

Masterarbeit

Akzeptanz von Künstlicher Intelligenz im Pflegeprozess Einflussfaktoren im Krankenhaussetting

eingereicht von

Verena Korndon, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

Pflegewissenschaft

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuer*in Sen.Lecturer Priv.-Doz.Dr.rer.cur. Daniela
Schoberer, BSc MSc & Dr.rer.cur. Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, 02. Februar 2026

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, 02. Februar 2026

Verena Korndon, BSc

Kurzfassung

Einleitung

In Österreich wird bis 2050 ein deutlicher Mehrbedarf an Pflegepersonen erwartet. Künstliche Intelligenz (KI) kann Pflegeprozesse unterstützen, das Personal entlasten und die Versorgungsqualität verbessern. Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration ist jedoch die Akzeptanz durch Pflegepersonen. Diese Arbeit untersucht daher, welche Faktoren die Akzeptanz von KI im Pflegeprozess im Krankenhaus beeinflussen.

Methode

Diese Arbeit untersucht, welche Faktoren die Akzeptanz von KI im Pflegeprozess im Krankenhaus beeinflussen. Ziel war es, den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen und Einflussfaktoren anhand des UTAUT-Modells zu identifizieren. Dafür wurde ein Scoping Review nach PRISMA-ScR durchgeführt, basierend auf einer systematischen Literaturrecherche in PubMed, CINAHL und Cochrane. Eingeschlossen wurden 18 Primärstudien mit Fokus auf Pflegepersonen im Krankenhaus.

Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Pflegepersonen KI grundsätzlich positiv gegenüberstehen, sofern sie einen klaren Nutzen erkennen. Entscheidend für die Akzeptanz sind vor allem die erwartete Leistungsverbesserung, die einfache Bedienbarkeit sowie die Einbindung in bestehende Prozesse. Unterschiede nach Erfahrung, Bildung und Art des Krankenhauses bestätigen den Einfluss der individuellen Faktoren. Insgesamt zeigt sich, dass die Einführung von KI weniger ein technisches als organisatorisches und lernbezogenes Projekt ist. Sozialer Einfluss wirkt unterstützend, ist jedoch weniger stark ausgeprägt.

Diskussion

Diese Ergebnisse stimmen ebenfalls mit aktuellen Forschungsergebnissen, welche ab Juli 2025 publiziert wurden, überein. Wie in vergleichbaren Studien zeigt sich, dass Schulungen, technische Infrastruktur, Datenschutz und klare Zuständigkeiten für die tatsächliche KI-Nutzung entscheidend sind.

Schlussfolgerung

Die Arbeit zeigt, dass die Akzeptanz von KI in der Pflegepraxis vor allem vom erwarteten Nutzen, der Benutzerfreundlichkeit sowie einer guten Integration in bestehende Arbeitsabläufe abhängt. Unterstützung durch Kolleg*innen und Führungskräfte sowie geeignete technische und organisatorische Rahmenbedingungen, insbesondere Schulungen und klare Verantwortlichkeiten, sind entscheidend, damit KI im Pflegealltag tatsächlich eingesetzt wird.

Abstract

Introduction

In Austria, a significant increase in the demand for nursing staff is expected by 2050. Artificial intelligence (AI) can support nursing processes, relieve staff and improve the quality of care. However, successful integration requires acceptance by nursing staff. This paper therefore examines the factors that influence the acceptance of AI in the nursing process in hospitals.

Method

This paper examines which factors influence the acceptance of artificial intelligence in the nursing process in hospitals. The aim was to present the current state of research and identify influencing factors using the UTAUT model. To this end, a scoping review was conducted according to PRISMA-ScR, based on a systematic literature search in PubMed, CINAHL and Cochrane. Eighteen primary studies focusing on nursing staff in hospitals were included.

Results

The results show that nursing staff generally have a positive attitude towards AI, provided they recognise a clear benefit. The expected improvement in performance, ease of use and integration into existing processes are particularly crucial for acceptance. Differences in experience, education and type of hospital confirm the influence of individual factors. The expected improvement in performance, ease of use and integration into existing processes are key factors in acceptance. Differences based on experience, education and type of hospital confirm the influence of individual factors. Overall, it is clear that the introduction of AI is less a technical project than an organisational and learning-related one. Social influence has a supportive effect, but is less pronounced.

Discussion

These findings are also consistent with recent research results published in July 2025. As in comparable studies, it is evident that training, technical infrastructure, data protection, and clear responsibilities are crucial for the actual use of AI.

Conclusion

The study shows that the acceptance of AI in nursing practice depends primarily on its expected benefits, user-friendliness and good integration into existing workflows. Support from colleagues and managers, as well as suitable technical and organisational conditions, in particular training and clear responsibilities, are crucial for AI to be used in everyday nursing practice.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung und Relevanz	1
1.2	Definition von KI.....	2
1.3	KI im Setting Krankenhaus	3
1.4	KI im Pflegeprozess: Formen und Einsatzmöglichkeiten.....	3
1.5	Theoretischer Hintergrund zur Akzeptanz von Technologien	6
1.6	Forschungsstand	11
1.7	Zielsetzung.....	11
1.8	Forschungsfrage und konzeptioneller Rahmen	12
2	Methode	13
2.1	Studiendesign	13
2.2	Thema von Interesse	13
2.3	Suchstrategie	15
2.4	Screening.....	17
2.5	Datenextraktion und -analyse	17
2.6	Qualitätssicherung	17
3	Ergebnisse	18
3.1	Studienauswahl und Beschreibung.....	18
3.2	Kategorisierung der Einflussfaktoren anhand des UTAUT-Modells.....	29
4	Diskussion	47
4.1	Interpretation der Hauptergebnisse	47
4.2	Vergleich mit bisherigen Studien und Literatur	48
4.3	Interpretation der Ergebnisse für die Relevanz des Pflegeprozesses	52
4.4	Forschungslücken und Implikationen für zukünftige Forschung	54
4.5	Kritische Reflexion der Methodik	55
5	Schlussfolgerung.....	57
6	Literaturverzeichnis	58
7	Anhang.....	64
7.1	KI-Prompt.....	65
7.2	Prisma ScR-Checkliste	66
7.3	Refhunter Rechercheprotokoll	68

Abkürzungsverzeichnis

AI = Artificial Intelligence

AI-CDSS = Artificial Intelligence Clinical Decision Support System

AILS = AI Literacy Scale

AISES = AI Self Efficacy Scale

CDSS = Clinical Decision Support System

CINAHL = Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EE = Effort Expectancy

FC = Facilitating Conditions

GAAIS = General Attitudes toward Artificial Intelligence Scale

ISSM = Information System Success Modell

KI = Künstliche Intelligenz

NICU = Neonatal Intensive Care Unit

PE = Performance Expectancy

PEU = Perceived Ease of Use

PR = Perceived Risk

PU = Perceived Usefulness

SEM = Structural Equation Modelling

SI = Social Influence

TAM = Technology Acceptance Model

UTAUT = Unified Theory of Acceptance and Use of Technology

VR = Virtual Reality

VTE = Venous Thromboembolism

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegeprozess (eigene Darstellung nach Fiechter und Meier (1981))	4
Abbildung 2: UTAUT-Modell (eigene Darstellung basierend auf Venkatesh et al., 2003)	10
Abbildung 3: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources.....	19
Abbildung 4: Eingliederung der Ergebnisse in das bestehende UTAUT-Modell (eigene Darstellung nach Venkatesh et al., 2003)	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die vier Hauptkonstrukte des UTAUT Modells nach Venkatesh et al. (2003)(eigene Darstellung nach Lambert et al., 2023).....	7
Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse (eigene adaptierte Darstellung nach Venkatesh et al., 2003)	8
Tabelle 3: Thema von Interesse	15
Tabelle 4: Hauptkomponenten und Keywords	16
Tabelle 5: Beschreibung der Studienmerkmale	21
Tabelle 6: Zentrale Studienergebnisse gemäß UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003)	30

Tabellenverzeichnis Anhang

Anhang Tabelle 1: Suchstrang und Ergebnisse.....	64
Anhang Tabelle 2: KI-Prompt.....	65

1 Einleitung

In Österreich steigt der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in den kommenden Jahrzehnten erheblich an. Um das derzeitige Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können, muss die Zahl der Pflegepersonen in Krankenanstalten und im Langzeitbereich von aktuell rund 120.800 auf etwa 143.200 im Jahr 2030, 163.500 im Jahr 2040 und schließlich auf rund 190.700 bis 2050 erhöht werden. Insgesamt ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf von ungefähr 70.000 Pflegepersonen. Ergänzend dazu muss auch das Personal im Langzeitbereich, darunter Alltagsbegleiter*innen, Heimhilfen und Medizin-technische Dienste, aufgrund des demografischen Wandels von derzeit etwa 18.200 auf ungefähr 36.500 Personen aufgestockt werden (Juraszovich, Rappold & Gyimesi, 2023).

Angesichts des wachsenden Pflegebedarfs gewinnt der Einsatz von KI zunehmend an Bedeutung. KI verändert bereits heute zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung und eröffnet für die Pflegepraxis neue Möglichkeiten. Pflegerische Expertise kann gezielt unterstützt und die Koordination des Pflegeprozesses erleichtert werden. KI trägt dazu bei, Arbeitsbelastungen besser zu verteilen, klinische Entscheidungen zu präzisieren und individualisierte Pflege zu fördern (Rony, Parvin & Ferdousi, 2024). Die vorliegende Arbeit untersucht daher, welche Faktoren die Akzeptanz von KI im Pflegeprozess durch Pflegepersonen im Krankenhaus beeinflussen.

1.1 Problemstellung und Relevanz

Neben dem Mehrbedarf durch die wachsende Zahl älterer Menschen ist der Ersatz ausscheidender Pflegepersonen eine zentrale Herausforderung. Bis 2030 werden etwa 20.600, bis 2040 rund 57.300 und bis 2050 insgesamt 92.100 Pflegepersonen in Pension gehen. Beim Betreuungspersonal kommt ein Ersatzbedarf von rund 16.200 Personen hinzu. Zusammengefasst bedeutet dies, dass zur Sicherstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen bis 2030 etwa 51.100 Personen neu- oder nachbesetzt werden müssen, bis 2040 rund 119.900 und bis 2050 insgesamt 196.400. Daraus ergibt sich ein jährlicher zusätzlicher Personalbedarf von schätzungsweise 5.000 bis 6.600 Pflegepersonen sowie durchschnittlich rund 1.200

Betreuungspersonen. Diese Zahlen berücksichtigen sowohl die demografische Entwicklung als auch die altersbedingten Abgänge, nicht jedoch potenzielle Berufsausstiege vor dem Pensionsalter oder zusätzliche Bedarfe aufgrund struktureller Veränderungen. Allfällige Personalengpässe vom Jahr 2023 wurden dabei ebenfalls nicht einbezogen, sodass die genannten Zahlen lediglich eine absolute Untergrenze darstellen. Insgesamt zeigt sich, dass Österreich vor einer deutlichen Ausweitung des Personalbedarfs in Pflege und Betreuung steht, die frühzeitig durch geeignete Maßnahmen kompensiert werden muss (Juraszovich, Rappold & Gyimesi, 2023).

Mit dem zunehmenden Bedarf an pflegerischer Versorgung wird der Einsatz von KI zunehmend bedeutsam. Rony, Parvin & Ferdousi (2024) unterstreichen die zentrale Bedeutung von KI für die Modernisierung der Pflegepraxis sowie für die Vorbereitung von Pflegepersonen auf zukünftige Entwicklungen. KI-Systeme erweitern die Möglichkeiten der Pflege, indem sie die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen erhöhen und eine bessere Patient*innenüberwachung ermöglichen. Neben der direkten Anwendung in der Pflegepraxis spielt KI auch in der Ausbildung von Pflegepersonen eine zunehmend wichtige Rolle. Im Review von El Arab et al. (2025) wird betont, dass der Einsatz von KI sowohl die Pflegepraxis als auch die Ausbildung positiv beeinflussen kann, indem Entscheidungsprozesse unterstützt und Lernerfahrungen optimiert werden. KI-basierte Lernwerkzeuge, wie Simulationssysteme und VR-Anwendungen, zeigen großes Potential, das kritische Denken zu fördern und klinische Entscheidungsprozesse zu verbessern.

1.2 Definition von KI

Gil de Zúñiga et al. (2024) definieren KI als die Fähigkeit nicht-menschlicher Systeme, Aufgaben zu bewältigen, Lösungsansätze zu entwickeln, mit ihrer Umgebung zu interagieren, logisch zu handeln und zu kommunizieren. Diese Fähigkeiten werden typischerweise dem biologischen Menschen zugeschrieben, wobei betont wird, dass KI nicht zwingend aus menschlicher Intelligenz abgeleitet sein muss.

Zur Einordnung von KI unterscheiden Gil de Zúñiga et al. (2024) zwei grundlegende Dimensionen: das Leistungsniveau sowie den Grad der Autonomie. Auf dieser Grundlage wurde ein konzeptioneller Rahmen entwickelt, der die Kompetenzen von KI in drei Funktionsbereiche gliedert: das Treffen von Entscheidungen, das Erstellen

von Vorhersagen und das Ausführen von Aufgaben. Ergänzend wird der Grad der Autonomie berücksichtigt, da die Fähigkeit von KI zu handeln vom Ausmaß menschlicher Anweisungen abhängt.

1.3 KI im Setting Krankenhaus

Innerhalb der Krankenhäuser kann KI zahlreiche Routineprozesse automatisieren. KI-Systeme verknüpfen kontinuierlich klinische Daten wie Vitalwerte, Symptome und Laborbefunde, um die Diagnostik zu unterstützen, Therapieempfehlungen zu machen und deren Wirkung zu überwachen. Digitale Aufnahme- und Entlassungssysteme sowie selbstaktualisierende Patient*innenakten entlasten das Personal, wodurch mehr Zeit für die direkte Interaktion mit den Patient*innen bleibt. KI-basierte Visualisierungen fördern zudem das Verständnis individueller Krankheitsverläufe und stellen verlässliche sowie fallbezogene Informationen bereit. KI-Tools analysieren große Mengen an medizinischen Daten und bereiten diese visuell auf. Dadurch wird das medizinische Personal in seinen Entscheidungsprozessen unterstützt und die individuelle Patient*inneninformation sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung deutlich verbessert (Vincent & Creteur, 2017).

1.4 KI im Pflegeprozess: Formen und Einsatzmöglichkeiten

Um eine dauerhaft hohe Pflegequalität sicherzustellen, ist es notwendig, Pflege als einen strukturierten und gut geplanten Ablauf zu betrachten. Das bedeutet, dass pflegerische Maßnahmen gezielt organisiert, durchgeführt und anschließend auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen. Dieses methodische Vorgehen wird als „Pflegeprozess“ bezeichnet. Das von Fiechter und Meier (1981) entwickelte Pflegeprozessmodell gliedert sich in sechs aufeinanderfolgende Schritte, die logisch aufeinander aufbauen und nacheinander durchlaufen werden. Dieser Pflegeprozess umfasst die strukturierte Vorgehensweise von der Informationssammlung über das Erkennen von Problemen bis hin zur Zielsetzung. Darauf folgt die Planung geeigneter Maßnahmen, deren Durchführung in der Pflegepraxis und abschließend die Evaluation, bei der überprüft wird, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden. So wird Pflege systematisch, individuell und überprüfbar gestaltet. Um einen klaren Überblick zu ermöglichen, wird das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier (1981) in der folgenden Abbildung 1 dargestellt. Die einzelnen Schritte des

Pflegeprozesses werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert, wobei auch Beispiele für den Einsatz von KI in den jeweiligen Phasen des Pflegeprozesses aufgezeigt werden (Fiechter & Meier, 1981).

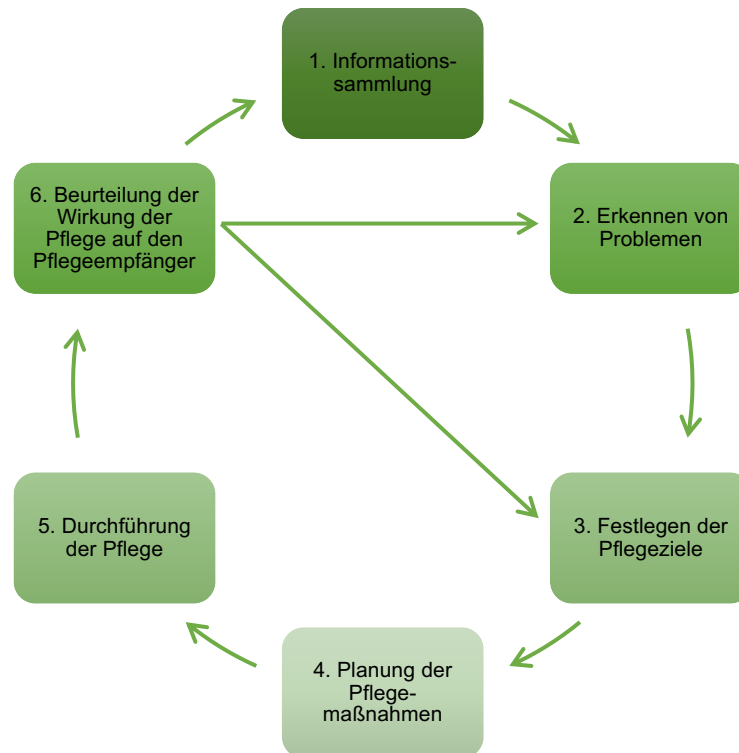


Abbildung 1: Pflegeprozess (eigene Darstellung nach Fiechter und Meier (1981))

1.4.1 Informationssammlung und Erkennen von Problemen

Im Rahmen dieser Schritte werden die bestehenden, möglichen oder auch vermuteten Beeinträchtigungen einer Person in den Lebensaktivitäten beschrieben. Dabei werden nicht nur die Probleme, sondern auch die verfügbaren Ressourcen der betroffenen Person eingebracht. Damit die Darstellung klar und gut nachvollziehbar bleibt, sollte das Problem so präzise wie möglich benannt, seine Ursache deutlich erfasst, die erkennbaren Symptome beschrieben und die vorhandenen Ressourcen hervorgehoben werden (Fiechter & Meier, 1981).

KI, die in dieser Phase des Pflegeprozesses unterstützend sein kann, ist beispielsweise Predictive Analytics Monitoring. Dieses verarbeitet kontinuierlich Daten, wie Vitalparameter der Patient*innen und ermöglicht dadurch eine visuelle Echtzeiteinschätzung einer möglichen klinischen Verschlechterung. So lassen sich der

Schweregrad laufend bewerten und mögliche Verschlechterungen bereits im präsymptomatischen Stadium feststellen (Keim-Malpass & Moorman, 2021).

1.4.2 Festlegen der Pflegeziele und Planung der Pflegemaßnahmen

Im Pflegeprozess werden Ziele formuliert, damit der Erfolg der geplanten Maßnahmen/Handlungen bewertet werden kann. Diese Zielsetzungen sollten realistisch und innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens erreichbar sein. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Ziele überprüfbar bleiben, um Fortschritte nachvollziehbar zu machen. Die Ziele werden individuell an die jeweilige Person angepasst. Im Pflegeprozess werden Maßnahmen klar und nachvollziehbar beschrieben, damit die angestrebten Ziele erreicht werden können. Dabei wird bestimmt, was getan wird, wann und wo es stattfindet, wer verantwortlich ist, wie oft oder wie lange die Maßnahme erfolgt und mit welchen Mitteln gearbeitet wird. Zudem wird bestimmt, ob eine vollständige Übernahme durch die Pflegeperson notwendig ist oder ob Unterstützung, Beratung oder Anleitung ausreichen (Fiechter & Meier, 1981).

Digitale Unterstützungssysteme können diesen Prozess zusätzlich stärken, indem Veränderungen frühzeitig sichtbar gemacht werden und konkrete Handlungsoptionen aufgezeigt werden. In einer Studie wird beispielsweise ein Clinical Decision Support System (CDSS) auf Intensivstationen eingesetzt, welches Daten aus der elektronischen Fieberkurve der Patient*innen in Echtzeit auswertet. Das System erkennt Frühwarnzeichen einer möglichen Verschlechterung, zum Beispiel drohendes Delir und schlägt daraufhin pflegerische Maßnahmen vor. So erhalten Gesundheitsfachkräfte Handlungsempfehlungen, bevor kritische Zustände eintreten (Davidson et al., 2025).

