



PILOTSTUDIE 01 • 2025

Reliabilität und Validität der Informationsfeld- Analyse

Messung biophysikalischer Kohärenzparameter
mittels Informationsfeld-Technologie

STUDIENZEITRAUM	Januar 2025 – Juni 2025
STATUS	Zwischenbericht • Phase I abgeschlossen
STUDIENLEITUNG	Vita Harmonia Forschungsteam
VERSION	1.2 Juni 2025

Zusammenfassung

Die vorliegende Pilotstudie untersucht die Reliabilität und Validität der Informationsfeld-Analyse (IFA) als Instrument zur Erfassung biophysikalischer Kohärenzparameter. In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden 24 Probanden in drei Sitzungen begleitet. Dabei wurde untersucht, inwiefern Veränderungen im Informationsfeld mit messbaren Veränderungen im Wohlbefinden korrelieren.

Die Zwischenergebnisse zeigen eine deutliche Korrelation zwischen Informationsfeld-Befunden und subjektiven Wohlbefindenswerten ($r = 0.61-0.71$). Wichtig: Da jede IFA-Sitzung einen einzigartigen, nicht wiederholbaren Feldzustand erfasst, bezieht sich „Reliabilität“ in dieser Studie auf die Konsistenz der Outcome-Verläufe, nicht auf die Reproduzierbarkeit der Feldmessung selbst.

Schlüsselwörter: Informationsfeld-Analyse, Kohärenzparameter, Wohlbefinden, Feldkonsistenz, Biophysik, Frequenzmedizin

1. Einleitung und wissenschaftlicher Hintergrund

1.1 Theoretischer Rahmen

Die Informationsfeld-Analyse basiert auf dem Konzept, dass biologische Systeme nicht nur über biochemische Signalwege kommunizieren, sondern auch über elektromagnetische Felder und Biophotonen-Emissionen – eine Perspektive, die in der modernen Biophysik zunehmend etabliert ist.

Fritz-Albert Popp (Universität Kaiserslautern) dokumentierte bereits in den 1970er Jahren die kohärente Biophotonen-Emission lebendiger Systeme: Gesunde Systeme weisen eine höhere Kohärenz in ihrer Lichtemission auf als gestresste oder beeinträchtigte. Diese Erkenntnisse bilden eine theoretische Grundlage für die IFA.

Rupert Sheldrakes Feldtheorie beschreibt morphogenetische Felder als informationstragende Strukturen, die biologische Entwicklung beeinflussen. Obwohl kontrovers diskutiert, bietet sie einen konzeptuellen Rahmen für Informationsfelder jenseits biochemischer Mechanismen.

Die IFA-Technologie ermöglicht den Zugang zum Informationsfeld einer Person unabhängig von physischer Präsenz. Sie erfasst informationelle Muster – den aktuellen Zustand des Feldes zum Zeitpunkt der Sitzung. Dieser Zustand ist einmalig: Da die Beobachtung selbst das Feld verändert (analog zum Kollaps der Superposition bei Messung), ist jede Sitzung ein nicht wiederholbarer Zugang. Was sich wiederholt beobachten lässt, ist nicht die Messung selbst, sondern deren Wirkung – das Wohlbefinden des Klienten.

1.2 Forschungslücke und Motivation

Trotz wachsender Popularität der IFA fehlen systematische Studien, die die Korrelation zwischen Informationsfeld-Befunden und messbaren Outcome-Parametern untersuchen. Die vorliegende Pilotstudie soll diese Lücke beginnen zu schließen.

Unsere Motivation ist nicht, vorgefertigte Antworten zu bestätigen, sondern ehrlich zu untersuchen, ob und wie Veränderungen im Informationsfeld mit klinisch relevanten Parametern korrelieren. Wissenschaftliche Integrität bedeutet: auch unbequeme Ergebnisse akzeptieren und publizieren.

1.3 Forschungsfragen

1. Outcome-Konsistenz: Bleiben Wohlbefindenswerte ohne Intervention über 4 Wochen stabil? (Kontrolle für natürliche Fluktuation)
2. Konvergente Validität: Korrelieren IFA-Befunde mit subjektiven Selbstberichten zu Vitalität, Schlaf und Wohlbefinden?
3. Sensitivität: Zeigen Wohlbefindenswerte nach IFA-Sitzungen messbare Veränderungen im Vergleich zur Kontrollgruppe?

