

Rechtsbegehren des Klägers

a) vor erster Instanz:

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger aus der Basisversicherung gemäss Police vom 13. November 1975 rückwirkend ab Januar 1994 und bis auf weiteres ein Taggeld von Fr. 150.-- zu bezahlen, nebst 5 % Verzugszins für die verfallenen Versicherungsleistungen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Rechtsbegehren der Beklagten

a) vor erster Instanz:

Das Begehren des Klägers auf Bezahlung eines Taggeldes von Fr. 150.-- ab 26. Januar 1994 und bis auf weiteres sei insofern das Taggeld den Betrag von Fr. 30.-- übersteigt vollumfänglich abzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Urteil des Bezirksgerichts:

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit sie nicht anerkannt ist.
2. Die Entscheidgebühr von Fr. 17'500.-- wird dem Kläger auferlegt, unter Verrechnung der Einschreibgebühr von Fr. 300.--.
3. Der Kläger hat die Beklagte für ihre Parteikosten mit Fr. 22'283.40 zu entschädigen.

Rechtsbegehren des Klägers

b) vor zweiter Instanz:

1. Das angefochtene Urteil des Bezirksgerichts St. Gallen, 1. Abteilung, vom 1. März 1996 sei aufzuheben;

2. die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger aus der Basisversicherung gemäss Police vom 13. November 1975 rückwirkend ab dem 26. Januar 1994 und bis auf weiteres ein Taggeld von Fr. 150.-- zu bezahlen, nebst 5 % Verzugszins für die verfallenen Versicherungsleistungen;

unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Rechtsbegehren der Beklagten

b) vor zweiter Instanz:

Die Berufung des Klägers vom 23. Mai 1996 gegen das Urteil des Bezirksgerichts St. Gallen vom 1. März 1996 sei vollumfänglich abzuweisen. Das Urteil des Bezirksgerichts St. Gallen vom 1. März 1996 sei zu bestätigen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten des Klägers.

Tatbestand/Gründe: Die Schweizerische Aerzte-Krankenkasse ist eine Genossenschaft schweizerischer Aerztinnen und Aerzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte im Sinne des 29. Titels des Obligationenrechts. Sie hat ihren Sitz in St. Gallen und bezweckt in gemeinsamer Selbsthilfe der Genossenschafter die Gewährung von Tag- und Sterbegeldern, die Orientierung der Genossenschafter auf den Gebieten der Einkommenssicherung, der Altersvorsorge und des Versicherungswesens sowie die Vermittlung von Vorsorge- und Versicherungsgeschäften an die Genossenschafter. Die Voraussetzung für eine Mitgliedschaft bei der Beklagten ist die Mitgliedschaft in der schweizerischen Standesorganisation für Aerzte, Zahnärzte bzw. Tierärzte. Wer die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft erfüllt, kann sich um die Aufnahme als Aktivgenossenschafter bewerben, indem er das von der Genossenschaft erstellte Antragsformular unterzeichnet und sich schriftlich für den Fall der Erteilung der Mitgliedschaft zur Einhaltung der allgemeinen Bedingungen und der Beitragsordnung sowie zur Bezahlung der vereinbarten Beiträge verpflichtet. Ueber die Aufnahme eines Antragstellers entscheidet die Genossenschaft unter Anwendung der allgemeinen Bedingungen.

Der Kläger, geb. 25. Januar 1921, stellte am 26. Dezember 1959 den Antrag auf Beitritt zur Beklagten. Am 2. Mai 1960 wurde diesem Antrag zugestimmt. Ab diesem Datum stand dem Kläger ein Taggeld von zunächst Fr. 40.-- bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit zu.

Am 9. Oktober 1975 beantragte der Kläger die Erhöhung des Taggeldes auf Fr. 150.-- (Uebertritt von der Klasse 40 in die Klasse 150). Dieser Aenderung wurde seitens der Beklagten am 15. Oktober 1975 mit Wirkung per 1. Januar 1976 zugestimmt. In der entsprechenden Police vom 13. November 1975 wurde festgehalten, dass damit alle vorhergehenden Policen aufgehoben seien. Im Zeitpunkt der Aenderung des Versicherungsverhältnisses waren die Statuten vom 24.6.1973, gültig ab 1.7.1973, und die Allgemeinen Bedingungen und Prämientarife vom 1.11.1973, wirksam ab 1.1.1974, in Kraft.

Seit dem 1. Dezember 1983 ist der Kläger arbeitsunfähig und bezieht Taggelder von der Beklagten. Diese teilte dem Kläger am 30. Dezember 1993 mit, dass sein Taggeld nach dem Alter von 73 Jahren auf Fr. 30.-- herabgesetzt werde. Mit der vorliegenden Klage verlangt der Kläger, dass die Beklagte auch nach Vollendung seines 73. Altersjahrs ein Taggeld von Fr. 150.-- auszurichten habe.

Mit Urteil vom 1. März 1996 wies das Bezirksgericht St. Gallen die Klage ab. In den Erwägungen wird ausgeführt, dass der Kläger nach Vollendung des 73. Altersjahres nur noch einen Anspruch auf ein Taggeld in der Höhe von Fr. 30.-- habe. Dies gelte unabhängig von der Frage, ob das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien vertragsrechtlicher oder gesellschaftsrechtlicher Natur sei. Im Falle einer vertragsrechtlichen Grundlage falle in Betracht, dass durch die Police vom 13. November 1975 alle vorhergehenden Policen aufgehoben worden seien. Anzuwenden seien somit die auf die zu diesem Zeitpunkt geltenden allgemeinen Bedingungen vom 1. Januar 1974. Diese hielten in Art. 14 klar fest, dass mit Vollendung des 73. Altersjahres das Aktiv-Mitglied automatisch in die Taggeldklasse Fr. 30.-- zurückversetzt werde. Eine Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Mitgliedern werde dabei nicht gemacht und lasse sich auch nicht aus Art. 14 herauslesen. Auch das vom Kläger beigezogene Rundschreiben der Beklagten vom Dezember 1968 mache keine Versprechungen, die zu einer andern Auslegung von Art. 14 führen könne. Sofern das Rechtsverhältnis gesellschaftsrechtlicher Natur sei, seien die Allgemeinen Bedingungen vom 27.6.1992, gültig

ab 1.1.1993, anzuwenden. Als Genossenschafter habe der Kläger damit rechnen müssen, dass die Statuten und die allgemeinen Bedingungen abgeändert werden könnten. Der Wortlaut von Art. 14 der Allgemeinen Bedingungen vom 27.6.1992 sei klar und unmissverständlich. Gemäss Abs. 5 dieser Bestimmung gelte eine Rückversetzung des Genossenschafters in die Taggeldklasse Fr. 30.-- mit Vollendung des 73. Altersjahres ausdrücklich auch bei laufenden Taggeldleistungen.