1.4.3 Durchführung der Pflege und Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Pflegeempfänger

In dieser Phase werden die geplanten pflegerischen Maßnahmen umgesetzt. Die Pflegepersonen arbeiten zielorientiert und dokumentieren ihr Handeln nachvollziehbar. Damit auf Veränderungen gezielt reagiert werden kann, muss der aktuelle Zustand der Patient*innen jederzeit berücksichtigt werden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird evaluiert, ob die festgelegten Pflegeziele erreicht wurden. Die

Ergebnisse werden mit den zuvor festgelegten Zielen abgeglichen. Bei Abweichungen werden die Maßnahmen angepasst und der Pflegeprozess wiederholt (Fiechter & Meier, 1981).

Eine Pflegemaßnahme, die durch KI unterstützt werden kann, ist beispielsweise die vermehrte Observanz bei Personen mit einem hohen Risiko zu Stürzen. Gerade im Pflegealltag gehören Stürze zu den größten Risiken. Moderne Systeme zur Sturzprävention und -erkennung nutzen fortgeschrittene Verfahren der KI, um Bewegungen von Patient*innen in Echtzeit zu erfassen und zu analysieren. Dies kann beispielsweise mittels Sensoren erfolgen, die über eine Dockingstation an der Decke des Zimmers der Patient*innen installiert werden und sich individuell über eine Internetplattform konfigurieren lassen. Die Technologie basiert auf einem 3D-Infrarot-Sensor, der in Kombination mit KI die erfassten Tiefendaten in Echtzeit analysiert, sodass kritische Situationen wie Aufrichten, Aufstehen oder ein Sturz bereits im Vorfeld erkannt werden können. Auf Basis der wahrgenommenen Bewegungsmuster kann das System zeitnah Warnungen auslösen und dem Pflegepersonal relevante Informationen zur Verfügung stellen, um frühzeitig intervenieren zu können. Die Datenverarbeitung erfolgt anonym, sicher und vollständig ohne Kameras oder externe Datenübertragung (Cogvis Software und Consulting GmbH, 2025).

1.5 Theoretischer Hintergrund zur Akzeptanz von Technologien

Der theoretische Hintergrund für diese Masterarbeit basiert auf dem Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) Modell, welches von Venkatesh et al. (2003) entwickelt wurde, um die Nutzung von Technologien in Organisationen zu erklären. Die vier zentralen Theorien und Modelle, auf denen das UTAUT Modell maßgeblich aufbaut, sind:

- Technology Acceptance Model (TAM) nach Davis (1993), mit dem Fokus auf „Perceived Usefulness“ und „Perceive Ease of Use“
- Theory of Reasoned Action (TRA) von Fishbein & Ajzen (1975), das Verhalten wird durch Einstellung und soziale Normen beeinflusst
- Theory of Planned Behavior (TPB) von Ajzen (1991), Erweiterung der TRA durch die Wahrnehmung der Verhaltenskontrolle

- Diffusion of Innovations Theory (DOI) von Rogers (1983), beschreibt, wie Innovationen verbreitet und angenommen werden

Von den insgesamt acht Theorien und Modellen, welche in Summe 32 Variablen ergeben, wurde das UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) auf vier Hauptkonstrukte reduziert. Die folgende Tabelle 1 beschreibt die folgenden vier zentralen Konstrukte: Performance Expectancy (PE), Effort Expectancy (EE), Social Influence (SI) und Facilitating Conditions (FC).

Tabelle 1: Die vier Hauptkonstrukte des UTAUT Modells nach Venkatesh et al. (2003)(eigene Darstellung nach Lambert et al., 2023)

Hauptkonstrukte	Ergebnisse der Aspekte
<i>Performance Expectancy</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Warnmeldungen und medizinische Fehler - Zeitaufwand und Arbeitsbelastung - Genauigkeit von KI-Technologien
<i>Effort Expectancy</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz und Anpassungsfähigkeit des Systems - Eigenschaften des Systems - Schulung zur Nutzung des Systems
<i>Social Influence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung - Kommunikation am Arbeitsplatz
<i>Facilitating Conditions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Haftung - Organisationskultur - Organisatorische Infrastruktur

Diese Konstrukte beeinflussen direkt die Verhaltensabsicht und das tatsächliche Nutzungsverhalten. Zudem wirken sich demografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Erfahrung und die Freiwilligkeit der Nutzung auf die Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und der Nutzungsabsicht aus, indem sie die Stärke dieser Beziehungen verändern. So zeigen Venkatesh et al. (2003), dass sich die Leistungserwartung insbesondere bei Männern und jüngeren Beschäftigten als signifikant erweist, während die Aufwandserwartung stärker Frauen und ältere Personen

mit geringer Erfahrung beeinflusst. Der soziale Einfluss wird durch alle genannten demografischen Merkmale geprägt und verliert ohne deren Berücksichtigung seine Signifikanz. Unterstützende Rahmenbedingungen beeinflussen das tatsächliche Nutzungsverhalten vor allem bei älteren und erfahreneren Personen.

In der nachstehenden Tabelle 2 werden die genannten Moderatoren und deren Zusammenhang mit den abhängigen und unabhängigen Variablen nach Venkatesh et al. (2003) eingegliedert.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse (eigene adaptierte Darstellung nach Venkatesh et al., 2003)

Hypothese	abhängige Variablen	unabhängige Variablen	Moderatoren	Erklärung
H1	Nutzungsabsicht	Leistungserwartung	Geschlecht, Alter	stärker ausgeprägt bei Männern und jüngeren Beschäftigten
H2	Nutzungsabsicht	Aufwands-erwartung	Geschlecht, Alter, Erfahrung	stärker ausgeprägt bei Frauen, älteren Beschäftigten und bei geringer Erfahrung
H3	Nutzungsabsicht	sozialer Einfluss	Geschlecht, Alter, Freiwilligkeit, Erfahrung	stärker ausgeprägt bei Frauen, älteren Beschäftigten, bei verpflichtender sowie bei geringer Erfahrung
H4b	Nutzungsabsicht	unterstützende Faktoren	Alter, Erfahrung	stärker ausgeprägt bei älteren Beschäftigten und mit zunehmender Erfahrung

In der Pflegepraxis kann das UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) verwendet werden, um zu verstehen, wie Pflegepersonen die Einführung von KI-Technologien wahrnehmen und welche Faktoren deren Akzeptanz beeinflussen. Beispielsweise könnte untersucht werden, inwiefern Pflegepersonen davon ausgehen, dass der Einsatz von KI ihre Arbeitsleistung verbessert (PE), die Nutzung als

benutzerfreundlich wahrgenommen wird (EE), soziale Unterstützung durch Kolleg*innen bestehen (SI) und die erforderliche technische Infrastruktur vorhanden ist (FC).

Die nachstehende Abbildung 2 veranschaulicht das UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003).

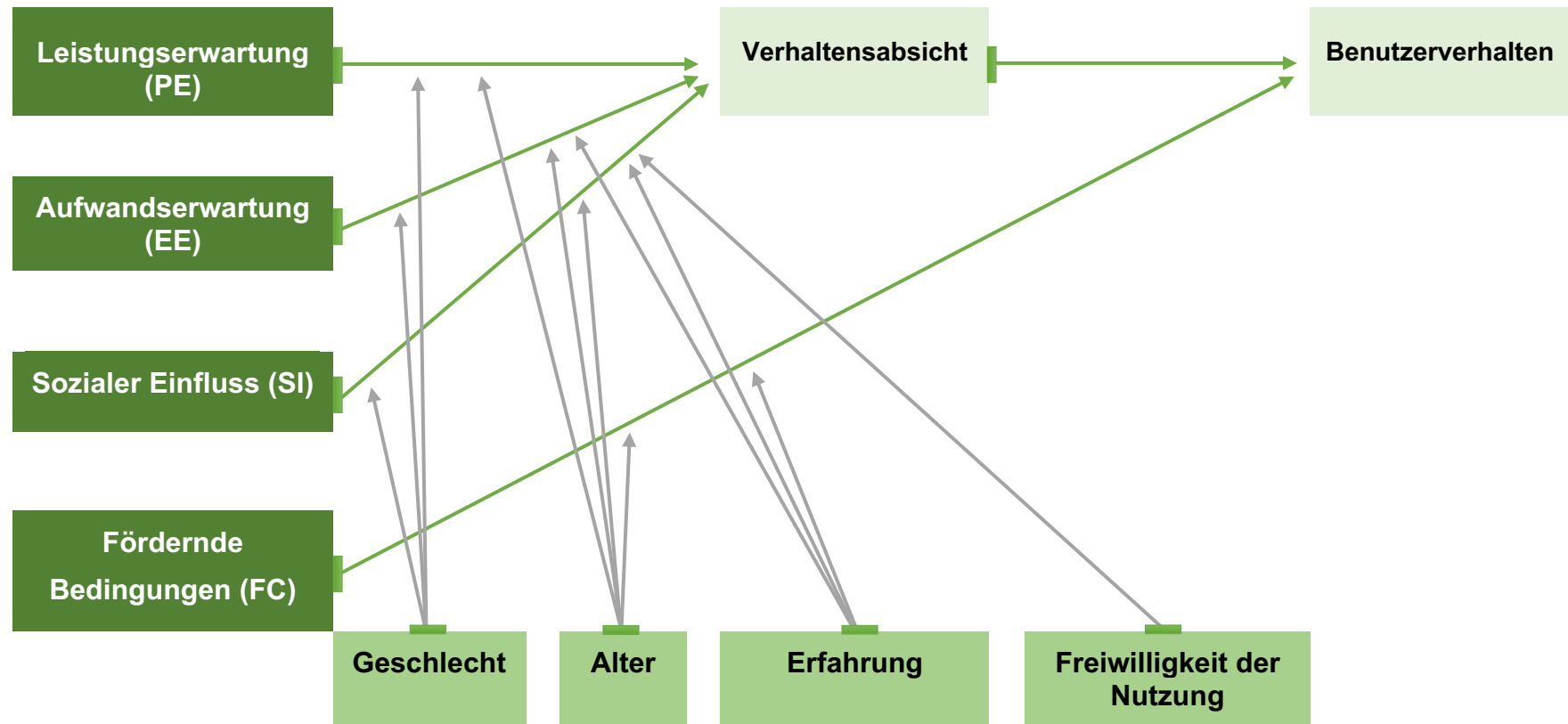


Abbildung 2: UTAUT-Modell (eigene Darstellung basierend auf Venkatesh et al., 2003)

1.6 Forschungsstand

Trotz zunehmender Bedeutung fehlen bisher Übersichtsarbeiten über die spezifischen Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von KI durch Pflegepersonen im Krankenhaussetting. Angesichts des Personalmangels in der Pflege und der zunehmenden Digitalisierung ist es wichtig, genau zu untersuchen, wie KI eingesetzt werden kann, damit KI-Systeme passend, sinnvoll und langfristig im Pflegealltag genutzt werden können. Der Neuigkeitswert von diesem Review liegt daher in der gezielten Fokussierung auf die Perspektive von Pflegekräften im stationären Krankenhaussetting entlang der Phasen des Pflegeprozesses. Bestehende Arbeiten beschäftigen sich berufsgruppenübergreifend mit dieser Thematik. Im Review von Lambert et al. (2023) wurde die Akzeptanz von KI durch medizinisches Fachpersonal im Krankenhausumfeld betrachtet. Lambert et al. (2023) zeigen, dass sowohl unterstützende als auch hemmende Faktoren eine Rolle spielen, die häufig im Zusammenhang mit den Dimensionen des UTAUT-Modells diskutiert werden. Dabei lassen sich keine einheitlichen Ergebnisse feststellen: Während der Großteil der Studien klinische Entscheidungsunterstützungssysteme (CDSS) untersucht, weisen Lambert et al. (2023) darauf hin, dass die Betrachtung unterschiedlicher KI-Anwendungen die Resultate verzerren könnte, da diese Systeme sehr unterschiedliche Funktionsweisen und Einsatzkontexte aufweisen. Daraus ergibt sich eine Forschungslücke, da bislang nicht ausreichend differenziert wurde, welche spezifischen Einflussfaktoren für verschiedene Arten von KI-Systemen entscheidend sind. Zudem zeigt sich, dass das Alter der Befragten zwar oft erfasst wurde, jedoch nur selten systematisch im Hinblick auf die Akzeptanz untersucht worden ist. Die wenigen Studien, die diesen Zusammenhang untersucht haben, kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen. Angesichts dessen wird angeregt, die Relevanz des UTAUT-Modells für die heutige Akzeptanzforschung kritisch zu hinterfragen, da sich technologische Nutzungsmuster und Erfahrungen in der Bevölkerung seit der Veröffentlichung des Modells erheblich verändert haben.

1.7 Zielsetzung

Ziel dieser Masterarbeit ist es, durch einen Scoping Review die vorhandene wissenschaftliche Literatur systematisch zu erfassen und zu analysieren, um zentrale Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von KI im Pflegeprozess durch Pflegepersonen im

Krankenhaussetting zu identifizieren. Dadurch sollen Erkenntnisse gewonnen werden, die als Grundlage für die Gestaltung akzeptanzfördernder Implementierungsstrategien dienen können.

1.8 Forschungsfrage und konzeptioneller Rahmen

Die Forschungsfrage lautet: „Welche Faktoren beeinflussen die Akzeptanz von Künstlicher Intelligenz im Pflegeprozess durch Pflegepersonen im Krankenhaus?“ Als theoretischer Hintergrund dieser Arbeit wurde wie bereits in der Einleitung beschrieben, das UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) herangezogen. Dieses Modell integriert unterschiedliche Theorien der Technologieakzeptanz und benennt vier zentrale Einflussfaktoren auf die Nutzungsintention: Leistungserwartung, Aufwandserwartung, sozialer Einfluss und unterstützende Bedingungen. Diese vier Einflussfaktoren wurden bei der Datenextraktion und Kategorisierung der Ergebnisse berücksichtigt.

2 Methode

Ziel war es, einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen und theoretisch fundierte Einflussfaktoren zu erfassen. Die Analyse orientierte sich dabei am UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003). Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) und Cochrane Library unter Einbezug klar definierter Ein- und Ausschlusskriterien.

2.1 Studiendesign

Für diese Masterarbeit wurde ein Scoping Review als Methode gewählt. Ein Scoping Review eignet sich besonders für Forschungsbereiche, in denen die vorhandenen Studien sehr unterschiedlich sind und noch nicht systematisch zusammengefasst wurden. Wie Peters et al. (2020) und Campbell et al. (2023) erklären, hilft ein Scoping Review dabei, Forschungsfragen breit zu untersuchen, wichtige Konzepte zu erkennen und die vorhandene Literatur systematisch zu sammeln, ohne dabei die Qualität der einzelnen Studien zu bewerten. Das ist vor allem dann sinnvoll, wenn sich das Wissen schnell weiterentwickelt und es noch keine klare Übersicht gibt. Ziel des Scoping Reviews ist es, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu schaffen, wichtige Einflussfaktoren und Konzepte herauszufinden und Forschungslücken aufzuzeigen. Diese Methode macht die Vielfalt und Komplexität des Forschungsfeldes sichtbar und schafft eine Grundlage für weitere systematische Reviews oder neue Forschungsprojekte. Dabei wurde nach den Empfehlungen von Peters et al. (2020) und den PRISMA-ScR-Richtlinien vorgegangen, wie sie Campbell et al. (2023) beschrieben haben, um den Review-Prozess transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

2.2 Thema von Interesse

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden basierend auf der Forschungsfrage und dem Ziel des Scoping Reviews festgelegt, damit die ausgewählten Studien relevant und gut miteinander vergleichbar sind. Um einen möglichst umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu bekommen, wurden Primärstudien unterschiedlicher Designs miteinbezogen. Die Einbeziehung verschiedener Studienarten ermöglicht, dass sowohl messbare Faktoren als auch persönliche Erfahrungen und

Meinungen von Pflegepersonen dargestellt werden können (Peters et al., 2020). Reviews wurden ausgeschlossen. Pflegeprozesse, Arbeitsbedingungen, der Einsatz von KI und die technologische Ausstattung unterscheiden sich wesentlich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie Langzeitpflegeeinrichtungen. Daher wurde das Krankenhaus als Setting gewählt, um die Wirkung der Akzeptanzfaktoren in diesem Umfeld besser zu verstehen. Die sprachliche Einschränkung auf deutsch- und englischsprachige Studien ergibt sich aus praktischen Gründen. Als Zielgruppe wurde das Pflegepersonal fokussiert. Dennoch wurden auch Studien eingeschlossen, welche mehrere Berufsgruppen untersuchen, um jegliche relevante Literatur heranziehen zu können. Pflegepersonen müssen jedoch eindeutig als Zielgruppe definiert sein und deren Perspektive getrennt analysiert oder aufgezeigt werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Ergebnisse für die Pflegepraxis relevant und aussagekräftig sind. Ausgeschlossen wurden Studien, die Pflegepersonen nicht explizit einbeziehen oder deren Aussagen nicht differenziert von anderen Berufsgruppen dargestellt sind. Es wurde kein bestimmter Zeitraum für die Veröffentlichungen festgelegt, damit auch ältere Studien einbezogen werden können. Diese können wichtige Grundlagen oder erste Forschungsergebnisse zum Thema enthalten und sind deshalb ebenfalls relevant. In der nachstehenden Tabelle 3 wird das Thema von Interesse genauer veranschaulicht.

Tabelle 3: Thema von Interesse

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<i>Population</i>	Pflegefachpersonen (Berufsgruppenübergreifende Studien, sofern Ergebnisse von Pflegepersonal separat analysiert werden.)	Berufsgruppenübergreifende Studien, ohne der expliziten Analyse der Ergebnisse von Pflegepersonal
<i>Studientyp</i>	Qualitative Studien, Quantitative Studien, Mixed-Methods	Reviews
<i>Setting</i>	Krankenhaus (stationär)	Andere ambulante- und oder/ nicht stationäre Einrichtungen, Langzeitpflege, Rehabilitationszentren, ohne der expliziten Analyse der Ergebnisse von Pflegepersonal im stationären Krankenhaus-Setting
<i>Sprache</i>	Englisch und Deutsch	Andere Sprachen

2.3 Suchstrategie

Die Literaturrecherche erfolgte systematisch in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, Cinahl und der Cochrane Library. Diese Datenbanken wurden aufgrund ihrer hohen Relevanz für medizinisch-pflegerische sowie gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen ausgewählt. Zusätzlich wurden die Referenzen relevanter Studien sowie eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde von März bis 15. Juli 2025 durchgeführt. Potenziell relevante Studien wurden im Programm Endnote in vorab festgelegte Subgruppen zugeteilt: Titelscreening, Abstractscreening und Volltextscreening. Nach dem Volltextscreening wurden nicht passende Studien den Subgruppen der jeweiligen Ausschlusskriterien zugeordnet: falsches Setting, keine KI, Pflegepersonen nicht explizit analysiert und Sonstiges. Im August 2025 wurden noch drei Autor*innen über Research Gate kontaktiert, um Zugang zu drei möglich relevanten Studien zu erhalten. Im September 2025 lagen alle angefragten Studien vor, sodass alle Volltexte der inkludierten Studien vorlagen. Die Volltexte wurden in Endnote als PDF-Dateien hinzugefügt.

Der Suchstring wurde basierend auf den vier Hauptkategorien der Forschungsfrage erstellt: Künstliche Intelligenz, Akzeptanz, Pflege(prozess) und Krankenhaus. Für jeden dieser Komponenten wurden relevante Keywords sowie Synonyme mithilfe von ChatGPT von OpenAI (2025) gesammelt und in der nachstehenden Tabelle 4 veranschaulicht. Der Prompt befindet sich im Anhang in Tabelle 2. Die Kombination der einzelnen Keywords und deren Synonyme erfolgte mittels Boolescher Operatoren "AND" und "OR", um relevante Treffer möglichst vollständig zu erzielen und gleichzeitig nicht-relevante zu minimieren. Zusätzlich wurden Trunkierungen (*) verwendet, um verschiedene Wortendungen oder Wortformen gleichzeitig zu erfassen und dadurch die Suchergebnisse zu erweitern. In Cochrane Library wurde der Filter „Trials“ gesetzt, da Reviews für diese Arbeit nicht relevant sind. Der Suchstring wird im Anhang in Tabelle 1 veranschaulicht.

