



Sygn. akt II UK 56/14

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 26 listopada 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jerzy Kuźniar (przewodniczący)

SSN Beata Gudowska (sprawozdawca)

SSN Jolanta Strusińska-Żukowska

w sprawie z wniosku M. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w W.

o zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń  
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 26 listopada 2014 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i  
Ubezpieczeń Społecznych w W.

z dnia 14 czerwca 2013 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi  
Okręgowemu w W. do ponownego rozpoznania i orzeczenia o  
kosztach postępowania kasacyjnego.**

### **UZASADNIENIE**

Decyzją z dnia 16 marca 2011 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, I  
Oddział w W. ustalił prawo M. W. do zasiłku chorobowego za okres od dnia 5  
sierpnia 2010 r. do dnia 13 sierpnia 2010 r. i od dnia 25 sierpnia 2010 r. do dnia 21

września 2010 r. oraz do zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 1 października 2010 r. do dnia 3 marca 2011 r. Za podstawę wymiaru przyznanych świadczeń przyjął zgłoszoną przez ubezpieczoną jako przychód w lipcu 2010 r. kwotę równą najniższej podstawie wymiaru składek. Decyzja ta została zmieniona wyrokiem Sądu Rejonowego w W. z dnia 12 czerwca 2012 r., który ustalił, że M. W. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nieprzerwanie w od sierpnia 2009 r. do kwietnia 2010 r. i następnie w maju i lipcu 2010 r. Opłaciła w terminie składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2010 r. od podstawy 1.628,81 zł netto (1.887,60 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru na ubezpieczenie chorobowe), a za sierpień 2010 r. opłaciła składkę na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe, lecz nie uiściła składki na ubezpieczenie chorobowe. Nie wystąpiła do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przywrócenie terminu do jej opłacenia. W dniu 6 września 2010 r. złożyła do organu rentowego wniosek o ponowne objęcie ubezpieczeniem chorobowym, deklarując jako podstawę wymiaru składki kwotę 7.994,26 zł brutto (6.898,56 zł netto) i opłacając od niej składkę. Po urodzeniu dziecka w dniu 8 października 2010 r. wystąpiła o przyznanie zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 1 października 2010 r. do dnia 3 marca 2011 r. w wysokości odpowiadającej podstawie wymiaru składki za wrzesień 2010 r.

Sąd Rejonowy stwierdził, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 31 lipca 2010 r., przy czym z tytułu tego ubezpieczenia nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego po dniu 1 sierpnia 2010 r., gdyż za ten miesiąc nie opłaciła składki na ubezpieczenie chorobowe, a więc nie stała się niezdolna do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia. W związku z przerwą w ubezpieczeniu chorobowym przed dniem 1 września 2010 r. trwającą powyżej 30 dni, nie zliczył do okresu wyczekiwania ponownego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 września 2010 r., lecz – jako wyjątek od reguły ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego z 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy – za podstawę wymiaru zasiłku ubezpieczonej, niebędącej pracownikiem, przyjął przeciętny miesięczny przychód za jeden miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o

świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz.U. z 2010 r., Nr 77, poz. 512 ze zm.; dalej „ustawa o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa”). Na skutek złożenia w dniu 6 września 2010 r. wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 września 2010 r. i opłacenia w terminie składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc ten przyjął wrzesień 2010 r. Prawo ubezpieczonej do zasiłku macierzyńskiego od dnia 1 października 2010 r. ustalił w kwocie odpowiadającej zadeklarowanej wysokości składki za ten miesiąc.

Wyrokiem z dnia 14 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w W. oddalił apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w W., potwierdzając prawidłowość stwierdzenia przez Sąd pierwszej instancji braku prawa ubezpieczonej do zasiłku chorobowego za okres od dnia 1 sierpnia 2010 r., po przerwie w ubezpieczeniu chorobowym trwającej powyżej 30 dni (sierpień), i ustalił, że po przerwaniu ubezpieczenia chorobowego do dnia 1 września 2010 r., składając ponownie zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego, ubezpieczona rozpoczęła nowy okres ubezpieczenia, w którym podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe wyniosła 6.898,56 zł. Sąd drugiej instancji podzielił ocenę prawną Sądu pierwszej instancji co do zastosowania art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa, zgodnie z którymi podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, a skoro zadeklarowany przychód za wrzesień 2010 r. stanowiła kwota 7.994,62 zł, uznał, że jej powinna być równa podstawa zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, a więc ostatecznie kwota 6.898,56 zł.