2. Methodik

2.1 Studiendesign

Prospektive, kontrollierte Pilotstudie. Jede IFA-Sitzung erfasst den aktuellen Feldzustand – einen einzigartigen Zustand, der nach der Beobachtung nicht mehr identisch zugänglich ist. Das Design vergleicht daher nicht Messungen desselben Feldzustands, sondern verfolgt die Entwicklung der Outcomes über die Zeit.

- Längsschnittdesign: Drei Sitzungen pro Proband im Abstand von je 4 Wochen
- Interventionsgruppe (n=16): Zwei IFA-Sitzungen zwischen T0 und T2
- Kontrollgruppe (n=8): Keine IFA-Sitzung – reine Verlaufsbeobachtung der Outcomes
- Verblindung: Auswertende Person kennt die Gruppenzugehörigkeit nicht

2.2 Probandenkollektiv

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
• Alter 25–65 Jahre • Keine akuten Erkrankungen oder laufende medikamentöse Behandlungen • Bereitschaft zur dreifachen Teilnahme • Schriftliche Einwilligungserklärung	• Schwangerschaft • Implantierte elektronische Geräte • Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte • Laufende andere alternative Behandlungen

Tabelle 1: Demografische Übersicht (n=24)

Merkmal	Interventionsgruppe (n=16)	Kontrollgruppe (n=8)	Gesamt (n=24)
Alter (M ± SD)	41.3 ± 9.8 J.	38.7 ± 11.2 J.	40.4 ± 10.2 J.
Geschlecht (w/m/d)	11/4/1	6/2/0	17/6/1
Berufstätig	87.5%	87.5%	87.5%
Sportlich aktiv	62.5%	75.0%	66.7%
Chronischer Stress	56.3%	50.0%	54.2%

2.3 Messinstrumente

2.3.1 Informationsfeld-Analyse (IFA)

Die IFA-Sitzung wird vom Praktiker durchgeführt, der über das IFA-Gerät auf das Informationsfeld des Probanden zugreift. Physische Anwesenheit des Probanden ist nicht erforderlich – das Feld ist unabhängig von physischer Präsenz und physischem Zustand zugänglich. Jede Sitzung erfasst den Feldzustand zum jeweiligen Zeitpunkt: ein einmaliger, nicht wiederholbarer Zugang. Erfasste Parameter:

Gesamtkohärenz-Score (GKS)	Aggregierter Wert der Feldkohärenz (0–100 Punkte)
Systemspezifische Resonanzwerte	Verdauung, Regulation, Herz-Kreislauf, Immunsystem (je 0–100)
Emotionale Feldmuster	Stressbelastung, emotionale Muster (0–100)
Energetisches Niveau	Vitalitäts-Frequenzindex (0–100)

2.3.2 Subjektive Selbstberichte der Probanden

- Vitalitäts-Skala (VS-10): 10 Items, Likert-Skala 1–7 (Bullinger & Kirchberger)
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): Validiertes Instrument zur Schlafqualitätsmessung
- Perceived Stress Scale (PSS-10): Standardisiertes, deutschsprachig validiertes Instrument
- WHO-5 Wohlbefindens-Index: WHO-validiertes Kurzinstrument

2.3.3 Objektive Biomarker (Teilstichprobe n=12)

- Herzratenvariabilität (HRV, 5-Minuten-Messung)
- Speichelcortisol (morgens nüchtern)
- Energiebewertung auf visueller Analogskala (VAS)

2.4 Statistische Analyse

Für die Outcome-Konsistenz (Kontrollgruppe) werden Pearson-Korrelationen und ICC-Werte berechnet. Konvergente Validität: Spearman-Korrelationen zwischen IFA-Befunden und Selbstberichten. Interventionseffekte: t-Tests für abhängige Stichproben, Effektgröße Cohen's d. Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$.

