

Hartwig Messinger

Report on the meeting of the DGFDT's Düsseldorf "Function" study group concerning the contribution of Professors Türp and Greene on the Phase 1/Phase 2 strategy

Bericht über ein Treffen der Düsseldorfer Studiengruppe „Funktion“ der DGFDT zum Beitrag der Professoren Türp und Greene über die Phase-1/Phase-2-Strategie



Deutsch

Concerns about the article/Zum Beitrag: Türp JC, Greene CS. A critical reflection on the so-called phase 1/phase 2 strategy for the therapy of patients with temporomandibular disorders. *J Craniomand Funct* 2023;15:119–127.



English

Am 16. Oktober 2023 traf sich die Düsseldorfer Studiengruppe „Funktion“ zu ihrer monatlich stattfindenden Zusammenkunft. **Die Gruppe besteht aus niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die sich auf die Diagnostik und Therapie von craniomandibulären Funktionsstörungen (CMD) spezialisiert haben und bei diesen Treffen Erfahrungen und Fragen austauschen und sich fortbilden. Die Mehrheit dieser Gruppe hat die Zertifizierung der DGFDT zum Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie erworben.**

Für diesen Abend hatte die Gruppe Professor Dr. Jens Christoph Türp aus Basel eingeladen, sich per Video-Chat zuzuschalten, um gemeinsam über den von ihm und Professor Dr. Charles Greene (University of Illinois, Chicago) jüngst verfassten Beitrag über die sogenannte Phase-1/Phase-2-Strategie zur Behandlung von CMD-Patienten zu diskutieren¹.

Anlass für das kollegiale Gespräch war eine kontroverse Diskussion über besagten Artikel im Rahmen eines früheren Treffens der Düsseldorfer Studiengruppe. Der Beitrag war von den Gruppenmitgliedern als zu wenig differenziert **und die Kollegenschaft in Teilen pauschal herabwürdigend empfunden worden. Hierzu wollten wir mit Professor Türp ins Gespräch kommen und erfahren, wie seine Aussagen gemeint waren.**

Einleitend berichtete Professor Türp, illustriert mit PowerPoint-Folien, über die Ereignisse nach Publikation

The Düsseldorf "Function" study group convened for their monthly meeting on October 16, 2023. The study group is a community of private-practice dentists who specialize in diagnosing and treating temporomandibular dysfunction (TMD). They meet regularly to share experiences, ask questions, and receive further training. The majority of this group has been certified by the DGFDT as specialists in functional diagnostics and therapy.

For this meeting, the group had invited Professor Dr Jens Christoph Türp from Basel to join them via video chat to discuss the article he and Professor Dr Charles Greene (University of Illinois, Chicago) recently wrote on the so-called Phase 1/Phase 2 strategy for treating CMD patients.¹

The collegial dialogue was prompted by a controversial discussion about the article in question at an earlier meeting of the Düsseldorf study group. The group members felt that the article lacked sufficient differentiation and was generally disparaging towards their colleagues. We wanted to talk to Professor Türp about this and find out how his statements were meant.

Professor Türp began by reporting on the events following the publication of the article, illustrating this with PowerPoint slides. After reviewing the basics of evidence-based (scientific) dentistry, he briefly mentioned Professor Dr. Ralf Radlanski's letter to the editor, which was published in *CMF*^{2,3} along with a response from the authors. Professor Türp went into detail about the contents of the statement on

the article in question, which was written by Dr Diether Reusch and published on the website of the European Dental Association. Finally, he updated the study group members about the events surrounding his exclusion as a speaker at the Swabian Autumn Symposium of the Swabian District Dental Association (Augsburg) on November 11, 2023.

In the ensuing discussion, the participants and Professor Türp agreed on the need to consider evidence-based measures in the diagnosis and treatment of CMD patients. Evidence-based knowledge (external evidence) and the practitioner's experience (internal evidence) complement each other in the context of the patient's values and preferences. Deviating from the available external evidence is possible, but it always requires an individual, robust justification.

In the following, the members of the study group expressed certain concerns from a practitioner's perspective: The discussed article could be easily misused by cost reimbursers such as subsidy offices, insurance companies, and lawyers to reject complex dental treatment plans on the grounds of being "unnecessary", "over-treated" or "a rip-off". It may no longer be possible to plan and conduct comprehensive but dentally necessary restorative measures in the future. The study group members would have preferred a factual description or a list of indications that require phase 2 treatment lege artis to be included in the article under discussion.