Tabelle 4: Hauptkomponenten und Keywords

Hauptkomponente	Keywords
<i>Künstliche Intelligenz</i>	Artificial intelligence AI Machine learning Intelligent system* Clinical decision support system*
<i>Akzeptanz</i>	Acceptance Perception Willingness Acceptability Perception Agreement Willingness to use Technology acceptance Behavioral intention User acceptance Attitude
<i>Pflege(prozess)</i>	Nurse Nursing practice Nursing process Care practice Care process
<i>Krankenhaus</i>	Hospital Clinic Ward Acute hospital Acute care Inpatient care Inpatient facility

Die vollständige Suchstrategie inklusive Suchstrang in den jeweiligen Datenbanken wird im Anhang/Protokoll dokumentiert.

2.4 Screening

Die Literatursuche erfolgte in zwei aufeinanderfolgenden Schritten. Zuerst wurden Titel und Abstracts aller anhand des Suchstranges identifizierten Publikationen gescreent. Daraufhin wurden alle potenziell relevanten Studien im Volltext überprüft. Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in die finale Analyse aufgenommen. Der gesamte Auswahlprozess wird im Ergebnisteil anhand eines PRISMA-Flussdiagramms veranschaulicht.

2.5 Datenextraktion und -analyse

Für die Datenextraktion wurde eine standardisierte Tabelle verwendet, die neben den bibliografischen Angaben (Autor*innen, Jahr, Land) auch Informationen zu Studiendesign, Sample, Operationalisierung von Akzeptanz, sowie die berichteten Akzeptanzfaktoren und den Limitationen enthielten.

Die Analyse erfolgte unter Einbeziehung der vier Kategorien des UTAUT-Modells nach Venkatesh et al. (2003). Studien, welche keinen Bezug auf das UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) genommen haben, wurden eigenständig einer passenden Kategorie vom UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) zugeordnet. Danach wurden Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede der verschiedenen Studien betrachtet.

2.6 Qualitätssicherung

Da Scoping Reviews grundsätzlich keine formale Bewertung der Studienqualität vornehmen, wurde auf eine standardisierte Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien verzichtet. Um jedoch die Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu gewährleisten, wurde der gesamte Review Prozess durchgehend dokumentiert. Zudem wurde der Review anhand der PRISMA-ScR-Checkliste überprüft, diese wurde im Anhang hinzugefügt (Campbell et al. 2023).

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden strukturiert und inhaltlich zusammengefasst. Das nachstehende Kapitel befasst sich mit den Einstellungen und Wahrnehmungen von Pflegepersonen gegenüber dem Einsatz von KI in der Pflegepraxis und ordnet die Ergebnisse in das Rahmenmodell des UTAUT-Modells nach Venkatesh et al. (2003) ein. Dabei werden zentrale Einflussfaktoren wie Leistungserwartung, Aufwandserwartung, sozialer Einfluss, sowie förderliche Rahmenbedingungen betrachtet, die einen entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz und Nutzung von KI-Systemen haben. Ergänzend werden Unterschiede zwischen demografischen Daten, Bildungshintergründen und Berufserfahrungen dargestellt, um ein umfassendes Verständnis der Faktoren zu gewinnen, welche einen erfolgreichen Einsatz von KI in der Pflegepraxis fördern oder hemmen können.

3.1 Studienauswahl und Beschreibung

Insgesamt wurden durch die systematische Literaturrecherche in den Datenbanken 1533 potenziell relevante Studien identifiziert. Davon wurden 1042 Treffer auf PubMed, 204 auf Cinahl und 285 in der Cochrane Library erzielt. Die Handsuche auf Google Scholar ergab zwei Treffer. Mithilfe von Endnote wurden Duplikate entfernt sowie Titel und Abstract gescreent, um irrelevante Treffer auszuschließen. Danach erfolgte das Volltext-Screening anhand der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Der gesamte Auswahlprozess wurde entsprechend den PRISMA-ScR-Richtlinien dokumentiert und in der nachstehenden Prisma Flow Chart in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

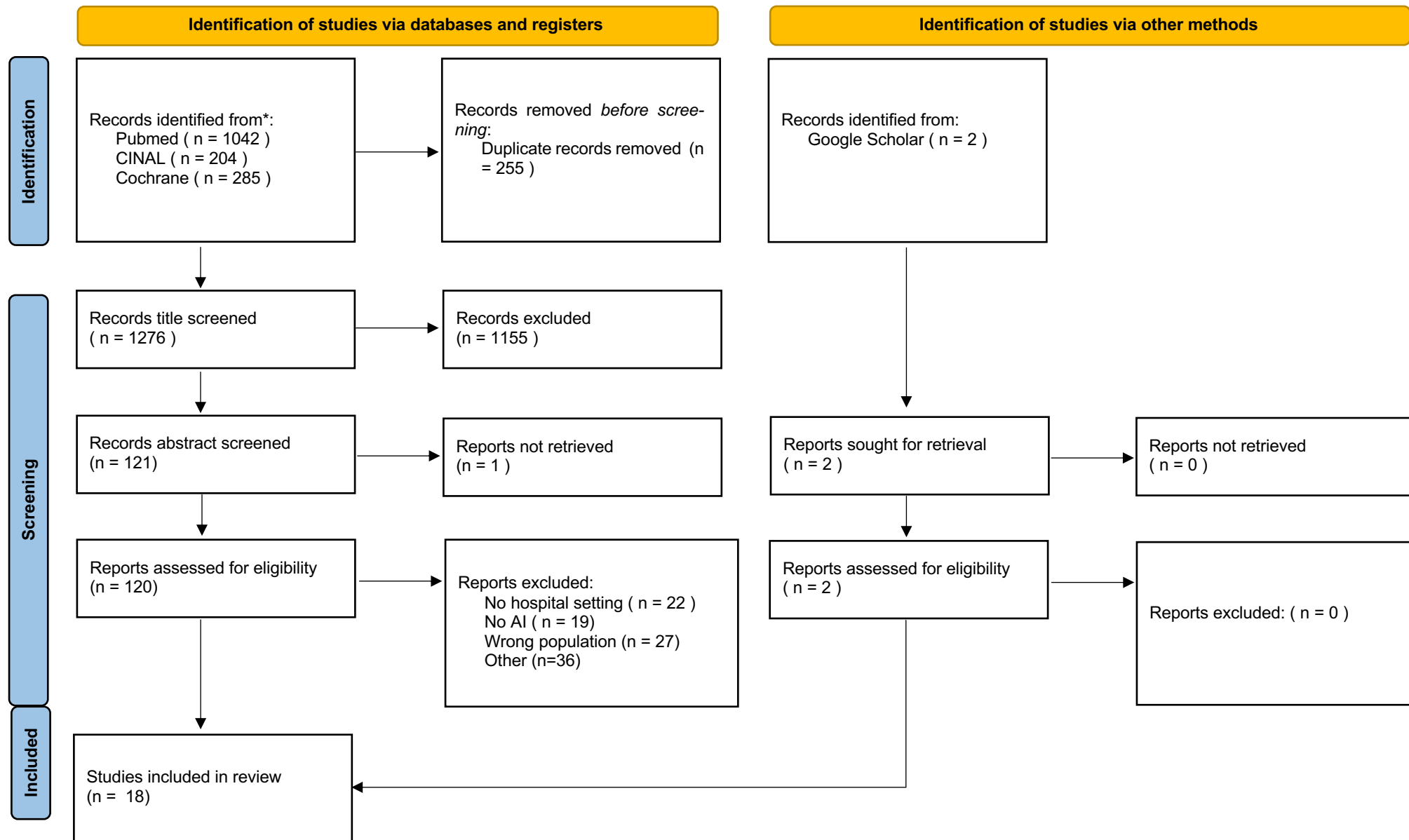


Abbildung 3: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources

Die in der nachstehenden Tabelle 5 dargestellten Studien zur Akzeptanz von KI im Pflegekontext veranschaulichen Autor*innen, Jahr und Land sowie ein breites Spektrum methodischer Herangehensweisen, einschließlich Stichproben, Settings und unterschiedlicher Erhebungsinstrumente zur Akzeptanz.

Insgesamt wurden 18 Studien in die Analyse einbezogen. Davon wurden 16 in Asien durchgeführt, eine Studie im afrikanisch- und asiatischen Raum sowie eine Studie in Europa, was auf einen deutlichen geografischen Schwerpunkt in asiatischen Ländern hinweist. Die untersuchten Populationen umfassten Pflegepersonen aus unterschiedlichsten Krankenhausbereichen, darunter Allgemeinstationen, Intensivstationen und NICUs. Hinsichtlich des Studiendesigns überwogen quantitative Forschungsansätze. Es wurden 14 Studien mit quantitativem Forschungsansatz und vier Studien mit qualitativem Forschungsansatz inkludiert. Der Großteil der quantitativen Studien basierte auf Querschnitterhebungen, welche überwiegend online durchgeführt wurden. Als Erhebungsmethoden kamen in 14 Studien standardisierte Umfragen bzw. Fragebögen zum Einsatz, welche häufig über Social Media oder Messenger Dienste durchgeführt wurden. Ergänzend wurden in drei qualitativen Studien Interviews und in einer eine Gruppendiskussion durchgeführt. Zur Messung von Einstellung und Akzeptanz gegenüber KI verwendeten 11 Studien fünf- oder siebenstufige Likert-Skalen, während sieben Studien andere Skalen nutzten. Die Stichprobengrößen variierten von kleineren Kohorten mit etwa 23 Teilnehmer*innen bis hin zu umfangreichen Erhebungen mit 1257 Pflegepersonen aus unterschiedlichen Krankenhäusern und Regionen. Drei Studien stützten sich auf das TAM, während zwei Studien auf dem UTAUT-Modell aufbauen.

Insgesamt bieten die Studien ein breites Spektrum an methodischen Zugängen und beziehen Pflegepersonen aus unterschiedlichsten Krankenhausbereichen ein, wodurch ein fundierter Einblick in die Einstellungen, Erfahrungen und den Umgang von Pflegepersonen mit KI im Pflegealltag ermöglicht wird.

Tabelle 5: Beschreibung der Studienmerkmale

Autor*innen, Land und Jahr	KI-Tool	Ziel	Methode, Sample und Setting	Operationalisierung von Akzeptanz
<i>Abuzaid et al.</i> <i>Vereinigte Arabische Emirate</i> 2022	/	Bewertung von Wissen, Einstellungen, individueller Bereitschaft und organisatorischer Bereitschaft zur Integration von KI in die Pflegepraxis	Explorative elektronische Querschnittsumfrage 553 Pflegepersonen private und öffentliche Krankenhäuser	Elektronische Umfrage - Teil1: Demografische Merkmale - Teil 2: Wissen, Wahrnehmungen, organisatorische Bereitschaft der Pflegepersonen Fünfstufige Likert-Skala Auswertung mittels Häufigkeiten, Prozentverteilungen, Mittelwerten und Standardabweichungen
<i>Almagharbeh et al.</i> <i>Jordanien</i> 2024	/	Untersuchung der Sichtweisen von Pflegepersonen zur Implementierung von KI in der Pflegepraxis Fokus: wahrgenommene Vorteile und Bedenken bei der KI-Integration	Qualitative, explorativ-deskriptive Methode - Semi-strukturierte Interviews - Fokusgruppen - Thematische Analysen - Explorativ-deskriptives Design 25 Pflegepersonen drei Fokusgruppen (je sieben bis acht Teilnehmende) Intensivstationen, Allgemeinstationen, Ambulanzen	Offene qualitative Befragungen Orientierung am TAM Erfassung von Einstellungen, Vorteilen, Sorgen und Erfahrungen

<i>Alruwaili et al.</i> <i>Saudi-Arabien</i> 2024	/	Bewertung des Bewusstseins und der Einstellung von Pflegepersonen gegenüber KI-integrierten Tools in der klinischen Praxis	Quantitative Querschnittserhebung, Online-Fragebogen 220 Pflegepersonen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung Krankenhäuser	Online-Umfrage - Erhebung demografischer Daten - Einschätzung der KI-Kenntnisse der Pflegepersonen (Ja/Nein) - Bewertung der allgemeinen Einstellung gegenüber KI (GAAIS)(Fünfstufige Likert-Skala)
<i>Baraka et al.</i> <i>Ägypten & Saudi-Arabien</i> 2025	/	Bewertung der Akzeptanz und Bereitschaft von Intensivpflegepersonen zur Nutzung von KI	Querschnittserhebung Online-Umfrage über WhatsApp 475 Pflegepersonen Intensivstation	Elektronischer Fragebogen Teil 1: Demografische & arbeitsbezogene Aspekte Teil 2: Erweitertes TAM (Nutzungsabsicht, Benutzerfreundlichkeit, Nützlichkeit, Risiko, Bereitschaft, externes Risiko, fördernde Bedingungen, technische Wirksamkeit) Fünfstufige Likert-Skala
<i>Coşkun et al.</i> <i>Türkei</i> 2025	KI-gestützter Hautbeurteilung	Untersuchung der Wahrnehmungen von NICU-Pflegepersonen hinsichtlich KI-gestützter Hautbeurteilung bei Neugeborenen	Qualitativer, phänomenologischer Ansatz Induktive Inhaltsanalyse 23 Pflegepersonen NICU in einem öffentlichen Krankenhaus	Leitfadengestützte Interviews Fokus: Nutzen, Herausforderungen, ethische Aspekte

<i>Hamedani et al.</i>	/	Untersuchung von Wissen, Einstellung und Akzeptanz gegenüber KI bei Ärzt*innen und Pflegepersonen	Quantitative Querschnittserhebung; Fragebogen 400 Teilnehmende - Ärzt*innen (n=107) - Pflegepersonen (n=293) Acht öffentliche Universitätskrankenhäuser in Teheran	Fragebogen, welcher durch Forscher*innen erstellt wurde (28 Items) - Inhaltlich validiert durch Expert*innen - Pretest durchgeführt Fünfstufige Likert-Skala Auswertung über Summenscores: - 28 – 72.5 = geringe Akzeptanz - 72.6 – 106 = moderate Akzeptanz - 107 – 140 = hohe Akzeptanz
<i>Iran</i>				
2023				
<i>Kaplan & Uçar</i>	/	Vergleich der Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber KI in unterschiedlichen Provinzen	Deskriptive Querschnittsstudie Datenerhebung: online (Google Forms) 737 Pflegepersonen - Muş: 211 - Bingöl: 226 - Adıyaman: 300 3 staatliche Krankenhäuser	Einführungsfragebogen (8 Items) - Demografische Merkmale - Nutzung von KI im Berufs- und Privatleben GAAIS-Skala (20 Items) - 12 positiv, 8 negativ formuliert - Erfassung der allgemeinen Einstellung gegenüber KI - Fünfstufige Likert-Skala - Negative Items wurden invertiert - Höhere Summenwerte = positivere KI-Einstellung
<i>Türkei</i>				
2024				
<i>Lam et al.</i>	/	Untersuchung, wie die Nutzungsabsicht gastroenterologischer	Multizentrische, quantitative Querschnittsbefragung 337 Pflegepersonen	Zustimmung zur Nutzung von KI in: - Erkennung - Diagnose - Intervention

<i>Taiwan, Hongkong und Festlandchina</i>		Pflegepersonen gegenüber KI beeinflusst wird	<ul style="list-style-type: none"> - 19 aus einem Krankenhaus in Taiwan - 57 aus 13 Krankenhäusern in Hongkong - 261 aus 41 Krankenhäusern in Festlandchina - 	<p>Siebenstufige Likert-Skala Höhere Summenwerte = stärkere Akzeptanz</p>
<i>2025</i>				
<i>Lin et al.</i>	ChatGPT (OpenAI)	Untersuchung der Faktoren, die Einstellungen und Verhalten von Pflegepersonen gegenüber der Nutzung von ChatGPT beeinflussen	<p>Quantitativer Ansatz Anonyme Online-Umfrage über Social-Media-Plattformen (Line & Facebook)</p> <p>Gesamt: 1257 Pflegepersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 461 Schulpflegepersonen - 289 Arbeitsgesundheitspflegepersonen (Facebook) - 338 Krankenhauspflegepersonen (Line-Gruppe) - 169 Public-Health-Pflegepersonen (Facebook). 	<p>TAME-ChatGPT Fragebogen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13 oder 27 Items (abhängig von Vorerfahrung mit ChatGPT) <p>Erfasste Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einstellungen: Risiko, sozialer Einfluss, Angst - Nutzung: Nützlichkeit, Bedienungs-freundlichkeit, Risiko, Verhalten <p>Auswertung mittels Subskala</p>
<i>Taiwan</i>				
<i>2025</i>				
<i>Oweidat et al.</i>	/	Untersuchung von Wissen, Haltung, praktischer Nutzung und Herausforderungen im Umgang mit KI bei Pflegekräften	<p>Deskriptiv-korrelative Querschnittsstudie</p> <p>148 Pflegepersonen</p> <p>Vier staatliche Krankenhäuser</p>	<p>Ein zusätzlich entwickelter Fragebogen:</p> <p>Teil 1: Akzeptanz über vier Dimensionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissen (10 Items) - Einstellung (10 Items) - Praktiken (10 Items) - Barrieren (10 Items) - Fünfstufige Likert-Skala: Gesamtscore 40-200 Punkte
<i>Jordanien</i>				
<i>2025</i>				

				Teil 2: Bleibeabsicht im Beruf
				<ul style="list-style-type: none"> - 10 Items, Fünfstufige Likert-Skala - Gesamtscore: 10-50 Punkte
<i>Rony et al.</i> <i>Bangladesch</i> 2024	/	Gewinn von Einblicken in Wahrnehmungen und Einstellungen von Pflegekräften zur Einführung von KI im Gesundheitswesen	Qualitativer, deskriptiv-phänomenologischer Ansatz Leitfadengestützte Interviews 37 Pflegepersonen <ul style="list-style-type: none"> - mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung, - KI-bezogener Praxis oder Erfahrung 	TAM als analytischer Rahmen Fokus: fördernde Faktoren und Barrieren aus Sicht der Pflegepersonen Qualitative Auswertung ohne standardisierte Skalen (Einordnung durch TAM)
			Tertiäre Gesundheitseinrichtungen	
<i>Sharif et al.</i> <i>Saudi-Arabien</i> 2025	/	Untersuchung der Wahrnehmungen von Mental-Health-Professionals gegenüber KI im Bereich der psychischen Gesundheit	Quantitative Querschnittstudie Online-Befragung 251 Fachkräfte für psychische Gesundheit in Dschidda <ul style="list-style-type: none"> - 139 Pflegepersonen (55,4%) 	SHAIIP Fragebogen (KI Wahrnehmung) <ul style="list-style-type: none"> - 10 Items <ul style="list-style-type: none"> • 6 Items: perceptions of professional impact • 4 Items: perceptions of preparedness for AI - Fünfstufige Likert-Skala
			Zwei psychiatrische Krankenhäuser	