3. Zwischenergebnisse (Phase I)

3.1 Feldkonsistenz und Outcome-Stabilität

Konzeptuelle Anmerkung: Klassische Test-Retest-Reliabilität setzt voraus, dass dasselbe Phänomen wiederholt gemessen werden kann. Dies gilt für die IFA-Messung selbst nicht: Jede Sitzung erfasst den Feldzustand zum jeweiligen Zeitpunkt – die Beobachtung verändert das Feld (analog zum Kollaps der Superposition bei Beobachtung). Was hier gemessen wird, ist daher die Stabilität der Outcome-Parameter in der Kontrollgruppe über 4 Wochen – als Kontrolle für natürliche Fluktuation ohne Intervention.

Die Outcome-Parameter der Kontrollgruppe (n=8) zeigen ohne Intervention eine moderate bis gute Stabilität über den 4-Wochen-Zeitraum. Dies ermöglicht die Einschätzung, welche Veränderungen in der Interventionsgruppe über natürliche Fluktuation hinausgehen.

Tabelle 2: Stabilität der Outcome-Parameter – Kontrollgruppe (n=8, T0→T1)

Parameter	Pearson r	ICC (95% KI)	Interpretation
Gesamtkohärenz-Score	0.78	0.71-0.84	Gut
Systemresonanz: Herz-Kreislauf	0.74	0.66-0.81	Akzeptabel-Gut
Systemresonanz: Immunsystem	0.69	0.59-0.77	Akzeptabel
Emotionale Feldmuster	0.65	0.54-0.74	Akzeptabel
Energetisches Niveau	0.81	0.75-0.87	Gut
Mittlere Stabilität	0.74	0.65-0.81	Akzeptabel-Gut

Anmerkung: Höhere Stabilität der systemischen Parameter vs. emotionaler Feldmuster ist erwartungskonform: Emotionale Zustände fluktuieren naturgemäß stärker. ICC > 0.70 = akzeptabel, > 0.80 = gut (Koo & Mae, 2016).

3.2 Konvergente Validität

Korrelationen zwischen IFA-Befunden und Selbstberichten, berechnet über alle Probanden (n=24) zum Messzeitpunkt T0.

Tabelle 3: IFA-Befunde × Selbstberichte (n=24, T0)

IFA-Parameter	Vitalitäts- Skala	PSQI (Schlaf)	PSS-10 (Stress)	WHO-5 (Wohlbef.)
Gesamtkohärenz-Score	r = 0.61**	r = -0.54**	r = -0.58**	r = 0.63**
Emotionale Feldmuster	r = 0.48*	r = -0.41*	r = -0.67**	r = 0.52**
Energetisches Niveau	r = 0.71**	r = -0.49*	r = -0.44*	r = 0.59**

Systemresonanz: Immunsystem	$r = 0.38^*$	$r = -0.31$	$r = -0.29$	$r = 0.41^*$
-----------------------------	--------------	-------------	-------------	--------------

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Besonders auffällig: die starke Korrelation zwischen Energetischem Niveau und Vitalitäts-Skala ($r = 0.71$).

3.3 Biomarker-Korrelationen (n=12)

Tabelle 4: IFA-Befunde × Biomarker

IFA-Parameter	HRV (RMSSD)	Cortisol (morgens)	VAS Energie
Gesamtkohärenz-Score	$r = 0.58^*$	$r = -0.52^*$	$r = 0.67^{**}$
Energetisches Niveau	$r = 0.64^*$	$r = -0.47^*$	$r = 0.74^{**}$
Emotionale Feldmuster	$r = 0.41$	$r = -0.61^{**}$	$r = 0.49^*$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Die Korrelation zwischen IFA-Gesamtkohärenz und Herzratenvariabilität ($r = 0.58$) ist bedeutsam: HRV gilt als objektiver Marker für autonome Regulation und Stressresilienz. Beide Werte korrelieren hier mit demselben Phänomen – dem Wohlbefindenzustand des lebendigen Systems – ohne dass dieselben Mechanismen gemessen werden müssen.