Professor Türp, on the other hand, emphasized that some of his colleagues had either read the article only superficially or had misinterpreted it, as he believed that the content did not support such interpretations. On the contrary, he underlined that there is, of course, agreement that if the dental findings necessitate restorative prosthetic dental measures, then these could be indicated. On the other hand, treatments would not be indicated in the specified context if they were justified solely on the basis of a diagnosed TMD or the prevention of future temporomandibular complaints. On this topic, a case study⁴ from the Düsseldorf function group showed that in individual cases it may well be necessary to conduct occlusal rehabilitation to treat patients with painful TMD. However, according to Professor Türp, the case presented was not an example of the phase 1/phase 2 concept criticized by him and Professor Greene in their article.

At the end of the online session, further constellations of findings were discussed in which patients with painful TMD may subsequently require prosthetic and/or orthodontic treatment after sufficient clinical improvement of the symptoms as part of multimodal therapy. Especially when changes occur in the occlusion due to arthrogenic causes or resulting from the treatment of arthralgia with protrusion splints, the

des Artikels. Nach einer Rekapitulation der Grundlagen der nachweisgestützten (evidenzbasierten/wissenschaftlichen) Zahnmedizin wies er zunächst kurz auf den von Professor Dr. Ralf Radlanski (Berlin) verfassten Leserbrief hin, der gemeinsam mit einer Replik der Autoren in der CMF^{2,3} veröffentlicht worden war. Ausführlich ging Professor Türp auf die Inhalte der von Dr. Diether Reusch verfassten und auf der Webseite der „European Dental Association“ veröffentlichten Stellungnahme zu besagtem Artikel ein. Schließlich informierte er die Mitglieder der Studiengruppe über die Vorkommnisse im Zusammenhang mit seiner Ausladung als Referent auf dem Schwäbischen Herbstsymposium des Zahnärztlichen Bezirksverbands Schwaben (Augsburg), der am 11. November 2023 stattfand.

Im Rahmen der sich anschließenden Diskussion bestand zwischen den Teilnehmenden und Professor Türp Übereinstimmung in Hinblick auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung evidenzbasierter Maßnahmen in der Diagnostik und Behandlung von CMD-Patienten. Hierbei ergänzen sich die wissenschaftsbasierten Erkenntnisse (externe Evidenz) mit den Erfahrungen der Behandelnden (interne Evidenz) vor dem Hintergrund der Werte und Präferenzen des Patienten, wobei ein Abweichen von der verfügbaren externen Evidenz durchaus möglich ist, aber stets einer individuellen, belastbaren Begründung bedarf.

Von den Mitgliedern der Studiengruppe wurden im Folgenden gewisse Bedenken aus Praktikersicht geäußert: Der besprochene Beitrag könne leicht von Kostenerstatern (Beihilfestellen, Versicherungen, Juristen) missbraucht werden, um alle komplexen zahnärztlichen Behandlungspläne zu torpedieren bzw. abzulehnen mit der Begründung „nicht notwendig“, „Übertherapie“, „Abzocke“. Umfangreiche, aber zahnmedizinisch indizierte restaurative Maßnahmen könnten deshalb zukünftig eventuell nicht mehr geplant und ausgeführt werden. Hier hätten sich die Mitglieder der Studiengruppe im diskutierten Artikel eine sachbezogene Beschreibung oder Auflistung von Indikationen gewünscht, die eine sogenannte Phase-2-Behandlung lege artis benötigen.

Professor Türp hob demgegenüber hervor, dass der diskutierte Artikel von einigen Kollegen offenbar nur oberflächlich beziehungsweise fehlinterpretiert wurde, denn solche Deutungen geben die Inhalte nach seiner Auffassung nicht her. Vielmehr stellte er heraus, dass selbstverständlich Übereinkunft darüber bestehe, dass zahnärztliche restaurativ-prothetische Maßnahmen angezeigt sein können, wenn der Gebissbefund als solches die

ses notwendig macht. Nicht angezeigt wären Behandlungen im angegebenen Kontext dagegen, wenn diese ausschließlich auf der Grundlage einer diagnostizierten CMD beziehungsweise mit einer Verhütung zukünftiger craniomandibulärer Beschwerden begründet werden. Zu dieser Thematik wurde aus der Düsseldorfer Funktionsgruppe anhand eines Fallbeispiels⁴ gezeigt, dass es im Einzelfall aber durchaus erforderlich sein kann, zur Behandlung von Patienten mit schmerzhaften CMD eine okklusale Rehabilitation vorzunehmen. Allerdings, so Professor Türp, war der dargestellte Fall kein Beispiel für das von ihm und Professor Greene in ihrem Artikel kritisierte Phase-1/Phase-2-Konzept.