<i>Sokolow et al.</i> <i>Norwegen</i> <i>2024</i>	ChatGPT (OpenAI)	Untersuchung, wie Pflegefachkräfte den Einsatz von KI in der Pflegepraxis und Pflegeausbildung einschätzen Identifikation von Wissenslücken und Erwartungen hinsichtlich KI	Qualitative, induktive Studie Gruppendiskussion nach einem Vortrag - Neun Pflegefachkräfte im klinischen Setting - zwei Forscher*innen (keine Pflegepersonen) - 3 Moderator*innen	Analyse geäußerter Einstellungen, Erwartungen und Bedenken Fokus: KI-Nutzung in der Pflegepraxis, Relevanz von KI als Ausbildungsinhalt Erfassung rein qualitativ, ohne standardisierte Instrumente
<i>Taie & Ali</i> <i>Ägypten</i> <i>2024</i>	/	Bewertung der Herausforderungen und Hindernisse beim Einsatz von KI in der Pflege aus Sicht des Pflegepersonals	Deskriptives Forschungsdesign 250 Pflegepersonen Krankenhäuser der EL Fayoum Universität.	Zwei Fragebögen: 1. Wissen über KI (19 Punkte) Zufriedenstellend: $\geq 65\%$ (≥ 12 Punkte) Unzufriedenstellend: $< 65\%$ (< 12 Punkte) 2. Positive Wahrnehmung von KI (92 Punkte) Positive Wahrnehmung: $\geq 65\%$ (≥ 60 Punkte) Negative Wahrnehmung: $< 65\%$ (< 60 Punkte)
<i>Wang et al.</i> <i>China</i> <i>2025</i>	AI-CDSS zur Risikoeinschätzung & Prävention	Untersuchung der Faktoren, die die Akzeptanz eines AI-CDSS zur Prävention von VTE beeinflussen	Quantitative Querschnittsbefragung Hypothesentestung mittels SEM 510 Partizipant*innen - 324 Pflegepersonen aus drei Tertiärkrankenhäusern	Zweiteiliger Fragebogen: 1. Soziodemografische Daten 2. Sieben Faktoren des erweiterten UTAUT-Modells (24 Items) Fünfstufige Likert-Skala

<i>Zeng et al.</i>	/	Untersuchung der Entwicklung der Nutzungsabsicht von KI bei Pflegepersonen	Quantitatives Querschnittsdesign	AILS (12 Items)
<i>China</i>			878 gültige Fragebögen von Pflegepersonen aus öffentlichen Krankenhäusern:	<ul style="list-style-type: none"> - Siebenstufige Likert-Skala - Gesamtwerte: 12-84 - Höherer Wert = höhere KI-Kompetenz
<i>2025</i>		Analyse des Einflusses von KI-Kompetenz auf die Nutzungsabsicht	<ul style="list-style-type: none"> - Beijing: 91 - Sichuan: 549 - Yunnan: 238 - 	GAAIS (20 Items)
		Vermittelte Effekte über wahrgenommene Selbstwirksamkeit und allgemeine Einstellungen gegenüber KI		<ul style="list-style-type: none"> - Fünfstufige Likert-Skala - Gesamtwerte: 20-100 - Höherer Wert = positivere Haltung zu KI
				AISES (22 Items)
				<ul style="list-style-type: none"> - Siebenstufige Likert-Skala - Gesamtwerte: 22-154 - Höherer Wert = stärkere KI-Selbstwirksamkeit
				Nutzungsintention von KI (Zwei Fragen)
				<ul style="list-style-type: none"> - Zehnstufige Likert-Skala - Gesamtwert = Mittelwert der zwei Fragen
<i>Zha et al.</i>	VTE-CDSS	Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von Pflegepersonen gegenüber einem CDSS zur Prävention venöser Thromboembolien	Quantitative Online-Querschnittsbefragung über Questionnaire Star	Fragebogen (29 Items)
<i>China</i>	zur Unterstützung der Risikoeinschätzung & Prophylaxe		1100 Pflegepersonen (1081 Frauen, 19 Männer) aus einem Tertiary Care-Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> - Basierend auf erweitertem UTAUT-Modell
<i>2022</i>				Fünfstufige Likert-Skala

<i>Zhou et al.</i>	/	Untersuchung, ob Vertrauen in KI die Beziehung zwischen KI-Angst und der fortgesetzten Nutzung von KI-Technologien vermittelt	Quantitative Querschnittstudie 550 Pflegepersonen (mind. 1 Jahr Berufserfahrung und bereits KI-Technologien genutzt)	Online-Fragebogen - Demografische Merkmale - Standardisierte Skalen (Vertrauen in KI, Vertrauen in die Organisation, KI-Angst, KI-Nutzung) Hypothesenprüfung mittels SEM
<i>China</i>			verschiedene allgemeine und spezialisierte Stationen mehrerer Krankenhäuser	
<i>2025</i>				

3.2 Kategorisierung der Einflussfaktoren anhand des UTAUT-Modells

Im folgenden Kapitel werden die identifizierten Einflussfaktoren aus den inkludierten Studien auf die Technologieakzeptanz anhand des UTAUT-Modells nach Venkatesh et al. (2003) eingeordnet. Das Modell ermöglicht eine strukturierte Betrachtung der zentralen Determinanten der Technologieakzeptanz. Durch diese Kategorisierung wird deutlich, welche Faktoren besonders relevant für die Akzeptanz sind und wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Insgesamt zeigen die Studien, dass sich die Akzeptanz von KI in der Pflege vor allem auf wahrgenommenen Nutzen, organisatorische Rahmenbedingungen und individuelle Voraussetzungen stützt. Alle in den Studien identifizierten Einflussfaktoren wurden dabei einem der UTAUT-Konstrukte zugeordnet, auch wenn sie nicht primär Bestandteil des jeweiligen Konstrukts sind, um eine vollständige und vergleichbare Einordnung zu gewährleisten. In Anlehnung an erweiterte UTAUT-Anwendungen wurden ethische und rechtliche Aspekte als Teil der Facilitating Conditions interpretiert.

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen, dass zehn Studien die Leistungserwartung als relevanten Faktor ausweisen, acht Studien entsprechende Ergebnisse zur Aufwandserwartung berichten und drei Studien den sozialen Einfluss als bedeutsam identifizieren. Zwölf Studien nennen förderliche Bedingungen als relevanten Einflussfaktor und stellen damit den am häufigsten berichteten Faktor dar. Darüber hinaus berichten 8 Studien Ergebnisse zu demografischen Merkmalen. In der nachstehenden Tabelle 6 werden die Ergebnisse anhand des UTAUT-Modells eingeordnet.

Tabelle 6: Zentrale Studienergebnisse gemäß UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003)

Autor*innen, Land und Jahr	Leistungserwartung	Aufwands- erwartung	Sozialer Einfluss	Förderliche Bedingungen	Demografische Merkmale
<i>Abuzaid et al. (2022)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	Unklare Zuständigkeiten und fehlende KI-Strategien	Alter; Ausbildungsland; Arbeitsplatz; Berufserfahrung
<i>Almagharbeh et al. (2024)</i>	KI entlastet bei Routine- und Administrationsaufgaben; mehr Zeit für Patient*innen; bessere Entscheidungsfindung	KI-Effektivität abhängig von nahtloser Integration in den Pflegealltag	n. a.	Hoher Fortbildungsbedarf; kontinuierliche Schulungen essenziell; koordinierte KI-Einführung verbessert Ressourcennutzung & Versorgung	Ausbildung; Arbeitsplatz
<i>Alruwaili et al. (2024)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	Moderate ethische & gesellschaftliche Bedenken; Datenschutz	Alter; Geschlecht; Ausbildung
<i>Baraka et al. (2025)</i>	n. a.	Benutzerfreundlichkeit ist entscheidender Faktor für Akzeptanz	n. a.	Organisationale Unterstützung & Ressourcen fördern KI-Bereitschaft	n. a.

<i>Coşkun et al. (2025)</i>	KI verbessert Genauigkeit und Früherkennung bei neonataler Hautbeurteilung; Optimierung von Dokumentation und Arbeitszeit	Strukturierte, geplante Implementierung notwendig; schlechte Integration stört Pflegeprozesse	n. a.	n. a.	Anpassung an spezielle Settings notwendig; Sorge von Mehraufwand; Bedarf an flexiblen, praxisnahen Schulungen	n. a.
<i>Hamedani et al. (2023)</i>	Hohe Relevanz von KI für Therapievorhersage, Medikamentensicherheit und Diagnostik	n. a.	n. a.	n. a.	Keine signifikanten Zusammenhänge	
<i>Kaplan & Uçar (2024)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	Regionale Unterschiede; stark durch demografische und arbeitsbezogene Faktoren geprägt	
<i>Lam et al. (2025)</i>	KI-Akzeptanz abhängig von	n. a.	n. a.	n. a.	Berufserfahrung; Leitungsfunktion	

	wahrgenommener Nützlichkeit, Risiko und Vertrauen					
<i>Lin et al. (2025)</i>	Nutzungserfahrung erhöht wahrgenommenen Nutzen; Mehrwert durch KI wird erwartet	Kein signifikanter Einfluss der Benutzerfreundlichkeit auf Nutzung – Annahme, dass Chat-GPT bereits benutzerfreundlich ist	Wahrgenommener technologischer/sozialer Einfluss abhängig von Bildung, Leitungsfunktion, Nutzungserfahrung und Arbeitsumfeld	n. a.		Ausbildung beeinflusst positive Einstellung und Nutzungsabsicht von Chat GPT
<i>Oweidat et al. (2025)</i>	Sehr positive Einstellung zu KI; Nutzen und Echtzeit Datenverarbeitung zentral; Einstellung korreliert mit Berufsbindung	n. a.	n. a.	Höheres KI-Wissen korreliert positiv mit Berufsbindung	n. a.	

<i>Rony et al. (2024)</i>	KI steigert Effizienz, reduziert Fehler, unterstützt Diagnostik und Prävention	Technische Kompatibilität & Benutzerfreundlichkeit entscheidend	n. a.	n. a.	Datenschutz & Datensicherheit zentral; ethische Verantwortung und Vertrauen entscheidend für KI-Akzeptanz	n. a.
<i>Sharif et al. (2025)</i>	Hohe Akzeptanz von KI; Pflegepersonen sehen starken Einfluss auf Praxis und Arbeitsleistung	n. a.	n. a.	n. a.	KI wird als relevant wahrgenommen; jedoch unzureichende Vorbereitung & Unsicherheit im Umgang	n. a.
<i>Sockolow et al. (2024)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	Großer Schulungsbedarf	n. a.
<i>Taie & Ali (2024)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	Mehr KI-Wissen erhöht Bewusstsein für Barrieren; positivere KI-Einstellung bei höherem Wissensstand	n. a.
<i>Wang et al. (2025)</i>	n. a.	Benutzerfreundlichkeit beeinflusst	Kein direkter Einfluss;	Kein direkter Einfluss; Wirkung	Höhere Systemqualität steigert	n. a.

		die Nutzungsabsicht signifikant	indirekt über organisationale Rahmenbedingungen	Nutzungsabsicht von AI-CDSS	
<i>Zeng et al. (2025)</i>	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	Ausbildung; Arbeitsplatz; Unterschiede zwischen den Provinzen
<i>Zha et al. (2022)</i>	Leistungserwartung stärkster Prädiktor für KI-Nutzungsabsicht	Aufwandserwartung beeinflusst KI-Akzeptanz indirekt über Zufriedenheit der Nutzer*innen	Sozialer Einfluss steigert Bereitschaft zur Nutzung; motivierender Faktor für Akzeptanz	n. a.	n. a.
<i>Zhou et al. (2025)</i>	Vertrauen in KI steigert Nutzungsabsicht	Lernangst senkt KI-Nutzung direkt und indirekt	n. a.	Vertrauen in die Organisation erhöht die KI-Nutzungsabsicht signifikant	n. a.

*n. a. = nicht angegeben in der Originalstudie

Performance Expectancy (PE): Wie sehr ist eine Person davon überzeugt, dass das System ihre Arbeitsleistung verbessert

In insgesamt zehn der eingeschlossenen Studien wurde die Leistungserwartung als zentraler Einflussfaktor auf die Akzeptanz und Nutzungsabsicht von KI identifiziert. In der Studie von Sharif et al. (2025) wurden die Wahrnehmungen von Mental-Health-Professionals gegenüber dem Einsatz von KI im Bereich der psychischen Gesundheit untersucht. An der Studie nahmen 251 Fachkräfte für psychische Gesundheit teil, darunter 139 Pflegepersonen. 47 % der Teilnehmer*innen stimmten stark darin überein, dass KI eine wichtige Rolle in der Pflegepraxis spielte. Die Mehrheit (88 %) war zudem der Meinung, dass KI in vielen Bereichen der Pflege und der Pflegepraxis einen Platz haben würde. Pflegepersonen nahmen KI als eine Technologie wahr, die ihre berufliche Leistung und Arbeitsweise beeinflussen und verbessern konnte. Der Mittelwert von 22,03 auf einer fünfstufigen Likert-Skala bei einem Maximalwert von 30 zeigte, dass Pflegepersonen KI als wesentlichen Einflussfaktor in ihrem Beruf betrachteten. Zudem wiesen Pflegepersonen bei der Bereitschaft zur KI-Nutzung unter allen Berufsgruppen den höchsten Mittelwert von 13,93 auf einer fünfstufigen Likert-Skala bei einem Maximalwert von 20 auf.

Die Studie von Oweidat et al. (2025) befasste sich mit Wissen, Haltung, Nutzung und Herausforderungen im Umgang mit KI bei 148 Pflegepersonen. Die Ergebnisse beschrieben, dass Pflegepersonen den Einsatz von KI als sehr positiv bewerteten. Das Item der Subskala „Einstellung“, das sich auf die Fähigkeit von KI bezog, große Mengen an klinisch relevanten und hochwertigen Daten in Echtzeit zu verarbeiten, erhielt mit einem Mittelwert von 4,20 auf einer fünfstufigen Likert-Skala die höchste Zustimmung. Auch der Vorteil des Einsatzes von KI am Arbeitsplatz wies mit einem Mittelwert von 4,17 eine positive Einstellung der Pflegepersonen gegenüber KI auf. Das Item der Subskala „Praktiken im Bereich KI“, das sich auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung bezog, wies mit einem Mittelwert von 4,20 auf einer fünfstufigen Likert-Skala ebenfalls eine hohe Relevanz auf. Es bestand eine stark positive Korrelation zwischen der KI-Einstellung und der Bindung an den Beruf, was zeigte, dass eine hohe Leistungserwartung und der Glaube an den Nutzen von KI wesentliche Akzeptanzfaktoren waren.

Zha et al. (2022) führten eine Studie zu den Einflussfaktoren auf die Akzeptanz eines CDSS zur VTE-Prävention bei 1100 Pflegepersonen durch. Die Leistungserwartung zeigte sich als stärkster direkter Einflussfaktor für die Verhaltensabsicht von KI ($p = 0.000$).

Die Untersuchung von Lam et al. (2025) befasste sich mit der Nutzungsabsicht von 337 Pflegepersonen gegenüber KI. Wahrgenommene Nützlichkeit ($p < 0.0001$), wahrgenommenes Risiko ($p < 0.0001$) sowie deren Zusammenspiel ($p < 0.0001$) standen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit einer höheren KI-Akzeptanz und somit auch der Nutzung von KI in der Praxis, selbst wenn frühere KI-Erfahrungen, Berufserfahrung und die Position im Job bereits berücksichtigt worden waren. Auch Zhou et al. (2025) bestätigten, dass ein höheres Vertrauen in KI die Nutzungsabsicht steigerte. Dies verdeutlichte, dass Pflegepersonen KI insbesondere dann akzeptierten, wenn sie deren Leistungsfähigkeit und Nutzen als hoch einschätzten.

Lin et al. (2024) untersuchten die Faktoren, welche die Einstellungen und Nutzungsverhalten von 1257 Pflegepersonen gegenüber ChatGPT beeinflussten. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass Personen mit Nutzungserfahrung die technologische Auswirkung sowie den Nutzen in der Gesellschaft von ChatGPT höher einstufen und somit einen größeren Mehrwert durch den KI-Einsatz erwarteten.

In der Studie von Hamedani et al. (2023) wurden bei 400 Teilnehmenden, darunter 293 Pflegepersonen, Wissen, Einstellungen und Akzeptanz gegenüber KI untersucht. Pflegepersonen bewerteten insbesondere drei Einsatzbereiche von KI als sehr hoch relevant: die Vorhersage der Auswirkungen therapeutischer Interventionen (41,3%), die Identifikation von Arzneimittelwechselwirkungen (41%) und die Analyse medizinischer Tests und bildgebender Verfahren (38,6%).

Rony et al. (2024) analysierten die Wahrnehmungen und Einstellungen von 37 Pflegepersonen zur Einführung von KI. KI wurde als virtueller Gesundheitsbegleiter wahrgenommen, durch den der Austausch erleichtert und die Versorgung effizienter gestaltet wurde. KI gestaltete Verwaltungsaufgaben effizienter, reduzierte Fehler und erhöhte die Zeit für die Versorgung der Patient*innen. Zusätzlich wurde die Zahl der diagnostischen Fehler minimiert und das Vertrauen in diagnostische

Genauigkeit gestärkt. Somit galt KI in der Präventivpflege und zur Analyse der Daten als wesentlich für rechtzeitige Interventionen und das Wohl der Patient*innen.

Laut Almagharbeh et al. (2025), wo die Sichtweisen von 25 Pflegepersonen zur Implementierung von KI in der Pflegepraxis analysiert wurden, sahen die Teilnehmer*innen in KI eine Entlastung im Arbeitsalltag von Pflegepersonen, insbesondere bei administrativen Tätigkeiten und Routineaufgaben wie der Überwachung der Patient*innen oder der Dokumentation. Die Mehrheit erwartete mehr Zeit für die Versorgung der Patient*innen und berichtete von verbesserten Resultaten durch KI-gestützte Überwachungssysteme in der Intensivpflege. Durch KI-Überwachungssysteme konnten Daten von Patient*innen verfolgt und Erkenntnisse gewonnen werden, wodurch schnellere und nachvollziehbare Notfallentscheidungen eingeleitet werden konnten.

In der Studie von Coşkun et al. (2025) wurden die Wahrnehmungen von 23 Pflegepersonen hinsichtlich KI-gestützter Hautbeurteilung untersucht. Die Mehrheit der Befragten (73,9 %) vertrat die Ansicht, dass KI-gestützte Anwendungen im Bereich der Hautbeurteilung von Neugeborenen Verbesserungen bringen können. Dies traf insbesondere auf eine höhere Genauigkeit, frühzeitige Erkennung möglicher Komplikationen sowie einen einheitlichen Beurteilungsprozess zu. Viele Pflegepersonen betonten, dass KI dabei helfen könnte, Hauterkrankungen bereits vor dem Auftritt von klinischen Symptomen zu erkennen. KI-gestützte Dokumentation sollte sinnvoll integriert werden, damit Routineaufgaben optimiert werden können und Pflegepersonen ihre Arbeitszeit effizienter auf verschiedene Tätigkeiten verteilen können.

Effort Expectancy (EE): Die empfundene Benutzerfreundlichkeit des Systems

Die Aufwandserwartung wurde in acht Studien als relevanter Faktor für die Nutzungsabsicht von KI berücksichtigt und insbesondere im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Benutzerfreundlichkeit untersucht. Baraka et al. (2025) analysierten die Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft von 475 Pflegepersonen gegenüber KI. Die Benutzerfreundlichkeit hatte einen starken Einfluss auf die Bereitschaft zur KI-Nutzung. Somit erwies sich die Benutzerfreundlichkeit als entscheidender Faktor. Dies unterstrich die Bedeutung benutzerfreundlicher KI-Systeme. In der Studie von Wang et al. (2025) wurden die Faktoren untersucht, die die Akzeptanz eines AI-CDSS zur Prävention von VTE bei 510 Teilnehmenden, darunter 324

Pflegepersonen, beeinflussten. Auch hier zeigten die Ergebnisse, dass die Benutzerfreundlichkeit, wie in der Hypothese angenommen, einen signifikanten positiven Einfluss auf die Nutzungsabsicht hatte ($p < 0.001$).

Almagharbeh et al. (2025) betonten, dass die Effektivität von KI maßgeblich von ihrer Integration in bestehende Arbeitsabläufe abhing. Unvollständig integrierte KI-Systeme führten zu Mehraufwand und Frustration, da sie oft zusätzlich zu manuellen Prozessen eingesetzt wurden. Ebenso zeigte die Studie von Zha et al. (2022), dass sich die Aufwandserwartung als indirekter Einflussfaktor der KI-Akzeptanz erwies, da ihre Wirkung über die Zufriedenheit der Nutzer*innen vermittelt wurde ($p = 0.000$).