Skarga kasacyjna organu rentowego, obejmująca wyrok Sądu drugiej instancji w całości, z wnioskiem o jego uchylenie i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie odwołania lub jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi drugiej instancji, została oparta na obydwu podstawach kasacyjnych. Skarżący Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarzucił naruszenie art. 14 ust. 1 i ust. 1a w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 3, art. 18 ust. 1, art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2013 r., poz. 1442 ze zm.; dalej „ustawa o

systemie ubezpieczeń społecznych) oraz art. 29 ust. 1 w związku z art. 48 ust. 2, art. 36 ust. 2, art. 52 w związku z art. 49 pkt 1, art. 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa przez przyjęcie za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2010 r. Zwrócił uwagę, że ponowne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nastąpiło w dniu 6 września 2010 r., więc zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia. Za nietrafne uznał stwierdzenie Sądów *meriti*, że na skutek ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia ubezpieczona została objęta nim od dnia wskazanego we wniosku (1 września 2010 r.). Wskazał na art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podnosząc że objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym nie następuje wcześniej niż dzień zgłoszenia wniosku. Zarzucił nieodpowiedniość zastosowania art. 14 ust. 1a ustawy do ubezpieczonej, która w dniu 6 września 2010 r. nie dokonywała równocześnie zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowych. Obowiązek tych ubezpieczeń dotyczył jej znacznie wcześniej, od 2006 r. W konsekwencji stwierdził, że do wyliczenia podstawy zasiłku macierzyńskiego nie można przyjąć przychodu za wrzesień 2010 r., gdyż w tym miesiącu ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu w wymiarze pełnego miesiąca. Jednocześnie, wobec przerwy trwającej dłużej niż 30 dni w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym, nie można także zliczyć poprzednich okresów ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, co powoduje ustalenie podstawy wymiaru zasiłku od kwot zastępczych – odnośnie pracowników przewidzianych w art. 37, a odnośnie pozostałych ubezpieczonych – w art. 49 pkt 1-4 ustawy. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą określono kwotę zastępującą przychód z pełnego miesiąca jako najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy.

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej organ rentowy wskazał na naruszenie art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez wadliwe uzasadnienie zaskarżonego wyroku, nieuwzględniające wszystkich koniecznych elementów,

uniemożliwiająca analizę motywów wyroku i kontrolę kasacyjną w zakresie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia oraz art. 385 k.p.c. przez oddalenie apelacji ZUS pomimo zaistnienia podstaw do jej uwzględnienia.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną ubezpieczona, podnosząc zarzuty co do dopuszczalności skargi, wniosła o jej odrzucenie, a na wypadek ich nieuwzględnienia, o oddalenie skargi i zasądzenie kosztów postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48 - 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa oraz – na podstawie art. 52 – odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom. W odniesieniu do zasiłku macierzyńskiego są to przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 oraz art. 49 i art. 50.

Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uwzględniając, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym, w zależności od czasu, który upływa od chwili zgłoszenia do tego ubezpieczenia do chwili ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód z 12 miesięcy ubezpieczenia (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w okresie krótszym, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie (art. 18 ust. 8 i art. 18a ustawy o systemie

ubezpieczeń społecznych). Kwoty te wyliczane są zawsze z rzeczywistych ostatnich pełnych miesięcy ubezpieczenia chorobowego.

Także wysokość zasiłku macierzyńskiego zależna jest od wysokości zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady przez okres 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili urodzenia dziecka ubezpieczenie dobrowolne trwa krócej niż 12 miesięcy. Reguły te – na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy między innymi w wyroku z dnia 28 sierpnia 2012 r., II UK 34/12 (OSNP 2013 nr 15-16, poz. 184) - nie są odpowiednie wobec ubezpieczonych, których prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia i którzy przebyli w ubezpieczeniu chorobowym okres krótszy od miesiąca. Znajdują się oni w sytuacji, w której nie jest możliwe odwołanie się do jakiegokolwiek okresu ubezpieczenia określonego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i 47 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa. W takim wypadku, dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek, wyliczenie zasiłku następuje od kwoty zastępczej stanowiącej najniższą podstawę wymiaru składki za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4. Taką zasadę przewidziano w art. 49 ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 grudnia 2013 r., w wypadku, w którym niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a po zmianie ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. poz. 996), gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

W sprawie objętej skargą, wiążące Sąd Najwyższy ustalenia prowadzą do aprobaty zastosowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wspomnianego przepisu w brzmieniu obowiązującym w dniu spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego. Urodzenie dziecka przez ubezpieczoną nastąpiło w październiku 2010 r., w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego tego ubezpieczenia we wrześniu 2010 r.