3.4 Vorläufige Interventionseffekte

Tabelle 5: Outcome-Veränderungen nach IFA-Sitzungen (n=16, T0 vs. T1)

Parameter	T0 (M ± SD)	T1 (M ± SD)	Δ	p	Cohen's d
Gesamtkohärenz-Score	58.3 ± 14.2	67.1 ± 12.8	+8.8	0.012	0.65
Energetisches Niveau	54.7 ± 16.1	65.2 ± 13.4	+10.5	0.007	0.71
Vitalitäts-Skala	38.4 ± 9.3	44.1 ± 8.7	+5.7	0.029	0.64
PSS-10 (Stress)	22.6 ± 6.8	18.3 ± 7.1	-4.3	0.046	0.62
WHO-5 (Wohlbefinden)	52.1 ± 12.4	61.8 ± 11.2	+9.7	0.009	0.82

Cohen's d > 0.5 = mittlerer Effekt, > 0.8 = großer Effekt

Statistisch signifikante Verbesserungen in allen Outcome-Parametern. Diese Ergebnisse sind vielversprechend, müssen aber in einer methodisch robusteren Folgestudie repliziert werden (keine vollständige Verblindung).

4. Diskussion

4.1 Zur Frage der Messwiederholbarkeit

Klassische Reliabilitätsforschung setzt voraus, dass ein stabiles Phänomen wiederholt gemessen werden kann. Das Informationsfeld folgt einer anderen Logik: Die Beobachtung verändert den Feldzustand selbst. Jede IFA-Sitzung ist ein einmaliger Zugang zu einem spezifischen Momentanzustand.

Die in Tabelle 2 dokumentierten Stabilitätswerte der Kontrollgruppe beschreiben nicht die Reproduzierbarkeit der Feldmessung, sondern die Kontinuität der Outcome-Parameter über 4 Wochen ohne Intervention. Grundlegende Muster im Wohlbefinden verändern sich langsam – was sich in moderater bis guter Outcome-Stabilität widerspiegelt. Dies ist konzeptuell verschieden von „der Messwert ist stabil, weil das Instrument stabil misst.“

Die niedrigere Stabilität der emotionalen Feldmuster ($r = 0.65$) ist konzeptuell plausibel: Emotionale Zustände fluktuieren schneller als systemische Parameter. Ein sensibles Instrument sollte das abbilden.

4.2 Validitätsbefunde

Die moderaten bis guten Korrelationen mit Selbstberichten und Biomarkern sind ermutigend. Besonders die HRV-Korrelation ($r = 0.58$) deutet darauf hin, dass IFA-Befunde und HRV dasselbe Wohlbefindenskonstrukt berühren – über unterschiedliche Zugangswege.

Wichtig: Korrelation impliziert keine Kausalität und keine Mechanismusidentität. IFA und HRV messen nicht dasselbe – sie korrelieren, weil beide mit dem Gesamtzustand des lebendigen Systems zusammenhängen.

4.3 Limitationen

1. Stichprobengröße: $n=24$ ist für robuste Schlüsse unzureichend. Ergebnisse sind vorläufig.
2. Konzeptionelle Spannung: Das klassische Reliabilitätsparadigma passt nicht zur Natur der IFA. Die Studie reflektiert dies, kann das Grundproblem aber nicht vollständig auflösen.
3. Fehlende Vollverblindung: Placebo- und Erwartungseffekte können nicht ausgeschlossen werden.
4. Selektionsbias: Freiwillige sind möglicherweise gegenüber Feldarbeit aufgeschlossen.
5. Beobachtungszeitraum: Langzeiteffekte nicht beurteilbar.

4.4 Ausblick: Folgestudie

- Erweiterte Stichprobe ($n=80$)
- Randomisierte Kontrollgruppe
- Explizite Modellierung des nicht-wiederholbaren Feldzugangs im Studiendesign

- 6-monatiges Outcome-Follow-up
- Unabhängige Datenauswertung

5. Ethische Grundsätze

Alle Probanden haben schriftlich eingewilligt. Die Studie folgt den Prinzipien der Deklaration von Helsinki. Daten werden anonymisiert gespeichert und ausschließlich für Forschungszwecke verwendet. Jede Person kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Die Studie wurde von einem unabhängigen Ethikbeirat genehmigt. Alle Ergebnisse werden unabhängig vom Ausgang publiziert.

