

- national consensus. J Oral Rehabil 2013;40:2–4
11. Lobbezoo F, Naeije M: Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil 2001;28:1085–1091
  12. Mayer, G, Fietze I, Fischer J, Penzel T et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung. Somnologie 2009;13(Suppl1):1–160
  13. Michelotti A, Cioffi I, Festa P, Scala G, Farella M: Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. J Oral Rehabil 2010;37:157–162
  14. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F et al.: Clinical findings and pain symptoms as potential risk factors for chronic TMD: Descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA Case-Control Study. J Pain 2011;12(S):T27–T45
  15. Okeson JP, Phillips BA, Berry DT, Cook YR, Cabelka JF: Nocturnal bruxing events in subjects with sleep-disordered breathing and control subjects. J Clin Psychiatry 1991;5:258–264
  16. Ommerborn MA, Taghavi J, Singh P, Handschel J, Depprich RA, Raab WH: Therapies most frequently used for the management of bruxism by a sample of German dentists. J Prosthet Dent 2011; 105:194–202
  17. Pecie R, Krejci I, Garcia-Godoy F, Bortolotto T: Noncarious cervical lesions – a clinical concept based on the literature review. Part 1: prevention. Am J Dent 2011;24:49–56
  18. Raphael K, Janal M, Sirois D, Svensson P: Effect of contingent electrical stimulation on masticatory muscle activity and pain in patients with a myofascial temporomandibular disorder and sleep bruxism. J Orofac Pain 2013;27: 21–31
  19. Raphael KG, Sirois DA, Janal MN et al.: Sleep bruxism and myofascial temporomandibular disorders: a laboratory-based polysomnographic investigation. J Am Dent Assoc 2012;143: 1223–1231
  20. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle BJ: Relationships between craniofacial pain and bruxism. J Oral Rehabil 2008;35:524–547
  21. The international classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005

GESELLSCHAFT / SOCIETY

DGFDT / GSFDT

## Neuer Vorstand bei der DGFDT



Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) am 15.11.2013 in Bad Homburg v.d.H. fanden turnusgemäß Neuwahlen zum Vorstand statt. Verabschiedet wurde nach dreijähriger erfolgreicher Führung der Funktionsgesellschaft Prof. Dr. *Karl-Heinz Utz* (Bonn), dem die Mitglieder mit minutenlangem Beifall für sein Engagement und die Weiterentwicklung der Gesellschaft dankten.

Den Vorsitz der DGFDT übernimmt PD Dr. *Ingrid Peroz* (Berlin) (Abb. 1), die in den letzten Jahren bereits für die Organisation der Jahrestagung verantwortlich zeichnete. Sie gehört zu den renommierten Forschern und Lehrern auf dem Gebiet der Funktionslehre und hat sich auf diesem Gebiet bereits europaweit einen Namen gemacht. Gemeinsam mit dem neuen Vizepräsidenten Dr. *Christian Mentler* (Münster), der die Nachfolge von Dr. *Matthias Lange* (Berlin) antritt, will sie die Wahrnehmung der Funk-




**Abbildung 1** PD Dr. Ingrid Peroz ist die neu gewählte Präsidentin der DGFDT.

(Abb. 1: DGFDT)

tionsdiagnostik und -therapie im Kollegenkreis verbessern und sieht die DGFDT als Mittler zwischen Wissenschaft und Praxis.

PD Dr. *Peroz* arbeitet in der Charité und führt die Abteilung für zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionslehre kommissarisch. Sie hat zahlreiche Artikel und Beiträge zur Funktionslehre publiziert und auch ihre Habilitationsschrift diesem Thema gewidmet. Im internationalen Arbeitskreis für orale Physiologie gehört sie zu den wenigen ausgewählten Vertretern aus Deutschland. Zusammen mit Past-President Prof. *Utz* hat sie maßgeblich an der Öffnung der Jahrestagung der DGFDT für internationale Referenten mitgewirkt.

Als Generalsekretär der DGFDT wurde Priv.-Doz. Dr. *Oliver Ahlers* (Hamburg) bestätigt und als Rechnungsführer Prof. Dr. *Peter Ottl* (Rostock). 

Dr. *Bruno Imhoff*, imhoff@dgfdt.de, www.dgfdt.de