Wyłączenie z mocy prawa z ubezpieczenia dobrowolnego na skutek nieopłacenia składek na to ubezpieczenie spowodowało, że poprzedni stosunek

ubezpieczenia ustał z mocy prawa i niezbędny stał się wniosek o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 nr 10, poz. 257, oraz z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013 nr 5–6, poz. 68 i glosę I. Sierockiej do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSP 2007 nr 7–8, poz. 95). Po przerwie w ubezpieczeniu chorobowym trwającej od dnia 1 do dnia 31 sierpnia 2010 r., ubezpieczona zgłosiła się ponownie do tego ubezpieczenia przez złożenie wniosku w dniu 6 września 2010 r. Nowy okres ubezpieczenia dobrowolnego trwa więc w jej wypadku od tego dnia, stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy, stanowiącym o objęciu dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Przypadająca wcześniej data wskazana we wniosku, nie może być uwzględniona na podstawie szczególnego przepisu art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, na który powoływała się ubezpieczona w celu wykazania, że prawo do zasiłku macierzyńskiego powstało w drugim miesiącu ubezpieczenia chorobowego. Wyjątek przewidziany w art. 14 ust. 1a, na podstawie którego objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, stosowany jest tylko wtedy, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, czyli w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Ten szczególny przepis został wprowadzony w wyniku zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych od dnia 1 stycznia 2003 r. (Dz.U. z 2002 Nr 241, poz. 2074) i ma sens tylko jako mający na celu ujednoczenie chwili objęcia wszystkimi ubezpieczeniami społecznymi; z mocy prawa i na zasadzie dobrowolności. W poprzednim stanie prawnym mogła powstać 6-dniowa różnica w datach początkowych poszczególnych ubezpieczeń, a zmiana prawa taki przypadek eliminuje, prowadząc do fikcji jednoczesnego zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia chorobowego na wniosek. Nie zostało w sprawie ustalone że ubezpieczenie obowiązkowe, któremu ubezpieczona podlegała od dnia 5 kwietnia 2006 r. ustało na jakikolwiek okres, wobec czego art. 14 ust. 1a nie ma w jej sytuacji zastosowania.

Dla osób ubezpieczonych w takich okresach jak M. W., kwota zasiłku macierzyńskiego odpowiadałaby kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej (wrzesień 2010 r.), równej kwocie zadeklarowanej, gdyby prawo do zasiłku powstało po upływie miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia. Prawo ubezpieczonej do zasiłku macierzyńskiego powstało jednak w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, gdyż okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał co najmniej przez miesiąc i nie ma jakiegokolwiek okresu wskazanego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Ustawodawca nie uwzględnił w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczenia przez część miesiąca oraz wyliczenia podstawy wymiaru zasiłku od przychodu z rzeczywistego okresu ubezpieczenia krótszego niż miesiąc. Na wypadek powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia przewidział substytucję miesięcznej wielkości przychodu kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 ustawy. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego zastępowany jest kwotą najniższej podstawy wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71 % podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Kwota najniższa zastępuje kwotę zadeklarowaną.

Występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06 (OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) przypomniano, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, iż nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i



opłaconej składki musi być zatem wniesiony odpowiedni wkład finansowy, tak by wypłata świadczeń nie polegała wyłącznie na solidarności społecznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248 oraz w wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma więc znaczenia, czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne, czy niespodziewane; prawo do świadczeń na wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten – także przez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń – ustala ustawodawca. W efekcie postulowanego przez ubezpieczoną przyjęcia jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego – w miejsce wskazanej przez ustawodawcę najniższej podstawy wymiaru składki – podstawy wymiaru składki w kwocie zadeklarowanej, przeciętny stosunek wysokości świadczenia do wniesionej składki powodowałby konieczność pokrycia świadczeń z funduszy zebranych przez innych ubezpieczonych. Na ten aspekt zwracał uwagę projektodawca ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa z intencją wyeliminowania sytuacji, w której osoby ubezpieczone (w szczególności osoby ubezpieczone dobrowolnie) nabywałyby po krótkim, niekiedy kilkudniowym okresie opłacania niewielkich składek, prawo do świadczeń wypłacanych przez okres kilku miesięcy (por. uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 24 grudnia 1998 r., druk sejmowy nr 840 III kadencji).

W konsekwencji, Sąd Najwyższy uznał za nietrafne stwierdzenie ubezpieczonej, że jej prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu 8 października 2010 r. powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, a za uzasadnione stwierdzenie skarżącego, iż podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty

zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Mając to na względzie, uznawszy podniesione w odpowiedzi na skargę kasacyjną zarzuty dotyczące jej niedopuszczalności za bezzasadne, Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji (art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c.).