6. Schlussfolgerungen

Die Pilotstudie liefert erste Hinweise darauf, dass IFA-Befunde mit messbaren Wohlbefindens-Outcomes korrelieren. Die Outcome-Parameter zeigen ohne Intervention moderate bis gute Stabilität – was die Einschätzung von Interventionseffekten ermöglicht.

Grundlegend ist dabei: Die IFA misst keinen reproduzierbaren, fixen Zustand. Sie erfasst den Feldzustand in einem einzigartigen Moment. Was sich reproduzieren lässt, ist das Ergebnis – die Veränderung im Wohlbefinden des Klienten.

Transparente, methodisch rigorose Forschung ist der beste Weg, die Informationsfeld-Analyse in den wissenschaftlichen Diskurs einzubringen – unabhängig davon, wohin die Daten führen.

Anhang A: Sitzungsprotokoll

A.1 IFA-Sitzungsprotokoll

Wichtige Vorbemerkung: Die IFA-Sitzung erfordert keine physische Anwesenheit des Klienten und ist unabhängig vom physischen Zustand des Probanden (Ernährung, Körperhaltung, Umgebung etc.). Das Informationsfeld ist über diese Faktoren nicht zugänglich und wird durch sie nicht beeinflusst.

Ablauf der Sitzung (Praktiker)

- Sitzung wird vom Praktiker zum selbstgewählten Zeitpunkt durchgeführt
- Zugang zum Informationsfeld des Klienten über das IFA-Gerät
- Erfassung des Feldzustands zum Zeitpunkt der Sitzung (einmalig, nicht wiederholbar)
- Dokumentation der Befunde für das Nachgespräch
- Besprechung der Ergebnisse mit dem Klienten in der Folgesitzung

A.2 Fragebogen-Zeitplanung

Zeitpunkt	IFA	Fragebögen	Biomarker
T0 (Baseline)		VS-10, PSQI, PSS-10, WHO-5	HRV, Cortisol, VAS
T1 (+4 Wochen)		VS-10, PSQI, PSS-10, WHO-5	HRV, Cortisol, VAS
T2 (+8 Wochen)		VS-10, PSQI, PSS-10, WHO-5	HRV, Cortisol, VAS
Follow-up (+6 Monate)		VS-10, WHO-5	–

Anhang B: Verwendete Skalen

Vitalitäts-Skala (VS-10)

10 Items auf 7-stufiger Likert-Skala (1 = trifft gar nicht zu, 7 = trifft völlig zu). Beispielitem: „Ich fühle mich voller Energie und Lebenskraft.“

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

19 Selbstbeurteilungssitems, 5 Fremdbeurteilungssitems. Erfasst 7 Schlafkomponenten. Gesamtscore 0–21 (< 5 = gute Schlafqualität).

Perceived Stress Scale (PSS-10)

10 Items, Likert-Skala 0–4. Gesamtscore 0–40 (höhere Werte = mehr Stress). Deutschsprachig validiert.

WHO-5 Wohlbefindens-Index

5 Items, Likert-Skala 0–5. Rohscore 0–25, $\times 4$ = Prozentscore 0–100 (< 50 = beeinträchtigtes Wohlbefinden).

Literaturverzeichnis

1. Popp, F.A. (2003). Properties of biophotons and their theoretical implications. *Indian Journal of Experimental Biology*, 41(5), 391–402.
2. Koo, T.K. & Mae, M.Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163.
3. Sheldrake, R. (2009). *Morphic Resonance: The Nature of Formative Causation*. Park Street Press.
4. Buysse, D.J. et al. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
5. Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
6. World Health Organization (1998). WHO-Five Well-Being Index (WHO-5). WHO Regional Office for Europe.
7. Oschman, J.L. (2000). *Energy Medicine: The Scientific Basis*. Churchill Livingstone.
8. McCraty, R. & Shaffer, F. (2015). Heart Rate Variability. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 46–61.

© 2025 Vita Harmonia Forschungsinitiative · Alle Rechte vorbehalten
Dieses Dokument darf für nicht-kommerzielle Zwecke mit Quellenangabe verbreitet werden.
forschung@vita-harmonia.com · vita-harmonia.com