel et al. 2013). Die sog. externe Validierung ist angezeigt, um die Zuverlässigkeit der DePreS für den klinischen Einsatz zu überprüfen und damit das Vertrauen in die Performanz des Instruments zu erhöhen. Dies geschieht durch die Überprüfung der Gütekriterien der DePreS anhand einer von Ort und Zeit der internen Validierung unabhängigen Stichprobe (Altman et al. 2009).

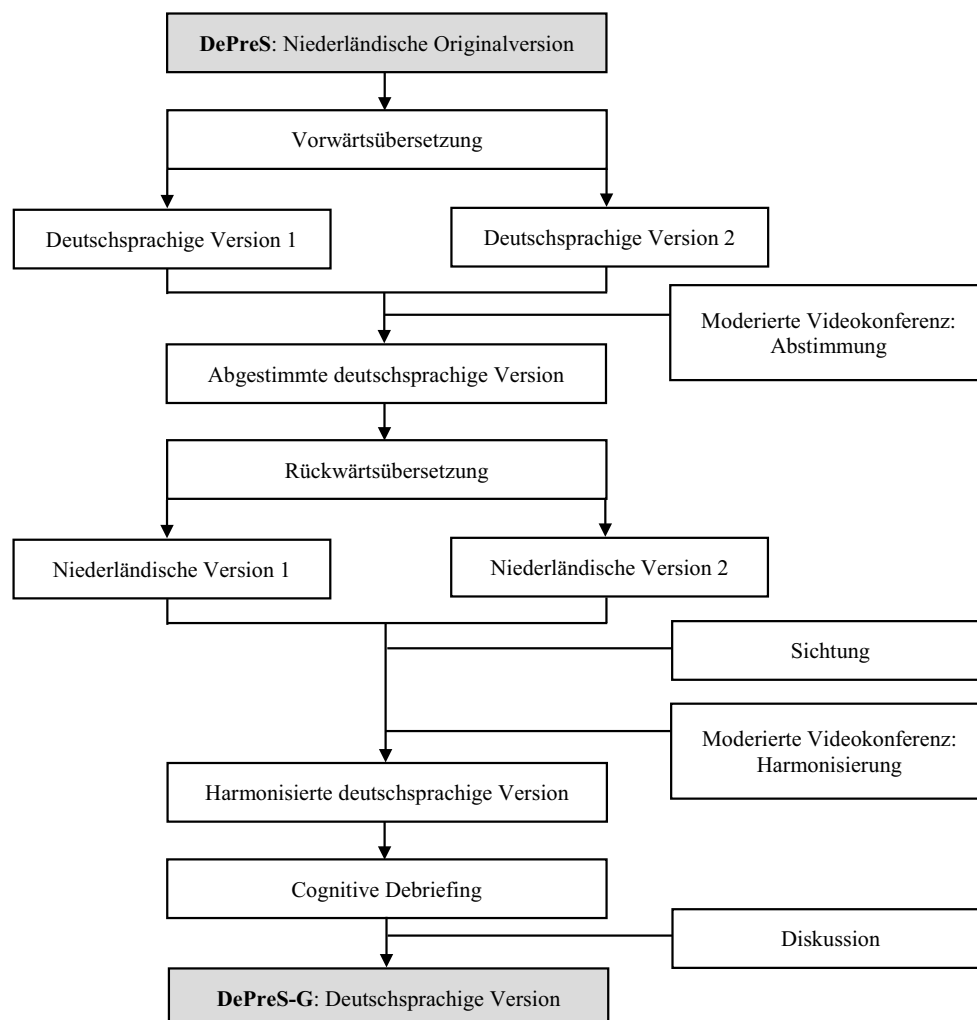
Ziel

Das Ziel dieser Studie war es, die DePreS aus dem Niederländischen ins Deutsche zu übersetzen, in Vorbereitung einer prospektiven Validierung der Skala in einem niederländischen und einem deutschen Studienzentrum (ValiDePreS; prospektiv registriert im Deutschen Register für Klinische Studien: DRKS00011546). Die vorliegende Arbeit berichtet über das methodische Vorgehen und die Ergebnisse des Übersetzungsprozesses des Instruments. Die Ergebnisse der Validierungsstudie werden separat berichtet.