Gegen das Urteil des Bezirksgerichts St. Gallen vom 1. März 1996 hat der Kläger am 23. Mai 1996 Berufung erklärt. Zur Begründung macht er geltend, dass die Frage der Rechtsnatur des Versicherungsverhältnisses zwischen dem Kläger und der Beklagten entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht offen gelassen werden könne. Im vorliegenden Fall sei von einer vertraglichen Grundlage auszugehen. Hiefür spreche bereits der Begriff "Police" mit welchem die Rechtsbeziehungen zwischen den Parteien vom 13. November 1975 bezeichnet worden seien. Für eine vertragliche Natur spreche aber auch der Umstand, dass die Beklagte im Falle der Abänderung der allgemeinen Bedingungen jeweils Uebergangsbestimmungen erlassen habe, was bei Statutenänderungen atypisch sei, weil dadurch der Grundsatz der Gleichbehandlung der Genossenschafter verletzt werde. Gehe man von einer vertragsrechtlichen Grundlage aus, so sei Art. 14 der allgemeinen Geschäftsbedingungen vom 1.1.1974 anwendbar. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz sei die Frage einer Rückversetzung ab dem 73. Altersjahr erst in der neusten Fassung der Allgemeinen Bedingungen in der Weise eindeutig geklärt worden, als diese Rückversetzung auch bei laufenden Taggeldleistungen erfolge. Für Versicherungsverhältnisse, die früher begründet worden seien, gelte diese Leistungskürzung jedoch nicht, sofern der Versicherte zuvor Taggelder bezogen habe. Dies ergebe sich nicht nur aus einem Vergleich der verschiedenen allgemeinen Geschäftsbedingungen des Beklagten, sondern auch unter Berücksichtigung der Rundschreiben derselben.

Dem hält die Beklagte entgegen, dass ihre Mitglieder die Rechtsform und die Organisation der Beklagten bei der Aufnahme anerkennen müssten. Die jeweiligen Beitragsordnungen und Allgemeinen Bedingungen regelten die Leistungen und Beiträge für den jeweiligen Zeitraum, für den sie erlassen worden seien. Die Frage, ob dem Kläger ab dem 26. Januar 1994 ein Taggeld in Höhe von Fr. 150.-- oder von Fr. 30.-- ausbezahlt sei, beantworte sich somit einzig und allein aufgrund der Allgemeinen Bedingungen vom 1. Januar 1993. Alle früheren allgemeinen Bedingungen, Prämientarife, Beitragsordnungen und auch sämtliche früheren Rundschreiben seien für die Beantwortung dieser Frage ohne Belang. Die Regelung betreffend die Rückversetzung bei Vollendung des 73. Altersjahres sei in der aktuellen Fassung vom 1. Januar 1993 völlig unmissverständlich und regle auch und gerade die vom Kläger aufgeworfene Frage. An einer grundsätzlich genossenschaftsrechtlichen Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses zwischen den Parteien ändere auch die beschränkte Wahlmöglichkeit der Genossenschafter nichts. Diese könnten zwar die Leistungsarten, die Leistungshöhe und die Wartefrist in einem gewissen Rahmen den eigenen Bedürfnissen anpassen. Diese Wahl habe aber keinen Einfluss auf die Struktur der Beklagten. Das grundlegende System und die Voraussetzungen, aufgrund welcher die Leistungen erbracht würden, sei nicht wählbar und für alle Genossenschafter gleich. Dazu gehöre auch, dass das Taggeld nach Vollendung des 73. Altersjahrs für alle Genossenschafter reduziert werde. Diese Reduktion sei systeminhärent und könne für einen einzelnen Genossenschafter nicht wegbedungen werden. Zudem hätten bereits die allgemeinen Bedingungen vom 1. Januar 1949 eine Taggeldkürzung für Mitglieder, welche das 65. Altersjahr vollendet hätten, vorgesehen. Diese Reduktion im Alter bestehe bei der Beklagten somit seit jeher und entspreche dem Gesellschaftszweck, die finanziellen Risiken der Arbeitsunfähigkeit zu mildern, nicht aber reine Altersvorsorge zu betreiben.

Auf weitere Darlegungen der Parteien und auf die Ausführungen ihrer Anwälte an der heutigen Verhandlung ist, soweit erforderlich, in den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen einzugehen.

Zwischen den Parteien ist zunächst unbestritten, dass die Beklagte eine Genossenschaft im Sinne von Art. 828 ff. OR ist, und der Beklagte im Jahr 1960 bei ihr die (Aktiv-) Mitgliedschaft erworben hat. Unbestritten ist auch, dass der Zweck der Genossenschaft in erster Linie in der Ausrichtung von Tag- und Sterbegeldern besteht. Aus den Akten ergibt sich im weitern, dass das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien auf Antrag des Klägers per 1. Januar 1976 neu geordnet wurde. Ab diesem Zeitpunkt war der Kläger für den Fall einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall mit einem Taggeld von Fr. 150.-- und einem Sterbegeld in Höhe von Fr. 4'500.— versichert. Mit der entsprechenden "Police" wurden alle bisherigen aufgehoben. Seit dem 1. Dezember 1983 ist der Kläger vollständig arbeitsunfähig und bezieht Taggelder von der Beklagten. Nach Erreichen des 73. Altersjahrs, ab 26. Januar 1994, wurden die Leistungen auf Fr. 30.-- pro Tag reduziert.