Nach Beendigung der Online-Schaltung wurden weitere Befundkonstellationen diskutiert, in denen schmerzhafte CMD-Patienten nach ausreichender klinischer Verbesserung des Beschwerdebildes im Rahmen multimodaler Therapie anschließend eine prothetische und/oder kieferorthopädische Behandlung brauchen können. Insbesondere wenn arthrogen bedingt oder im Rahmen der Behandlung von Arthralgien durch Protrusionsschienen Veränderungen der Okklusion entstehen, kann aus Sicht der Mitglieder der Düsseldorfer Studiengruppe eine okklusale Rehabilitation notwendig werden. Gleiches gilt, wenn kaufunktionelle Einschränkungen durch eine posteriore Nonokklusion im Rahmen einer Behandlung mit Unterkieferprotrusionsschienen (meist im Kontext einer zahnärztlichen Behandlung der Schlafapnoe oder des Schnarchens) entstehen. Auch in diesen Fällen ist ebenfalls die prothetische Versorgung der Seitenzähne erforderlich, wenn die Problematik auch nach einem mehrwöchigen Auslassversuch weiter besteht.

In dem von Prof. Türp und Prof. Greene verfassten Beitrag wird nach Meinung der Studiengruppe leider nicht deutlich genug eine Differenzierung zu den vorstehend adressierten besonderen Fallkonstellationen getroffen. Deshalb könnte der Artikel so verstanden bzw. interpretiert werden, dass okklusale Maßnahmen bei CMD-Patienten stets als Übertherapie zu bewerten seien. Von zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen mit den Erfahrungen im deutschen Gesundheitssystem und dem üblichen von Krankenkassen, Versicherungen und Juristen gerne praktizierten „Ärztbashing“ werden aufgrund des diskutierten Artikels daher negative Folgen für die Behandlung von CMD-Patienten befürchtet.

Unter den Behandlern chronisch schmerzkranker Patienten besteht sicherlich inzwischen Einigkeit, dass entsprechend dem „bio-psychozialen Schmerzmodell“

Düsseldorf study group members are of the opinion that an occlusal rehabilitation may become necessary. The same applies if chewing function restrictions arise due to posterior non-occlusion in the context of treatment with mandibular protrusion splints (usually in the context of dental treatment for sleep apnoea or snoring). In these cases, prosthetic restoration of the posterior teeth is also necessary if the problem persists even after several weeks of attempted removal.

In the opinion of the study group, the article written by Türp and Greene unfortunately does not differentiate clearly enough between the special case constellations addressed above. The article could therefore be understood or interpreted to mean that occlusal measures in TMD patients should always be assessed as over-treatment. Dental colleagues with experience of the German healthcare system and the usual “doctor bashing” practised by health insurance companies, insurers, and lawyers are therefore concerned that the article under discussion will have negative consequences for the treatment of TMD patients.

There is certainly now a consensus among practitioners treating patients with chronic pain that, according to the “bio-psycho-social pain model”, other factors also play an important role in the etiology of TMD, which were not yet the focus of attention according to the “old school”. Success in the treatment of a TMD patient certainly does not lie solely in the implementation of occlusal measures. At this point, every practitioner should self-critically consider that other factors may also be responsible for success, such as the interaction between dentist and patient. For example, assistants of Professor Willi Krogh-Poulsen (Copenhagen) reported that he had such an effect on his patients, that they “got well because of him”. Professor Dr Hans-Jürgen Schindler (Würzburg and Karlsruhe) once briefly and aptly described this aspect of salutogenesis as “the therapist as a therapeutic agent”.