Methode

Die Übersetzung der DePreS erfolgte entsprechend den ISPOR-Empfehlungen zur guten Praxis der Übersetzung von Erhebungsinstrumenten, welche ein mehrstufiges Verfahren vorschlagen (Wild et al. 2005). In einem ersten Schritt wurde das Einverständnis der Entwicklerin des Instruments für die Übersetzung vom Niederländischen ins Deutsche eingeholt. Anschließend wurde das Instrument vom Niederländischen ins Deutsche (die sog. Vorwärtsübersetzung) von 2 deutschen Muttersprachlerinnen mit fließenden niederländischen Sprachkenntnissen unabhängig voneinander übersetzt. In einer darauffolgenden moderierten Videokonferenz (Abstimmung) mit den Beteiligten der Vorwärtsübersetzungen und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurden Unstimmigkeiten beider Übersetzungen diskutiert und eine Übersetzungsversion für die Rückwärtsübersetzung konsentiert. Die Moderation wurde dabei durch den Erstautor übernommen und diente dazu, den Arbeitsprozess zu leiten und alle Beteiligten in den Diskussionsprozess miteinzubeziehen. Die abgestimmte deutsche Fassung der DePreS wurde von 2 niederländischen Muttersprachlerinnen mit fließenden deutschen Sprachkenntnissen unabhängig voneinander in die niederländische Sprache übersetzt (die sog. Rückwärtsübersetzung). In Vorbereitung der Harmonisierung wurden beide Versionen der Rückwärtsübersetzung gemeinsam mit der Entwicklerin des Instruments gesichtet und verglichen. Eine zweite moderierte Videokonferenz diente der Abstimmung der einzelnen Übersetzungsversionen auf eine deutschsprachige Übersetzungsversion. Bei diesem Prozess, der sog. Harmonisierung, wurden zwischen den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, den Beteiligten der Rückwärtsübersetzung und der Entwicklerin des Instruments die Diskrepanzen zwischen allen Übersetzungen diskutiert, und diejenige deutschsprachige Übersetzungsversion angepasst und konsentiert, die dem niederländischen Original am ehesten entsprach. Die Moderation wurde hierbei wieder durch den Erstautor übernommen. Um die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der übersetzten Fragen zu überprüfen und Hinweise für deren Einsatz in der Praxis zu gewinnen, wurde ein Cognitive debriefing im Rahmen einer teilstandardisierten mündlichen Befragung mit potenziellen Anwendenden durchgeführt. Für die Einbindung potenzieller Anwender im Rahmen des Cognitive debriefing lag ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zur Begutachtung vor (2016-162). Bei der Auswahl der Teilnehmenden der Befragung wurden möglichst alle Berufsgruppen berücksichtigt, durch welche das Instrument potenziell zum Einsatz kommt (Mayer 2015, S. 332; Wild et al. 2005). Unter Berücksichtigung dieses Kriteriums wurde für das Cognitive debriefing eine Gelegenheitsstichprobe von Personen aus dem persönlichen und beruflichen Um-

Abb. 1 Übersetzungsprozess der Post-stroke Depression Prediction Scale – German (DePreS)



feld des Erstautors und der Letztautorin gewonnen. Die Befragung wurde anhand eines Gesprächsleitfadens (Zusatzmaterial online: (1) Gesprächsleitfaden zur deutschsprachigen Version der Prädiktionsskala Depression nach Schlaganfall [DePreS-G]) zu Verständlichkeit und Anwendbarkeit persönlich oder telefonisch durchgeführt, falls es aufgrund der örtlichen Distanz nicht möglich war. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden protokolliert. Für die Teilnahme am Cognitive debriefing und die Auswertung der Daten wurde im Vorfeld das Einverständnis der Teilnehmenden eingeholt. Zusätzlich wurden folgende personenbezogene Angaben zur Beschreibung der Teilnehmendencharakteristika erhoben: Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss, derzeitiger Beruf, Art der Einrichtung, derzeitiges Tätigkeitsfeld und die Länge der Ausübung der derzeitigen Tätigkeit. Die Erhebungsbogen wurden nach der Dateneingabe vernichtet und anonym mittels SPSS, Version 22, ausgewertet. Die personenbezogenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Die Freitextangaben wurden durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe thematisch zusammengefasst und kategorisiert (Mayer 2015, S. 278f.). Der Gesprächsleitfaden aus