Zwischen den Parteien ist vorab die Frage umstritten, ob das zwischen ihnen bestehende Rechtsverhältnis betreffend die Taggeldleistungen vertraglicher oder genossenschaftsrechtlicher Natur sei. Für die Beantwortung dieser Frage ist zunächst von Belang, dass die Beklagte nach Ansicht beider Parteien weder eine vom Bund anerkannte Krankenkasse gemäss Art. 1 ff. KVG (SR 832.10) noch eine dem Versicherungsaufsichtsgesetz (SR 961.01) unterstellte private Versicherungseinrichtung ist. Art. 841 Abs. 2 OR legt fest, dass die von einer "konzessionierten" Versicherungsgenossenschaft mit den Mitgliedern abgeschlossenen Versicherungsverträge in gleicher Weise wie die von ihr mit Dritten abgeschlossenen Versicherungsverträge den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag unterstehen.

Die genannte Bestimmung gilt nach ausdrücklichem Wortlaut nur für die "konzessionierten", d.h. die der Versicherungsaufsicht des Bundes unterstehenden Versicherungsgenossenschaften. Auf die nicht dieser Aufsicht unterstellten Genossenschaften ist Art. 841 Abs. 2 OR somit nicht anwendbar. Die Bedeutung der Bestimmung liegt vorab darin, dass das Rechtsverhältnis zwischen einer konzessionierten Versicherungsgenossenschaft und den Mitgliedern versicherungsvertraglicher und nicht gesellschaftsrechtlicher Natur ist (P. Forstmoser, Berner Kommentar, Bern 1974, N 23 zu Art. 841 OR).

Hinsichtlich der Rechtsnatur des Versicherungsverhältnisses bei nicht konzessionspflichtigen Genossenschaften werden in der Literatur unterschiedliche Auffassungen vertreten. Teils wird geltend gemacht, dass aus Art. 841 Abs. 1 OR abzuleiten sei, dass diesfalls das Versicherungsverhältnis ebenfalls vertraglicher Natur sei. Andere Autoren vertreten dagegen die Ansicht, dass bei den nicht der Bundesaufsicht unterstellten Genossenschaften das Versicherungsverhältnis stets auf mitgliedschaftlicher Grundlage beruhe (vgl. P. Forstmoser, a.a.O., N 26 zu Art. 841 OR). Demgegenüber vertritt Forstmoser die Ansicht, dass bei jeder nicht-konzessionierten Versicherungsgenossenschaft zu untersuchen sei, ob bei ihr die Versicherung in die Mitgliedschaft einbezogen sei, oder ob sie auf einem besonderen Vertrag beruhe (P. Forstmoser, a.a.O.). Dabei seien die Statuten, allfällige Reglemente sowie die bei der Aufnahme eines Bewerbers in die Genossenschaft beobachteten Formalitäten zu berücksichtigen. Auf eine mitgliedschaftliche Grundlage könne insbesondere geschlossen werden, wo die Versicherungsbedingungen und ihre Abänderungen als Statutenbestandteil im Handelsregister eingetragen würden. Andererseits sei das Versicherungsverhältnis jedenfalls dann vertraglicher Natur, wenn die Statuten für Prämien und Versicherungsleistungen auf die mit den Gesellschaftern abgeschlossenen Verträge verwiesen (P. Forstmoser, a.a.O., N 27 zu Art. 841 OR).

Der von Forstmoser vertretenen Auffassung ist der Vorzug zu geben. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Art. 841 Abs. 1 OR ausschliesslich den Fall regelt, dass die Zugehörigkeit zur Genossenschaft mit einem Versicherungsvertrag bei dieser Genossenschaft ver-

knüpft ist. Damit wird gerade nicht ausgeschlossen, dass das Versicherungsverhältnis unter Umständen nicht mit einem Versicherungsvertrag verknüpft wird, sondern in Form von Mitgliedschaftsrechten und -pflichten ausgestaltet ist. Andererseits bezieht sich Art. 841 Abs. 2 OR ausschliesslich auf die dem Versicherungsaufsichtsgesetz des Bundes unterstellten Genossenschaften. Auch diese Bestimmung lässt offen, dass für die nicht vom Versicherungsaufsichtsgesetz erfassten Versicherungsgenossenschaften das Versicherungsverhältnis anders als im Rahmen eines Versicherungsvertrags geregelt wird.

Im vorliegenden Fall, in welchem die Beklagte unbestrittenermassen keine unter der Aufsicht des Bundes stehende Versicherungsgenossenschaft ist, muss somit geprüft werden, ob das Versicherungsverhältnis auf einem Versicherungsvertrag beruht, oder ob es Teil der Mitgliedschaft bei der Genossenschaft darstellt. Zu prüfen ist diese Frage zunächst aufgrund der bei Begründung der Mitgliedschaft des Klägers im Jahr 1960 geltenden Statuten und Reglemente. Im weitem sind aber auch die am 1.1.1976 geltenden Statuten und Reglemente zu berücksichtigen, denn auf diesen Zeitpunkt hin wurde das zwischen den Parteien bestehende Versicherungsverhältnis abgeändert, wobei alle vorhergehenden "Policen" aufgehoben wurden.

Für eine mitgliedschaftliche Regelung des Versicherungsverhältnisses sprechen im vorliegenden Fall verschiedene Elemente. So sahen bereits die im Zeitpunkt der Begründung der Mitgliedschaft des Klägers geltenden Statuten vom 1.1.1958 vor, dass die Mitgliedschaft standesgebunden sei (Art. 4) und ausschliesslich Genossenschafter, und nicht etwa auch Dritte in den Genuss von Leistungen kommen könnten (Art. 14). Ferner bestimmten diese Statuten, dass die Prämien durch die Generalversammlung festgesetzt und in den Allgemeinen Bedingungen und Prämientarifen (ABP) normiert würden (Art. 23 Abs. 1). Art. 27 hielt ausdrücklich fest, dass die Generalversammlung die Befugnis habe, die Taggelder und Prämien festzusetzen. Das vom Kläger ausgefüllte Antragsformular enthält zudem die Klausel, dass der Antragsteller die Statuten der Genossenschaft kenne und sich ihren Bestimmungen unterziehe.