During the discussion after the end of the live link to Basel, a number of questions arose which it would be desirable to answer in order to clarify and better understand the article in question. The study group has therefore compiled the following questions for Professor Türp and Professor Greene, which are answered in the following article “Five questions and answers”:

1. *TMD patients requiring prosthetic therapy are often in need of functional pre-treatment. How do the authors distinguish this procedure from the phase 1/phase 2 therapy discussed?*
2. *Does the term “phase 1 therapy” also refer to reflex splints and relaxation splints, or does it only refer to the special positioning splints mentioned? And what influence does the way of wearing have?*

3. *The text always refers to "CMD". This term explicitly includes the evaluation of the occlusion. However, the original article on which this text is based deals exclusively with TMD (without consideration of the occlusion).*
4. *Does the article question functional pre-treatment prior to necessary restorative-prosthetic therapy? (see question 1)*
5. *In the authors' opinion, what should be done when TMD patients also require restorative-prosthetic therapy?*

References

1. Türp JC, Greene CS. A critical reflection on the so-called phase 1 / phase 2 strategy for the therapy of patients with temporomandibular disorders. *J Craniomand Funct* 2023;15:119–127.
2. Radlanski RJ. Letter to the editor. *J Craniomand Funct* 2023;15: 351–360.
3. Türp JC, Greene S. Reply to Professor Ralf Radlanski's comments. *J Craniomand Funct* 2023;15:351–360.
4. Imhoff B. Posterior disc displacement. *J Craniomand Funct* 2023;15: 337–347.



**Hartwig Messinger, DDS,
Dr med dent**
Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)
freie Praxis in Dinslaken, Germany

Address/Adresse

Dr med dent Hartwig Messinger, Sterkrader Str. 271, 46539 Dinslaken, Germany; Email: dr.messinger@t-online.de

auch andere Faktoren bei der Ätiologie der CMD eine gewichtige Rolle spielen, die nach „alter Schule“ noch nicht im Fokus der Betrachtung waren. Ein Erfolg in der Behandlung eines funktionsgestörten Patienten liegt sicherlich nicht allein in der Durchführung okklusaler Maßnahmen. An dieser Stelle sollte jeder Behandler selbstkritisch bedenken, dass eventuell auch andere Faktoren für den Erfolg verantwortlich sein könnten, wie die Interaktion zwischen Arzt und Patient. So berichteten zum Beispiel Assistenten von Professor Willi Krogh-Poulsen (Kopenhagen), dass dieser eine solche Wirkung auf seine Patienten hatte, dass diese „ihm zuliebe gesund wurden“. Professor Dr. Hans-Jürgen Schindler (Würzburg und Karlsruhe) hat diesen Aspekt der Salutogenese einmal kurz und treffend als „Der Therapeut als Therapeutikum“ bezeichnet.

Im Rahmen der Diskussion nach Beendigung der Live-Schaltung nach Basel kamen noch einige Fragen auf, deren Beantwortung zur Klarstellung und zum besseren Verständnis des streitgegenständlichen Artikels wünschenswert wäre. Daher hat die Studiengruppe folgende Fragen an Professor Türp und Professor Greene zusammengestellt, die im nachfolgenden Beitrag *Fünf Fragen und Antworten* beantwortet werden:

1. *CMD-Patienten mit prothetischem Behandlungsbedarf bedürfen häufig einer funktionellen Vorbehandlung. Wie grenzen die Autoren dieses Vorgehen von der thematisierten Phase-1/Phase-2-Behandlung ab?*
2. *Bezieht sich der Begriff „Phase-1-Behandlung“ auch auf Reflexschielen und Relaxierungsschielen oder sind ausschließlich die zitierten besonderen Positionierungsschielen gemeint? Und welchen Einfluss hat die Trageweise?*
3. *Im übersetzten deutschen Text wird stets von „CMD“ gesprochen. Dieser Begriff schließt die Bewertung der Okklusion ausdrücklich mit ein. Der englische Originalartikel, der Basis des deutschen Textes ist, beschäftigt sich aber ausschließlich mit TMD (ohne Berücksichtigung der Okklusion).*
4. *Wird im Beitrag die funktionelle Vorbehandlung vor erforderlicher restaurativ-prothetischer Behandlung infrage gestellt? (siehe Frage 1)*
5. *Was ist aus Sicht der Autoren zu tun, wenn CMD-Patienten auch restaurativ-prothetische Behandlung benötigen?*