



DOSSIER · THERAPIE

Schröpfen

Diese Seite fasst die **Forschungslage zum Schröpfen** zusammen, einem traditionellen Therapieverfahren mit ausgewerteten Arbeiten. Die **kontrollierten Studien am Menschen** konzentrieren sich auf **Schmerzen des Bewegungsapparats**, doch die **methodische Qualität** bleibt heterogen. Die Datenlage ist breit, aber nicht immer belastbar.

641

STUDIEN
INSGESAMT

404

AM MENSCHEN

174

DAVON
KONTROLLIERT

1

AN TIEREN

4

IM LABOR

Zahlen aus der IHR-Studiendatenbank · Stand 2026-10-04

So lesen Sie dieses Dossier

BELEGT

am Menschen gemessen, mit
Vergleichsgruppe

PLAUSIBEL

gestützt durch Wirkmechanismus,
Tierversuch oder Beobachtung

VERMUTUNG

ein naheliegender Zusammenhang,
der noch geprüft werden muss

Schröpfen auf einen Blick

HERKUNFT:

Schröpfen ist ein manuelles Therapieverfahren, bei dem durch Unterdruck in Glas-, Bambus- oder Kunststoffglocken lokale Haut- und Gewebereize gesetzt werden.

STUDIENLAGE:

321 ausgewertete Arbeiten · 82 kontrollierte Studien am Menschen · 104 Beobachtungsstudien · 15 Übersichtsarbeiten · 0 Tierversuche · 0 Zellkulturarbeiten

STÄRKSTE BELEGE:

- **Bewegungsapparat:** (chronische Schmerzen) Kontrollierte Studien zeigen kurzfristige Schmerzreduktion bei chronischen Rückenschmerzen und Karpaltunnelsyndrom durch nasses Schröpfen. Effekte sind moderat und oft mit Placebo oder Standardtherapien vergleichbar, jedoch stehen Langzeitdaten und standardisierte Protokolle noch aus.
- **Sicherheit und Verträglichkeit:** Systematische Reviews und kontrollierte Studien bestätigen die gute Verträglichkeit von Schröpfen mit überwiegend milden Nebenwirkungen wie Hämatomen und Hautirritationen. Schwere Komplikationen sind selten, aber bei unsachgemäßer Anwendung möglich.
- **Erschöpfung und Stress:** (Fibromyalgie, Insomnie) Einige kontrollierte Studien deuten auf mögliche Effekte bei Fibromyalgie und Insomnie hin, jedoch sind die Ergebnisse oft nicht von Placebo-Effekten zu unterscheiden.
- **Entzündungsgeschehen:** Studien zur Kombination von Schröpfen mit Laserakupunktur zeigen kurzfristige Schmerzreduktion und mögliche entzündungshemmende Effekte bei chronischen Rückenschmerzen. Die Wirkung von Schröpfen allein auf Entzündungsgeschehen steht noch aus.
- **Herz und Kreislauf:** (Hypertonie) Einzelne kontrollierte Studien zeigen kurzfristige Blutdrucksenkung, jedoch sind die Ergebnisse inkonsistent und methodisch schwach. Systematische Reviews finden keine belastbaren Empfehlungen.

GRENZEN:

- Die methodische Qualität der Studien ist heterogen, mit häufig kleinen Stichproben, fehlender Verblindung und geringer Placebo-Kontrolle. Die Vergleichbarkeit wird durch unterschiedliche Anwendungsprotokolle erschwert.
- Die Datenlage zu Anwendungsgebieten wie Kopfschmerzen, Hauterkrankungen und viralen Infekten steht noch aus oder ist widersprüchlich. Langzeitstudien und standardisierte Biomarker sind noch zu klären.
- Viele Studien wurden in spezifischen Populationen (z. B. Sportler, Fibromyalgie-Patienten) durchgeführt, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

EINORDNUNG:

Schröpfen ist ein traditionelles manuelles Therapieverfahren mit heterogener Evidenz, das vor allem bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats kurzfristige Effekte zeigte, jedoch oft mit Placebo-Effekten vergleichbar ist und weiterer Standardisierung bedarf. Als nächstes ist zu klären, ob standardisierte Protokolle die Wirksamkeit verbessern.

1. Was Schröpfen ist

Schröpfen ist ein **manuelles Therapieverfahren**, bei dem durch Unterdruck in Glas-, Bambus- oder Kunststoffglocken lokale **Haut- und Gewebereize** gesetzt werden. Es wird zwischen **trockenem Schröpfen** (nur Unterdruck), **blutigem Schröpfen** (mit Hautritzungen) und **beweglichem Schröpfen** (Massage mit Unterdruck) unterschieden. Die Methode stammt aus der **traditionellen Medizin** verschiedener Kulturen, darunter die **chinesische, arabische und europäische Heilkunde**, und wird seit Jahrhunderten zur Behandlung von **Schmerzzuständen, Entzündungen und funktionellen Störungen** eingesetzt.

Der für die **Studienlage entscheidende Punkt** ist die **Vielfalt der Anwendungsformen** und die **Schwierigkeit der Standardisierung**. Schröpfen wird in **unterschiedlichen Techniken, Druckstärken, Anwendungsdauern und Körperregionen** durchgeführt, was die **Vergleichbarkeit von Studien** erschwert. Zudem fehlt oft eine **klare Abgrenzung zu Placebo-Kontrollen**, da der **sensorische Reiz** (Druck, Wärme, Hautrötung) schwer zu simulieren ist. Die **Messung der Effekte** erfolgt meist über **subjektive Parameter** wie Schmerzskaleten oder Lebensqualität, seltener über **objektive Marker** wie Entzündungswerte oder Beweglichkeit.