In der Studie von Rony et al. (2024) hoben die Befragten hervor, dass die technische Kompatibilität und Benutzerfreundlichkeit von KI-Systemen als zentrale Faktoren für deren erfolgreiche Integration in bestehende Arbeitsprozesse wahrgenommen wurden. In ähnlicher Weise verwiesen auch die Ergebnisse von Coşkun et al. (2025) auf die Relevanz einer strukturierten Einführung von KI-Systemen. Die Teilnehmer*innen betonten die Bedeutung einer bedachten Implementierung, die auf sorgfältig geplanten Integrationsstrategien basieren musste, um unbeabsichtigte Störfaktoren zu vermeiden und Pflegeprozesse zu unterstützen, statt zu erschweren.

In der Studie von Zhou et al. (2025) wurde bei 550 Pflegepersonen analysiert, ob Vertrauen in KI den Zusammenhang zwischen KI-Angst und der fortgesetzten Nutzung von KI-Technologien vermittelte. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass die Lernangst die Akzeptanz direkt und indirekt über sinkendes Organisationsvertrauen reduzierte. Dies deutete darauf hin, dass wahrgenommener Lernaufwand bzw. komplizierte Nutzung die KI-Adoption hemmte.

Lin et al. (2024) interpretierten den nicht-signifikanten Zusammenhang zwischen der Benutzerfreundlichkeit und der Nutzung von ChatGPT als Anzeichen dafür, dass das KI-System bereits eine hohe Benutzerfreundlichkeit aufwies.

Social Influence (SI): Wie stark der soziale Einfluss ist, das neue System zu nutzen

Der soziale Einfluss wurde in drei Studien als potenzieller Einflussfaktor auf die KI-Akzeptanz und Nutzungsabsicht analysiert, wobei dessen Bedeutung im Vergleich zu den anderen Konstrukten geringer ausfiel. Die Hypothese von Wang et al. (2025), wonach sozialer Einfluss die Verhaltensabsicht zur Nutzung von AI-CDSS positiv beeinflusste, konnte für Pflegepersonen nicht bestätigt werden, da kein signifikanter Zusammenhang festgestellt wurde ($p = 0,376$). Dies bedeutete, dass Pflegepersonen in ihrer Entscheidung weitgehend unabhängig von sozialem Einfluss agierten. Eine weitere Hypothese, die davon ausging, dass sozialer Einfluss einen positiven Effekt auf die Leistungserwartung des Gesundheitspersonals hatte, zeigte in den Ergebnissen einen indirekten Einfluss. Der soziale Einfluss wirkte nicht als direkter Einflussfaktor, sondern vor allem über organisationale Rahmenbedingungen. Dabei nahm insbesondere die Unterstützung durch die oberste Führungsebene eine Schlüsselrolle ein, da sie den sozialen Einfluss sowie die Leistungs- und Aufwandserwartung signifikant prägte. Somit zeigte der soziale Einfluss zwar keine direkte Wirkung, war jedoch stark von strukturellen und organisatorischen Faktoren abhängig.

Lin et al. (2024) zeigten, dass der Faktor des technologischen bzw. sozialen Einflusses signifikant mit mehreren berufsbezogenen und individuellen Merkmalen zusammenhing. Pflegepersonen mit höherem Bildungsniveau, in Leitungsfunktionen sowie mit eigener Nutzungserfahrung von ChatGPT nahmen den gesellschaftlichen Einfluss der Technologie deutlich stärker wahr, ebenso zeigten sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Arbeitsumfeld zwischen Krankenhaus und Schul- bzw. Gemeindebereich ($p = 0,028$; $p = 0,031$; $p < 0,001$; $p = 0,036$). Auch Zha et al. (2022) berichteten, dass der Faktor des sozialen Einflusses einen signifikanten Zusammenhang mit der Bereitschaft, CDSS zu nutzen, aufwies ($p = 0,0047$). Dies bedeutete, dass Meinungen und Erwartungen von Vorgesetzten und Kolleg*innen eine beeinflussende Rolle bei der Entscheidung zur Nutzung des CDSS spielten. Der soziale Einfluss oder die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg*innen wirkten somit als Motivation für die Technologieakzeptanz.

Facilitating Conditions: Wie sehr eine Person davon überzeugt ist, dass organisatorische und technische Voraussetzungen vorhanden sind, um die Nutzung des Systems zu ermöglichen

In zwölf Studien wurden die förderlichen Rahmenbedingungen als wesentlicher Faktor für die Akzeptanz und Nutzung von KI thematisiert, insbesondere im Hinblick auf organisatorische, technische und strukturelle Voraussetzungen. Wang et al. (2025) bestätigten die aufgestellte Hypothese, dass die Systemqualität die Verhaltensabsicht der Beschäftigten im Gesundheitswesen, AI-CDSS zur venösen Thromboembolie-Prävention einzusetzen, positiv beeinflusste, da ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Systemqualität und der Verhaltensabsicht der Pflegekräfte bestand ($p < 0.001$).

In der Studie von Abuzaid et al. (2022) wurde bei 553 Pflegepersonen das Wissen, die Einstellung sowie die individuelle und organisationale Bereitschaft zur Integration von KI untersucht. Die Wichtigkeit der klaren Kommunikation von Zuständigkeiten steht war von zentraler Bedeutung. Die Teilnehmer*innen waren sich entweder unsicher, wer für KI zuständig war, oder waren der Meinung, dass es keine zuständige Person gab. Auch die Strategie zur Integration von KI in den jeweiligen Institutionen war unterschiedlich ausgeprägt. 40 % der Teilnehmer*innen wussten über keine Strategie zur KI-Einführung Bescheid, 28 % bestätigten deren Existenz und 32 % gingen davon aus, dass es keine entsprechende Strategie gab.

Ergänzend dazu berichteten Baraka et al. (2025), dass organisatorische Unterstützung und verfügbare Ressourcen die Bereitschaft zur KI-Nutzung positiv beeinflussten. Dieser Einfluss war jedoch nicht so stark wie die Nutzungsabsicht und die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit des KI-Systems. Es zeigte sich eine signifikante Streuung der Wahrnehmungen von Pflegepersonen bezüglich Benutzerfreundlichkeit, Nutzen und Risiken von KI (alle $p < 0.001$). Zhou et al. (2025) betonten, dass Vertrauen in die Organisation die KI-Nutzungsabsicht signifikant erhöhte. Dies unterstrich, wie entscheidend unterstützende institutionelle Strukturen und organisatorisches Vertrauen für die Akzeptanz von KI waren.

Sokolow et al. (2024) untersuchten den Einsatz von ChatGPT in der Pflegepraxis und Pflegeausbildung bei neun Pflegepersonen, mit dem Ziel, Wissenslücken und Erwartungen gegenüber KI zu identifizieren. Damit KI optimal einsetzbar sein

könnte, müssten die verschiedenen Systeme einen reibungslosen Datenaustausch ermöglichen. Die Befragten hoben hervor, dass Pflegepersonen im Umgang mit KI-Anwendungen geschult werden müssten. Hochschulen spielten in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle, damit Masterstudierenden der Umgang mit KI gelehrt und kritisches Denken über die Technologienutzung vermittelt werden könnte.

In der Studie von Coşkun et al. (2025) äußerten Teilnehmer*innen Bedenken bezüglich einer inadäquaten KI-Anpassung an das neonatale Krankenhaussetting. KI-Anwendungen müssten regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden, vor allem bei Neugeborenen mit stark variierenden Hautzuständen. Trotz des Ziels der Effizienzsteigerung äußerten mehrere Pflegepersonen die Sorge, dass der Einsatz von KI zu einem höheren Arbeitsaufwand führen könnte, vor allem dann, wenn manuelle Überprüfungen oder Anpassungen notwendig seien. Pflegepersonen berichteten von Schwierigkeiten, sich an KI-gestützte Arbeitsprozesse anzupassen, und betonten den Bedarf an Schulungen, die dem jeweiligen Erfahrungsniveau entsprechen müssten. Zudem gaben die Befragten an, dass Schichtdienste und hohe Arbeitsbelastung die Teilnahme an solchen Weiterbildungen erschweren würden. Dadurch wurde deutlich, dass KI-Schulungsprogramme flexibel, praxisnah und auf die speziellen Bedingungen der Neonatologie angepasst werden sollten.

In der Studie von Almagharbeh et al. (2025) betonten die Teilnehmer*innen trotz des erkannten Potenzials von KI einen erheblichen Schulungsbedarf. Die Mehrheit berichtete über fehlende Trainingsangebote und hob die Notwendigkeit von praxisnahen Fortbildungen in Bezug auf die KI-Anwendung hervor. Fortlaufende Weiterbildungen seien aufgrund der stetigen Entwicklung von KI essenziell. Eine breitere und koordinierte Einführung von KI würde das Potenzial eröffnen, Ressourcen und Zeit effizienter zu nutzen, wodurch die Versorgung der Patient*innen verbessert werden könnte. Ergänzend dazu hoben Rony et al. (2024) die Relevanz der Zusammenarbeit mit KI-Spezialist*innen hervor, da diese als wesentlicher Faktor zur Verbesserung der Patient*innenversorgung beitragen könnten.

In der Studie von Zeng et al. (2025) erzielten Pflegepersonen mit KI-bezogener Schulung inklusive professionellem Training signifikant höhere Werte in der AILS und der AISES als jene ohne entsprechendes Training ($p < 0.05$). Dies war insofern

ein relevanter Aspekt, als der Zusammenhang der Ergebnisse der AILS und der AISES einen signifikanten Einfluss auf die GAAIS hatte. Zeng et al. (2025) verdeutlichen, dass ein höheres Maß an Wissen und Verständnis über KI (AILS) die Einstellung gegenüber KI (GAAIS) indirekt beeinflussten, indem es die wahrgenommene Selbstwirksamkeit im Umgang mit KI (AISES) stärkte. Oweidat et al. (2025) berichteten zudem von einem positiven Zusammenhang zwischen dem KI-Wissen der Pflegepersonen und deren Bindung an den Beruf ($p < 0.05$), was darauf hinwies, dass ein höheres Wissen über KI mit einer stärkeren Absicht einherging, im Pflegeberuf zu bleiben. In der Studie von Sharif et al. (2025) bewerteten Pflegepersonen KI als einen wesentlichen Einflussfaktor in ihrem beruflichen Alltag, fühlten sich jedoch gleichzeitig nur unzureichend vorbereitet und dadurch nicht vollständig sicher im Umgang mit KI.

Taie und Ali (2024) analysierten die Herausforderungen und Hindernisse beim Einsatz von KI aus Sicht von 250 Pflegepersonen. Die Ergebnisse belegten, dass ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Wissen von Pflegepersonen über KI und der Wahrnehmung der Barrieren von KI bestand ($p < 0.001$). 58,8 % der Pflegepersonen nahmen die Herausforderungen beim Einsatz von KI, und 68 % der Pflegepersonen zeigten ein ausgeprägtes Bewusstsein der Barrieren von KI. Dies bedeutete, dass bestehende Schwierigkeiten realistisch betrachtet, aber nicht ausschließlich negativ bewertet wurden. 48,8% der Pflegepersonen verfügten über einen zufriedenstellenden Wissensstand. Daraus ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissensstand und der positiven Wahrnehmung von KI ($p < 0.001$). Pflegepersonen mit einem zufriedenstellenden Wissen zeigten häufiger eine positive Einstellung gegenüber der Nutzung von KI.

In der Studie von Alruwaili et al. (2024) zeigten Pflegepersonen in Bezug auf ethische und gesellschaftliche Aspekte eine moderate Besorgnis gegenüber KI-gestützten Anwendungen. Sie empfanden diese teilweise als bedrohlich, äußerten Bedenken hinsichtlich Überwachung und Datenschutz und sorgten sich über einen möglichen unethischen Einsatz von KI durch Organisationen. Auch die Teilnehmer*innen in der Studie von Rony et al. (2024) betonten Pflegepersonen die Bedeutung von Datensicherheit und Datenschutz bei der Anwendung von KI. Die Notwendigkeit von Wachsamkeit, Verschlüsselung und Zugangsbeschränkungen zum Schutz

sensibler Daten der Patient*innen wurde hervorgehoben. Zusätzlich wurde auf den Zusammenhang mit ethischen Fragestellungen und dem Vertrauen in die Technologie verwiesen.

Demografische Determinanten der KI-Akzeptanz

Acht Studien berücksichtigten demografische Variablen als Moderatoren der KI-Akzeptanz, wie beispielsweise Alter, Bildungsniveau, Geschlecht, Berufserfahrung und Arbeitsplatz. In der Studie von Abuzaid et al. (2022) wurde bei 553 Pflegepersonen das Wissen, die Einstellung sowie die individuelle und organisationale Bereitschaft zur Integration von KI untersucht. Die positive Einstellung zur Integration von KI in die Pflegepraxis hing signifikant mit dem Alter, insbesondere im Alter von 50-59 Jahren, sowie mit dem Land der Ausbildung, insbesondere den VAE, den Philippinen und westlichen Ländern ($p = 0.014$; $p = 0.0001$), zusammen. Die Teilnehmer*innen im Alter von 30-39 Jahren und 50-59 Jahren waren der Meinung, dass KI den Pflegealltag nicht einschränkte und sie sich positiv auf den Pflegealltag auswirkte. In der Studie von Alruwaili et al. (2024) wurde bei 220 Pflegepersonen das Bewusstsein und die Einstellung gegenüber KI-integrierten Tools untersucht. Es gab signifikante Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu KI und dem Alter, dem Geschlecht und der Ausbildung. Pflegepersonen in den Altersgruppen 20–29 Jahre und 30–39 Jahre zeigten insgesamt eine positivere Einstellung gegenüber KI ($p = 0.02$). Männliche Pflegepersonen hatten eher eine positive Einstellung gegenüber KI ($p = 0.03$).

Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss zeigten in Bezug auf den Bildungsabschluss die positivste Einstellung gegenüber KI ($p = 0.03$) (Alruwaili et al., 2024). Ergänzend dazu zeigten Almagharbeh et al. (2024), dass Pflegepersonen mit Bachelorabschluss aus privaten Krankenhäusern mehr Erfahrung im Einsatz von KI in der Intensivmedizin hatten. Pflegepersonen mit Bachelorabschluss aus öffentlichen Krankenhäusern waren mit der Nutzung von KI als Verwaltungstool vertraut. Dieser Unterschied spiegelte unterschiedliche Ressourcen und die technologische Offenheit des jeweiligen Krankenhauses wider. In der Studie von Zeng et al. (2025) wurde bei 878 Pflegepersonen die Entwicklung der Nutzungsabsicht von KI sowie der Einfluss von KI-Kompetenz analysiert. Die Studie zeigte, dass Pflegepersonen mit einem Masterabschluss oder höher signifikant höhere Werte in der GAAIS als jene

mit niedrigerem Bildungsniveau erzielten ($p < 0.05$). Auch Lin et al. (2025) identifizierten einen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau sowie der KI-Einstellung und der Nutzungsabsicht.

Laut der Studie von Abuzaid et al. (2022) bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Arbeitsplatz der Teilnehmer*innen und der Einschätzung, ob KI in vielen Anwendungen und Bereichen in der Pflegepraxis eingesetzt werden könnte ($p = 0.02$), wobei 98 % der Befragten aus öffentlichen Krankenhäusern dem eher positiv gegenüber stimmten als 91% der Befragten aus privaten Krankenhäusern. Des Weiteren wurde in der Studie von Zeng et al. (2025) deutlich, dass pädiatrische Pflegefachkräfte höhere Werte als jene in nicht-stationären Abteilungen erreichten ($p < 0.05$). Pflegepersonen aus Krankenhäusern in der Stufe IIIA wiesen ebenfalls höhere GAAIS-Werte auf als Pflegepersonen anderer Krankenhausstufen ($p < 0.05$).

In der Studie von Lam et al. (2025) zeigten Pflegepersonen, die bereits praktische Erfahrung mit KI hatten, eine längere Berufserfahrung aufwiesen oder eine leitende Funktion hatten, eine deutlich höhere Bereitschaft, KI in der klinischen Praxis zu nutzen ($p = 0.002$; $p = 0.009$). Zudem ging aus der Studie von Abuzaid et al. (2022) hervor, dass alle Pflegepersonen mit einer Berufserfahrung von 0–5 Jahren der Integration von KI in der Pflegepraxis zustimmten ($p = 0.0001$). Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der subjektiven Bedrohung des Pflegeberufs durch KI ($p = 0.024$). Teilnehmer*innen mit einer Berufserfahrung von 6-10 Jahren und 11-20 Jahren fühlten sich eher von KI bedroht und waren der Meinung, dass KI die Pflegepraxis stören könnte ($p = 0.006$) (Abuzaid et al., 2022).

Die Studie von Kaplan & Uçar (2024) untersuchte, inwieweit sich Einstellungen von 737 Pflegepersonen zu KI in verschiedenen Provinzen der Türkei unterschieden. Die positive Einstellung sowie auch die negative Einstellung zu KI unterschieden sich signifikant zwischen den Provinzen ($p < 0.05$; $p < 0.01$). In Bingöl und Adıyaman war die positive wie auch die negative Einstellung durch die multiple Regressionsanalyse stark durch demografische und arbeitsbezogene Faktoren erklärbar. Zudem zeigte die Studie von Zeng et al. (2025), dass signifikante Unterschiede in der

Nutzungsabsicht von KI sowie im Einfluss der KI-Kompetenz zwischen den verschiedenen Provinzen bestanden ($p < 0,05$). In der Studie von Hamedani et al. (2023) zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den demografischen Variablen Bildungsniveau, Alter und Arbeitsplatz sowie der Dimension „Anwendung von KI“ ($p > 0,05$).

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Diese Ergebnisse verdeutlichten, dass Akzeptanz und Nutzung von KI in der Pflegepraxis von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst wurden, welche sich im UTAUT-Modell widerspiegeln. Die Leistungserwartung erwies sich als stärkster Einflussfaktor der tatsächlichen Nutzung von KI-Systemen, da Pflegepersonen in der Technologie ein hohes Potenzial zur Effizienzsteigerung, Fehlerreduktion und Verbesserung klinischer Entscheidungsprozesse erkannten. Die Aufwandserwartung wirkte hingegen indirekt über die Zufriedenheit der Nutzer*innen und stand in engem Zusammenhang mit der wahrgenommenen Benutzerfreundlichkeit der Systeme, welche sich als zentraler Indikator für eine positive Nutzungshaltung erwies.

Der soziale Einfluss, insbesondere durch Kolleg*innen und Vorgesetzte, förderte die Bereitschaft zur Anwendung, blieb jedoch in vielen institutionellen Kontexten noch schwach ausgeprägt. Die unterstützenden Rahmenbedingungen, wie technische Infrastruktur, organisatorische Ressourcen und gezielte Schulungsangebote, waren entscheidend für eine erfolgreiche Implementierung von KI in der Pflegepraxis. Ein Mangel an Anpassung an bestehende Arbeitsabläufe, unzureichende Schulungsangebote und eine fehlende Nachvollziehbarkeit der Systemfunktionen stellten sich als hemmende Faktoren dar. Darüber hinaus zeigten demografische und institutionelle Differenzen (Alter, Berufserfahrung, Bildungsgrad oder Krankenhaustyp) deutliche Unterschiede in der Einstellung gegenüber KI. Pflegepersonen mit höherem Bildungsniveau, praktischer Erfahrung und gezielter Schulung wiesen eine signifikant höhere Akzeptanz und Selbstwirksamkeit im Umgang mit KI auf. Insgesamt wurde deutlich, dass die Integration von KI in die Pflegepraxis nicht allein eine technologische, sondern vor allem eine organisatorische und bildungsbezogene Herausforderung darstellte. Eine erfolgreiche Implementierung setzte ein Zusammenspiel aus technischer Qualität, institutioneller Unterstützung, gezielter Aus- und Weiterbildung sowie einer positiven sozialen und ethischen Haltung gegenüber KI voraus.

Die nachstehende Abbildung 4 veranschaulicht eine adaptierte Darstellung des UTAUT-Modells nach Venkatesh et al. (2003) und integriert die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zur Akzeptanz und Nutzung von KI im Pflegeprozess.