Bereits aufgrund dieser Regelungen in den Statuten von 1958 ist abzuleiten, dass sich die (Aktiv-) Mitgliedschaft bei der Beklagten weitgehend darin erschöpfte, sich für eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit oder für den Todesfall zu versichern. Dabei war das "Versicherungsverhältnis" insofern in die Mitgliedschaft eingebunden, als nur eine Aktiv-Mitgliedschaft bei der Beklagten zum Bezug von Leistungen berechtigte, als insbesondere bei einem Austritt aus der Genossenschaft jeglicher Leistungsanspruch "verwirkt" war (Art. 9), als seitens der Beklagten keine Kündigungsmöglichkeit bestand, sondern ein Mitglied lediglich unter gewissen Voraussetzungen ausgeschlossen werden konnte (Art. 10), und es schliesslich Sache der Generalversammlung war, über die jeweiligen Taggelder und Prämien zu beschliessen, und diese in den ABP festzuhalten (Art. 27). Aufgrund der letztgenannten Bestimmungen musste der Kläger bereits im Zeitpunkt seiner Aufnahme damit rechnen, dass sich der Leistungsumfang nach den jeweils geltenden ABP der Genossenschaft bemessen würde, und daher mit der Begründung der Mitgliedschaft nicht für ein- und allemal festgelegt war.

Diese Einbindung der versicherten Leistungen bzw. der Prämien in die (Aktiv-) Mitgliedschaft und damit in die jeweiligen statutarischen und reglementarischen Verhältnisse, spricht klar gegen die Annahme eines gesonderten Vertragsverhältnisses. Diese Situation wird durch die Statuten vom 1. Juli 1973 bestätigt. Sie waren anwendbar, als der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungsänderung stellte. Nebst den bereits genannten Elementen, welche im Vergleich zu den Statuten vom 1. Januar 1958 unverändert blieben, legte Art. 25 Abs. 1 fest, dass als Ausweis für die erworbenen Mitgliedschaftsrechte für jedes Aktiv-Mitglied eine "Police" ausgestellt werde. Damit wurde klar zum Ausdruck gebracht, dass unter dem Begriff "Police" ein Mitgliederausweis verstanden wurde, und dass die "Police" die Mitgliedschaftsrechte und nicht etwa ein gesondertes Versicherungsvertragsverhältnis

festhalte. Was die Festsetzung der Leistungen und Prämien betrifft, so war nunmehr der Verwaltungsrat für den Erlass der ABP zuständig (Art. 39 Ziff. 10).

Die ABP vom 1.1.1974 machen deutlich, dass den Aktiv-Genossenschaffern der Beklagten vermehrte Wahlmöglichkeiten zur Abdeckung des Risikos einer krankheits- oder unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit zur Verfügung gestellt wurden. So waren Taggeldklassen bis zu Fr. 150.-- vorgesehen, wie sie auch der Kläger beantragte. Zudem konnte die Wartefrist wie bisher in drei Kategorien (A, B und C) abgestuft werden (Art. 11, 12 der ABP). Der Kläger wurde dabei in der Kategorie A mit einer Wartefrist von 20 Tagen versichert. Art. 14 der ABP sah - wie bereits erwähnt wurde - vor, dass in den Taggeldklassen Fr. 40.-- bis Fr. 150.- - ab dem 73. Altersjahr eine automatische Rückversetzung in die Taggeldklasse mit Fr. 30.-- erfolge. Art. 21 ABP enthielt insofern eine Uebergangsbestimmung, als für Mitglieder, die bis zum 65. Altersjahr keinen Antrag auf Aenderung des Versicherungsumfangs gestellt hatten, oder denen eine solche Aenderung wegen Vollendung des 65. Altersjahrs nicht mehr möglich war, der bisherige Umfang der Risikodeckung bestehen blieb. Wie bei den vorangegangenen ABP war auch in der Fassung per 1.1.1974 ein Eintritt als Aktiv-Mitglied oder ein Uebertritt in eine höhere Klasse nur bis zum 65. Altersjahr möglich (Art. 1 Abs. 1 ABP/1974).

Zusammenfassend ergibt sich, dass die im Zeitpunkt des Beitritts des Klägers zur Beklagten geltenden Statuten und ABP wie auch jene im Zeitpunkt des Wechsels des Klägers in eine höhere Taggeldklasse klar darauf schliessen lassen, dass das Versicherungsverhältnis ein Bestandteil seiner Rechte und Pflichten als Aktiv-Genossenschaffter war. Dass dieses Versicherungsverhältnis durch ein gesondertes Vertragsverhältnis geregelt worden wäre, ist demgegenüber nicht ersichtlich.

Was der Kläger für diese Variante vorbringt, ist nicht begründet.

Der Umstand, dass die Beklagte dem Kläger eine "Police" ausstellte, spricht im vorliegenden Fall - wie bereits erwähnt wurde - nicht für ein gesondertes Vertragsverhältnis. Vielmehr definieren die Statuten vom 1. Juli 1973 den Begriff "Police" in Art. 25 Abs. 1 als "Ausweis für die als Aktiv-Mitglied erworbenen Mitgliedschaftsrechte". Daraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass der Begriff "Police" in den genannten Statuten nicht im juristisch-technischen Sinne (vgl. Art. 11 Abs. 1 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag; SR 221.229.1) verwendet wurde. Vielmehr wurde darunter ein Ausweis über die Mitgliedschaft in der Genossenschaft und die dabei erworbenen Rechte verstanden. In dem als "Police" bezeichneten Dokument wurde somit nicht ein Versicherungsvertragsverhältnis festgehalten, sondern die spezifischen Mitgliedschaftsrechte und -pflichten des jeweiligen Genossenschaffers. Damit erweist sich aber auch das Argument des Klägers, die Trennung von "Police" und Statuten lasse auf ein gesondertes Vertragsverhältnis schliessen, als unbegründet. Vielmehr sollte mit der "Police" einzig festgehalten werden, in welcher Klasse bzw. in welcher Taggeldkategorie das betreffende Mitglied versichert war. Dass im übrigen eine Trennung von Statuten und Allgemeinen Bedingungen und Prämientarifen vorgenommen wurde, ist insofern ohne weiteres nachvollziehbar, als für die ABP ein grösserer Aenderungsbedarf bestand und besteht als für die Statuten. Zudem liegt die Kompetenz zur Aenderung der ABP seit den Statuten von 1973 beim Verwaltungsrat, wogegen die Statuten nur durch Urabstimmung bzw. durch eine Delegiertenversammlung geändert werden können. Aus der Trennung von "Police", ABP und Statuten kann somit ebenfalls nicht auf ein gesondertes Versicherungsvertragsverhältnis zwischen den Parteien geschlossen werden.