dem Cognitive debriefing diente hierbei als Grundlage für die Kategorienbildung und thematische Zusammenfassung der Inhalte. Die Ergebnisse des Cognitive debriefing wurden in der Forschergruppe diskutiert und das deutschsprachige Instrument mit dem Namen Post-stroke Depression Prediction Scale – German (DePreS-G) daraufhin erstellt. Den Übersetzungsprozess der DePreS zeigt Abb. 1.

Ergebnisse

Zwischen September 2016 und Januar 2017 wurde die DePreS aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt.

Angaben zu den Übersetzerinnen

Die 4 Übersetzerinnen waren zum Zeitpunkt der Übersetzung zwischen 27 und 65 Jahre und im Mittel 44,5 Jahre alt. Der höchste Bildungsabschluss der Übersetzerinnen war Master of Science, Master in Science of Nursing, Post HBO und Ph.D. Drei der vier Übersetzerinnen hatten einen beruf-

Tab. 1 Soziodemografische und berufliche Charakteristika der Teilnehmenden

		<i>n</i>	%
Geschlecht: weiblich, <i>n</i> (%)		12	66,7
Höchster Bildungsabschluss, <i>n</i> (%)	Betrieblich-schulische Ausbildung	8	44,4
	Bachelorabschluss	6	33,3
	Masterabschluss	2	11,1
	Staatsexamen Medizin	2	11,1
Derzeitiger Beruf, <i>n</i> (%)	Gesundheits- und Krankenpfleger	8	44,4
	Wissenschaftliche Hilfskraft	4	22,2
	Case-Manager im Entlassungsmanagement	2	11,1
	Arzt	2	11,1
	Sonstiges	2	11,1
Art der Einrichtung, <i>n</i> (%)	Krankenhaus	12	66,8
	Universität	5	27,8
	Ambulanter Pflegedienst	1	5,6
Derzeitiges Tätigkeitsfeld, <i>n</i> (%)	Krankenhausstation oder Funktionsbereich	7	38,9
	Wissenschaftliche Datenerhebung	7	38,9
	Stroke-Unit	2	11,1
	Sonstiges	2	11,1
Alter		<i>MWJ</i>	<i>SD, Spannweite</i>
		33,6	6,8, 25–55
		<i>MWM</i>	<i>SD, Spannweite</i>
Länge der Ausübung des derzeitigen Berufs		49,0	41,2, 3–131

MWJ arithmetisches Mittel in Jahren, *MWM* arithmetisches Mittel in Monaten, *n* Anzahl, *SD* Standardabweichung

lichen Bezug zum Gesundheitsbereich und arbeiteten zum Zeitpunkt der Übersetzung als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen an medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten an einer deutschen oder niederländischen Universität. Die 4. Übersetzerin war in der Verwaltung einer Universität tätig.

Übersetzungsprozess

Die Tabelle „Übersetzungsversionen der DePreS“ (Zusatzmaterial online: [2]) zeigt die Originalversion der DePreS sowie die Übersetzungsversionen der Vorwärtsübersetzung, der Abstimmung, der Rückwärtsübersetzung und der Harmonisierung. Zwischen den beiden Versionen gab es keine Diskrepanzen, die Einfluss auf den Sinngehalt der Items gehabt hätten. Bei der Abstimmung wurde eine deutschsprachige Version festgelegt, welche für die Rückwärtsübersetzungen benutzt wurde. Im nächsten Schritt folgten die Sichtung der Rückwärtsübersetzungen sowie die Aufbereitung der Übersetzungsversionen für die Harmonisierung, ohne dabei Änderungen an den Übersetzungsversionen vorzunehmen. Die Harmonisierung deckte ein unterschiedliches sprachliches Verständnis einzelner Items auf, was entweder auf regionale Unterschiede oder auch auf persönliche sprachliche Präferenzen zurückgeführt werden kann. Um die deutschsprachige Version eindeutiger zu formulieren, wurden Anpassungen der Formulierungen beim zweiten