2. Was die Studien im Einzelnen zeigen

Die tragenden Arbeiten am Menschen und die wichtigsten Übersichten — nach Anwendungsgebiet, mit Population, Dauer, Zubereitung, Messgröße und Ergebnis, so wie die Originalarbeiten es berichten. Zahlen stehen nur dort, wo die Arbeit sie nennt.

Verteilung der **kontrollierten Studien am Menschen** nach Anwendungsgebiet — die Zahlen sind nicht addierbar, da eine Arbeit mehreren Gebieten zugeordnet sein kann:

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Bewegungsapparat	34
Sicherheit und Verträglichkeit	25
Erschöpfung und Stress	13
Haut	9

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Entzündungsgeschehen	8
Knochen und Gelenke	7
Virale Infekte	7
Herz und Kreislauf	5

Bewegungsapparat

Eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit 98 Patienten (17–68 Jahre) mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen untersuchte die Wirksamkeit von **nassem Schröpfen** (wet-cupping) über drei Sitzungen im Abstand von drei Tagen (Tag 0, 3, 6) im Vergleich zur Standardbehandlung. Die Effekte waren gegenüber der Kontrollgruppe deutlich, allerdings fehlte eine Placebo-Kontrolle, und die Nachbeobachtung war auf drei Monate begrenzt ².

Bei **Karpaltunnelsyndrom** (CTS) wurde in einer RCT mit 52 Patienten (Durchschnittsalter 58,5 ± 8,0 Jahre) eine einzelne Anwendung von nassem Schröpfen mit lokaler Wärmeanwendung verglichen. Nach sieben Tagen reduzierte sich die Schmerzintensität (VAS) in der Schröpfgruppe von 61,5 ± 20,5 mm auf 24,6 ± 22,7 mm, während die Kontrollgruppe nur eine Reduktion von 67,1 ± 20,2 mm auf 51,7 ± 23,9 mm zeigte (Gruppendifferenz: -24,5 mm; 95 % KI: -36,1 bis -2,9, p < 0,001). Die Studie deutet auf eine kurzfristige Wirksamkeit hin, jedoch fehlen Langzeitdaten und eine Verblindung ³.

Lediglich in den sekundären Endpunkten **Wohlbefinden** (gemessen via Fragebogen) und **Druckschmerzschwellen** (als Messwert für Druckempfindlichkeit) zeigte sich ein Vorteil für das Schröpfen. Die Studie vergleicht Schröpfen mit einer etablierten Entspannungstechnik und stellt fest, dass es nicht überlegen ist, jedoch gut verträglich und einfach anwendbar ⁵.

Eine Pilot-RCT mit 32 Patienten (21 in der Schröpfgruppe, 11 in der Wartelistenkontrolle) untersuchte nasses Schröpfen bei **chronischen unspezifischen Rückenschmerzen** (PNSLBP). Die Behandlung erfolgte sechsmal innerhalb von zwei Wochen an den Akupunkturpunkten BL23, BL24 oder BL25. Die Studie deutet auf eine kurzfristige Wirksamkeit hin, ist jedoch durch die kleine Stichprobe und fehlende Verblindung limitiert ⁶.

Eine dreiarmlige RCT mit 110 Patienten mit **chronischen Rückenschmerzen** verglich **pulsierendes trockenes Schröpfen** (8 Sitzungen) und **minimales Schröpfen** (Placebo-ähnlich) mit einer Kontrollgruppe (Paracetamol bei Bedarf). Nach vier Wochen zeigte die pulsierende Schröpfgruppe eine signifikante Schmerzreduktion (VAS) gegenüber der Kontrollgruppe (Differenz: 21,2 mm; 95 % KI: 12,2 bis 30,1, p < 0,001), während das minimale Schröpfen ebenfalls wirksamer war als die Kontrolle (Differenz: 15,7 mm; 95 % KI: 6,9 bis 24,4, p = 0,001). Nach 12 Wochen blieb der Effekt für das pulsierende Schröpfen erhalten (Differenz: 15,1 mm; 95 % KI: 3,1 bis 27,1, p = 0,014). Die Studie legt nahe, dass selbst minimale Schröpfanwendungen kurzfristig wirksam sein können, jedoch fehlen Langzeitdaten und eine klare Differenzierung der Wirkmechanismen ⁹.

VERMUTUNG Einige kontrollierte Studien deuten darauf hin, dass Schröpfen – insbesondere nasses Schröpfen – bei **chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats** kurzfristig wirksam sein könnte. Die Effekte sind jedoch oft moderat und mit Placebo- oder Standardtherapien vergleichbar. Die Heterogenität der Anwendungsprotokolle (Häufigkeit, Dauer, Schröpftechnik) erschwert eine allgemeingültige Aussage. **Fehlend:** Langzeitstudien mit standardisierten Protokollen, Vergleiche mit etablierten Therapien (z. B. Physiotherapie) und eine Klärung der Wirkmechanismen.

Kopfschmerzen und Migräne

Eine Beobachtungsstudie mit 70 Patienten mit **chronischen Spannungskopfschmerzen oder Migräne** untersuchte die Wirksamkeit von nassem Schröpfen. Nach drei Monaten reduzierte sich die **Kopfschmerzintensität** um 66 % gegenüber dem Ausgangswert, und die Anzahl der Kopfschmerztage pro Monat sank um durchschnittlich 12,6 Tage. Die Studie deutet auf klinisch relevante Effekte hin, ist jedoch durch das Fehlen einer Kontrollgruppe und die subjektive Erfolgsbewertung limitiert. Mögliche Mechanismen (z. B. lokale Durchblutungsförderung, Entzündungshemmung) bleiben spekulativ.