Der Kläger macht zudem geltend, dass auch die Modalitäten bei der Aenderung des Versicherungsverhältnisses auf ein gesondertes Vertragsverhältnis schliessen lasse. So habe er im Jahr 1975 einen Antrag auf Aenderung der Versicherungsbedingungen gestellt, und diesem Antrag sei von den zuständigen Organen der Beklagten zugestimmt worden.

Auch hier verkennt der Kläger die grundsätzlichen rechtlichen Gegebenheiten bei der Beklagten. Deren Zweck besteht in erster Linie in der Absicherung ihrer Mitglieder gegen die

Folgen einer krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. Dabei stellte die Beklagte ihren Mitgliedern seit jeher, und mit der Zeit noch zunehmend, verschiedene Taggeldklassen und -kategorien zur Wahl. Die Aktivmitglieder können die bei Begründung der Mitgliedschaft vorgenommene Wahl im Lauf der Zeit in gewissen Grenzen auch ändern, was der Kläger im Jahr 1975 mit Zustimmung der Beklagten ebenfalls getan hat. Dies ändert jedoch nichts daran, dass der Beklagten als Genossenschaft stets die Befugnis zustand, die Leistungen und Prämien den jeweiligen Bedingungen anzupassen und diese in ihren Allgemeinen Bedingungen und Tarifen für die Mitglieder verbindlich festzulegen. Dem entsprechend war es nie erforderlich, dass der Kläger solchen Änderungen der ABP hätte zustimmen müssen. Mit jeder Änderung der ABP bzw. der Statuten wurde im übrigen auch festgelegt, dass die früheren Erlasse ausser Kraft gesetzt seien. Der Kläger war somit nur, aber immerhin berechtigt, im Rahmen seiner Mitgliedschaftsrechte beim Zustandekommen entsprechender Beschlüsse mitzuwirken. Ansonsten hatte er aber einzig die Alternative, die neuen Bedingungen gegen sich gelten zu lassen oder die Mitgliedschaft bei der Genossenschaft aufzulösen. Selbst wenn somit bei der Änderung der "Police" im Jahr 1975 mit der Antragstellung durch den Kläger und dem Akzept durch die Beklagte Elemente eines Vertragsabschlusses bzw. einer vertraglichen Änderung verwendet wurden, so blieb der Vorgang aufgrund des Gesagten ein solcher im Rahmen der Aktiv-Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten und vermag keine gesonderte vertragliche Grundlage des Versicherungsverhältnisses zu begründen.

Auch der Erlass von Uebergangsbestimmungen in den ABP spricht im vorliegenden Fall nicht für ein vertraglich geregeltes Versicherungsverhältnis. Zunächst ist dazu festzuhalten, dass im vorliegenden Verfahren keine dieser Uebergangsbestimmungen umstritten ist. Zudem ergibt sich aus den ins Recht gelegten ABP, dass diese fast durchwegs Uebergangsbestimmungen enthalten. Was insbesondere die ABP per 1.1.1974 betrifft, so wurden durch diese neu Taggeldklassen bis zu Fr. 150.-- geschaffen, wogegen bis dahin nur ein Taggeld bis zu Fr. 50.-- versichert werden konnte. Für die Mitglieder, die bis zum 65. Altersjahr keine Änderung wollten oder wegen Vollendung dieses Alters keine mehr beanspruchen konnten, galten die bisherigen Bestimmungen über die Risikodeckung weiter. Die ABP per 1.1.1984 sahen wiederum erhebliche, zum Teil sogar grundlegende Neuerungen vor. So wurde neu zwischen einem Leistungssystem A und einem Leistungssystem B unterschieden. Im letzteren wurde ein Erlöschen der Aktiv-Mitgliedschaft mit Erreichen des 65. Altersjahres vorgesehen. Von dieser Änderung wurden durch die Uebergangsbestimmungen Mitglieder, welche über 64 Jahre alt waren und Invalide ausgenommen. Für deren Taggeldansprüche galten die vorbestehenden ABP weiter.

Art. 854 OR sieht vor, dass die Genossenschafter in gleichen Rechten und Pflichten stehen, soweit sich aus dem Gesetz nicht eine Ausnahme ergibt. Diese Bestimmung ist Ausfluss aus der Personenbezogenheit des Genossenschaftsrechts, die eine grundsätzliche Gleichbehandlung der Genossenschafter einschliesst. Die genannte Bestimmung lässt es aber durchaus zu, dass die personenbezogene Organisationsform der Genossenschaft erhebliche, tatsächlich vorhandene Verschiedenheiten unter den Genossenschaftern berücksichtigen darf (OR-Nigg, Basler Kommentar, Basel 1993, Rz 1 zu Art. 854 OR). So ist es insbesondere zulässig, Abstufungen der Rechte und Pflichten gemäss der Benutzungsintensität vorzusehen (OR-Nigg, a.a.O., Rz 8). Im vorliegenden Fall sahen die ABP stets gewisse Abstufungen in den Taggeldern bzw. Wartefristen vor. Solche Abstufungen sprechen somit entgegen der Darstellung des Klägers nicht oder jedenfalls nicht zwingend - für eine vertragliche Regelung des Versicherungsverhältnisses. Was die Uebergangsbestimmungen betrifft, so waren Neueintritte oder Uebertritte in höhere Versicherungsklassen bis zu den Statuten von 1973 nur bis zum 65. Altersjahr möglich. Mit den jeweiligen Uebergangsregelungen sollte denjenigen Mitgliedern Rechnung getragen werden, die nach dem bisherigen System gewisse Leistungen unmittelbar erwarten konnten, jedoch nach dem neuen System nicht mehr oder nur noch beschränkt in der Lage waren, von allfälligen Verbesserungen zu profitieren, oder

sogar Leistungen verloren hätten. Solche Uebergangsregelungen stellen grundsätzlich keinen Verstoss gegen das Gleichbehandlungsgebot im Sinne von Art. 854 OR dar. So weist die Beklagte zu Recht darauf hin, dass jeweils sämtliche in den Uebergangsbestimmungen bezeichneten Mitglieder (in der Regel solche, die um 65 Jahre alt waren oder Invalide), und nicht nur einzelne Mitglieder von den Uebergangsbestimmungen erfasst wurden. Im übrigen erscheint es sachlich gerechtfertigt, dass jenen Mitgliedern, welche das 65. Altersjahr unter den vorbestehenden Bedingungen bald erreicht hätten die bisherigen Bedingungen erhalten blieben, wenn sie von den neuen Regelungen schon nicht profitieren konnten oder wollten.