und dritten Item durchgeführt: Die Formulierung „Hat der Patient jemals unter ... gelitten?“ wurde jeweils durch „Hat der Patient jemals ...“ ersetzt. Des Weiteren wurde das Item An- und Auskleiden aus der offiziellen deutschsprachigen Version des Barthel-Index übernommen, und vorherige Übersetzungen dieses Items wurden verworfen (Heuschmann et al. 2005).

Cognitive debriefing

Das Cognitive debriefing wurde mit 18 potenziellen Anwendenden durchgeführt. Die Teilnehmenden waren mehrheitlich weiblich (66,7 %), im Mittel 33,6 Jahre alt und aus den Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die höchsten Bildungsabschlüsse waren mehrheitlich eine betrieblich-schulische Ausbildung (44,4 %) und ein Bachelorabschluss (33,3 %). 13 Teilnehmende arbeiteten im praktischen Umfeld wie im Krankenhaus oder im ambulanten Pflegedienst (72,4 %) sowie 5 Teilnehmende im wissenschaftlichen Bereich (27,8 %). Die soziodemografischen und beruflichen Charakteristika der Teilnehmenden fasst Tab. 1 zusammen.

Die inhaltlichen Rückmeldungen aus dem Cognitive debriefing wurden anhand des Gesprächsleitfadens kategorisiert und thematisch zusammengefasst. Die Items des Instruments waren für alle Teilnehmenden verständlich, sodass es diesbezüglich zu keinen Veränderungen bei der

Formulierung der Items kam (Fragen 1–3: „Gibt es Worte/Sachverhalte in den einzelnen Fragen des Instruments, die Sie nicht verstehen oder die nicht eindeutig formuliert sind?“ „Welche Schwierigkeiten sehen Sie in den einzelnen Fragen?“ „Welche Schwierigkeiten sehen Sie für eine einheitliche Umsetzung dieser Fragen?“).

Bei der Frage 4 „Wie würden Sie bei der Anwendung des Instruments vorgehen?“ äußerten die Teilnehmenden, dass alle Items auf Basis der Routinedokumentation bzw., falls dort nicht vorhanden, ohne großen Aufwand durch die Befragung des Patienten oder der Pflegenden erhoben werden könnten. Bei der Frage 5 „Welche Schwierigkeiten sehen Sie bei der Anwendung des Instruments und der Addition der Punkte zu einem Summenwert?“ kam es zum einen zu Rückmeldungen betreffend die möglichen Schwierigkeiten bei der Ermittlung des Summenwerts aufgrund der positiven und negativen Vorzeichen der Itemausprägung. Zum anderen gab es Rückmeldungen, welche auf fehlende Anleitungsinformationen zum Einsatz des Instruments aufmerksam machten. Eine weitere Rückmeldung richtete sich auf einen möglichen Unterschied zwischen Selbsterhebung (durch den Patienten) und Fremderhebung (auf Basis der Dokumentation). Als zusätzliche Informationen für die Anwendung des Instruments wurden bei Frage 6 „Benötigen Sie für die einheitliche Anwendung des Instrumentes in der Praxis zusätzliche Informationen? Wenn ja, welche?“ Informationen zur Einordnung der Ergebnisse und zur grafischen Gestaltung des Instruments gewünscht sowie dazu, woher die Angaben zur Anwendung des Instruments primär zu beziehen sind. Entsprechend den Rückmeldungen zu den Fragen 5 und 6 wurde das Instrument durch eine Anleitung ergänzt. Die Anleitung enthält Informationen zum Vorgang der Datenerhebung, zur Beurteilung der Einnahme von Antidepressiva hinsichtlich des ersten Items und der Addition der Punkte zu einem Summenwert. Der Wunsch der Teilnehmenden nach Informationen zu Einordnung und Interpretation des Scores der DePreS-G blieb im Überarbeitungsprozess unberücksichtigt, da die Erkenntnisse diesbezüglich zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der ausstehenden klinischen Validierung noch nicht vorlagen. Des Weiteren wurden gestalterische Vorschläge der Teilnehmenden hinsichtlich einer verbesserten Übersichtlichkeit des Instruments umgesetzt, indem eine optische Trennung zwischen den Antwortausprägungen eingefügt wurde, um bei der Beantwortung ein Verrutschen zwischen den Zeilen zu vermeiden. Die finale Version der DePreS-G ist im Zusatzmaterial online „(3) Prädiktionsskala Depression nach Schlaganfall – DePreS-G“ verfügbar.