VERMUTUNG Schröpfen könnte bei **Kopfschmerzen** eine vielversprechende ergänzende Therapieoption darstellen, insbesondere wenn konventionelle Ansätze nicht ausreichend wirken. Die vorhandenen Beobachtungsstudien liefern erste Hinweise, doch es fehlen RCTs mit Placebo-Kontrolle sowie standardisierte Anwendungsprotokolle. **Fehlend:** Kontrollierte Studien mit klaren Diagnosekriterien, längeren Nachbeobachtungszeiten und einer Untersuchung der Wirkmechanismen.

Erschöpfung und Stress

Eine RCT mit 141 Patienten (139 Frauen, Durchschnittsalter 55,8 ± 9,1 Jahre) mit **Fibromyalgiesyndrom** verglich Schröpfen (fünf Sitzungen über zwei Wochen) mit Scheinschröpfen und Standardbehandlung. Nach 18 Tagen zeigte die Schröpfgruppe eine signifikante Schmerzreduktion gegenüber der Standardbehandlung (VAS-Differenz: -12,4 mm; 95 % KI: -18,9 bis -5,9, p < 0,001), jedoch keinen Unterschied zum Scheinschröpfen (Differenz: -3,0 mm; 95 % KI: -9,9 bis 3,9, p = 0,396). Die Lebensqualität verbesserte sich nur gegenüber der Standardbehandlung. Die Studie liefert einen Hinweis, dass Schröpfen bei Fibromyalgie nicht wirksamer ist als eine Placebo-Intervention ⁷.

In einer RCT mit 67 Patienten mit **primärer Insomnie** wurde Schröpfen (vier Wochen lang) mit Benzodiazepinen und einer Wartelistenkontrolle verglichen. Beide Behandlungsgruppen zeigten eine signifikante Reduktion des **Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)** gegenüber der Kontrolle, ohne Unterschiede zwischen Schröpfen und Benzodiazepinen. Bildgebende Verfahren (fMRT) wiesen auf präklinische Veränderungen hin, darunter eine Zunahme des **Grauvolumens im rechten Hippocampus** und eine verstärkte funktionelle Konnektivität zwischen Hippocampus und präfrontalem Kortex. Die klinische Relevanz dieser strukturellen und funktionellen Befunde ist nicht untersucht. Die Studie ist durch die kleine Stichprobe und fehlende Langzeitdaten limitiert.

VERMUTUNG Schröpfen könnte bei **stressassoziierten Beschwerden** wie Insomnie oder Fibromyalgie über Placebo-Effekte hinaus wirken, möglicherweise durch Modulation des autonomen Nervensystems oder Entzündungsprozesse. Die vorliegenden kontrollierten Studien zeigen jedoch inkonsistente Ergebnisse, und die Effekte sind oft nicht von Placebo zu unterscheiden. **Fehlend:** Studien mit größeren Stichproben, längeren Nachbeobachtungszeiten und einer Untersuchung der psychoneuroimmunologischen Mechanismen.

Entzündungsgeschehen

Eine RCT mit Patienten mit **chronischen unspezifischen Rückenschmerzen** untersuchte die Kombination von **Laserakupunktur und Schröpfen** (fünf Tage lang an den Punkten BL40 und Ashi). Die Kombinationsgruppe zeigte eine signifikante Reduktion der **Schmerzintensität (VAS)** an Tag 4 und 5 gegenüber der Kontrollgruppe (Scheinlaser + Schröpfen). Zusätzlich sanken die **Plasmacortisolspiegel** in beiden Gruppen, jedoch ohne signifikante Gruppendifferenz. Die Studie deutet auf einen möglichen zusätzlichen Effekt der Laserakupunktur beim Schröpfen hin, erlaubt jedoch keine Aussage zur Wirkung von Schröpfen allein. Sie ist durch die kurze Behandlungsdauer und fehlende Langzeitdaten limitiert.

Eine Beobachtungsstudie mit 31 gesunden Probanden untersuchte die Auswirkungen von nassem Schröpfen auf **oxidativen Stress**. Im Schröpfblut fanden sich höhere Konzentrationen von **Malondialdehyd** und **Stickstoffmonoxid** sowie eine erhöhte Aktivität der **Myeloperoxidase** und eine reduzierte Aktivität der **Superoxiddismutase** im Vergleich zum venösen Blut. Die Studie zeigte Unterschiede bei Markern für oxidativen Stress im Schröpfblut und im venösen Blut; eine Entfernung prooxidativer Substanzen aus dem Gewebe wurde nicht untersucht. Die klinische Relevanz dieser Befunde ist nicht untersucht ²¹.

VERMUTUNG Schröpfen könnte über eine **Modulation von Entzündungsmediatoren** und oxidativem Stress wirken, insbesondere bei chronischen Schmerzzuständen. Kontrollierte Studien mit standardisierten Biomarkern stehen noch aus. **Fehlend:** Längere Nachbeobachtungszeiten und eine Untersuchung der systemischen Effekte.

Herz und Kreislauf

Nach vier Wochen zeigte die Schröpfgruppe eine signifikante Reduktion des **systolischen Blutdrucks** um 8,4 mmHg gegenüber der Kontrollgruppe (p = 0,046). Nach acht Wochen war dieser Effekt jedoch nicht mehr nachweisbar.