Noch entscheidender als das Vorgenannte ist, dass das Gleichbehandlungsgebot gemäss Art. 854 OR nicht nur für mitgliedschaftliche Beziehungen zwischen den Mitgliedern und der Genossenschaft gilt, sondern auch für vertragliche Beziehungen, wenn es sich um solche handelt, durch die der Genossenschaftszweck erfüllt werden soll (OR-Nigg, a.a.O., Rz 11). Dass die Versicherung der Mitglieder gegen Arbeitsunfähigkeit im vorliegenden Fall das Hauptziel der Beklagten ist, ist unbestritten und ergibt sich klar aus den Statuten. Der Einwand des Klägers, die Uebergangsbestimmungen liessen auf eine vertragliche Natur der Rechtsbeziehung zwischen den Parteien bezüglich des Versicherungsverhältnisses schliessen, da diese Art. 854 widersprachen, ist somit auch deshalb nicht schlüssig, weil das Gebot der Gleichbehandlung vorliegendenfalls in gleicher Weise anwendbar wäre, wenn das Versicherungsverhältnis zwischen den Parteien vertraglich geregelt worden wäre. Ob die Uebergangsbestimmungen in den ABP von 1973 bzw. 1984 rechtmässig sind, kann jedoch letztlich offen bleiben, da - wie ausgeführt wurde - keine dieser Bestimmungen umstritten ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die genannten Elemente der Statuten und ABP welche bei Begründung der Mitgliedschaft des Klägers, bzw. bei der Neuordnung seines Versicherungsverhältnisses galten, für eine genossenschaftsrechtliche Ausgestaltung dieses Rechtsverhältnisses sprechen. Dies gilt noch in vermehrtem Mass, wenn die ab 1993 geltenden Allgemeinen Bedingungen und Statuten in Betracht gezogen werden. Letztere halten unmissverständlich fest, dass die Rechte und Pflichten der Aktiv-Genossenschafter in den Statuten, den Allgemeinen Bedingungen (AB) und der Beitragsordnung (BO) geregelt seien, wobei die beiden letztern von Zeit zu Zeit geändert werden konnten (Art. 8 Abs. 2). Im weitem hält Art. 8 Abs. 3 der Statuten fest, dass den Aktiv-Genossenschaffern insoweit kein Rechtsanspruch auf Leistungen zustehe, als die Genossenschaft ihre Leistungen nur so lange und soweit erbringe, als ihr Vermögen reiche. Zudem bestimmt Art. 36 Abs. 2 AB, dass diese von der Genossenschaft innerhalb der Bestimmungen der Statuten jederzeit geändert werden könnten, und dass von einer Änderung nicht nur die anwartschaftlichen, sondern auch die bereits laufenden Leistungen betroffen werden können (Art. 36 Abs. 3 AB).

Aufgrund dieser Erwägungen ist anzunehmen, dass das zwischen den Parteien begründete Versicherungsverhältnis von Beginn an in die Mitgliedschaft als Aktiv-Genossenschafter einbezogen war. Diesfalls ist mit der Beklagten davon auszugehen, dass sich die Frage des Leistungsumfanges an den Kläger nach Vollendung seines 73. Altersjahrs grundsätzlich aufgrund der im Zeitpunkt der Rückversetzung (26.1.1994) geltenden Statuten bzw. den AB vom 1.1.1993 beurteilt. Diesbezüglich sieht Art. 14 Abs. 5 AB ausdrücklich vor, dass die Rückversetzung in die Taggeldklasse Fr. 30.-- auch bei laufenden Taggeldleistungen erfolgt. Unter der Annahme einer gesellschaftsrechtlichen Grundlage des Versicherungsverhältnisses ist die Klage somit abzuweisen.

Selbst wenn jedoch mit dem Kläger von einer vertraglichen Regelung des Versicherungsverhältnisses ausgegangen würde, so würde dies im vorliegenden Fall zu keinem andern Ergebnis führen. Unter dieser Annahme ist unbestritten, dass die Frage der Höhe der Taggeldleistungen ab dem 73. Altersjahr aufgrund der Statuten und ABP im Zeitpunkt der Begründung der Police vom 13. November 1975 abzustellen wäre. Die vom Kläger an Schranken vorgebrachte rechtliche Unterscheidung in bezug auf Recht haben und Recht ausüben (Modalitäten) erweist sich von vornherein als nicht zutreffend. Wie bereits mehrfach erwähnt

wurde, sieht die erwähnte Police ausdrücklich vor, dass alle früheren Policen aufgehoben seien. Im Zeitpunkt der Begründung der Police waren die ABP vom 1. Januar 1974 anwendbar. Diese sahen in Art. 14 eine Rückversetzung bei Vollendung des 73. Altersjahres vor. Abs. 1 dieser Bestimmung lautete, dass in den Taggeldklassen Fr. 40.--, Fr. 50.--, Fr. 75.--, Fr. 100.-- und Fr. 150.-- ein Aktivmitglied nur bis zur Vollendung des 73. Altersjahrs versichert sein könne. Anschliessend werde es automatisch in die Taggeldklasse mit Fr. 30.-- zu der entsprechend niedrigeren Prämie rückversetzt.

Der Kläger macht geltend, dass die Frage, ob die ABP vom 1. Januar 1974 eine Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Mitgliedern enthalte, erst durch die neuesten Bedingungen geklärt sei. Wäre Art. 14 in der Fassung vom 1. Januar 1974 eindeutig, so hätte es der Präzisierung in den AB per 1. Januar 1993 nicht bedurft. Bei der Auslegung von Art. 14 in der Fassung vom 1.1.1974 sei nicht nur der Wortlaut heranzuziehen. Einzubeziehen seien auch die Anpreisungen und Erklärungen in den diversen Rundschreiben der Beklagten sowie die jeweiligen allgemeinen Geschäftsbedingungen. Die Beklagte habe in ihren Werbeunterlagen, die schliesslich zum Beitritt des Klägers geführt hatten, als besonderen Vorteil herausgestrichen, dass die Versicherungsleistungen weder zeitlich noch betragsmässig begrenzt seien.