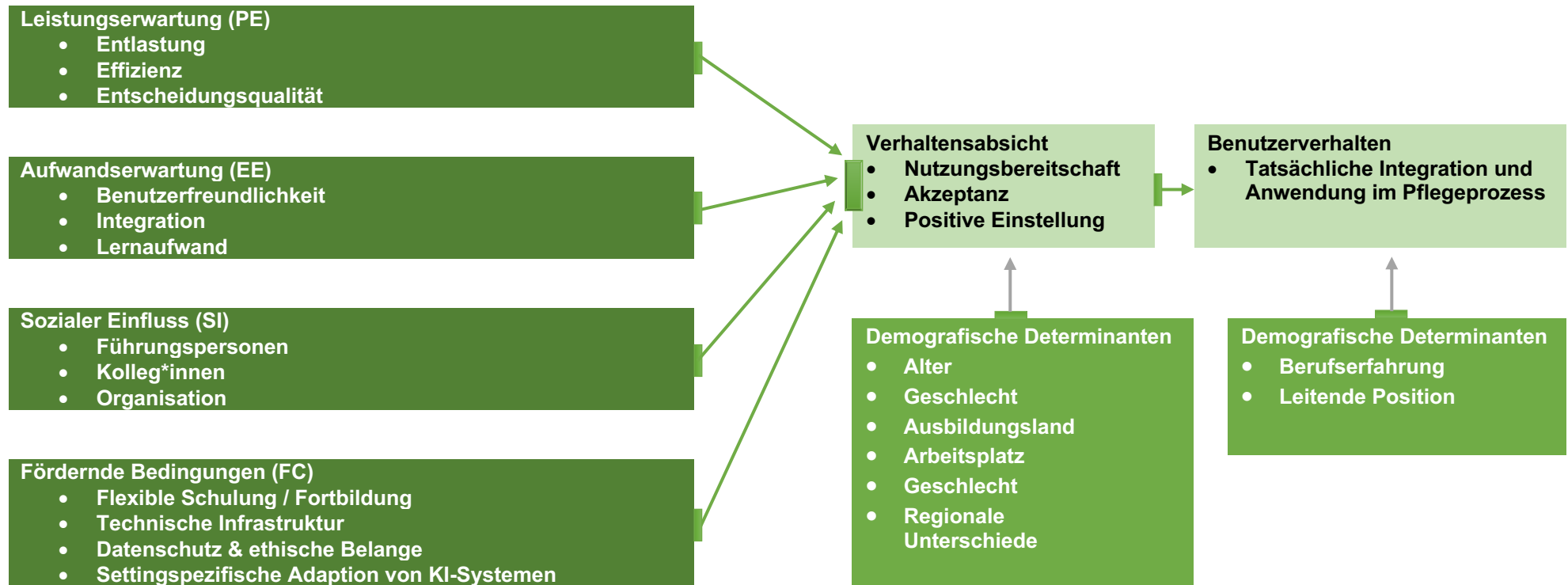


Abbildung 4: Eingliederung der Ergebnisse in das bestehende UTAUT-Modell (eigene Darstellung nach Venkatesh et al., 2003)

4 Diskussion

In diesem Kapitel wurden die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit inhaltlich eingeordnet, mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die pflegerische Praxis reflektiert. Ziel war es, die Ergebnisse nicht nur anhand theoretischer Überlegungen zu deuten, sondern auch aufzuzeigen, was sie für den praktischen Einsatz von KI im Krankenhaus und für den Pflegeprozess bedeuten. Darüber hinaus wurden bestehende Forschungslücken identifiziert und Empfehlungen für zukünftige Studien gegeben. Eine kritische Betrachtung der gewählten Methodik schließt das Kapitel ab.

4.1 Interpretation der Hauptergebnisse

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigten, dass Pflegepersonen die Integration von KI in die Pflegepraxis überwiegend positiv betrachteten. Insbesondere die Leistungserwartung erwies sich als stärkster Einflussfaktor auf die Akzeptanz von KI. Die Mehrheit der Pflegepersonen nahm KI als einen wesentlichen Einflussfaktor zur Effizienzsteigerung, Fehlerreduktion und Verbesserung klinischer Entscheidungsprozesse wahr. KI wurde somit nicht nur als technologische Unterstützung, sondern auch als Beitrag zur Qualitätssteigerung sowie Arbeitsentlastung betrachtet (Sharif et al., 2025; Oweidat et al., 2025).

Auch die Aufwandserwartung zeigte einen indirekten Einfluss auf die Nutzungsabsicht und stand eng mit der wahrgenommenen Benutzerfreundlichkeit von KI-Systemen in Verbindung. Eine hohe Benutzerfreundlichkeit und eine reibungslose Einbindung in bestehende Arbeitsprozesse trugen wesentlich zur KI-Akzeptanz bei und beeinflussten die Zufriedenheit der Pflegepersonen. Unzureichend angepasste Systeme oder der dadurch entstehende Mehraufwand führten währenddessen zu Frustration und Ablehnung (Baraka et al., 2025; Almagharbeh et al., 2025).

Darüber hinaus berücksichtigten die Ergebnisse auch den sozialen Einfluss. Dieser hatte einen moderaten signifikanten Zusammenhang mit der Bereitschaft KI-Systeme zu nutzen. Kollegiale Unterstützung und eine positive Haltung von Vorgesetzten förderten die Nutzungsabsicht, während sich fehlende institutionelle

Unterstützung als hemmender Faktor erwies (Zha et al., 2022). Neben der sozialen Komponente waren die förderlichen Bedingungen ein wesentlicher Einflussfaktor für die Technologieakzeptanz. Zu den förderlichen Bedingungen zählten technische und organisatorische Voraussetzungen, Schulungsangebote und Unterstützung der jeweiligen Institution. Das Fehlen von Schulungen, mangelnde Transparenz der Systeme und unzureichende Anpassung an spezielle Fachbereiche, wie etwa die Neonatologie, erschwerten die Implementierung von KI (Coşkun et al., 2025; Sockolow et al., 2024). Die Ergebnisse verdeutlichten, dass solche strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen grundlegend für eine erfolgreiche Implementierung waren. Das individuelle Wissen und die KI-Kenntnisse spielten jedoch auch eine zentrale Rolle für die tatsächliche Akzeptanz und KI-Nutzung. Ein höheres Wissen über KI hingte mit einer positiveren Einstellung und höheren Selbstwirksamkeit zusammen (Oweidat et al., 2025; Taie & Ali, 2024).

Schließlich zeigten die Ergebnisse, dass demografische Faktoren, insbesondere Alter, Berufserfahrung, Bildungsgrad und Arbeitsplätze, die Einstellung gegenüber KI signifikant beeinflussten. Pflegepersonen mit höherem Bildungsniveau, längerer Berufserfahrung oder Pflegepersonen in einer leitenden Position zeigten eine größere Offenheit und Bereitschaft zur KI-Nutzung (Alruwaili et al., 2024; Lam et al., 2025).

4.2 Vergleich mit bisherigen Studien und Literatur

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigten weitgehend die bisherigen Forschungserkenntnisse zur Akzeptanz und Nutzung von KI in der Pflegepraxis. Insgesamt zeigte sich, dass Pflegepersonen KI als ein Werkzeug wahrnahmen, das ihre berufliche Leistung, Effizienz und Entscheidungsqualität verbessern konnte. Diese Ergebnisse stimmten mit anderen Studienergebnissen, die aufzeigten, dass Leistungserwartung, Vertrauen in die Technologie und positive Einstellungen zentrale Einflussfaktoren für die Akzeptanz von KI darstellten, überein. (Dai et al., 2025; Namdar Areshtanab et al., 2025; Chen et al., 2025; Wang et al., 2024).

Die Studien von Dai et al. (2025), Chen et al. (2025) sowie Namdar Areshtanab et al. (2025) konnten nicht in die vorliegende Arbeit einbezogen werden, da ihr Publikationsdatum nach dem Abschluss der Literaturrecherche lag. Diese Studien

wurden in klinischen Settings in China und Iran durchgeführt, und die Stichproben umfassten zwischen 400 und 8.514 Pflegepersonen.

Dai et al. (2025) berichteten, dass Leistungs- und Aufwandserwartung, sozialer Einfluss sowie Vertrauen signifikant positiv mit der Nutzungsabsicht von KI-Systemen zusammenhängten. Mit einer Stichprobe von 8.514 Pflegepersonen hoben Dai et al. (2025) hervor, dass vor allem die wahrgenommene Nützlichkeit und die Erwartung verbesserter Leistungen die Akzeptanz beeinflussten. Benutzerfreundliche Systeme waren für die Mehrheit der Teilnehmer*innen entscheidend, damit sie sich die erforderlichen Fähigkeiten zur Nutzung von KI aneignen konnten. Die Studienautor*innen schlussfolgerten, dass dieses Ergebnis darauf hinwies, dass die Befragten ein starkes Selbstvertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, sich an neue technologische Entwicklungen anzupassen, hatten. Rund drei Viertel der Teilnehmenden äußerten die Absicht, KI-Systeme in ihren täglichen Arbeitsprozess einzubinden. Dieser Aspekt zeigte eine deutliche Offenheit gegenüber neuen Technologien im Gesundheitswesen. Nachdem die Leistungserwartung analysiert wurde, wurde aufgezeigt, dass eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer*innen die positive Auswirkung von KI auf das Krankenhaus erkannte. Im Vergleich dazu verdeutlichten die Ergebnisse von Sharif et al. (2025) und Oweidat et al. (2025) in der vorliegenden Arbeit, dass Pflegepersonen ähnliche Einschätzungen teilten und KI als wesentlichen Faktor für die Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung in der Pflegepraxis wahrnahmen.

Auch Namdar Areshtanab et al. (2025) zeigten, dass 65,8% der teilnehmenden Pflegepersonen eine positive Haltung zu KI im Pflegealltag einnahmen, da KI bestehende Arbeitsprozesse zeitsparender gestaltete und somit die Pflegequalität verbesserte. Zudem bestand ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Wissen, Einstellung, Anwendung und Akzeptanz von KI. Insbesondere zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der KI-Akzeptanz und dem Wissen der Pflegepersonen ($p < 0.001$). Da die Mehrheit der Teilnehmenden nur geringe Kenntnisse über KI hatte, wurde der Bedarf an gezielten Schulungen besonders deutlich. Diese Erkenntnisse deckten sich mit den Ergebnissen von Chen et al. (2025), welche zeigten, dass es signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Vertrauen in die Technologie ($p < 0.001$), dem wahrgenommenen Wert ($p < 0.001$), der eHealth-Kompetenz ($p < 0.001$) und der Einstellung zur Nutzung von KI gab. Der wahrgenommene

Wert beschrieb die subjektive Einschätzung der Pflegepersonen, wie nützlich, sinnvoll und vorteilhaft der Einsatz von KI für den Pflegealltag war. Die signifikant positive Korrelation zwischen Technologievertrauen und wahrgenommenem Wert verdeutlichte, dass Personen, die KI stärker vertrauten, diese auch als wertvoller einschätzten (Chen et al., 2025). Diese Zusammenhänge ließen sich ebenfalls in der vorliegenden Arbeit wiederfinden, da die wahrgenommene Zuverlässigkeit und Verständlichkeit der Systeme die KI-Akzeptanz wesentlich beeinflussten (Baraka et al., 2025; Almagharbeh et al., 2025).

Weitere Studien verdeutlichten die praktischen Auswirkungen von KI auf den Pflegealltag. Ma, Meng & Ding (2021) zeigten, dass KI-gestützte Systeme durch effiziente Beratung zu Standorten von Krankenhäusern, Anleitung zu Abläufen im Krankenhaus, Empfehlungen zu spezialisierten Kliniken und Gesundheitsaufklärung für Patient*innen eine deutliche Entlastung für das Pflegepersonal in Ambulanzen darstellen könnten. Zudem wurde die Belastung durch wiederholende Aufgaben, welche bisher vom Personal übernommen wurden, verringert. Diese Aspekte wurden auch in dieser Arbeit hervorgehoben, in der Pflegepersonen den Zeitgewinn und die höhere Genauigkeit von KI-Systemen als bedeutende Vorteile betrachteten (Rony et al., 2024; Almagharbeh et al., 2025; Coşkun et al., 2025). Gumus und Alan (2025) ergänzten diese Perspektive, indem sie betonten, dass KI-Systeme zwar zur Arbeitserleichterung beitrugen, jedoch den menschlichen und zwischenmenschlichen Aspekt der Pflege nicht ersetzen könnten. Neben technischen und leistungsbezogenen Einflussfaktoren rückten auch soziale und organisatorische Aspekte in den Vordergrund. Akzeptanz wurde nicht ausschließlich durch Technik, sondern auch durch sozial und ethisch geprägte Faktoren beeinflusst. Wang et al. (2025) zeigten einen indirekten Einfluss von sozialem Einfluss auf die KI-Akzeptanz auf, während Dai et al. (2025) einen moderaten, aber signifikanten Zusammenhang zwischen sozialem Einfluss und Nutzungsabsicht feststellten.

Zha et al. (2022) berichteten, dass sich der soziale Einfluss als Motivationsfaktor für die KI-Akzeptanz erwies. Diese Ergebnisse zeigten, dass kollegiale Unterstützung zwar motivierend wirken könnte, die individuelle Überzeugung vom Nutzen der Technologie jedoch vorrangig blieb. Auch in der Studie von Dai et al. (2025) stellte sich heraus, dass sich der soziale Einfluss als relevanter Prädiktor der

Verhaltensabsicht von KI erwies, da 47,3% bis 51,7% der Teilnehmer*innen von Kolleg*innen zur KI-Nutzung ermutigt wurden. Im Zusammenhang mit den sozialen Faktoren, wurden in der Literatur auch strukturelle und organisatorische Voraussetzungen diskutiert. Während die vorliegende Arbeit den direkten Zusammenhang zwischen den förderlichen Bedingungen und der KI-Akzeptanz hervorhob, zeigten Dai et al. (2025), dass der Zusammenhang in ihrem Modell vor allem durch Vertrauen erklärt wurde ($p < 0.001$) und förderliche Bedingungen keinen signifikanten Einfluss auf die Verhaltensabsicht hatten ($p = 0.334$).

Andere Studien wie Namdar Areshtanab et al. (2025) betonten hingegen, dass fehlende Schulungsangebote, unzureichende Integration in bestehende Arbeitsabläufe und mangelndes Wissen wesentliche Barrieren darstellten. Diese Ergebnisse stimmten mit der Beobachtung, dass Pflegepersonen zwar das Potenzial von KI erkannten, sich aber oft zu wenig vorbereitet fühlten, um diese KI-Systeme effektiv in der Praxis anzuwenden, überein (Sharif et al., 2025; Almagharbeh et al., 2024). Hamedani et al. (2023) unterstrichen, dass das Personal in iranischen Kliniken einen durchschnittlichen Wissensstand und eine moderat positive Einstellung gegenüber KI hatten, was sie als Hinweis auf einen hohen Schulungsbedarf interpretierten.

Darüber hinaus hoben El-Gazar et al. (2025) hervor, dass die Unterstützung der Organisation und eine leitende Person mit Balance zwischen Innovation und Effizienz (ambidextrous leadership) die positive Einstellung von Pflegepersonen gegenüber KI signifikant stärkte ($p < 0.001$). Wesentliche Einflussfaktoren für den Einsatz von KI waren laut Namdar Areshtanab et al. (2025) umfassende KI-Kenntnisse, eine positive Einstellung und nicht in einer Führungsperson tätig zu sein. Teilnehmer*innen stellten fehlende politische Unterstützung (43,9 %), hohe Kosten (62,3 %), Qualitätsunsicherheiten (68,3 %), medizinethische Risiken (61,7 %) und andere Faktoren (8,8 %) als mögliche Hindernisse für KI in der Pflege dar (Wang et al., 2024). Neben diesen praktischen und sozialen Aspekten gewannen zunehmend ethische Fragestellungen an Bedeutung. Alle Teilnehmer*innen äußerten Bedenken hinsichtlich des Einsatzes von KI in der Pflege und 95,7% sahen die Stärkung medizinischer Ethik im Zusammenhang mit KI als notwendig an (Wang et al., 2024). Elgin und Elgin (2024) zeigten in ihrer qualitativen Studie zu AI-CDSS, dass trotz des Potentials für

mehr Effizienz und eine optimierte Ressourcenverteilung wesentliche ethische Herausforderungen bestanden. Pflegepersonen äußerten Bedenken hinsichtlich Transparenz, Datenschutz, Verantwortung, mögliche Ungleichheiten im Gesundheitswesen und der Erhaltung einer individualisierten Versorgung. Diese Themen spiegelten sich auch in den vorliegenden Ergebnissen dieser Arbeit wider, wo der Schutz sensibler Patient*innendaten und die Nachvollziehbarkeit als zentrale Voraussetzungen für Vertrauen und Akzeptanz genannt wurden (Rony et al., 2024). In der Studie von Coşkun et al. (2025) verdeutlichten die Rückmeldungen von Pflegepersonen, dass KI mehr Transparenz hinsichtlich der Funktionsweise und der Algorithmen benötigen würde, um das Vertrauen der Pflegepersonen zu stärken. Um ethische Aspekte angemessen berücksichtigen zu können, bedarf es klarer Richtlinien, die festlegen, dass KI-Systeme lediglich zur Unterstützung dienen und keine klinischen Entscheidungen übernehmen. Abschließend ließ sich feststellen, dass sich die Akzeptanz von KI in der Pflegepraxis ein multifaktorieller Prozess erwies, der sowohl mentale als auch emotionale und organisatorische Aspekte umfasste. Leistungserwartung und wahrgenommener Nutzen stellten sich als die stärksten Einflussfaktoren heraus, während Vertrauen, Benutzerfreundlichkeit, organisatorische Unterstützung und ethische Sicherheit die Nutzungsabsicht von KI-Systemen entscheidend mitbestimmten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit fügen sich somit in die bestehende Forschungslage ein und zeigen auf, dass eine erfolgreiche Integration von KI in der Pflege lediglich durch die Kombination der Qualität des KI-Systems, institutioneller Unterstützung, gezielter Schulung und ethischer Reflexion erreicht werden kann.

4.3 Interpretation der Ergebnisse für die Relevanz des Pflegeprozesses

Die vorliegenden Studien zeigten, dass KI aus Sicht von Pflegepersonen als relevanter Einflussfaktor zur Optimierung der Pflegepraxis und damit auch für den Pflegeprozess wahrgenommen wurde. Pflegepersonen gingen davon aus, dass KI ihre berufliche Leistung verbessern, Arbeitsabläufe unterstützen sowie die Qualität der Pflege erhöhen kann. Die Fähigkeit von KI, große Mengen klinisch relevanter Daten in Echtzeit zu verarbeiten, wurde dabei als besonders bedeutsam eingeschätzt. Diese Wahrnehmung unterstrich die Relevanz von KI für mehrere Phasen des Pflegeprozesses, insbesondere für die Informationssammlung, Analyse und

Entscheidungsfindung. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass KI als Instrument zur Effizienzsteigerung innerhalb des Pflegeprozesses wahrgenommen wurde. Mehrere Studien berichteten, dass KI administrative Tätigkeiten und Routineaufgaben erleichterte, Fehler reduzierte und dadurch mehr Zeit für die direkte Patient*innenversorgung ermöglichte. Dies betraf vor allem die Dokumentation, Überwachung von Patient*innen sowie die Unterstützung bei klinischen Entscheidungen. Eine solche Entlastung kann die Durchführung des Pflegeprozesses strukturierter und nachvollziehbarer gestalten und die kontinuierliche Evaluation pflegerischer Maßnahmen unterstützen. Die Aufwandserwartung beeinflusste die Nutzung von KI indirekt über die Zufriedenheit der Pflegepersonen. Benutzerfreundliche und gut integrierte KI-Systeme wurden als Voraussetzung gesehen, damit der Pflegeprozess unterstützt und nicht erschwert wird. Unzureichend integrierte Systeme könnten hingegen zu Mehraufwand führen und bestehende Pflegeprozesse stören. Auch die fördernden Bedingungen waren für die Relevanz von KI im Pflegeprozess entscheidend. Mehrere Studien zeigten, dass Pflegepersonen zwar das Potenzial von KI erkannten, sich jedoch häufig unzureichend vorbereitet fühlten. Schulungen und kontinuierliche Weiterbildung wurden als notwendig beschrieben, um KI sinnvoll in den Pflegeprozess integrieren zu können und die Sicherheit im Umgang mit den Systemen zu gewährleisten. Gleichzeitig wurde betont, dass ein höheres KI-Wissen mit einer positiveren Einstellung gegenüber KI und einer stärkeren Bindung an den Pflegeberuf einherging. Darüber hinaus stand eine positive Einstellung gegenüber KI in engem Zusammenhang mit der Bindung an den Beruf. Pflegepersonen, die den Nutzen von KI erkannten und hohe Erwartungen an deren Leistungsfähigkeit haben, identifizierten sich stärker mit ihrem Beruf und zeigten eine höhere berufliche Motivation. (Oweidat et al., 2025; Taie & Ali, 2024). Auch ethische und datenschutzrechtliche Fragestellungen müssen stärker berücksichtigt werden. Aus diesem Grund müssen Richtlinien festgelegt werden, dass KI-Systeme die klinische Entscheidungsfindung lediglich unterstützen, jedoch nicht übernehmen. Der Schutz sensibler Patient*innendaten und die Entscheidungsverantwortung des Pflegepersonals waren zentrale Voraussetzungen für eine vertrauenswürdige Implementierung (Coşkun et al., 2025; Rony et al., 2024).