Ein systematisches Review mit Metaanalyse von sieben RCTs zu nassem Schröpfen bei Hypertonie fand **inkonsistente Ergebnisse**. Einige Studien zeigten eine signifikante Blutdrucksenkung gegenüber Antihypertensiva, während andere keine Unterschiede aufwiesen. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien war gering, und die Heterogenität der Protokolle hoch. Die Autoren schlussfolgern, dass keine belastbaren Empfehlungen möglich sind ²⁵.

VERMUTUNG Schröpfen könnte bei **Hypertonie** kurzfristig wirksam sein, möglicherweise durch eine Verbesserung der Mikrozirkulation oder eine Modulation des autonomen Nervensystems. Kontrollierte Studien mit längeren Nachbeobachtungszeiten stehen noch aus. **Fehlend:** RCTs mit standardisierten Protokollen, größeren Stichproben und einer Untersuchung der Langzeiteffekte.

Hauterkrankungen

Eine Studie mit 34 gesunden Probanden untersuchte die **Hautdurchblutung** nach Schröpfen mit drei verschiedenen Cup-Größen (35, 40, 45 mm Durchmesser) und einem Unterdruck von 300 mmHg für fünf Minuten. Mittels **Laser-Doppler-Flussmessung** und Wavelet-Analyse zeigte sich eine Zunahme der **metabolischen Kontrolle** der Hautdurchblutung, insbesondere bei der größten Cup-Größe (45 mm). Die Studie deutet auf lokale vaskuläre Effekte hin, jedoch ohne klinische Endpunkte oder Langzeitdaten ²³.

VERMUTUNG Schröpfen könnte bei **hautassoziierten Erkrankungen** (z. B. Psoriasis, Urtikaria) über eine lokale Durchblutungsförderung oder Immunmodulation wirken. Kontrollierte Studien zu diesem Anwendungsbereich stehen jedoch noch aus. **Fehlend:** RCTs mit klaren Diagnosekriterien, standardisierten Protokollen und einer Untersuchung der Wirkmechanismen.

Sicherheit und Verträglichkeit

Eine RCT mit 50 Patienten (52,6 ± 10,3 Jahre, 92 % weiblich) mit **chronischen Nackenschmerzen** verglich Schröpfmassage (fünf Sitzungen über drei Wochen) mit einer Wartelistenkontrolle. Die Schröpfgruppe zeigte eine signifikante Reduktion der **Schmerzintensität (VAS)** um 14,3 mm (95 % KI: -27,7 bis -1,0, p = 0,037) sowie Verbesserungen in **Schmerz bei Bewegung**, **funktioneller Beeinträchtigung** und **Lebensqualität**. Nebenwirkungen waren mild und umfassten vorübergehende Hämatome oder Hautirritationen. Die Studie liefert einen Hinweis auf die **gute Verträglichkeit** von Schröpfen, ist jedoch durch die fehlende Verblindung limitiert ⁸.

Ein systematisches Review von 11 RCTs mit 498 **Amateur- und Profisportlern** fand keine schweren Nebenwirkungen von Schröpfen. Häufige leichte Nebenwirkungen waren **Hämatome** (bis zu 70 % der Fälle), **Hautirritationen** und vorübergehende Schmerzen. Die Studien berichteten inkonsistente Effekte auf Leistungsparameter, jedoch eine mögliche Verbesserung der **Regeneration** und **Schmerzreduktion**. Die methodische Qualität der Studien war gering ¹⁰.

Eine Studie mit 34 gesunden Probanden entwickelte und validierte ein **Scheinschröpfgerät** zur Placebo-Kontrolle. Die Teilnehmer konnten nicht zuverlässig zwischen echtem und Scheinschröpfen unterscheiden, und die Nebenwirkungen (z. B. Hämatome) waren in beiden Gruppen ähnlich. Die Studie legt nahe, dass Scheinschröpfen eine glaubwürdige Placebo-Intervention darstellt, jedoch fehlen Daten zur Anwendung in klinischen Studien ²².

VERMUTUNG Schröpfen zeigt in kontrollierten Studien überwiegend milde und vorübergehende Nebenwirkungen. Schwere Komplikationen (z. B. Infektionen, Narbenbildung) sind selten, können jedoch bei unsachgemäßer Anwendung auftreten. **Fehlend:** Systematische Erhebungen zu Nebenwirkungen in großen Kohorten sowie standardisierte Sicherheitsprotokolle für die Praxis.

Weitere Untersuchungen

Eine Reanalyse von vier RCTs mit 200 Patienten mit **chronischen unspezifischen Nackenschmerzen** untersuchte die **minimalen klinisch relevanten Unterschiede (MCID)** und **substanziellen klinischen Vorteile (SCB)** nach Schröpftherapie. Die MCIDs wurden wie folgt bestimmt: **-8 mm (-21 %) für VAS**, **-3 Punkte (-10,2 %) für NDI**, **+10 Punkte für SF-36 Bodily Pain** und **+5 Punkte für SF-36 PCS**. Die Studie liefert wichtige Referenzwerte für die Interpretation klinischer Effekte, ist jedoch durch die Heterogenität der eingeschlossenen Studien limitiert ¹.

Ein systematisches Review von 33 Studien (8 zu manueller Therapie, 23 zu Dry Needling, 2 zu trockenem Schröpfen) verglich die Wirksamkeit verschiedener Verfahren bei **myofaszialen Schmerzen und Triggerpunkten**. Die beiden eingeschlossenen Studien zu Schröpfen zeigten **kurzfristige Schmerzreduktionen**, jedoch war die Datenlage für eine Metaanalyse noch nicht ausreichend. Die Autoren schlussfolgern, dass die Evidenz **für Schröpfen innerhalb dieser Übersicht, die viele Therapieformen umfasst, sehr gering** ist und weitere RCTs erforderlich sind ²⁴.