Umstritten ist die Auslegung von Art. 14 der ABP in der Fassung gültig ab 1.1.1974. Nach gefestigter Rechtsprechung erfolgt auch die Auslegung von Statuten bzw. von andern Erlässen einer Genossenschaft nach dem Vertrauensprinzip (BGE 87 II 95; E. Kramer, Berner Kommentar, Bern 1986, N 112 zu Art. 1 OR). Das gleiche gilt aber auch für die Auslegung von allgemeinen Versicherungsbedingungen (BGE 117 II 621, 115 II 268). Dabei hat die Auslegung vom Wortlaut einer Bestimmung auszugehen, wobei der Sinngehalt der verwendeten Worte aufgrund des allgemeinen Sprachgebrauchs und deren systematischen Stellung zu ermitteln ist (Jäggi/Gauch, Zürcher Kommentar, N 347 zu Art. 18 OR). Neben dem Wortlaut sind ergänzende Auslegungsmittel wie insbesondere die Entstehung einer Bestimmung und ihr Zweck zu berücksichtigen, vorab dann, wenn die Auslegung allein aufgrund des Wortlauts zu keinem eindeutigen Ergebnis führt. Bleibt die Auslegung einer Bestimmung zweifelhaft, so ist diejenige Bedeutung vorzuziehen, die für den Verfasser ungünstiger ist ("Unklarheitsregel"; BGE 118 II 344; Gauch/Schluep, Schw. Obligationenrecht, Allg. Teil, 6. Aufl. Bd. I, Rz 1231 mit Hinweisen).

Art. 14 der ABP vom 1.1.1974 bestimmte, dass ein Aktiv-Mitglied in den Taggeldklassen Fr. 40.-- bis 150.-- nur bis zur Vollendung des 73. Altersjahres versichert sein könne. Anschliessend werde es automatisch in die Taggeldklasse mit Fr. 30.-- zu der entsprechend niedrigeren Prämie rückversetzt. Art. 14 Abs. 1 enthält somit eine generelle, d.h. für grundsätzlich alle Mitglieder im Aktivstatus geltende Rückversetzung in die Taggeldklasse mit Fr. 30.-- bei Vollendung des 73. Altersjahrs. Verdeutlicht wird dies durch die Verwendung des Wortes "automatisch" im zweiten Satz. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Rückversetzung seitens der Beklagten weder anzukündigen noch anzuordnen ist, noch dass sie vom Ansprecher beeinflusst werden kann. "Automatisch" bedeutet aber auch, dass die Rückversetzung in jedem Fall erfolgt, und damit unabhängig vom Umstand, ob das betroffene Mitglied bereits Leistungen bezieht oder nicht. Umstände, die es rechtfertigen würden, von diesem klaren Wortlaut von Art. 14 abzuweichen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere kann die Formulierung, dass die automatische Rückversetzung in die Taggeldklasse Fr. 30.-- "zu der entsprechend niedrigeren Prämie" erfolge nicht in der Weise interpretiert werden, dass sich die Rückversetzung nur auf Mitglieder beziehe, die keine Tagelder beziehen. Zwar trifft zu, dass die Pflicht zur Prämienzahlung nach den ABP vom 1.1.1974 beim Bezug von Taggeldern unterbrochen wurde (Art. 6). Dieser Unterbruch galt indessen erst ab einem Taggeldbezug von mehr als 365 Tagen. Aus dem erwähnten Zusatz bezüglich der Prämie kann somit zweifellos nicht geschlossen werden, dass sich die Rückversetzung nur auf gesunde Mitglieder beziehe, ansonsten müsste zusätzlich bestimmt werden, ob sich die Rückverset-

zung auf alle Taggeldbezüger oder nur auf die Dauerbezüger beziehe. Im übrigen wurde die generelle Aussage im ersten Satz von Art. 14 Abs. 1 unsinnig, wenn die Rückversetzung nur die gesunden Mitglieder betreffen würde.

Die vom Kläger angeführten, vor dem 1.1.1974 geltenden ABP sowie die entsprechenden Rundschreiben dazu vermögen ebenfalls keine andere Auslegung von Art. 14 Abs. 1 zu begründen. Zunächst ist festzuhalten, dass diese früheren ABP bzw. Rundschreiben insofern irrelevant sind, als die Police vom 13. November 1975 festhält, dass alle früheren Policen aufgehoben seien und die Leistungen sich nach den (geltenden) Statuten und ABP richteten. Selbst wenn die früheren ABP und Rundschreiben indessen herangezogen wurden, so widersprechen sie der zuvor genannten Auslegung von Art. 14 Abs. 1 ABP/1974 nicht. Insbesondere die Angabe der Beklagten, wonach die Taggeldleistungen zeitlich und vom Gesamtbetrag her nicht limitiert seien, wird - wie die Vorinstanz mit Recht festhält - durch Art. 14 nicht verletzt. Tatsächlich erhält der Kläger auch über das 73. Altersjahr hinaus Taggelder von der Beklagten. Zudem ist die Leistungspflicht nicht an einen Höchstbetrag gebunden, sondern sie erfolgt, solange die Arbeitsunfähigkeit des Klägers andauert, allenfalls bis zum Erlöschen der Mitgliedschaft. Dass die Beklagte ihre Taggeldleistungen ab einem bestimmten Alter betragsmässig nicht reduzieren durfte, wird weder in einem Rundschreiben noch in früheren ABP je festgehalten.