Diskussion

Ergebnisdiskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Übersetzung der DePreS vom Niederländischen ins Deutsche zur Vorbereitung der klinischen Validierung der DePreS-G. Das methodische Vorgehen orientierte sich an den ISPOR-Empfehlungen, einem international akzeptierten und weitläufig eingesetzten Verfahren zur systematischen Übersetzung von Instrumenten für die klinische Versorgung. Die Empfehlungen stellen eine Synthese und expertenbasierte Konsentierung von 12 Übersetzungsrichtlinien dar, u. a. der Weltgesundheitsorganisation sowie der European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Die Orientierung an den ISPOR-Empfehlungen wird primär für die Übersetzung und kulturelle Adaptation von Instrumenten zur Erfassung von „patient reported outcomes“ empfohlen, um den Sinngehalt und die Verständlichkeit der Items auch umfangreicher Erhebungsinstrumente in der jeweiligen Zielsprache zu gewährleisten (Wild et al. 2005). Die stringente Orientierung an den ISPOR-Empfehlungen (Wild et al. 2005) empfiehlt sich jedoch auch bei der Übersetzung kurzer Instrumente wie der DePreS, weil sprachliche Unterschiede hier ebenso von Bedeutung sein können. Larsson et al. (2007) berichten beispielsweise von einem zunächst reibungslosen Übersetzungsprozess eines englischen Instruments ins Schwedische, wobei sich jedoch herausstellte, dass 2 zentrale Begriffe des Instruments in der Zielsprache in diesem klinischen Kontext völlig unangebracht und sogar beleidigend konnotiert waren (nachzulesen in Breuer et al. 2012). In der vorliegenden Arbeit wurde ein unterschiedliches sprachliches Verständnis einzelner Items aufgedeckt, was entweder auf regionale Unterschiede oder auf persönliche sprachliche Präferenzen der Übersetzenden zurückgeführt werden kann. Die Berücksichtigung der Schreib- und Redewendungen ist ein essenzieller Aspekt, den es im Rahmen eines Übersetzungsprozesses und der kulturellen Adaptation zu adressieren gilt. Es ist anzunehmen, dass derart sprachliche Differenzen ohne die Orientierung an den ISPOR-Empfehlungen, also den Abgleich zwischen den Übersetzungsversionen der Vorwärts- und Rückwärtsübersetzung sowie der Originalversion, nicht aufgedeckt worden wären (Breuer et al. 2012; Maneesriwongul und Dixon 2004).

Ein weiterer Grund, den ISPOR-Empfehlungen im Übersetzungsprozess zu folgen, sind die Möglichkeiten der individuellen Anpassung, welche die Empfehlungen ermöglichen. Die ISPOR-Empfehlungen bieten einen Orientierungsrahmen, der das methodische Vorgehen deutlich in verschiedene konkrete Übersetzungsschritte unterteilt, jedoch gleichzeitig einen methodischen Spielraum offenbart, den es je nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen, Möglichkeiten und Absichten auszugestalten gilt. Im Rah-