Ein systematisches Review mit Metaanalyse von sechs RCTs zu Schröpfen bei **chronischen Rückenschmerzen** fand signifikante Verbesserungen in der **Schmerzintensität (VAS)** (SMD: -0,73; 95 % KI: -1,42 bis -0,04, $p = 0,04$) und im **ODI** (SMD: -3,64; 95 % KI: -5,85 bis -1,42, $p = 0,001$). Die methodische Qualität der Studien war jedoch gering, und die Heterogenität hoch. Die Autoren betonen die Notwendigkeit hochwertigerer Studien ¹¹.

Es fanden sich **keine signifikanten Unterschiede** in der Schmerzintensität (VAS) oder anderen Endpunkten (z. B. Lebensqualität, psychische Symptome). Die Studie legt nahe, dass trockenes Schröpfen **nicht wirksamer ist als Placebo**, ist jedoch durch die kurze Nachbeobachtungszeit limitiert ¹⁴.

VERMUTUNG Die Evidenz zu Schröpfen ist **heterogen und oft von geringer methodischer Qualität**. Während einige kontrollierte Studien kurzfristige Effekte bei Schmerzen zeigen, stehen konsistente Langzeitdaten und klare Wirkmechanismen noch aus. **Noch zu klären:** Hochwertige RCTs mit standardisierten Protokollen, Placebo-Kontrollen und längeren Nachbeobachtungszeiten.

Gesamtbild

Die vorliegenden Studien deuten darauf hin, dass **Schröpfen** – insbesondere in der nassen Variante – bei **chronischen Schmerzzuständen des Bewegungsapparats** (z. B. Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Karpaltunnelsyndrom) und **Kopfschmerzen** kurzfristig wirksam sein könnte. Einige Studien zeigen Hinweise auf **entzündungshemmende** oder **durchblutungsfördernde** Wirkmechanismen, jedoch fehlen belastbare Daten zu Langzeiteffekten und systemischen Auswirkungen. Die **Sicherheit** von Schröpfen ist gut dokumentiert, mit überwiegend milden Nebenwirkungen wie Hämatomen oder Hautirritationen.

Die **Forschungslage steht in vielen Bereichen noch aus**, insbesondere bei **Erschöpfungssyndromen, Hauterkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischen Schmerzen**. Systematische Reviews betonen häufig die **methodischen Herausforderungen** der Primärstudien, darunter die hohe Heterogenität der Anwendungsprotokolle und das Fehlen von Placebo-Kontrollen. **Prüfbare Fragen:** Hochwertige RCTs mit standardisierten Protokollen, längeren Nachbeobachtungszeiten und einer Untersuchung der Wirkmechanismen auf neurobiologischer und immunologischer Ebene.

Methodik der Studienlage

Die hier näher betrachteten Studien umfassen ein breites Spektrum an

DESIGNS

, darunter RCTs ($n = 18$), Beobachtungsstudien ($n = 5$), systematische Reviews ($n = 6$) und Metaanalysen ($n = 3$). Die **Studiendauer** variierte stark: von Einzelanwendungen (z. B. bei Karpaltunnelsyndrom) bis zu 12-wöchigen Interventionen (z. B. bei Nackenschmerzen). Typische **Endpunkte** waren Schmerzintensität (VAS, NRS), funktionelle Beeinträchtigung (ODI, DASH), Lebensqualität (SF-36) und Biomarker (z. B. Cortisol, oxidative Stressparameter). **Systematische Mängel** umfassen: 1) **Fehlende Verblindung** (nur wenige Studien nutzten Scheinschröpfen als Placebo), 2) **Kleine Stichproben** (meist < 100 Teilnehmer), 3) **Kurze Nachbeobachtungszeiten** (meist < 3 Monate), 4) **Heterogene Protokolle** (Schröpftechnik, Häufigkeit, Dauer), 5) **Fehlende Standardisierung** der Kontrollinterventionen. **Fehlend:** Multizentrische RCTs mit ausreichender Power, längeren Follow-ups und einer Untersuchung der Dosis-Wirkungs-Beziehung.

Schröpfen: Wirkt es über Placebo hinaus?

Die

FRAGE NACH DER SPEZIFISCHEN WIRKUNG

des Schröpfens **jenseits des Placebo-Effekts** ist zentral, aber **nicht abschließend geklärt**. Kontrollierte Studien zeigen häufig **positive Effekte auf Schmerz und Lebensqualität**, doch die **fehlende Verblindung** und die **Schwierigkeit einer Placebo-Kontrolle** schränken die **Aussagekraft** ein. Systematische Reviews betonen, dass **Schröpfen zwar kurzfristige Schmerzlinderung bewirken kann, aber keine überlegene Wirkung gegenüber Standardtherapien** (z. B. Physiotherapie, Medikation) nachgewiesen ist. Zudem fehlen **Langzeitdaten**, die eine **nachhaltige Wirkung** belegen.

Ein

WEITERES PROBLEM

ist die **mangelnde Standardisierung der Methode**. **Unterschiedliche Techniken** (trocken, blutig, beweglich), **Anwendungsdauern** und **Körperregionen** führen zu **inkonsistenten Ergebnissen**. Metaanalysen versuchen zwar, **Effektstärken** zu berechnen, doch die **Heterogenität der Studien** macht **verallgemeinerbare Aussagen** schwierig. **Grundlagenforschung** liefert **Hinweise auf lokale Effekte wie Durchblutungssteigerung oder Immunmodulation**, doch der **Zusammenhang mit klinischen Outcomes** bleibt **unklar**. Die **Datenlage** ist somit **breit, aber nicht tief genug**, um **kausale Wirkmechanismen** zu bestätigen.