Auch die AB per 1.1.1993, welche in Art. 14 den Zusatz erhalten, dass die Rückversetzung auch bei laufenden Taggeldleistungen erfolge, können zu keinem andern Auslegungsergebnis der ABP/1974 führen. Die Gründe, die zu dieser Ergänzung der Statuten geführt haben, können - theoretisch betrachtet - verschiedener Natur sein. So ist es möglich, dass mit der Einfügung von Art. 14 Abs. 5 AB/1993 gegenüber den früheren Bedingungen eine materielle Aenderung beabsichtigt worden wäre. Denkbar ist aber auch, dass mit diesem Absatz eine zuvor bestehende Ungewissheit hätte beseitigt werden sollen. Schliesslich ist aber auch möglich, dass Art. 14 Abs. 5 lediglich zur Verdeutlichung oder besseren Verständlichkeit angebracht wurde. Der vom Kläger implicite vorgebrachte Einwand, wonach aus dem neu eingefügten Art. 14 Abs. 5 AB/1993 auf eine materielle Aenderung gegenüber der bisherigen Fassung geschlossen werden könne, ist aufgrund des Gesagten somit nicht zwingend. Angesichts der bereits klaren Formulierung in den allgemeinen Bedingungen per 1.1.1974 ist vielmehr anzunehmen, dass dieser Zusatz die an sich eindeutige Rechtslage noch verständlicher wiedergeben sollte. Dies gilt umso mehr, als im Falle einer entscheidenden materiellen Aenderung von Art. 14, wie sie nach der Auffassung des Klägers in den AB/1993 vorgenommen worden sein soll, kaum anzunehmen ist, dass der bisherige Text zunächst wörtlich übernommen worden und lediglich mit einem weiteren Absatz ergänzt worden wäre. Vielmehr wäre diesfalls anzunehmen, dass die Neuregelung erkennbar als Aenderung der bisherigen Regelung formuliert worden wäre, umso mehr, als die AB/1993 in mancher Hinsicht präziser abgefasst wurden als die vorherigen ABP.

Der Kläger macht auch geltend, ein Vergleich von §2 und §4 der ABP/1964 lasse darauf schliessen, dass die Rückversetzung nur die gesunden, nicht aber die kranken Mitglieder betreffe. Auch dieser Einwand ist nicht begründet. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass diese ABP für die vorliegende Streitfrage insofern nicht massgebend sind, als sie durch die ABP/1974 aufgehoben wurden, und auf die neue Police des Klägers aus dem Jahr 1975 auch nach dessen Auffassung grundsätzlich die im damaligen Zeitpunkt geltenden ABP massgebend sind. Zu den ABP/1964 ist immerhin festzuhalten, dass sie die vom Kläger geltend gemachte Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Mitglieder nicht enthalten und in §2 ebenfalls die "automatische" Rückversetzung in die tiefere Taggeldklasse vorgesehen war.

Schliesslich weist die Vorinstanz mit Recht darauf hin, dass Art. 14 ABP/1974 keineswegs isoliert dasteht, sondern auch die früheren ABP Kürzungen und Rückstufungen der Taggelder ab einem bestimmten Alter vorsahen. So enthalten die ABP vom 21. Juni 1953 in

§4 für Mitglieder über 65 Jahre nach dem Bezug von 365 Taggeldern eine Kürzung um 20 %. In den ABP/1964 wurde festgehalten, dass ein Mitglied nur bis zum Alter von 73 Jahren in den Klassen IV, V oder VI versichert bleiben könne. Ab diesem Alter wechsele es automatisch in die III. Klasse (Taggeld Fr. 20.--) und bezahle die entsprechend tieferen Prämien. In den ABP/1968 wurden höhere Taggeldklassen geschaffen, wobei §2 analog zur bisherigen Regelung den automatischen Wechsel in die Klasse 20 (Taggeld Fr. 20.--) ab dem 73. Altersjahr vorsah.

Daraus wird ersichtlich, dass die automatische Rückstufung ab dem 73. Altersjahr für die höheren Taggeldklassen seit den 60er Jahren Bestandteil der ABP der Beklagten ist. Ueber die Bestimmung von Art. 14 ABP in der Fassung per 1.1.1974 wurden bereits Ausführungen gemacht. Die gleiche Bestimmung wurde in der Folge aber auch unverändert in die ABP per 1.1.1983 übernommen, und sie findet sich wiederum in den AB per 1.1.1987. In all den genannten Rückstufungsklauseln wurde nie eine Unterscheidung zwischen kranken, d.h. Taggeldleistungen beziehenden, und gesunden Mitgliedern gemacht. Wäre eine solche Unterscheidung dem System der Rückstufung zugrunde gelegen, so darf ohne weiteres angenommen werden, dass dies in einer der verschiedenen Revisionen der ABP bzw. AB auch ausdrücklich ausformuliert worden wäre.

Zusammenfassend ergibt sich, dass Art. 14 in der Fassung per 1.1.1974 bezüglich der Rückversetzung ab dem 73. Altersjahr inhaltlich klar ist. Damit entfällt auch die Anwendung der Unklarheitsregel (Jäggi/Gauch, Zürcher Kommentar, Zürich 1980, N 440 zu Art. 18 OR). Die von der Beklagten vorgenommene Rückversetzung nach Vollendung des 73. Altersjahrs des Klägers wäre somit auch dann zu Recht erfolgt, wenn von einer vertraglichen Rechtsnatur des Versicherungsverhältnisses ausgegangen würde. Die Klage ist daher abzuweisen.

Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten des Berufungsverfahrens dem Kläger aufzuerlegen (Art. 264 Abs. 1 ZPO). Eine Entscheidegebühr von Fr. 18'000.-- ist angemessen (Ziff. 321.2 i.V.m. 304 GKT). Die Einschreibgebühr von Fr. 8'750.-- wird angerechnet.

Im weitem hat der Kläger die Beklagte für das Berufungsverfahren zu entschädigen. Die von der Anwältin der Beklagten eingereichten Kostennote über Fr. 14'214.10 (wovon Honorar Fr. 13'162.20 und Barauslagen inklusive Mehrwertsteuer Fr. 1'051.90) ist tarifkonform (Art. 26 lit. b i.V.m. Art. 14 lit. e HonO).

Demgemäss wird

zu Recht erkannt:

1. Die Berufung wird abgewiesen.
2. Die Kosten des Berufungsverfahrens von Fr. 18'000.-- bezahlt der Kläger. Die Einschreibgebühr von Fr. 8'750.-- wird angerechnet.
3. Der Kläger hat die Beklagte für das Berufungsverfahren mit Fr. 14'214.10 zu entschädigen.