Zusammenfassend verdeutlichten die Ergebnisse, dass KI für den Pflegeprozess vor allem dann relevant war, wenn sie als leistungssteigernd, benutzerfreundlich

und organisatorisch gut eingebettet wahrgenommen wurde. KI kann einzelne Schritte des Pflegeprozesses unterstützen, insbesondere durch verbesserte Informationsverarbeitung, Entscheidungsunterstützung und Effizienzsteigerung. Gleichzeitig zeigten die Studien, dass fehlende Schulungen, unklare Strukturen und hohe Arbeitsbelastung die Integration von KI in den Pflegeprozess einschränken könnten. Die Relevanz von KI für den Pflegeprozess ergibt sich somit aus dem Zusammenspiel von technologischem Nutzen, individuellen Kompetenzen der Pflegepersonen und geeigneten organisatorischen Rahmenbedingungen.

4.4 Forschungslücken und Implikationen für zukünftige Forschung

Die vorliegenden Ergebnisse eröffneten den Forschungsbedarf für zukünftige Arbeiten. Besonders deutlich wurde der Bedarf an Längsschnitt- und qualitativen Studien, um Veränderungen im Zeitverlauf und tiefere Einblicke in Wahrnehmung, Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft von KI im Gesundheitswesen zu gewinnen. Dabei sollte eine interdisziplinäre, größere und randomisierte Stichprobenwahl gewählt werden, damit die Repräsentativität der Ergebnisse gewährleistet werden kann (Baraka et al., 2025; Zeng et al., 2025). Auf dieser Grundlage könnten gezielte Maßnahmen entwickelt werden, um eine positive Haltung gegenüber KI zu fördern und bestehende Barrieren bei der Einführung von KI zu minimieren. Die Ergebnisse boten zudem wesentliche Anhaltspunkte für politische Entscheidungsträger, Führungskräfte im Gesundheitswesen und Bildungseinrichtungen, um die Bindung von Mitarbeiter*innen an den Beruf zu stärken und den effektiven Einsatz von KI-Systemen in der Pflegepraxis zu unterstützen (Oweidat et al., 2025).

Da sich KI-Technologien stetig weiterentwickeln, sind zusätzliche multizentrische Studien mit größeren Stichproben notwendig, um bisherige Erkenntnisse zu überprüfen und eine umfassendere Anwendung zu gewährleisten. Während qualitative Forschungsdesigns wertvolle Einblicke in subjektive Erfahrungen aufzeigen, können diese jedoch nur begrenzt Rückschlüsse auf Zusammenhänge von Ursache und Wirkung liefern. Daher sollten zukünftige Studien umfassendere und kombinierte Forschungsansätze wählen, um Entwicklungen in den Einstellungen von Pflegepersonen sowie eine langfristige Akzeptanz von KI besser nachvollziehen zu können (Coşkun et al., 2025).

Zukünftige Forschung sollte sich insbesondere auf die Einstellungen von Pflegepersonen zu KI fokussieren, vor allem hinsichtlich ethischer Aspekte sowie Auswirkungen auf klinische Entscheidungen und Patient*innenergebnisse (Rony et al., 2025). Dabei sollten Erfahrungen examinierter Pflegepersonen mit KI-Systemen in der Praxis untersucht werden, damit die Einflussfaktoren zur KI-Nutzung sowie der Einsatz von KI verstanden und Fehlanwendungen vermieden werden können (Lin et al., 2025). Ergänzend wären Studien zur Wirksamkeit von KI-Schulungen, zur patient*innenorientierten Anwendung, zu Barrieren der Integration und zu rechtlichen Rahmenbedingungen von hoher Relevanz, um eine verantwortungsvolle Einführung von KI in die Pflegepraxis zu fördern (Rony et al., 2025).

Für zukünftige Forschung ergibt sich die Notwendigkeit das im UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) miteinbezogene Konstrukt „Freiwilligkeit der Nutzung“ gezielt zu untersuchen, da dieses aus den Ergebnissen der inkludierten Studien nicht explizit hervorgeht. In den eingeschlossenen Studien wurde der Pflegeprozess insbesondere hinsichtlich des Assessments, der Erhebung von Vitalzeichen, der Durchführung von Routineaufgaben, der Dokumentation, Risikoeinschätzung sowie Prävention und Evaluierung des Hautzustandes bei Neugeborenen explizit dargestellt. Zwar wurden sowohl die Dokumentation als auch der Einsatz von AI-CDSS erwähnt, jedoch fehlte eine konkrete Beschreibung der Pflegeplanung und der Zielformulierung als zentrale Elemente des Pflegeprozesses. Diese Aspekte konnten daher nicht systematisch analysiert werden und stellten einen weiterführenden Forschungsbedarf dar.

4.5 Kritische Reflexion der Methodik

Die Durchführung des vorliegenden Scoping Reviews erfolgte auf Basis der Prisma-ScR-Checkliste. Trotz der systematischen Herangehensweise weist die Methodik ihre Limitationen auf, welche nachstehend kritisch reflektiert werden. Ein wesentlicher methodischer Aspekt ist, dass im Rahmen eines Scoping Reviews keine Bewertung der Qualität inkludierter Studien vorgesehen ist. Damit wird der explorative Charakter des Reviews zwar gewahrt, jedoch besteht das Risiko, dass auch Studien mit geringer wissenschaftlicher Qualität in die Analyse einfließen. Dadurch kann die Aussagekraft sowie Validität der Ergebnisse beeinflusst sein. Weiterhin wurden die

Extraktion und Auswertung der Daten von nur einer Person durchgeführt, woraus Einschränkungen in Bezug auf Objektivität und Reliabilität hervorgehen können. Da diese Arbeit allein erstellt wurde, bestand nicht die Möglichkeit, potenzielle Interpretations- oder Selektionsbias durch eine Zweitprüfung zu minimieren. Damit dennoch Transparenz geschaffen werden konnte, wurden Einschlusskriterien klar definiert sowie Suchschritte detailliert im Rechercheprotokoll dokumentiert. Das Rechercheprotokoll wird im Anhang beigefügt.

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Auswahl und Begrenzung der Datenbanken. Obwohl mehrere einschlägige wissenschaftliche Datenbanken durchsucht wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Studien unentdeckt blieben. Trotz dieser Limitationen bietet der Scoping Review einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Die transparente Dokumentation des Forschungsprozesses und die klare Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien unterstützen die Nachvollziehbarkeit und ermöglichen zukünftig einen Aufbau auf diesen Ergebnissen, damit weitere systematische Reviews mit Qualitätsbewertung durchgeführt werden können.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit zeigte, dass Akzeptanz und Nutzung von KI in der Pflegepraxis maßgeblich durch die im UTAUT-Modell verankerten Faktoren geprägt waren. Besonders die Leistungserwartung erwies sich als stärkster Einflussfaktor der Verhaltensabsicht: Pflegepersonen nahmen KI als wirksames Mittel zur Effizienzsteigerung, Fehlerreduktion und Qualitätsverbesserung wahr. Benutzerfreundlichkeit und eine reibungslose Integration in bestehende Abläufe wirkten als zentrale Faktoren, welche über die Aufwandserwartung indirekt die Akzeptanz erhöhten. Sozialer Einfluss entfaltete, trotz insgesamt moderatem Einfluss, dort seine Wirkung, wo Führung und Kolleg*innen die Nutzung sichtbar befürworteten. Förderliche Bedingungen, wie technische Infrastruktur, klare Verantwortlichkeiten, Datenschutz und ethische Belange sowie systematische Schulungen, entschieden letztlich darüber, ob KI in den Pflegealltag integriert wurde.

6 Literaturverzeichnis

Abuzaid, M. M., Elshami, W., & Fadden, S. M. (2022). Integration of artificial intelligence into nursing practice. *Health Technol (Berl)*, 12(6), 1109-1115. <https://doi.org/10.1007/s12553-022-00697-0>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp.179–211. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T>. [Zugriff am: 27.Juni.2025].

Almagharbeh, W. T., Alfanash, H. A., Alnawafleh, K. A., Alasmari, A. A., Alsarairah, F. A., Dreidi, M. M., & Nashwan, A. J. (2025). Application of artificial intelligence in nursing practice: a qualitative study of Jordanian nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02658-6>

Alruwaili, M. M., Abuadas, F. H., Alsadi, M., Alruwaili, A. N., Elsayed Ramadan, O. M., Shaban, M., Al Thobaity, A., Alkahtani, S. M., & El Arab, R. A. (2024). Exploring nurses' awareness and attitudes toward artificial intelligence: Implications for nursing practice. *Digit Health*, 10, 20552076241271803. <https://doi.org/10.1177/20552076241271803>

Baraka, A. A. E., Alhijji, M. A. A., Alrajeh, R. A. I., Alotaibi, D. N. B., Bukhamis, S., Alsafraa, N. A. M., & Hassan, E. A. (2025). Acceptance and Readiness of Critical Care Nurses to Use Artificial Intelligence: A Structural Equation Modeling Approach. *Int Nurs Rev*, 72(2), e70035. <https://doi.org/10.1111/inr.70035>

Campbell, M., McKenzie, J.E., Sowden, A., Katikireddi, S.V., Brennan, S.E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shemilt, I. and Thomas, J. (2023). Mapping reviews, scoping reviews, and evidence and gap maps: a description of what they are and how to conduct them. *Systematic Reviews*, 12(1), p.68. [Online]. Verfügbar unter: https://vmc.medunigraz.at/moodle/pluginfile.php/207703/mod_resource/content/0/Campbell_2023_Mapping%20reviews%2C%20scoping%20reviews%2C.pdf [Zugriff am 30 Juni 2025].

Chen, Z., Wu, T., Wu, X., Wang, J., Ke, S., Li, H., & Lin, R. (2025). The mediating effects of technology trust and perceived value in the relationship between eHealth literacy and attitude toward the usage of artificial intelligence in nursing: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 24(1), 989. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03577-w>

Cogvis Software und Consulting GmbH. (2025). KI in der Pflege für mehr Sicherheit & entlastetes Personal. [Online]. Verfügbar unter: <https://cogvis.ai/> [Zugriff: 20. September 2025].

Coşkun, A. B., Kenner, C., & Elmaoğlu, E. (2025). Neonatal Intensive Care Nurses' Perceptions of Artificial Intelligence: A Qualitative Study on Discharge Education and Family Counseling. *J Perinat Neonatal Nurs*. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000904>

Davidson, A. E., Ray, J. M., Patel, A. K., Strekalova Levites, Y., Rashidi, P., Bihorac, A. (2025). „An Iterative, User-Centered Design of a Clinical Decision Support System for Critical Care Assessments: Co-Design Sessions with ICU Clinical Providers.“ arXiv preprint. [Online]. Verfügbar unter: <https://arxiv.org/abs/2503.08814?utm> [Zugriff: 20. September 2025].

Davis, F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), pp.319–340. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/249008> [Zugriff am: 28.Juni.2025].

El Arab, R. A., Al Moosa, O. A., Abuadas, F. H., & Somerville, J. (2025). The Role of AI in Nursing Education and Practice: Umbrella Review. *Journal of medical Internet research*, 27, e69881. <https://doi.org/10.2196/69881>

Elgin, C. Y., & Elgin, C. (2024). Ethical implications of AI-driven clinical decision support systems on healthcare resource allocation: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *BMC Med Ethics*, 25(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01151-8>

Fiechter, V. & Meier, M. (1981). Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. 2. Aufl. Basel: Rocom, Editiones Roche.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley. [Online]. Verfügbar unter: <https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html> [Zugriff am: 28.Juni.2025].

Gil de Zúñiga, H., Goyanes, M. & Durotoye, T. (2024). A Scholarly Definition of Artificial Intelligence (AI): Advancing AI as a Conceptual Framework in Communication Research. *Political Communication*, 41(2), 317-334, <https://doi.org/10.1080/10584609.2023.2290497>

Hamedani, Z., Moradi, M., Kalroozi, F., Manafi Anari, A., Jalalifar, E., Ansari, A., Aski, B. H., Nezamzadeh, M., & Karim, B. (2023). Evaluation of acceptance, attitude, and knowledge towards artificial intelligence and its application from the point of view of physicians and nurses: A provincial survey study in Iran: A cross-sectional descriptive-analytical study. *Health Sci Rep*, 6(9), e1543. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1543>

Juraszovich, B., Rappold, E., Gyimesi, M. (2023). Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Kaplan, M., & Uçar, M. (2025). Attitudes of nurses toward artificial intelligence: A multicenter comparison. *Work*, 80(3), 1380-1386. <https://doi.org/10.1177/10519815241291668>

Keim-Malpass, J., & Moorman, L. P. (2021). Nursing and precision predictive analytics monitoring in the acute and intensive care setting: An emerging role for responding to COVID-19 and beyond. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100019>

Lambert, S.I., Madi, M., Sopka, S., Lenes, A., Stange, H., Buszello, C.-P. & Stephan, A., 2023. An integrative review on the acceptance of artificial intelligence among

healthcare professionals in hospitals. *npj Digital Medicine*, 6(1), p.111.
doi:10.1038/s41746-023-00852-5

Lam, T. Y. T., Hu, Y., Yi, Y., Schulz, P. J., Lwin, M. O., Kee, K. M., Goh, W. W. B., Cheung, M. F. K., Lee, H. S., Fan, A. S. H., Lam, P. P. Y., Lam, S. F., Zhou, L., Chen, Y., Li, F., Lau, Y., Wu, J. W., Chiu, H. M., Xu, H., & Sung, J. J. Y. (2025). A Model Predicting Artificial Intelligence Use by Gastroenterology Nurses in Clinical Practice: A Cross-Sectional Multicenter Survey. *J Gastroenterol Hepatol*.
<https://doi.org/10.1111/jgh.17042>

Lin, H. L., Liao, L. L., Wang, Y. N., & Chang, L. C. (2025). Attitude and utilization of ChatGPT among registered nurses: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev*, 72(2), e13012. <https://doi.org/10.1111/inr.13012>

Ma, A. C., Meng, Z., & Ding, X. (2021). Performance Review of Intelligent Guidance Robot at the Outpatient Clinic Setting. *Cureus*, 13(8), e16840.
<https://doi.org/10.7759/cureus.16840>

Oweidat, I. A., Alkhatib, M., M, A. L., Al Omar, S., Al-Rjoub, S., Alsaqer, K., Al-Mugheed, K., & Abdelaliem, S. M. F. (2025). Knowledge, attitudes, practices, and barriers of artificial intelligence as predictors of intent to stay among nurses: A cross-sectional study. *Digit Health*, 11, 20552076251336106.
<https://doi.org/10.1177/20552076251336106>

Peters, M.D.J., Marnie, C., Tricco, A.C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mcl-nerney, P., Godfrey, C.M. and Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB1 Evidence Synthesis*, 18(1), pp.2119-2126. [Online]. Verfügbar unter: https://vmc.medunigraz.at/moodle/plugin-file.php/207704/mod_resource/content/0/Peters_2020_updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.scoping%20reviews.pdf [Zugriff am 26. Juni 2025].

Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations*. 3rd ed. New York: Free Press. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/249008>. [Zugriff am: 30. Juni 2025].

Rony, M. K. K., Numan, S. M., Johra, F. T., Akter, K., Akter, F., Debnath, M., Mondal, S., Wahiduzzaman, M., Das, M., Ullah, M., Rahman, M. H., Das Bala, S., & Parvin, M. R. (2024). Perceptions and attitudes of nurse practitioners toward artificial intelligence adoption in health care. *Health Sci Rep*, 7(8), e70006. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70006>

Rony, M. K. K., Parvin, M. R., & Ferdousi, S. (2024). Advancing nursing practice with artificial intelligence: Enhancing preparedness for the future. *Nursing open*, 11(1), 10.1002/nop2.2070. <https://doi.org/10.1002/nop2.2070>

Sharif, L., Almadadi, R., Alahmari, A., Alqurashi, F., Alshafi, F., Qusti, S., Akash, W., Mahsoon, A., Poudel, D. B., Sharif, K., & Wright, R. (2025). Perceptions of mental health professionals towards artificial intelligence in mental healthcare: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*, 16, 1601456. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1601456>

Taie, E. S. & Ali, N. F. (2024). Artificial Intelligence in Nursing Practice: Challenges and Barriers. *Helwan International Journal for Nursing Research and Practice*, 3(7). <https://doi.org/10.21608/hijnrp.2024.292923.1169>

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B. & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), pp.425–478. Doi:10.2307/30036540. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/30036540>. [Zugriff am: 19. Juni 2025].

Vincent, J. L., & Creteur, J. (2017). The hospital of tomorrow in 10 points. *Critical care (London, England)*, 21(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1664-7>

Wang, J., Zhou, Y., Tan, K., Yu, Z., & Li, Y. (2025). Acceptance of artificial intelligence clinical assistant decision support system to prevent and control venous

thromboembolism among healthcare workers: an extend Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Model. *Front Med (Lausanne)*, 12, 1475577. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1475577>

Wang, X., Fei, F., Wei, J., Huang, M., Xiang, F., Tu, J., Wang, Y., & Gan, J. (2024). Knowledge and attitudes toward artificial intelligence in nursing among various categories of professionals in China: a cross-sectional study. *Front Public Health*, 12, 1433252. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1433252>

Zeng, Q., Huang, X., Zhu, J., Su, S., Hu, Y., & Zhang, X. (2025). Mechanisms of nurses' AI use intention formation in Sichuan, Yunnan, and Beijing, China: mediating effects of AI literacy via self-efficacy-to-attitude pathways. *Front Public Health*, 13, 1622802. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622802>

Zha, H., Liu, K., Tang, T., Yin, Y.-H., Dou, B., Jiang, L., Yan, H., Tian, X., Wang, R., & Xie, W. (2022). Acceptance of clinical decision support system to prevent venous thromboembolism among nurses: an extension of the UTAUT model. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01958-8>

Zhou, Q., Yang, L., Tang, Y., Yang, J., Zhou, W., Guan, W., Yan, L., & Liu, Y. (2025). The mediation of trust on artificial intelligence anxiety and continuous adoption of artificial intelligence technology among primacy nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 24(1), 724. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03406-0>

Zur sprachlichen Optimierung des Textes wurde folgendes Tool verwendet:

Name und Version: ChatGPT (GPT-5)

Anbieter: OpenAI

Datum: Juli 2025 – Jänner 2026

URL: <https://chat.openai.com>

7 Anhang

Anhang Tabelle 3: Suchstrang und Ergebnisse

PUBMED: ("Artificial Intelligence"[MeSH] OR "Artificial intelligence" OR AI OR "Machine Learning"[MeSH] OR "Machine learning" OR "Intelligent system*" OR "Decision Support Systems, Clinical"[MeSH] OR "clinical decision support system*") AND (Acceptance OR Perception OR Willingness OR Acceptability OR Agreement OR "Willingness to use" OR "Technology acceptance" OR "Behavioral intention" OR "User acceptance" OR "Attitude"[MeSH] OR Attitude) AND (Nurse OR "Nursing practice" OR "Nursing Process"[MeSH] OR "Nursing process" OR "Care practice" OR "Care process") AND (Hospital OR Clinic OR Ward OR "Acute hospital" OR "Acute care" OR "Inpatients"[MeSH] OR "Inpatient care" OR "Inpatient facility") → **1042 Ergebnisse**

CINAHL: (Artificial Intelligence (MH) OR "Artificial intelligence" OR AI OR Machine Learning (MH) OR "Machine learning" OR "Intelligent system*" OR Clinical Decision Support Systems (MH)) AND (Acceptance OR Perception OR Willingness OR Acceptability OR Agreement OR "Willingness to use" OR "Technology acceptance" OR "Behavioral intention" OR "User acceptance" OR Attitude (MH) OR Attitude) AND (Nurse OR Nursing Practice OR Nursing Process (MH) OR "Care practice" OR "Care process") AND (Hospital OR Clinic OR Ward OR "Acute hospital" OR "Acute care" OR Inpatients (MH) OR "Inpatient care" OR "Inpatient facility") → **204 Ergebnisse**

COCHRANE: ("Artificial intelligence" OR AI OR "Machine learning" OR "Intelligent system*" OR "clinical decision support system*") AND (Acceptance OR Perception OR Willingness OR Acceptability OR Agreement OR "Willingness to use" OR "Technology acceptance" OR "Behavioral intention" OR "User acceptance" OR Attitude) AND (Nurse OR "Nursing practice" OR "Nursing process" OR "Care practice" OR "Care process") AND (Hospital OR Clinic OR Ward OR "Acute hospital" OR "Acute care" OR "Inpatient care" OR "Inpatient facility") → **285 Ergebnisse (Filter: Trials)**

7.1 KI-Prompt

Anhang Tabelle 4: KI-Prompt

Chat GPT (OpenAI) Prompt
<u>26.05.2025</u> Fragestellung: „Erstelle mir bitte für die folgenden Keywords eine Liste mit Synonymen und verwandten Begriffen: Künstliche Intelligenz, Akzeptanz, Pflege(prozess) und Krankenhaus.“

7.2 Prisma ScR-Checkliste

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	I
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	III-VI
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	1-10
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	11-12
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	13-14
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	15
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	15-17
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	64
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	17
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	17
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	16
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	17



SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	17
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	19
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	21-28
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	/
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	30-34
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	35-46
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	47-48
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	55-56
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	48-54
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	/

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467-473. doi: 10.7326/M18-0850.