3. Wie belastbar die Forschung ist

Die **Forschung zum Schröpfen** umfasst Arbeiten am Menschen, davon kontrollierte Studien. Ein Teil der Untersuchungen befasst sich mit **Schmerzen des Bewegungsapparats** (z. B. Nacken-, Rücken- oder Kniebeschmerzen), gefolgt von **Sicherheitsaspekten, Erschöpfungssyndromen und Hauterkrankungen**. Systematische Reviews und Metaanalysen dominieren die **höher zitierten Arbeiten**, während **Grundlagenstudien oft mechanistische Hypothesen** (z. B. Durchblutungsförderung, Immunmodulation) untersuchen. Die **Anwendungsgebiete** sind breit gestreut, doch die **Evidenz** ist in vielen Bereichen **begrenzt oder widersprüchlich**.

Die **methodische Qualität** der Studien ist **heterogen**. Stärken liegen in der **Verwendung randomisierter kontrollierter Designs in einem Teil der kontrollierten Arbeiten** und der **Fokussierung auf klinisch relevante Endpunkte** wie Schmerz oder Funktionsfähigkeit. **Schwächen** zeigen sich in der **geringen Placebo-Kontrolle**, der **häufig kleinen Stichprobengröße** und der **mangelnden Verblindung** – ein Problem, das bei **manuellen Therapien** generell auftritt. Systematische Reviews weisen zudem auf **Publikationsbias** hin, da **positive Ergebnisse** häufiger veröffentlicht werden. Die **Übertragbarkeit** der Ergebnisse ist oft **eingeschränkt**, da viele Studien in **spezifischen Populationen** (z. B. Sportler, Patienten mit Fibromyalgie) durchgeführt wurden.

4. Was häufig behauptet wird — und was die Daten hergeben

AUSSAGE	STUDIENLAGE
Schröpfen hilft bei chronischen Rückenschmerzen.	Kontrollierte Studien zeigen kurzfristige Schmerzlinderung, doch die Evidenz ist begrenzt. Systematische Reviews finden keine überlegene Wirkung.
Schröpfen wirkt entzündungshemmend.	Laborstudien deuten auf lokale Immunmodulation hin, doch klinische Studien am Menschen fehlen. Zusammenhänge mit Entzündungsmarkern sind nicht belegt.
Schröpfen verbessert die Durchblutung.	Grundlagenforschung zeigt lokale Hyperämie, doch klinische Relevanz und systemische Effekte sind nicht belegt. Die Datenlage am Menschen ist unklar.
Schröpfen ist sicher und nebenwirkungsfrei.	Sicherheitsstudien berichten selten über schwere Nebenwirkungen, doch Hautreizungen, Blutergüsse oder Infektionen sind möglich. Langzeitdaten fehlen.

5. Die belastbarsten Arbeiten

Geordnet nach Aussagekraft, nicht nach Bekanntheit. Die vollständige Auswertung umfasst deutlich mehr Arbeiten; hier stehen die tragfähigsten.

Kontrollierte Studien am Menschen

- ¹ Clinically meaningful differences in pain, disability and quality of life for chronic nonspecific neck pain – a reanalysis of 4 randomized controlled trials (2013)
- ² The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: a randomized controlled trial (2009)
- ³ Effects of traditional cupping therapy in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial (2009)
- ⁴ Cupping for treating pain: a systematic review (2011)
- ⁵ Effectiveness of home-based cupping massage compared to progressive muscle relaxation in patients with chronic neck pain – a randomized controlled trial (2013)
- ⁶ Evaluation of wet-cupping therapy for persistent non-specific low back pain: a randomised, waiting-list controlled, open-label, parallel-group pilot trial (2011)
- ⁷ Efficacy of cupping therapy in patients with the fibromyalgia syndrome – a randomised placebo controlled trial (2016)
- ⁸ The Effects of Cupping Massage in Patients with Chronic Neck Pain – A Randomised Controlled Trial (2017)
- ⁹ Pulsatile dry cupping in chronic low back pain – a randomized three-armed controlled clinical trial (2018)
- ¹⁰ Effects of Cupping Therapy in Amateur and Professional Athletes: Systematic Review of Randomized Controlled Trials (2018)
- ¹¹ The effect of cupping therapy for low back pain: A meta-analysis based on existing randomized controlled trials (2017)
- ¹² Cupping therapy for treating knee osteoarthritis: The evidence from systematic review and meta-analysis (2017)
- ¹³ Evaluation of Wet Cupping Therapy: Systematic Review of Randomized Clinical Trials (2016)
- Acupoint stimulation for fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials (2013)
- Non-pharmacological and pharmacological interventions relieve insomnia symptoms by modulating a shared network: A controlled longitudinal study (2019)
- Clinical Effects of Laser Acupuncture plus Chinese Cupping on the Pain and Plasma Cortisol Levels in Patients with Chronic Nonspecific Lower Back Pain (2017)
- ¹⁴ Dry cupping therapy is not superior to sham cupping to improve clinical outcomes in people with non-specific chronic low back pain: a randomised trial (2021)
- Effects of wet-cupping on blood pressure in hypertensive patients: a randomized controlled trial (2015)
- ¹⁵ The effectiveness of cupping therapy on low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials (2024)
- ¹⁶ Cupping for Patients With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis (2020)
- ¹⁷ Dry cupping in the treatment of individuals with non-specific chronic low back pain: a protocol for a placebo-controlled, randomised, double-blind study (2019)
- ¹⁸ Dry Cupping, Ischemic Compression, or Their Combination for the Treatment of Trigger Points: A Pilot Randomized Trial (2020)
- ¹⁹ Effects of myofascial trigger point dry cupping on pain and function in patients with plantar heel pain: A randomized controlled trial (2019)
- ²⁰ Dry cupping for plantar fasciitis: a randomized controlled trial (2017)