men dieser Arbeit wurde stets versucht, jene Empfehlungen zu erfüllen, welche dem methodisch hochwertigsten Vorgehen entsprachen. In der Planung und Durchführung dieses Vorhabens fielen jedoch methodische Aspekte auf, zu denen ISPOR keine methodischen Empfehlungen vorhält. Beispielsweise war nicht zu entnehmen, wie das methodische Vorgehen bei der Rückwärtsübersetzung detailliert durchzuführen ist. Das galt insbesondere für die Anzahl der Übersetzenden und ob bei der Rückwärtsübersetzung parallel oder sequenziell vorzugehen ist. In dieser Arbeit wurde entsprechend der Vorwärtsübersetzung vorgegangen: Somit wurden 2 Übersetzerinnen eingesetzt, welche die Übersetzung parallel anfertigten. Ebenso wird die Frage nach dem beruflichen Hintergrund der Übersetzenden der Rückwärtsübersetzung bei den ISPOR-Empfehlungen nicht deutlich genug adressiert. In der vorliegenden Arbeit wurde angestrebt, für die Rückwärtsübersetzung Personen mit und ohne klinisch-wissenschaftlichen Hintergrund zu rekrutieren, um einerseits die klinisch-wissenschaftliche Expertise bei der Formulierung der Items zu gewährleisten und andererseits eine allgemeine sprachliche Verständlichkeit zu gewährleisten, welche bei Divergenz im Rahmen der Harmonisierung gelöst wurden.

Bei den Vorbereitungen der Rekrutierung für das Cognitive debriefing wurde die Bedeutsamkeit dessen deutlich, alle potenziell Anwendenden zu berücksichtigen. Hierbei wurde von den ISPOR-Empfehlungen Abstand genommen, in denen eine pauschale Stichprobengröße von 5 bis 8 Personen vorgeschlagen wird. Die Abweichung in dieser Arbeit ist in der Vielzahl der potenziell anwendenden Zielgruppen begründet. Sowohl klinisch als auch wissenschaftlich oder studienadministrativ tätige Personen wie Pflegenden, Ärzte, Studienassistenten, wissenschaftliche und studentische Hilfskräfte sowie Forschende galt es, als mögliche zukünftige Nutzergruppen zu berücksichtigen. Es wurde angestrebt, diese Heterogenität durch ein möglichst breit angelegtes Sampling der Teilnehmenden für das Cognitive debriefing zu adressieren. Daraus resultierten divergente Antworten, welche jedoch keinen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der DePreS-G hatten. Es ist demnach anzunehmen, dass die DePreS-G trotz ihrer nicht-festgelegten Zielgruppe für die klinische Anwendung ein für mehrere Berufs- und Personengruppen gut verständliches Instrument ist. Hierbei sind sorgfältige Überlegungen bei der begründeten Auswahl der Teilnehmenden für das Cognitive debriefing essenziell für die Generierung aussagekräftiger Ergebnisse hinsichtlich der Verständlichkeit und der möglichen Anwendung des Instruments (Mischke 2017; Mahler und Reuschenbach 2011). Auch wenn sich durch das Cognitive debriefing keine inhaltlichen Veränderungen an der DePreS-G ergaben, war das Cognitive debriefing ein wichtiger Schritt, um das Instrument für dessen praktischen Einsatz durch Anwendende vorzubereiten. Wie

sich im Rahmen dieses Übersetzungsprozesses gezeigt hat, fehlten den Teilnehmenden des Cognitive debriefings Informationen dazu, wie bei der Anwendung der DePreS-G vorzugehen ist. Es wurde deutlich, dass Anwendende für die einheitliche Benutzung des Instruments zusätzliche Informationen benötigen, welche dem Instrument als Anleitungshinweis hinzugefügt wurden. Die Anleitung, welche der DePreS-G hinzugefügt wurde, greift die im Cognitive debriefing zum Vorschein gekommenen möglichen Probleme bei der Anwendung auf und trägt zu einem einheitlichen Einsatz der DePreS-G bei. Die niederländische Originalversion enthält bisher keine Anleitung. Eine Erweiterung der niederländischen Originalversion um diese Anleitung trägt dazu bei, systematische Unterschiede in der Datenerhebung bei binationalen Erhebungen wie der geplanten Validierungsstudie zu reduzieren.