St. Michael's
Inspired Care.
Inspiring Science.

7.3 Refhunter Rechercheprotokoll

#Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche

Übersicht

Generelle Informationen zur Entwicklung der Suchstrategie	2
Forschungsfrage(n)	2
Ein- und Ausschlusskriterien	2
1 Festlegung des Rechercheprinzips	2
2 Festlegung der Suchkomponenten	3
3 Festlegung der zu durchsuchenden Datenbanken	3
4 Identifikation von Stichwörtern	3
5 Identifikation von Schlagwörtern	5
6 Entwicklung des Suchstrings	7
7 Überprüfung des Suchstrings	9
8 Durchführung der Recherche	12
9 Dokumentation der Recherche	13
9.1 Pubmed	13
9.2 Cinahl	13
9.3 Cochrane Library	14
10 Ergänzende Recherchemöglichkeiten	14

Nutzungsinformationen:

Das Rechercheprotokoll ist eine Beilage zu RefHunter. Es dient der systematischen und transparenten Entwicklung und Dokumentation einer Literaturrecherche. Der Aufbau orientiert sich an der Vorgehensweise, die in den zehn Rechterschritten von RefHunter beschrieben ist. Das Rechercheprotokoll steht zur kostenlosen Nutzung zur Verfügung (www.refhunter.org). **Blau-formatierte Inhalte** in diesem Rechercheprotokoll sind entsprechend der Rechercheinhalte zu ersetzen.

Zitiervorschlag:

Hirt, J., Nordhausen, T. (2022). Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche. In: Nordhausen, T., Hirt, J. RefHunter. Systematische Literaturrecherche. https://refhunter.org/research_support/rechercheprotokoll/ [Zugriff am: Datum]

Version 4.0
30. Juni 2022



www.refhunter.org | info@refhunter.org



Generelle Informationen zur Entwicklung der Suchstrategie

Name(n) der die Suchstrategie entwickelnden Person(en): Verena Korndon, BSc

Datum oder Zeitraum der Entwicklung: 04.03.2025

Forschungsfrage(n)

Notierung der Forschungsfrage(n): Welche Faktoren beeinflussen die Akzeptanz von Künstlicher Intelligenz im Pflegeprozess durch Pflegepersonen im Krankenhaus?

Ein- und Ausschlusskriterien

Notierung der Ein- und Ausschlusskriterien. Sofern eine Begründung für (einzelne) Ein- und Ausschlusskriterien notwendig erscheint, kann diese unter der Tabelle festgehalten werden.

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Domäne 1: Design(s)	QUALITATIVE STUDIENDESIGNS, QUANTITATIVE STUDIENDESIGNS, MIXED-METHODS	REVIEWS
Domäne 2: Studienpopulation	PFLEGEFACHPERSONEN (BERUFSGRUPPENÜBERGREIFENDE STUDIEN, SOFERN ERGEBNISSE VON PFLEGEPERSONAL SEPARAT ANALYSIERT WERDEN)	BERUFSGRUPPENÜBERGREIFENDE STUDIEN, OHNE DER EXPLIZITEN ANALYSE DER ERGEBNISSE VON PFLEGEPERSONAL
Domäne 3: Setting	KRANKENHAUS (STATIONÄR)	ANDERE AMBULANTE- UND/ODER NICHT STATIONÄRE EINRICHTUNGEN, LANGZEITPFLEGE, REHABILITATIONSZENTREN, OHNE DER EXPLIZITEN ANALYSE DER ERGEBNISSE VON PFLEGEPERSONAL IM STATIONÄREN KRANKENHAUSSETTING
Domäne 6: Sprache	DEUTSCH, ENGLISCH	ANDERE SPRACHEN

Begründung für (einzelne) Ein- und Ausschlusskriterien:

- Begründung anführen.
- Keine Begründung notwendig.

1 Festlegung des Rechercheprinzips

Begründung für (einzelne) Ein- und Ausschlusskriterien:

- Sensitives Rechercheprinzip
Ziel: Möglichst alle relevanten Treffer finden.
Ziel war es, einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen und theoretisch fundierte Einflussfaktoren zu erfassen.
- Spezifisches Rechercheprinzip
Ziel: Möglichst schnell die wichtigsten relevanten Treffer finden.
Begründung oder Ziel der Recherche anführen.
- Mischform (teilweise sensitiv bzw. spezifisch)
Ziel: Möglichst viele relevante Treffer mit einem optimierten Aufwandsverhältnis finden.
Begründung oder Ziel der Recherche anführen.

2 Festlegung der Suchkomponenten

Festlegung der Suchkomponenten aus der Forschungsfrage. Sofern eine Begründung für (einzelne) festgelegte oder nicht festgelegte Suchkomponenten notwendig erscheint, kann diese unter der Tabelle festgehalten werden.

Suchkomponente	Bezeichnung
Suchkomponente 1	KÜNSTLICHE INTELLIGENZ
Suchkomponente 2	AKZEPTANZ
Suchkomponente 3	PFLEGE(PROZESS)
Suchkomponente 4	KRANKENHAUS

Begründung für (einzelne) festgelegte oder nicht festgelegte Suchkomponenten:

- Begründung anführen.
 Keine Begründung notwendig.

3 Festlegung der zu durchsuchenden Datenbanken

Festlegung der zu durchsuchenden Datenbanken und ggf. die Suchmaschinen, mit der die Datenbanken durchsucht werden. Die Entscheidung kann mit einer Begründung für die Auswahl der jeweiligen Datenbank festgehalten werden.

Datenbank	Bezeichnung
	Begründung
Datenbank 1	PUBMED HOHE RELEVANZ FÜR MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE SOWIE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN
Datenbank 2	CINAHL HOHE RELEVANZ FÜR MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE SOWIE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN
Datenbank 3	COCHRANE HOHE RELEVANZ FÜR MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE SOWIE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN
Datenbank 4	HANDSUCHE GOOGLE SCHOLAR HOHE RELEVANZ FÜR MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE SOWIE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN

4 Identifikation von Stichwörtern

Identifikation der Stichwörter und deren Synonyme je Suchkomponente. Sofern eine Begründung für (einzelne) gewählte oder nicht gewählte Stichwörter notwendig erscheint, kann diese unter der Tabelle festgehalten werden.

Suchkomponenten	Stichwörter
Suchkomponente 1: Künstliche Intelligenz	ARTIFICIAL INTELLIGENCE AI MACHINE LEARNING INTELLIGENT SYSTEM* CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM*
Suchkomponente 2: Akzeptanz	ACCEPTANCE PERCEPTION WILLINGNESS ACCEPTABILITY PERCEPTION AGREEMENT WILLINGNESS TO USE TECHNOLOGY ACCEPTANCE BEHAVIORAL INTENTION USER ACCEPTANCE ATTITUDE
Suchkomponente 3: Pflege(prozess)	NURSE NURSING PRACTICE NURSING PROCESS CARE PRACTICE CARE PROCESS

Suchkomponenten	Stichwörter
Suchkomponente 4: Krankenhaus	HOSPITAL CLINIC WARD ACUTE HOSPITAL ACUTE CARE INPATIENT CARE INPATIENT FACILITY

Begründung für (einzelne) gewählte oder nicht gewählte Stichwörter:

- Begründung anführen.
- Keine Begründung notwendig.

5 Identifikation von Schlagwörtern

Identifikation der Schlagwörter für die im vorherigen Schritt festgelegten Stichwörter je Suchkomponente und Datenbank. Sofern eine Begründung für (einzelne) gewählte oder nicht gewählte Schlagwörter notwendig erscheint, kann diese unter der Tabelle festgehalten werden.

Stichwörter	Suchkomponenten	Schlagwörter: Pubmed	Schlagwörter: Cinahl	Schlagwörter: Cochrane
ARTIFICIAL INTELLIGENCE AI MACHINE LEARNING INTELLIGENT SYSTEM* CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM*	Suchkomponente 1: Technologie	"ARTIFICIAL INTELLIGENCE"[MESH] OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" AI "MACHINE LEARNING"[MESH] OR "MACHINE LEARNING" "INTELLIGENT SYSTEM**" "DECISION SUPPORT SYSTEMS, CLINICAL"[MESH] OR "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM**"	ARTIFICIAL INTELLIGENCE (MH) OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" AI MACHINE LEARNING (MH) OR "MACHINE LEARNING" "INTELLIGENT SYSTEM**" CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS (MH)	"ARTIFICIAL INTELLIGENCE" AI "MACHINE LEARNING" "INTELLIGENT SYSTEM**" "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM**"
ACCEPTANCE PERCEPTION WILLINGNESS ACCEPTABILITY AGREEMENT WILLINGNESS TO USE TECHNOLOGY ACCEPTANCE BEHAVIORAL INTENTION USER ACCEPTANCE ATTITUDE	Suchkomponente 2: Akzeptanz	ACCEPTANCE PERCEPTION WILLINGNESS ACCEPTABILITY AGREEMENT "WILLINGNESS TO USE" "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" "BEHAVIORAL INTENTION" "USER ACCEPTANCE" "ATTITUDE"[MESH] OR ATTITUDE	ACCEPTANCE PERCEPTION WILLINGNESS ACCEPTABILITY AGREEMENT "WILLINGNESS TO USE" "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" "BEHAVIORAL INTENTION" "USER ACCEPTANCE" ATTITUDE (MH) OR ATTITUDE	ACCEPTANCE PERCEPTION WILLINGNESS ACCEPTABILITY AGREEMENT "WILLINGNESS TO USE" "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" "BEHAVIORAL INTENTION" "USER ACCEPTANCE" ATTITUDE
NURSE NURSING PRACTICE NURSING PROCESS CARE PRACTICE	Suchkomponente 3: Pflegepersonal	NURSE "NURSING PRACTICE" "NURSING PROCESS"[MESH] OR "NURSING PROCESS"	NURSE NURSING PRACTICE NURSING PROCESS (MH) "CARE PRACTICE"	NURSE "NURSING PRACTICE" "NURSING PROCESS" "CARE PRACTICE"

Stichwörter	Suchkomponenten	Schlagwörter: Pubmed	Schlagwörter: Cinahl	Schlagwörter: Cochrane
CARE PROCESS		"CARE PRACTICE" "CARE PROCESS"	"CARE PROCESS"	"CARE PROCESS"
HOSPITAL CLINIC WARD ACUTE HOSPITAL ACUTE CARE INPATIENT CARE INPATIENT FACILITY	Suchkomponente 4: Setting	HOSPITAL CLINIC WARD "ACUTE HOSPITAL" "ACUTE CARE" "INPATIENTS"[MESH] OR "INPATIENT CARE" "INPATIENT FACILITY"	HOSPITAL CLINIC WARD "ACUTE HOSPITAL" ACUTE CARE INPATIENTS (MH) OR "INPATIENT CARE" "INPATIENT FACILITY"	HOSPITAL CLINIC WARD "ACUTE HOSPITAL" "ACUTE CARE" "INPATIENT CARE" "INPATIENT FACILITY"

Begründung für (einzelne) gewählte oder nicht gewählte Schlagwörter:

- Begründung anführen.
- Keine Begründung notwendig.

6 Entwicklung des Suchstrings

Kombination der in den vorherigen beiden Schritten identifizierten Stich- und Schlagwörter je Suchkomponente und Datenbank spaltenweise zu einem Suchstring. Definition Suchtechniken, bspw. Wildcards (bspw. Trunkierungen), Phrasensuche (bspw. Anführungszeichen) und Suchbefehle bzw. Suchfelder, in die der Suchstring eingefügt wird (Syntax). Sofern eine Begründung für (einzelnen) verwendeten oder nicht verwendeten Suchtechniken und/oder Suchbefehlen bzw. Suchfeldern notwendig erscheint, kann diese unter der Tabelle festgehalten werden.

Suchkomponente	Suchstring: Pubmed	Suchstring: Cinahl	Suchstring: Cochrane Library
Suchkomponente 1: Technologie	"ARTIFICIAL INTELLIGENCE"[MESH] OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR "MACHINE LEARNING"[MESH] OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM"" OR "DECISION SUPPORT SYSTEMS, CLINICAL"[MESH] OR "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM""	ARTIFICIAL INTELLIGENCE (MH) OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR MACHINE LEARNING (MH) OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM"" OR CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS (MH)	"ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM"" OR "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM""
	AND	AND	AND
Suchkomponente 2: Akzeptanz	ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR "ATTITUDE"[MESH] OR ATTITUDE	ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR ATTITUDE (MH) OR ATTITUDE	ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR ATTITUDE
	AND	AND	AND
Suchkomponente 3: Pflegepersonal	NURSE OR "NURSING PRACTICE" OR "NURSING PROCESS"[MESH] OR "NURSING PROCESS" OR	NURSE OR NURSING PRACTICE OR NURSING PROCESS (MH) OR "CARE PRACTICE" OR	NURSE OR "NURSING PRACTICE" OR "NURSING PROCESS" OR "CARE PRACTICE" OR

Suchkomponente	Suchstring: Pubmed	Suchstring: Cinahl	Suchstring: Cochrane Library
	"CARE PRACTICE" OR "CARE PROCESS"	"CARE PROCESS"	"CARE PROCESS"
	AND	AND	AND
Suchkomponente 4: Setting	HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR "INPATIENTS"[MESH] OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY"	HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR INPATIENTS (MH) OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY"	HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY" OR

Begründung für (einzelne) verwendete oder nicht verwendete Suchtechniken und/oder Stich- und Schlagwörter bzw. Suchfelder:

- [Begründung anführen.](#)
- Keine Begründung notwendig.

7 Überprüfung des Suchstrings

Der Suchstring wurde durch Supervisorinnen überprüft.

8 Durchführung der Recherche

Dokumentation der Suchfilter (bspw. in Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studiaauswahl), die bei der Recherche angewendet werden sowie Besonderheiten, die bei der Durchführung der Recherche in Datenbanken auftraten. Sofern eine Begründung für die Verwendung von Suchfiltern notwendig erscheint, kann diese hier festgehalten werden.

[Suchfilter \(mit Begründung\).](#)

[Besonderheiten.](#)

9 Dokumentation der Recherche

Dokumentation der datenbankspezifischen Suchstrings mit Angabe des Suchdatums und der Suchtreffer.

9.1 Pubmed

Suchdatum: 15.07.2025

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl
1	("ARTIFICIAL INTELLIGENCE"[MESH] OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR "MACHINE LEARNING"[MESH] OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM" OR "DECISION SUPPORT SYSTEMS, CLINICAL"[MESH] OR "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM")	1.574.969
2	(ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR "ATTITUDE"[MESH] OR ATTITUDE)	2.431.849
3	(NURSE OR "NURSING PRACTICE" OR "NURSING PROCESS"[MESH] OR "NURSING PROCESS" OR "CARE PRACTICE" OR "CARE PROCESS")	552.928
4	(HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR "INPATIENTS"[MESH] OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY")	12.687.081
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	1042

9.2 Cinahl

Suchdatum: 15.07.2025

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl
1	(ARTIFICIAL INTELLIGENCE (MH) OR "ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR MACHINE LEARNING (MH) OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM" OR CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS (MH))	62.651
2	(ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR ATTITUDE (MH) OR ATTITUDE)	707.224
3	(NURSE OR NURSING PRACTICE OR NURSING PROCESS (MH) OR "CARE PRACTICE" OR "CARE PROCESS")	678.976
4	(HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR INPATIENTS (MH) OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY")	775.130
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	204

9.3 Cochrane Library

Suchdatum: 15.07.2025

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl Trials
1	("ARTIFICIAL INTELLIGENCE" OR AI OR "MACHINE LEARNING" OR "INTELLIGENT SYSTEM" OR "CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM")	14.929
2	(ACCEPTANCE OR PERCEPTION OR WILLINGNESS OR ACCEPTABILITY OR AGREEMENT OR "WILLINGNESS TO USE" OR "TECHNOLOGY ACCEPTANCE" OR "BEHAVIORAL INTENTION" OR "USER ACCEPTANCE" OR ATTITUDE)	179.852
3	(NURSE OR "NURSING PRACTICE" OR "NURSING PROCESS" OR "CARE PRACTICE" OR "CARE PROCESS")	86.322
4	(HOSPITAL OR CLINIC OR WARD OR "ACUTE HOSPITAL" OR "ACUTE CARE" OR "INPATIENT CARE" OR "INPATIENT FACILITY")	1.229.690
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	285

10 Ergänzende Recherchemöglichkeiten

Vorwärtsgerichtete Zitationssuche

Suchdatum: 15. Juli 2025

Google Scholar

Anzahl der Runden: 8

Trefferanzahl: 2

Kontaktierung von Studienautorinnen und -autoren

Anmerkung: Die Autor:innen wurden im späteren Zeitpunkt zum Volltextscreenings über ResearchGate kontaktiert, um die Volltext Version der Studien zu erlangen. Die Autor:innen wurden am 28. August 2025 kontaktiert. Das Datum des Erhalts der jeweiligen Studien ist aus der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Autorin bzw. Autor	Datum	Relevante Treffer
Kaplan, M., & Ucar, M. (2025). Attitudes of nurses toward artificial intelligence: A multicenter comparison. <i>Work</i> , 80(3), 1380-1386. https://doi.org/10.1177/10519815241291668	28.08.2025	1
Sockolow, P. S., Børøsund, E., & Hellesø, R. (2024). Artificial Intelligence in Nursing: Perspectives from Norwegian Nurses. <i>Stud Health Technol Inform</i> , 315, 217-222. https://doi.org/10.3233/shtl240139	01.09.2025	1
Coşkun, A. B., Kenner, C., & Elmaoğlu, E. (2024). Neonatal Intensive Care Nurses' Perceptions of Artificial Intelligence: A Qualitative Study on Discharge Education and Family Counseling. <i>J Perinat Neonatal Nurs</i> . https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000904	04.09.2025	1