6. Resümee

Schröpfen zeigt in kontrollierten Studien am Menschen vor allem bei **chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats** kurzfristige Wirksamkeit, insbesondere in Form von nassem Schröpfen. Die Sicherheit des Verfahrens ist gut belegt, mit überwiegend milden und vorübergehenden Nebenwirkungen wie Hämatomen oder Hautirritationen. Bei anderen Anwendungsgebieten wie Erschöpfungssyndromen, Kopfschmerzen oder Hypertonie stehen weitere Untersuchungen noch aus. Die methodische Qualität der Studien variiert stark, wobei häufig kleine Stichproben, fehlende Verblindung und unzureichende Placebo-Kontrollen die Aussagekraft einschränken. Die Heterogenität der Anwendungsprotokolle (Technik, Druckstärke, Dauer, Körperregion) erschwert zudem die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

VERMUTUNG Schröpfen könnte über lokale Reize wie Durchblutungsförderung, Immunmodulation oder Modulation des autonomen Nervensystems wirken. Bei chronischen Schmerzzuständen könnte es als ergänzende Therapieoption infrage kommen, insbesondere wenn konventionelle Ansätze nicht ausreichend wirken. Die Effekte bei stressassozierten Beschwerden wie Insomnie oder Fibromyalgie könnten auf Placebo-Mechanismen oder psychoneuroimmunologische Wechselwirkungen zurückzuführen sein. Bei entzündlichen Prozessen oder oxidativem Stress könnten lokale Effekte eine Rolle spielen, jedoch stehen belastbare Daten zu systemischen Wirkungen noch aus. **Folgerungen:** Schröpfen könnte in der Praxis als niedrigschwellige, nebenwirkungsarme Ergänzung zu etablierten Therapien eingesetzt werden, insbesondere in der Schmerztherapie. Aufgrund der begrenzten Evidenz sollte es jedoch nicht als alleinige Behandlung empfohlen werden.

Um die Evidenzlage zu verbessern, sind **kontrollierte Studien mit folgenden Merkmalen notwendig:** 1) **Standardisierte Protokolle** zur Anwendung (Technik, Druckstärke, Dauer, Körperregion), um die Vergleichbarkeit zu erhöhen. 2) **Größere Stichproben und längere Nachbeobachtungszeiten**, um Langzeiteffekte und klinische Relevanz zu untersuchen. 3) **Placebo-kontrollierte Designs mit glaubwürdigen Scheininterventionen**, um Placebo-Effekte von spezifischen Wirkungen zu unterscheiden. 4) **Kombination mit objektiven Messgrößen** wie Biomarkern (z. B. Entzündungsparameter, oxidativer Stress) oder bildgebenden Verfahren (z. B. fMRT), um Wirkmechanismen zu klären. 5) **Vergleiche mit etablierten Therapien** (z. B. Physiotherapie, Medikation), um die relative Wirksamkeit zu bewerten. 6) **Systematische Erhebungen zu Nebenwirkungen** in großen Kohorten, um Sicherheitsprofile zu präzisieren. Besonders dringend sind Studien zu Anwendungsgebieten mit noch wachsende Studienlage, wie Kopfschmerzen, Hauterkrankungen oder viralen Infekten.

7. Was offen ist

- **Mechanismus:** Wie genau wirkt Schröpfen auf zellulärer Ebene?
- **Placebo-Kontrolle:** Wie lässt sich Schröpfen in Studien verblinden?
- **Langzeiteffekte:** Gibt es nachhaltige Wirkungen über Wochen oder Monate?

Häufige Fragen

Kann Schröpfen bei Fibromyalgie eingesetzt werden?

Kontrollierte Studien zeigen **kurzfristige Schmerzlinderung** bei Fibromyalgie-Patienten, doch die **Evidenz ist begrenzt**. Eine **randomisierte Studie** fand **keine signifikante Überlegenheit** gegenüber Placebo. **Systematische Reviews** betonen die **Notwendigkeit weiterer Forschung**, da die **Datenlage noch im Aufbau** und **methodisch schwach** ist. Schröpfen kann **als supportive Maßnahme** erwogen werden, ersetzt aber **keine evidenzbasierten Therapien**.

Ist blutiges Schröpfen wirksamer als trockenes Schröpfen?

Direkte **Vergleichsstudien** zwischen **blutigem und trockenem Schröpfen** fehlen. **Beobachtungsstudien** deuten auf **stärkere lokale Effekte** beim blutigen Schröpfen hin, doch **kontrollierte Daten** zur **klinischen Überlegenheit** sind **nicht vorhanden**. **Sicherheitsaspekte** (z. B. Infektionsrisiko) sprechen **gegen blutiges Schröpfen** in der **Routineanwendung**.

Kann Schröpfen bei Sportlern die Regeneration verbessern?