Die DePreS-G verspricht, auf Basis der aktuell verfügbaren Evidenz zu deren Güte ein adäquates Instrument zu sein, um Schlaganfallbetroffene ohne Risiko für eine PSD zuverlässig zu identifizieren (Man-van Ginkel et al. 2013). Die sich an die Übersetzung der DePreS anschließende Validierungsstudie wurde durchgeführt, um das Vertrauen in die Performanz der DePreS zu erhöhen. Die Ergebnisse der Validierungsstudie geben Hinweise auf die Zuverlässigkeit der Risikoeinschätzung einer PSD in der Akutbehandlung von Schlaganfallbetroffenen und werden derzeit für eine Publikation vorbereitet.

Methodendiskussion

Der Übersetzungsprozess forderte eine hohe organisatorische Zuverlässigkeit aller Beteiligten. Es galt daher, ausreichend Zeit zwischen den Übersetzungsschritten für potenzielle Verzögerungen bei der Anfertigung der Übersetzungen vorzuhalten. Gleichzeitig musste gewährleistet sein, die Übersetzung vor dem Start der externen Validierung der DePreS-G zu finalisieren, um das Instrument in seiner finalen Fassung hierfür einsetzen zu können. Den Übersetzerinnen wurde bereits bei der Anfrage für die Mitarbeit der gesamte Übersetzungsprozess transparent gemacht, um die Übersetzung zeitlich und organisatorisch planen zu können. Hierzu gehörten die Zusendung des Ablaufplans als Zeitschiene, die Festlegung der Besprechungstermine sowie die Mitteilung der Bearbeitungsfristen. Auf diese Weise konnten beispielsweise Abwesenheiten der Beteiligten berücksichtigt werden, was einen reibungslosen Übersetzungsprozess in organisatorischer Hinsicht nach sich zog.

Zu den methodischen Schwächen der vorliegenden Arbeit gehört, dass die Rekrutierung der Teilnehmenden für das Cognitive debriefing auf einer Gelegenheitsstichprobe basierte. Dies war jedoch aufgrund der zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen nicht anders möglich. Im Rahmen der Überlegungen zur Rekrutie-

rung für das Cognitive debriefing stand im Vordergrund, eine möglichst breitgefächerte Nutzerrückmeldung zu erhalten, indem versucht wurde, alle potenziell anwendenden Berufsgruppen der DePreS-G miteinzubeziehen. Dabei lag kein Forschungsinteresse darauf, Berufsgruppenunterschiede im Verständnis des Instruments abzubilden. Die Aussagekraft des Cognitive debriefing hätte ggf. durch die Erhöhung des Anteils von Teilnehmenden mit neurologischen Fachkenntnissen (beispielsweise Mitarbeitende von Stroke-Units) optimiert werden können. Die Gespräche im Rahmen des Cognitive debriefing wurden nicht aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert, sondern ausschließlich sinngemäß entlang der Leitfragen protokolliert. Da die Kategorisierung sich streng an den Leitfragen orientierte, ist jedoch nicht zu erwarten, dass die Ergebnisse des Cognitive debriefing aufgrund des hier gewählten pragmatischen methodischen Vorgehens verzerrt sind.

Schlussfolgerungen

Die ISPOR-Empfehlungen bieten einen geeigneten Orientierungsrahmen für die systematische und transparente Übersetzung auch bei klinischen Erhebungsinstrumenten mit nur wenigen Items. Die Berücksichtigung des beruflichen Hintergrunds der Übersetzenden und einer zielgruppenspezifischen Rekrutierung im Rahmen des Cognitive debriefing können eine stringente Orientierung an den ISPOR-Empfehlungen sinnvoll ergänzen. Mit der übersetzten DePreS-G steht nun ein deutschsprachiges Instrument zur Verfügung, das eine einfache und kostengünstige Erfassung der Risikoeinschätzung einer PSD in der Akutbehandlung über Routinedaten ermöglicht. Dem Übersetzungsprozess schloss sich im Sommer 2017 eine Validierungsstudie an (DRKS: DRKS00011546, Publikation in Vorbereitung). Der klinische Einsatz der DePreS-G sollte unter Berücksichtigung der externen Validierungsergebnisse erfolgen.