Systematische Reviews zu **Schröpfen bei Sportlern** zeigen **inkonsistente Ergebnisse**. Einige **kontrollierte Studien** berichten über **kurzfristige Schmerzreduktion** und **verbesserte Beweglichkeit**, doch **keine nachhaltigen Effekte** auf die **Regeneration**. Die **Datenlage** ist **noch im Aufbau**, und **Placebo-Effekte** können nicht ausgeschlossen werden. Schröpfen wird **häufig als supportive Maßnahme** eingesetzt, doch **evidenzbasierte Empfehlungen** fehlen.

Quellen

- 1 Clinically meaningful differences in pain, disability and quality of life for chronic nonspecific neck pain - a reanalysis of 4 randomized controlled trials of cupping therapy
Lauche R, Langhorst J, Dobos GJ, Cramer H · 2013
- 2 The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: a randomized controlled trial
Farhadi K, Schwebel DC, Saeb M, Choubsaz M, Mohammadi R, Ahmadi A · 2009
- 3 Effects of traditional cupping therapy in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial
Michalsen A, Bock S, Lüdtkke R, Rampp T, Baecker M, Bachmann J et al. · 2009
- 4 Cupping for treating pain: a systematic review
Kim JI, Lee MS, Lee DH, Boddy K, Ernst E · 2011
- 5 Effectiveness of home-based cupping massage compared to progressive muscle relaxation in patients with chronic neck pain--a randomized controlled trial
Lauche R, Materdey S, Cramer H, Haller H, Stange R, Dobos G et al. · 2013
- 6 Evaluation of wet-cupping therapy for persistent non-specific low back pain: a randomised, waiting-list controlled, open-label, parallel-group pilot trial
Kim JI, Kim TH, Lee MS, Kang JW, Kim KH, Choi JY et al. · 2011
- 7 Efficacy of cupping therapy in patients with the fibromyalgia syndrome-a randomised placebo controlled trial
Lauche R, Spitzer J, Schwahn B, Ostermann T, Bernady K, Cramer H et al. · 2016
- 8 The Effects of Cupping Massage in Patients with Chronic Neck Pain - A Randomised Controlled Trial
Saha FJ, Schumann S, Cramer H, Hohmann C, Choi KE, Rolke R et al. · 2017
- 9 Pulsatile dry cupping in chronic low back pain - a randomized three-armed controlled clinical trial
Teut M, Ullmann A, Ortiz M, Rotter G, Binting S, Cree M et al. · 2018
- 10 Effects of Cupping Therapy in Amateur and Professional Athletes: Systematic Review of Randomized Controlled Trials
Bridgett R, Klose P, Duffield R, Mydock S, Lauche R · 2018
- 11 The effect of cupping therapy for low back pain: A meta-analysis based on existing randomized controlled trials
Wang YT, Qi Y, Tang FY, Li FM, Li QH, Xu CP et al. · 2017
- 12 Cupping therapy for treating knee osteoarthritis: The evidence from systematic review and meta-analysis
Li JQ, Guo W, Sun ZG, Huang QS, Lee EY, Wang Y et al. · 2017
- 13 Evaluation of Wet Cupping Therapy: Systematic Review of Randomized Clinical Trials
Al Bedah AM, Khalil MK, Posadzki P, Sohaibani I, Aboushanab TS, AlQaed M et al. · 2016
- 14 Dry cupping therapy is not superior to sham cupping to improve clinical outcomes in people with non-specific chronic low back pain: a randomised trial
Almeida Silva HJ, Barbosa GM, Scattone Silva R, Saragiotto BT, Oliveira JMP, Pinheiro YT et al. · 2021
- 15 The effectiveness of cupping therapy on low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials
Zhang Z, Pasapula M, Wang Z, Edwards K, Norrish A · 2024
- 16 Cupping for Patients With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis
Cramer H, Klose P, Teut M, Rotter G, Ortiz M, Anheyer D et al. · 2020
- 17 Dry cupping in the treatment of individuals with non-specific chronic low back pain: a protocol for a placebo-controlled, randomised, double-blind study
Silva HJA, Saragiotto BT, Silva RS, Lins CAA, de Souza MC · 2019
- 18 Dry Cupping, Ischemic Compression, or Their Combination for the Treatment of Trigger Points: A Pilot Randomized Trial
Nasb M, Qun X, Ruckmal Withanage C, Lingfeng X, Hong C · 2020
- 19 Effects of myofascial trigger point dry cupping on pain and function in patients with plantar heel pain: A randomized controlled trial
AlKhadrhawi N, Alshami A · 2019
- 20 Dry cupping for plantar fasciitis: a randomized controlled trial
Ge W, Leson C, Vukovic C · 2017
- 21 Wet-cupping removes oxidants and decreases oxidative stress
Tagil SM, Celik HT, Ciftci S, Kazanci FH, Arslan M, Erdamar N et al. · 2014
- 22 Developing and validating a sham cupping device
Lee MS, Kim JI, Kong JC, Lee DH, Shin BC · 2010
- 23 Using laser Doppler flowmetry with wavelet analysis to study skin blood flow regulations after cupping therapy
Hou X, He X, Zhang X, Liao F, Hung YJ, Jan YK · 2021
- 24 A systematic review of manual therapy techniques, dry cupping and dry needling in the reduction of myofascial pain and myofascial trigger points
Charles D, Hudgins T, MacNaughton J, Newman E, Tan J, Wigger M · 2019
- 25 Wet cupping for hypertension: a systematic review and meta-analysis
Lu S, Du S, Fish A, Tang C, Lou Q, Zhang X · 2019

International Health Research

Forschung, eingeordnet. Jede Aussage führt zur Originalarbeit; die Entscheidung im Einzelfall trifft die behandelnde Person.
ih-research.com/wissen/schroepfen/ · Stand 2026-10-04