Danksagung Wir danken Dr. Silke Metzelthin, Dr. Ramona Backhaus, Anneke de Jong und Anita Creusen für die angefertigten Übersetzungen sowie ihre Diskussionsbereitschaft. Auch möchten wir Prof. Dr. Gabriele Meyer, Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, für die finanzielle Unterstützung des Übersetzungsprozesses danken.

Förderung Das Vorhaben entstand im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und wurde aus einrichtungsinternen Ressourcen finanziell unterstützt.

Interessenkonflikt J. Hirt, L. van Meijeren, J.M. de Man-van Ginkel und S. Saal geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Literatur

- Altman DG, Vergouwe Y, Royston P, Moons KGM (2009) Prognosis and prognostic research: validating a prognostic model. *BMJ* 338:b605. <https://doi.org/10.1136/bmj.b605>
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CDA, Rudd AG (2013) Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 202(1):14–21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>
- Breuer J-P, Seeling M, Barz M, Baldini T, Scholtz K, Spies C (2012) Eine standardisierte Übersetzung der STAndards for Reporting of Diagnostic accuracy studies (STARD Statement) in Deutsch: Methodische Aspekte. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 106(7):500–508. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.05.021>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg) (2015) Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Langfassung. Version 4. 2. Aufl. Berlin. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>. Zugegriffen: 10. Dez. 2016
- Hackett ML, Pickles K (2014) Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke* 9(8):1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijs.12357>
- Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Nolte CH, Hunermund G, Ruf H-U, Laumeier I et al (2005) Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73(2):74–82. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830172>
- House A, Knapp P, Bamford J, Vail A (2001) Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke* 32(3):696–701. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.3.696>
- Huff W, Steckel R, Sitzer M (2003) Poststroke depression: risk factors and effects on the course of the stroke. *Nervenarzt* 74(2):104–114. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1417-x>
- Larsson C, Axell AG, Ersson A (2007) Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta Anaesthesiol Scand* 51(7):888–892. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01340.x>
- Mahler C, Reuschenbach B (2011) Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten. In: Reuschenbach B, Mahler C (Hrsg) Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Huber, Bern, S 101–109
- de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schepers VP, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdóttir TB (2012) Screening for poststroke depression using the patient health questionnaire. *Nurs Res* 61(5):333–341. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e>
- de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdóttir TB, Rehabilitation Guideline Stroke Working Group (2010) A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *J Clin Nurs* 19(23–24):3274–3290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x>
- Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Lindeman E, Ettema RG, Grobbee DE, Schuurmans MJ (2013) In-hospital risk prediction for post-stroke depression: development and validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale. *Stroke* 44(9):2441–2445. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000304>
- Maneesriwongul W, Dixon JK (2004) Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 48(2):175–186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>

- Mayer H (2015) Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 4. Aufl. Facultas, Wien
- Mischke C (2017) Cognitive Debriefing. *Pflege* 30(1):41. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000527>
- Mödden C, Hildebrandt H (2008) Poststroke Depression (PSD): Diagnose, Verlauf und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit. *Neurol Rehabil* 14(4):175–184
- Nimptsch U, Mansky T (2012) Trends in der akutstationären Schlaganfallversorgung in Deutschland. Eine Beobachtungsstudie mit Krankenhausabrechnungsdaten von 2005–2010. *Dtsch Arztebl* 109(51–52):885–892. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0885>
- Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A (2010) Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(5):417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>
- Robinson RG, Jorge RE (2016) Post-stroke depression: a review. *Am J Psychiatry* 173(3):221–231. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
- van Dijk MJ, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ, de Man-van Ginckel JM (2018) Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *J Adv Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jan.13806>
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P (2005) Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 8(2):94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Williams LS, Ghose SS, Swindle RW (2004) Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 161(6):1090–1095. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.1090>
- Wittchen H-U, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15(4):357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wittchen H-U, Pfister H (Hrsg) (1997) Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen DIA-X. Interview. Querschnitt. Swet Test Services, Frankfurt
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21(9):655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>